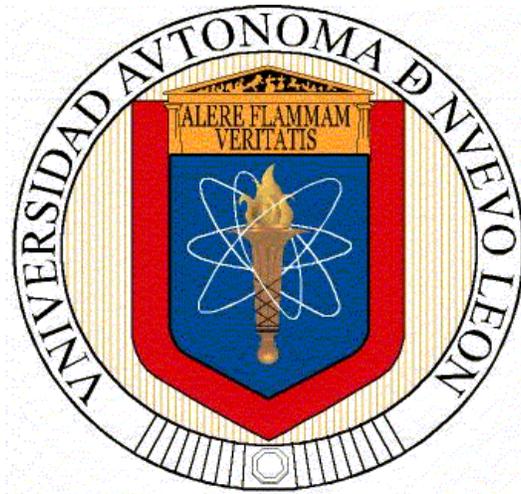


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



T E S I S

**EL IMPACTO DE LA ALEXITIMIA Y LA RESILIENCIA EN
LAS FASES DEL PROCESO DEL DUELO EN PACIENTES
CON CÁNCER**

**PRESENTA:
M.C. MELINA MIAJA AVILA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL
GRADO DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON
ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA**

MONTERREY, N. L., MEXICO, DICIEMBRE DE 2014

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA



**EL IMPACTO DE LA ALEXITIMIA Y LA RESILIENCIA EN LAS FASES DEL
PROCESO DEL DUELO EN PACIENTES CON CÁNCER**

TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA

PRESENTA:

M.C. MELINA MIAJA AVILA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSE MORAL DE LA RUBIA

MONTERREY, N. L., MEXICO, DICIEMBRE DE 2014

Aquel que tiene un porqué para vivir se puede enfrentar a todos los "cómos".

Friedrich Nietzsche

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca otorgada. Así como, al personal administrativo y docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Quedo inmensamente agradecida con mi director de tesis, el Dr. José Moral de la Rubia. Le agradezco sinceramente todas sus enseñanzas y su apoyo durante estos últimos cinco años. Me ha guiado, orientado y me contagiado ese amor a la investigación. Confío en que seguiremos trabajando juntos en futuros proyectos.

Quiero agradecer a la Dra. Edith Pompa por el entusiasmo brindado al proyecto, y por sus recomendaciones y sugerencias.

A la Dra. Mónica Teresa González por haber sido mi ejemplo a seguir en el mundo de la investigación. Su clase en licenciatura me motivó a realizar la maestría en ciencias, y ésta a su vez, me impulso a continuar con el doctorado. A ambos, tanto a la Dra. Mónica González como al Dr. René Landero Hernández quiero agradecerles todo el apoyo, las conversaciones y los buenos momentos compartidos.

A la Dra. José María Galdón Garrido por hacer posible mi estancia de investigación en Valencia, España. Asimismo, quiero expresar mi profundo agradecimiento y admiración a todas y cada una de las integrantes de la Unidad de Psicología del Instituto Valenciano de Oncología: Dra. Rocío Romero Retes, Dra. Ana García-Conde Benet, Mtra. Pilar Llombart Fuertes, Ángela Enríquez Núñez y Dra. Paula Martínez López. Gracias por hacerme sentir parte del equipo, y sobre todo gracias por tanto cariño y por hacerme sentir en casa.

Este proyecto no se habría podido realizar sin el apoyo y colaboración de muchas personas e instituciones. Así, agradezco de manera muy especial a las mujeres que participaron en el estudio, gracias por compartirnos su experiencia en el transcurso de la enfermedad. Asimismo, agradezco a cada una de las instituciones por su valiosa colaboración y por haberme abierto las puertas para llevar a cabo el estudio: Lic. Graciela Carvajal, Lic. Evelyn Luna y Lic. Janeth Ramos de Cruz Rosa, A.B.P.; Lic. Ma. Josefina Padilla Arredondo de Desafío del Noreste, A.C.; Lic. Leticia Jiménez Flores de la Posada del Peregrino de Caritas de Monterrey, A.B.P.; Lic. Nancy Moreno

de la Clínica 0-19; Lic. Ana Marcela González y Dr. Cesar González de la Clínica Opción Oncología; Lic. Ileana Aragón de la Asociación Mexicana Contra el Cáncer de Mama, A.C. (Fundación CIM*ab), y Lic. María Luisa Valadez Rodela del grupo de autoayuda Mujeres con Cáncer.

Al Mtro. Guillermo Jaime Torres Medina por todo el apoyo y consejos que me ha brindado, y por su disposición a trabajar de manera conjunta. A mis hermanas académicas y mi familia elegida por hacer este trayecto más divertido.

Y, por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para mis padres, mis hermanos, mi familia. Quienes me han brindado en todo momento su amor y apoyo incondicional, ustedes son mis raíces y han sido mi mayor motivación para lograr mis objetivos. A mi amor, Adler Ramírez, por siempre creer en mí y por alentarme en cada momento.

Sé que faltan muchas personas a las cuales agradecerles todo el apoyo y aprendizaje. Así les doy las gracias, a mis seres queridos que continúan a mi lado y a los que se nos adelantaron en el camino, por estar siempre presentes y dándome alas para volar.

A todos, mi más sincera gratitud!!!

RESUMEN

Antecedentes y planteamiento del problema

La teoría de las cinco etapas de duelo de Kubler-Ross fue formulada a finales de la década de los 60's. Desde su publicación ha sido frecuentemente citada, especialmente en el campo de la salud; no obstante, ha sido poco estudiada empíricamente y se carece de una escala para evaluar las cinco etapas de duelo ante la pérdida de la salud, que permita poner a prueba el modelo propuesto de secuencia de etapas.

Dos conceptos importantes dentro de la psicología de la salud, introducido uno en la década de los 70's y otro en la década de los 80's, son el de alexitimia y el de resiliencia, respectivamente. La alexitimia se refiere a la dificultad para identificar y expresar sentimientos. Su presencia se asocia a dificultades de adaptación, tendencia a sufrir trastornos de ansiedad y afectivos y tendencia a somatizar. La resiliencia se refiere a rasgos o recursos psicológicos que hacen a una persona resistente a sufrir trauma o enfermedad ante situaciones adversas o difíciles. Ambos conceptos pueden ser útiles para predecir problemas en la elaboración del duelo ante la situación de pérdida de la salud, como sufrir cáncer.

Objetivos

En la presente investigación, dividida en dos estudios, se utilizó un enfoque mixto: cualitativo en el primer estudio y cuantitativo en el segundo.

El primer estudio tuvo como objetivos: 1) explorar los contenidos semánticos o significados asociados con palabras-estímulo diseñadas para hacer referencia a cada una de las cinco fases de duelo propuestas por Kübler -Ross (1969) ante la situación de pérdida de la salud, y 2) diseñar una escala con reactivos tipo Likert que mida las cinco fases del duelo ante la pérdida de la salud, adoptando un enfoque empírico-teórico en la redacción de los ítems, esto es, tomando contenidos o significados asociados con cada fase del duelo por los participantes del estudio y considerando las definiciones dadas por Kübler-Ross (1969).

El segundo estudio tuvo como objetivos: 1) estudiar las propiedades psicométricas del instrumento diseñado en el primer estudio; 2) contrastar la secuencia

de las cinco fases del duelo propuesta por Kübler-Ross (1969) en personas con cáncer; 3) calcular la consistencia interna del conjunto de ítems y factores de las escalas de alexitimia y resiliencia; 4) describir el nivel promedio de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, la resiliencia y la alexitimia en personas con cáncer; 5) estudiar la relación de las variables socio-demográficas, religión, experienciales y clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud; 6) estudiar la relación de la resiliencia y alexitimia con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud; 7) determinar los factores de riesgo y protección que intervienen en cada una de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud; y 8) generar un modelo integral que prediga las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud por medio de la resiliencia, alexitimia y las variables socio-demográficas y clínicas.

Hipótesis

Se formularon como hipótesis o se tenían como expectativas que: 1) la escala creada contara con 5 factores en correspondencia con las cinco etapas del duelo propuestas por Kübler-Ross (1969), estando estos cinco factores correlacionados, contando cada uno de los factores con consistencia interna alta y siendo las distribuciones de los factores normales dentro de una población clínica en proceso de adaptación a la enfermedad; 2) las fases del proceso del duelo no se presenten en una secuencia predeterminada; 3) valores de consistencia interna altos ($\alpha \geq .70$) para la escala de resiliencia (RESI-M) y la escala de alexitimia (TAS-30); 4) predominio de la fase de aceptación, siendo la de ira la menos reportada, promedios altos de resiliencia y promedios bajos de alexitimia; 5) relación y poder predictivo de las variables sociodemográficas, religión, experienciales, clínicas, la alexitimia y resiliencia con las etapas de duelo ante la pérdida de la salud.

Método

El diseño del estudio fue descriptivo-correlacional con un diseño no experimental transversal.

En el primer estudio, la muestra se extrajo del albergue de la Cruz Rosa. Quedó conformada por 18 pacientes oncológicos y 12 cuidadores primarios. En ambas muestras, la media de edad fue de 45.20 años ($DE = 14.44$), con un promedio de escolaridad de media superior, y 21 (70%) reportaron estar casados. De los 18 pacientes, 55.6% reportaron padecer cáncer de mama, 22.2% tumores que afectan al sistema nervioso central, 16.7% al aparato reproductor y 5.5% cáncer abdominal. La media del tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 1.47 años ($DE = 1.69$).

En el segundo estudio, la muestra se extrajo de siete lugares diferentes. El 69% de tres albergues (Cruz Rosa, A.B.P., Desafío del Noreste, A.C., y Posada del Peregrino de Caritas de Monterrey, A.B.P.), 26% en dos clínicas (Clínica 0-19 y Opción Oncología), y 5% en dos grupos de autoayuda (Asociación Mexicana Contra el Cáncer de Mama, A.C. de la Fundación CIM*ab y el grupo de autoayuda Mujeres con Cáncer). La muestra quedó conformada por 120 mujeres. La media de edad fue 51.84 años ($DE = 13.63$), con un promedio de escolaridad de secundaria terminada, y 76 (63%) reportaron estar casadas. El 50% de los casos fueron cáncer de mama, 15.8% cáncer cervicouterino, 11.7% cáncer en el sistema digestivo, 7.5% cáncer de huesos o articulaciones, 5% cáncer de riñón, 3.3% cáncer en glándulas endocrinas, 2.5% linfomas, 1.7% melanoma, 1.7% leucemia y 0.8% cáncer cerebral. La media del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer fue de 1 año y 5 meses ($DE = 2.02$).

En el primer estudio, se usó la técnica de redes semánticas naturales. Dicha técnica parte de una prueba de asociación libre de palabras. Para esta prueba se elaboraron cinco palabras-estímulo que hicieran referencia a las cinco etapas del duelo propuestas por Kübler-Ross y contextualizadas en la situación de enfermedad: 1) para mí negar la enfermedad es, 2) para mí la ira ante la enfermedad es, 3) para mí negociar con la enfermedad es, 4) para mí la depresión ante la enfermedad es y 5) para mí aceptar la enfermedad es.

En el segundo estudio, se aplicaron los siguientes instrumentos: la Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar y Gómez (2010), la adaptación de la Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexitimia Scale, TAS-30) de Moral (2011), y la Escala de las Fases del Duelo (EFD-66) de Miaja y Moral (2013), creada a partir de los resultados del primer estudio.

En ambos estudios los instrumentos fueron autoaplicados individualmente en salas polivalentes, cuartos, pasillos o diversos lugares permitidos por cada una de las instituciones donde se llevo a cabo el estudio. La participación fue voluntaria, tras solicitar el consentimiento informado. Se contó con el la autorización de los directivos de las clínicas pivadas y asociaciones civiles en las cuales se recolectaron ambas muestras.

Los datos del primer estudio se analizaron desde la técnica de redes semánticas naturales: valor J, valor M, conjunto SAM y FMG. Los datos del segundo estudio fueron analizados por medio de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, correlaciones, comparación de medias por medio de la prueba *t* de Student y análisis de varianza, regresión lineal y modelamiento de ecuaciones estructurales lineales. La consistencia interna se calculó por el coeficiente alfa de Cronbach y el ajuste a una curva normal se contrastó por la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Resultados

La escala de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud quedó conformada por 38 ítems, seis factores de primer orden: negación con 7 ítems, ira con 6 ítems, negociación-pacto con 7 ítems, fe y esperanza con 4 ítems, depresión con 4 ítems y aceptación con 10 ítems; y los dos factores independientes de segundo orden: reacción de afecto negativo ante la enfermedad que se definió por la suma de los 4 ítems directos de depresión, los 6 ítems directos de ira, los 10 ítems inversos de aceptación y los 7 ítems directos de negación; y la actitud positiva ante la enfermedad se definió por la suma de los 7 ítems directos de pacto y los 4 ítems directos de fe y esperanza.

Los valores de consistencia interna de los seis factores de primer orden y los dos factores de segundo orden fueron altos. La distribución de los factores de primer y el factor de segundo orden sobre actitud positiva ante la enfermedad, no se ajustaron a una curva normal. Los factores de negación, ira y depresión presentaron asimetría positiva, y los factores de aceptación, pacto, fe y esperanza, y actitud positiva ante la enfermedad mostraron asimetría negativa.

Únicamente al hacer los análisis correspondientes al objetivo dos del segundo estudio (contrastar la secuencia de las fases del duelo), se utilizaron 39 ítems que

conforman las subescalas unidimensionales: negación con 8 ítems, ira con 6 ítems, negociación-pacto con 7 ítems, depresión con 8 ítems y aceptación con 10 ítems. El modelo sin una secuencia predeterminada de las fases tuvo mejores propiedades de estimación e índices de ajuste, que los otros tres modelos contrastados.

Al encontrar que el modelo secuencial no se sostuvo por los datos, se optó por nombrar la escala anteriormente descrita de seis factores correlacionados de primer orden y dos factores independientes de segundo orden como Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS38).

Los valores de consistencia interna del puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M) y los cinco factores que la componen: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura fueron altos.

En relación a la escala de Alexitimia de Toronto, la consistencia interna de los 30 ítems incrementó fuertemente al excluir los 10 ítems de fantasía, lo cual sugirió que eran dos escalas distintas. Por lo tanto, se exploró de forma independiente la estructura factorial de los 20 primeros ítems de alexitimia, y los 10 últimos ítems de fantasía.

La estructura factorial exploratoria y confirmatoria de los 20 primeros ítems de alexitimia (sin incluir fantasía), fue unidimensional, y la estructura factorial exploratoria y confirmatoria de los 10 ítems de fantasía fue bidimensional, el primer componente hace referencia a tener una propensión a la fantasía y el segundo a tener fantasías sexuales, románticas e interpersonales. Debido a estos resultados se empleó de forma independiente la puntuación total de la escala TAS-20 y los dos factores de fantasía. Los valores de consistencia interna fueron altos para el puntaje total de la escala de alexitimia (TAS-20) y los dos factores de fantasía.

Los niveles promedios de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud que predominaron fueron fe y esperanza, y la aceptación de la enfermedad. Siendo menos frecuentes las respuestas psicológicas de pacto, depresión, negación, e ira ante la enfermedad. El nivel promedio de la resiliencia fue muy alto en el puntaje total de la escala RESI-M, y en los cinco factores de la escala: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura personal.

Entre las pacientes con cáncer de este estudio, la media de alexitimia dividida por el número de ítems de la escala (2.06) quedó en un rango de respuesta de algo en

desacuerdo con la afirmación de presentar rasgos alexítmicos (de 1.67 a 2.49). La media del factor de propensión a fantasear dividida por el número de ítems del factor fue 1.54, lo que correspondió a un rango de respuesta de bastante en desacuerdo con el rasgo (de 1.83 a 1.66). La media del factor de fantasías sexuales, románticas e interpersonales dividida por el número de ítems del factor fue 0.72, lo que correspondió a un rango de respuesta de totalmente en desacuerdo con el rasgo (0 a 0.82). Además, la media de alexitimia fue equivalente a las medias obtenidas en población general y de estudiantes mexicanos.

Existe relación de las variables socio-demográficas, religión, experienciales, clínicas, y las variables de alexitimia y resiliencia con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. No obstante, el tamaño del efecto de la alexitimia y resiliencia, superaron el tamaño del efecto de las variables socio-demográficas, de religión, experienciales y clínicas.

Se encontraron como correlatos de riesgo para la negación de la enfermedad, menores ingresos económicos, menor nivel de escolaridad, menor apoyo familiar, mayor alexitimia y mayor propensión a la fantasía. De los cuales, sólo el menor ingreso económico y mayor alexitimia destacaron como factores de riesgo o predictores que aumentan la probabilidad de negar la enfermedad.

Se encontraron como correlatos de riesgo para la ira ante la enfermedad, menor frecuencia de rituales religiosos, menor adherencia al tratamiento, menor resiliencia, menor fortaleza y confianza en uno mismo, menor apoyo familiar, menor apoyo social y menor estructura; y mayor alexitimia, mayor propensión a la fantasía y más fantasía sexuales, interpersonales y románticas. De los cuales, sólo una menor adherencia al tratamiento, menor apoyo familiar y mayor alexitimia destacaron como factores de riesgo o predictores que aumentan la probabilidad de presentar ira ante la enfermedad.

Se encontraron como correlatos de protección para el pacto-negociación ante la enfermedad, menores ingresos económicos, menor nivel de escolaridad, mayor convicción religiosa, mayor frecuencia de rituales religiosos, menor información, mayor alexitimia y mayor propensión a la fantasía. Asimismo, el compartir las experiencias y emociones con otros pacientes con cáncer, y ser creyente de una religión (católica o cristiana) se asoció con mayor pacto-negociación ante la enfermedad. Únicamente, el

menor ingreso económico y mayor convicción religiosa destacaron como factores protectores que aumentan la probabilidad de pactar-negociar con un Ser supremo ante la enfermedad.

Se encontraron como correlatos de protección para la fe y esperanza ante la enfermedad, menores ingresos económicos, menor nivel de escolaridad, mayor frecuencia de rituales religiosos, mayor sentido de vida, mayor resiliencia, mayor competencia social, mayor apoyo familiar y mayor estructura personal. Asimismo, el ser creyente de una religión (católica, cristiana u otras) se asoció con mayor fe y esperanza ante la enfermedad. Únicamente menor nivel de escolaridad, mayor frecuencia de rituales religiosos, mayor sentido de vida y mayor resiliencia destacaron como factores protectores que aumentan la probabilidad de tener fe y esperanza ante la enfermedad.

Se encontraron como correlatos de riesgo para la depresión ante la enfermedad, menores ingresos económicos, menor nivel de escolaridad, menor frecuencia de rituales religiosos, mayores efectos secundarios de los tratamientos médicos, menor información, menor percepción de que el tratamiento médico está teniendo éxito, menor resiliencia, menor fortaleza y confianza en uno mismo, menor apoyo familiar, y mayor alexitimia y fantasía. Únicamente menor frecuencia de rituales religiosos, mayores efectos secundarios de los tratamientos médicos, menor información y mayor alexitimia destacaron como factores de riesgo que aumentan la probabilidad de tener depresión ante la enfermedad.

Se encontraron como correlatos de protección para la aceptación de la enfermedad, mayor frecuencia de rituales religiosos, mayor sentido de vida, mayor información, mayor adherencia al tratamiento médico, mayor resiliencia, mayor fortaleza y confianza en uno mismo, mayor competencia social, mayor apoyo familiar y mayor estructura personal. Asimismo, el tener familiares con antecedentes de cáncer se asoció con mayor aceptación de la enfermedad. Únicamente mayor sentido de vida, mayor información y mayor resiliencia destacaron como factores protectores que aumentan la probabilidad aceptar la enfermedad.

La reacción de afecto negativo ante la enfermedad compartió con la depresión el predictor de mayores efectos secundarios de los tratamientos médicos, con la ira compartió el predictor de menor apoyo familiar, y con la negación, ira y depresión

compartió el predictor de mayor alexitimia. La actitud positiva ante la enfermedad compartió con la negación y pacto el predictor de menor ingreso económico familiar, y con el pacto el predictor de mayor convicción religiosa. Ambos factores de segundo orden compartieron como predictor la estructura personal.

Así el modelo predictivo de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, quedó conformado por dos variables latentes endógenas: reacción de afecto negativo ante la enfermedad, que refleja menores respuestas de ira y depresión y mayores respuestas de aceptación y negación ante la pérdida de salud; y la actitud positiva ante la enfermedad, que refleja mayores respuestas de fe y esperanza y pacto.

La menor reacción afecto negativo ante la enfermedad fue predicha por menor alexitimia, mayor apoyo familiar, mayor estructura personal y menores efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer. La actitud positiva ante la enfermedad fue predicha por menores ingresos económicos familiares y mayor estructura personal. Además, se encontró que a mayor alexitimia, menor ingreso familiar y menor apoyo familiar. Y que a mayor apoyo familiar mayor estructura personal.

Conclusiones

No se halló una secuencia fija de las fases del duelo, tal como se hipotetizó desde la teoría de Kubler-Ross: negación, ira, pacto, depresión y aceptación. El resultado es concordante con otros estudios que sostienen que no existen dichas fases, sino distintas respuestas ante una pérdida. Precisamente, la escala creada fue denominada Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38). El instrumento tiene 6 factores en lugar de 5 (esperados en correspondencia con las 5 fases de duelo). La etapa de pacto se desdobló en el factor de pacto-negación con un Ser superior y en el factor de fe y esperanza. La escala y sus factores fueron consistentes. Subyace a los 6 factores de primer orden correlacionados un modelo de dos dimensiones independientes con un ajuste de bueno a adecuado a los datos, el cual se asemeja al modelo de dos factores de emociones propuesto por Watson, Clark y Tellegen (1988): emociones positivas y emociones negativas, y al modelo de dos estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984): estilo activo o centrado en el problema y estilo pasivo o centrado en la emoción. La respuesta psicológica que prevaleció fue la de fe y esperanza; la menos frecuente fue

la de ira. La resiliencia fue alta y el nivel de alexitimia fue equivalente al de población general y de estudiantes mexicanos. Por lo tanto, el nivel de adaptación ante la enfermedad en esta muestra fue funcional en unas mujeres con bastantes recursos. El modelo de dos dimensiones para las respuestas de duelo ante la pérdida de salud se predijo por medio de 5 variables, lográndose un buen ajuste a los datos y tamaños de efecto grandes sobre las dos dimensiones. Menor reacción de afecto negativo ante la enfermedad fue predicha por menor alexitimia, mayor apoyo familiar, menores efectos secundarios del tratamiento y mayor estructura. Una actitud más positiva ante la enfermedad fue predicha por menores ingresos económicos y mayor estructura personal.

Se sugiere usar y estudiar la escala RPD-PS-38 en muestras clínicas en México. En los casos de dificultades en el duelo, según la muestra poco frecuentes, se propone trabajar con las variables predictoras del modelo especificado en este estudio, el cual tuvo buen ajuste a los datos.

Palabras clave: duelo, resiliencia, alexitimia, cáncer, mujeres.

Índice

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
JUSTIFICACIÓN	35
DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	37
OBJETIVOS	38
Objetivo general	38
Objetivos específicos.....	38
MARCO TEÓRICO	43
CÁNCER.....	43
Epidemiología del cáncer	43
Definición del cáncer.....	44
Causas del cáncer	44
Fases del cáncer	45
Sistemas de estadificación.....	46
Tratamientos médicos.....	47
Aspectos psicológicos del paciente con cáncer durante el proceso de enfermedad	49
RESILIENCIA	54
Surgimiento de la resiliencia	54
Definición de resiliencia.....	55
La resiliencia como rasgo personal y como proceso dinámico	56
Componentes de la personalidad resiliente	58
Mecanismos de protección	60
La resiliencia y su relación con variables sociodemográficas	61
Medición de la resiliencia.....	62
ALEXITIMIA	64
Surgimiento de la alexitimia.....	64
Concepto de alexitimia	65
Manifestaciones cognitivo-afectivas de la alexitimia.....	65

Alexitimia primaria y secundaria	65
Relación de la alexitimia y emociones negativas	66
La alexitimia y su relación con variables sociodemográficas	67
Tratamientos	67
Medición de la alexitimia	68
DUELO	70
Duelo normal y complicado	71
Facilitadores del proceso del duelo	71
Modelos explicativos del proceso del duelo.....	72
Modelos psicoanalíticos.....	72
Modelos dinámicos de fases y tareas	73
Modelo de las cinco fases del duelo propuesto por Kübler-Ross (1969).....	75
Primera fase: Negación.....	76
Segunda fase: Ira	79
Tercera fase: Negociación-pacto	81
Cuarta fase: Depresión	82
Quinta fase: Aceptación	84
Modelo del proceso dual de afrontamiento.....	85
Crecimiento postraumático	87
Medición del duelo	87
METODO	90
Diseño del estudio	90
Participantes	90
Instrumentos de medida	96
Procedimiento	98
Aspectos éticos.....	100
Análisis estadísticos	101
RESULTADOS	113
Estudio 1.....	113
Núcleo central de la red semántica y peso semántico de las cinco palabras-estímulo	113
Diseño de la escala de las fases del proceso del duelo	116

Validez de contenido: jueceo de expertos	117
Estudio 2.....	122
Objetivo 1: Estudiar las propiedades psicométricas del instrumento que mide las cinco fases del proceso del duelo a través de cinco subescalas (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) que sea válido y confiable para adolescentes (a partir de los 15 años) y adultos.....	122
Enfoque analítico factorial por subescala: búsqueda de modelos unidimensionales de medida.....	123
Enfoque analítico factorial para el conjunto de ítems.....	187
Propiedades psicométricas de la Escala de las Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38)	204
Objetivo 2: Contraste de la secuencia de las cinco etapas de duelo propuesta por Kübler-Ross.....	205
Objetivo 3: Calcular la consistencia interna del conjunto de ítems y factores de las escalas de alexitimia y resiliencia; en caso de problemas de consistencia interna explorar la estructura factorial y contrastar el modelo original y modelos alternativos.	217
Objetivo 4: Describir el nivel promedio de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, la resiliencia y alexitimia en personas con cáncer.....	238
Nivel promedio de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	238
Nivel promedio de la resiliencia	242
Nivel promedio de la alexitimia y fantasía	242
Objetivo 5: Estudio de la relación de las variables socio-demográficas, religión, experienciales y clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.....	246
Objetivo 6: Estudio de la relación de la resiliencia y alexitimia con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.	270
Objetivo 7: Determinar los factores de riesgo y protección que intervienen en cada una de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.....	273
Reacción de afecto negativo ante la enfermedad.....	273
Reacción de actitud positiva ante la enfermedad.....	279
Negación	282
Ira	284
Pacto-negociación.....	287

Fe y esperanza.....	289
Depresión	292
Aceptación	294
Objetivo 8: Generar un modelo que prediga las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud por medio de la resiliencia, alexitimia y las variables socio-demográficas y clínicas.....	298
DISCUSIÓN	303
LIMITACIONES	332
CONCLUSIONES	335
APORTACIONES	343
SUGERENCIAS	344
FUTUROS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	346
REFERENCIAS.....	347
ANEXOS	375
ANEXO 1.....	376
Consentimiento escrito de participación voluntaria (Primera aplicación)	376
ANEXO 2.....	377
Redes semánticas y preguntas abiertas sobre las fases del proceso del duelo	377
ANEXO 3.....	383
Consentimiento escrito de participación voluntaria (Segunda aplicación)	383
ANEXO 4.....	384
Variables socio-demográficas y clínicas	384
ANEXO 5.....	388
Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar y Gómez (2010)	388
ANEXO 6.....	390
Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-30) adaptada por Moral (2011)	390
ANEXO 7.....	392
Escala de las Fases del Duelo (EFD-66)	392
ANEXO 8.....	394
Escala Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38)	394

Índice de Tablas

Tabla 1. Frecuencia y porcentajes de las variables socio-demográficas	91
Tabla 2. Frecuencia y porcentajes de las variables socio-demográficas	93
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de las variables clínicas	95
Tabla 4. Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de negación de la enfermedad	113
Tabla 5. Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de ira ante la enfermedad	114
Tabla 6. Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de negociación con la enfermedad	114
Tabla 7. Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de depresión ante la enfermedad	115
Tabla 8. Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de aceptación de la enfermedad	116
Tabla 9. Ítems para negación de la enfermedad	118
Tabla 10. Ítems para ira ante la enfermedad	119
Tabla 11. Ítems para negociar/pactar con la enfermedad	119
Tabla 12. Ítems para depresión ante la enfermedad	120
Tabla 13. Ítems para aceptar la enfermedad	121
Tabla 14. Estadísticos descriptivos de la distribución de los ítems de la subescala de negación	123
Tabla 15. Distribución de frecuencias de los 15 ítems de la subescala de negación	124
Tabla 16. Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de negación	125
Tabla 17. Consistencia interna y comunalidades de los ítems de la subescala de negación	126
Tabla 18. Matriz de componentes	127
Tabla 19. Matriz de configuraciones	127
Tabla 20. Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer	129
Tabla 21. Estadísticos descriptivos de la distribución de los ítems de la subescala de ira	133
Tabla 22. Distribución de frecuencias de los 15 ítems de la subescala de ira	133
Tabla 23. Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de ira	134
Tabla 24. Consistencia interna y comunalidades de los ítems en la subescala de ira	135
Tabla 25. Matriz de componentes	136
Tabla 26. Matriz de configuraciones	136
Tabla 27. Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer	138
Tabla 28. Estadísticos descriptivos de la distribución de los ítems de la subescala de negociación	145
Tabla 29. Distribución de frecuencias de los 12 ítems de la subescala de negociación	145
Tabla 30. Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de negociación	146
Tabla 31. Consistencia interna y comunalidades de los ítems en la subescala de negociación	147
Tabla 32. Matriz de configuraciones	148
Tabla 33. Matriz de configuraciones	149
Tabla 34. Matriz de correlaciones entre los tres componentes	149
Tabla 35. Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer	150
Tabla 36. Matriz de configuraciones	152
Tabla 37. Estadísticos descriptivos de los ítems de la subescala de depresión	162
Tabla 38. Distribución de frecuencias de los 12 ítems de la subescala de depresión	162
Tabla 39. Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de depresión	163
Tabla 40. Consistencia interna y comunalidades de los ítems en la subescala de depresión	164

Tabla 41. Matriz de componentes	165
Tabla 42. Matriz de configuración	165
Tabla 43. Matriz de correlaciones entre los tres componentes de depresión	166
Tabla 44. Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer	167
Tabla 45. Estadísticos descriptivos de la distribución de los ítems de la subescala de aceptación	173
Tabla 46. Distribución de frecuencias de los 15 ítems de la subescala de aceptación	174
Tabla 47. Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de aceptación	175
Tabla 48. Consistencia interna y comunalidades de los ítems de la subescala de aceptación	176
Tabla 49. Matriz de componentes	177
Tabla 50. Matriz de configuraciones	177
Tabla 51. Correlación entre los tres componentes	178
Tabla 52. Matriz de patrones	178
Tabla 53. Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer	180
Tabla 54. Análisis paralelo de Horn de los 43 ítems por Ejes principales	187
Tabla 55. Matriz de configuraciones	189
Tabla 56. Matriz de configuraciones	191
Tabla 57. Matriz de configuraciones	193
Tabla 58. Matriz de configuraciones	194
Tabla 59. Análisis paralelo de Horn de los 38 ítems por Ejes principales.	196
Tabla 60. Matriz de configuraciones	197
Tabla 61. Matrices de configuraciones y estructural de los 6 factores de primer orden (puntuaciones obtenidas por el método de regresión)	201
Tabla 62. Consistencia interna, descripción de las distribuciones y normalidad de la escala RPD-PS-38	204
Tabla 63. Estadísticos descriptivos y ajuste a la normalidad de los dos factores de segundo orden con rango continuo de 1 a 5	205
Tabla 64. Correlaciones entre las siete respuestas psicológicas del duelo	206
Tabla 65. Índices de modificación sugeridos para los pesos de regresión dentro del modelo especificado	215
Tabla 66. Consistencia interna, descripción de las distribuciones y normalidad de la escala RESI-M	218
Tabla 67. Matriz de configuraciones de los 30 ítems de la TAS30 (número de componentes por el criterio de Horn)	220
Tabla 68. Matriz de configuraciones con 30 ítems de la TAS30 (número de componentes por la expectativa de 4)	221
Tabla 69. Correlaciones entre los componentes	222
Tabla 70. Matriz de componentes de los primeros 20 ítems de la TAS30 (número de componentes por el criterio de Horn)	223
Tabla 71. Matriz de configuraciones de los 20 primeros ítems de la TAS-30	224
Tabla 72. Matriz de componentes de 10 ítems de fantasía de la TAS30 (número de componentes por el criterio de Horn)	226
Tabla 73. Matriz de configuraciones de los 10 ítems de fantasía (número de componentes por el criterio de Kaiser)	227
Tabla 74. Consistencia interna, descripción de las distribuciones y normalidad de la escala de alexitimia	238
Tabla 75. Distribución en rango continuo homogéneo de los dos factores de segundo orden	240
Tabla 76. Distribución de la TAS-20 con un rango de 0 a 5 segmentada en 5 intervalos de amplitud constante	243
Tabla 77. Distribución de casos empleando los puntos de corte de Bagby, Parker et al. (1994)	244

Tabla 78. Correlación de las variables sociodemográficas con la escala RPD-PS38	247
Tabla 79. Correlación de las variables de espiritualidad y religiosidad con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	248
Tabla 80. Correlación de las variables de sentido de vida y cambio en la percepción de la vida con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	248
Tabla 81. Correlación de las variables clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	250
Tabla 82. Medias y desviación estándar por grupos de estado civil	251
Tabla 83. Comparación de medias del estado civil por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene	252
Tabla 84. Comparación de medias del estado civil por la prueba de LSD	253
Tabla 85. Medias y desviación estándar por grupos de creencia religiosa	254
Tabla 86. Comparación de medias de las creencias religiosas por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene	255
Tabla 87. Comparación de medias de las creencias religiosas por la prueba de Tukey	256
Tabla 88. Medias y desviación estándar por grupos de tratamientos médicos	257
Tabla 89. Comparación de medias de los tratamientos médicos por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene	258
Tabla 90. Comparación de medias de los grupos de tratamientos médicos por la prueba Games-Howell	259
Tabla 91. Diferencia de medias entre antecedentes familiares con cáncer y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	259
Tabla 92. Diferencia de medias entre pérdidas significativas anteriores al diagnóstico de cáncer y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	260
Tabla 93. Diferencia de medias entre la elaboración adecuada de las pérdidas significativas anteriores al diagnóstico de cáncer y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	261
Tabla 94. Diferencia de medias entre compartir experiencias y emociones con otras pacientes con cáncer y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	262
Tabla 95. Diferencia de medias entre recibir apoyo psicológico y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	262
Tabla 96. Diferencia de medias entre asistir a grupos de apoyo psicológico y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud	263
Tabla 97. Medias y desviación estándar por grupos de crecimiento postraumático	265
Tabla 98. Comparación de medias de los grupos de crecimiento postraumático por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene	266
Tabla 99. Medias y desviaciones estándar por grupos de creencias sobre el cáncer anteriores al diagnóstico de cáncer	267
Tabla 100. Comparación de medias de los grupos de creencias sobre el cáncer anteriores al diagnóstico de cáncer por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene	268
Tabla 101. Medias y desviaciones estándar por grupos de creencias sobre el cáncer posterior al diagnóstico de cáncer	269
Tabla 102. Comparación de medias de los grupos de creencias sobre el cáncer posteriores al diagnóstico de cáncer por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene	270
Tabla 103. Correlaciones de las respuestas psicológicas del duelo con resiliencia	271
Tabla 104. Correlaciones de las respuestas psicológicas del duelo con alexitimia	271
Tabla 105. Modelo de regresión para la reacción de afecto negativo ante la enfermedad	275
Tabla 106. Correlaciones entre los 6 predictores	276
Tabla 107. Diagnóstico de la colinealidad	276
Tabla 108. Modelo de regresión para la reacción de afecto negativo ante la enfermedad	277
Tabla 109. Diagnóstico de la colinealidad	279

Tabla 110. Modelo de regresión para la actitud positiva ante la enfermedad	280
Tabla 111. Correlaciones entre las variables predictoras	281
Tabla 112. Diagnóstico de la colinealidad	281
Tabla 113. Modelo de regresión para la negación ante la enfermedad	282
Tabla 114. Diagnóstico de la colinealidad	283
Tabla 115. Modelo de regresión para la ira ante la enfermedad	285
Tabla 116. Correlaciones entre las variables predictoras	285
Tabla 117. Diagnóstico de la colinealidad	285
Tabla 118. Modelo de regresión para el pacto-negociación ante la enfermedad	287
Tabla 119. Diagnóstico de la colinealidad	288
Tabla 120. Modelo de regresión para la fe y esperanza ante la enfermedad	290
Tabla 121. Correlaciones entre las variables predictoras	290
Tabla 122. Diagnóstico de la colinealidad	290
Tabla 123. Modelo de regresión para los síntomas depresivos ante la enfermedad	292
Tabla 124. Correlaciones entre las variables predictoras	293
Tabla 125. Diagnóstico de la colinealidad	293
Tabla 126. Modelo de regresión para la aceptación de la enfermedad	295
Tabla 127. Correlaciones entre las variables predictoras	296
Tabla 128. Diagnóstico de la colinealidad	296
Tabla 129. Resumen de las variables predictoras	297
Tabla 130. Tamaño del efecto y significación	301

Índice de Figuras

Figura 1. Gráfico del análisis paralelo de Horn.	128
Figura 2. Modelo unidimensional estimado por el método de máxima verosimilitud.	132
Figura 3. Gráfico del análisis paralelo de Horn.	137
Figura 4. Modelo estandarizado de dos factores correlacionados estimado por ML.	141
Figura 5. Modelo estandarizado de un factor con las correlaciones entre tres residuos estimado por ML.	142
Figura 6. Modelo estandarizado de un factor con 6 indicadores estimado por ML.	144
Figura 7. Gráfico del análisis paralelo de Horn.	150
Figura 8. Modelo estandarizado de dos factores correlacionados estimado por Máxima Verosimilitud.	154
Figura 9. Modelo revisado (ítem 8 como indicador de negociación-pacto en lugar de fe-esperanza) de dos factores correlacionados estimado por Máxima Verosimilitud.	156
Figura 10. Modelo estandarizado de un factor con 11 indicadores estimado por Máxima Verosimilitud.	158
Figura 11. Modelo estandarizado de un factor con 7 indicadores estimado por Máxima Verosimilitud.	160
Figura 12. Gráfico del análisis paralelo de Horn.	166
Figura 13. Modelo estandarizado de un factor con 8 indicadores estimado por Máxima Verosimilitud.	170
Figura 14. Modelo estandarizado de un factor con 8 indicadores estimado por Máxima Verosimilitud.	172
Figura 15. Grafico del análisis paralelo de Horn.	179
Figura 16. Modelo estandarizado de un factor con 11 indicadores	185
Figura 17. Modelo estandarizado de un factor con 10 indicadores y tres correlaciones entre residuos.	186
Figura 18. Gráfico del análisis paralelo de Horn.	188
Figura 19. Gráfico del análisis paralelo de Horn.	196
Figura 20. Modelo estandarizado de 6 factores correlacionados con 38 ítems estimado por ML.	200
Figura 21. Modelo estandarizado de 2 factores de segundo orden estimado por ML.	203
Figura 22. Modelo estandarizado temporal de la secuencia de fases de duelo basado en la propuesta original de Kübler-Ross (1969) estimado por Máxima Verosimilitud.	209
Figura 23. Modelo estandarizado con una variable latente de duelo con 5 indicadores y el tiempo como predictor de cada etapa estimado por Máxima Verosimilitud.	211
Figura 24. Modelo estandarizado de curva de crecimiento para las 5 etapas de duelo estimado por Máxima Verosimilitud.	214
Figura 25. Modelo estandarizado de duelo especificado desde los índices de modificación estimado por Máxima Verosimilitud.	216
Figura 26. Análisis paralelo de Horn de los 30 ítems de la TAS-30.	219
Figura 27. Análisis paralelo de Horn de los 20 primeros ítems de la TAS-30.	223
Figura 28. Análisis paralelo de Horn de los 10 últimos ítems de la TAS-30.	226
Figura 29. Modelo estandarizado de dos factores correlacionados con 20 indicadores estimado por ML.	229
Figura 30. Modelo estandarizado de un factor con 20 indicadores estimado por ML.	231
Figura 31. Modelo estandarizado de tres factores correlacionados con 20 indicadores estimado por ML.	233
Figura 32. Modelo estandarizado de un factor con 10 indicadores y una correlación entre los residuos estimado por ML.	235
Figura 33. Modelo estandarizado de dos factores correlacionados con 10 indicadores	237

estimado por ML.	
Figura 34. Nivel de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.	241
Figura 35. Diagrama de medias de los dos factores de segundo orden de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.	241
Figura 36. Histograma de los residuos estandarizados de RANE.	275
Figura 37. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados de RANE.	276
Figura 38. Histograma de los residuos estandarizados de RANE.	278
Figura 39. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados de RANE.	279
Figura 40. Histograma de los residuos estandarizados de APE.	281
Figura 41. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de APE.	282
Figura 42. Histograma de los residuos estandarizados de negación.	283
Figura 43. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de negación.	284
Figura 44. Histograma de los residuos estandarizados de ira.	286
Figura 45. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de ira.	286
Figura 46. Histograma de los residuos estandarizados de pacto-negociación.	288
Figura 47. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de pacto-negociación.	289
Figura 48. Histograma de los residuos estandarizados de fe y esperanza.	291
Figura 49. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de fe y esperanza.	291
Figura 50. Histograma de los residuos estandarizados de los síntomas de depresión.	294
Figura 51. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de los síntomas depresivos.	294
Figura 52. Histograma de los residuos estandarizados de aceptación.	296
Figura 53. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de aceptación.	297
Figura 54. Modelo estandarizado estimado por Máxima Verosimilitud.	299

EL IMPACTO DE LA ALEXITIMIA Y LA RESILIENCIA EN LAS FASES DEL PROCESO DEL DUELO EN PACIENTES CON CÁNCER

INTRODUCCIÓN

Normalmente se asume que el tener cáncer es una experiencia estresante, difícil y traumática, debido a que los pacientes se enfrentan a un gran número de estresores, cambios y pérdidas (González, 2006; Kazak, 2005) como son: la pérdida de la salud, los cambios en la apariencia física debido a la pérdida de cabello o peso corporal, las restricciones en actividades físicas, la pérdida de la rutina diaria como la asistencia al trabajo/clases o la convivencia con la familia debido a las constantes visitas médicas u hospitalizaciones, la imposición de un régimen alimentario que en muchas ocasiones no gusta al paciente y el seguimiento de un tratamiento que suele provocar sensaciones dolorosas, a veces más incómodas que la propia enfermedad (Bragado & Fernández, 1996). Todo lo anterior, hace factible que se complique el adaptarse a la enfermedad.

En este sentido, los pacientes con cáncer a menudo experimentan diversos síntomas como son la ansiedad (Bragado & Fernández, 1996; Salas, Gabaldón, Mayoral, & Amayra, 2002), depresión (Kersum & Elia, 2007), trastornos adaptativos (Velázquez, García, Alvarado, & Ángeles, 2007), estrés, náuseas, trastornos del sueño (insomnio) y de la conducta alimentaria, de manera previa a las visitas hospitalarias (Hockenberry-Eaton, Barrera, Brown, Bottomley, & O'Neill, 1999) y durante el curso y evolución de la enfermedad, afectando así, al sistema inmunológico y en consecuencia al proceso del cáncer o a la aceleración del desarrollo del mismo (Arbizu, 2000).

No obstante, algunos estudios han encontrado que los pacientes con cáncer (independientemente del tipo cáncer y la etapa en la que se encuentren, si reciben o no tratamiento médico e independientemente de la edad), no tienen peor concepto físico ni menor autoestima que sus pares sin cáncer, ni tampoco se sienten más deprimidos o ansiosos que éstos (Allen, Newman, & Souhami, 1997; Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos, & Urbano, 2008; Cano, 2005; García-Conde, 2014; Grootenhuis & Last, 2001; Matziou, Perdikaris, Galanis, Dousis, & Tzoumakas, 2008; Osborne, Elsworth, Sprangers, Oort, & Hopper, 2004; Trask, Paterson, Trask, Bares, Birt, & Maan, 2003). Por lo tanto, dichos hallazgos no confirman los modelos de estrés de la

enfermedad crónica y sugieren una considerable resistencia psicológica (Noll et al., 1999).

Diversos autores consideran que los trastornos psicológicos evidenciados por los pacientes con cáncer, son reacciones emocionales adaptativas ante la enfermedad, y no trastornos psicopatológicos, ya que paulatinamente los pacientes se van acostumbrando a los cambios que van viviendo y con ello van disminuyendo los síntomas y reacciones desadaptativas (Grootenhuis & Last, 2001; Trask et al., 2003). Además de adaptarse a la situación de tener cáncer, los pacientes también muestran un desarrollo psicosocial positivo (Hernández, López, & Durá, 2009; Noll et al., 1999) y una mayor cohesión familiar, generosidad y solidaridad (Guala, 2005). Frecuentemente el diagnóstico de cáncer genera reacciones de unidad y lucha dentro de la familia. Holland y Rowland (1998) señalan que esto se debe a que la enfermedad se suele asociar a la muerte, por lo que la familia se apoya mutuamente y le da mayor prioridad al paciente que a otros problemas que puedan estar pasando.

En este sentido, las personas que tienen enfermedades graves como en este caso sería el cáncer, pasan por un proceso de aceptación y acomodación. Esta acomodación implica la aceptación de diversas pérdidas como la pérdida de salud, seguridad, autonomía, libertad (Artigas, 1999), la pérdida del ideal del futuro, la lógica del vínculo con el otro por las transformaciones que la enfermedad y los tratamientos imponen a la relación (Díaz, 2010), entre otras pérdidas. A este proceso se le conoce como proceso de duelo (Artigas, 1999). Tizón (2004) define el *proceso del duelo* como un conjunto de fenómenos psicológicos, psicosociales e incluso económicos, que surgen tras las pérdidas. La *pérdida* se refiere a lo que la persona trata de adaptarse (Worden, 2010). Por lo tanto, la función del proceso del duelo es elaborar el impacto de la pérdida y adaptarse a la nueva situación que se está viviendo (Payás, 2010).

Diversos autores han desarrollado modelos dinámicos de fases y tareas del duelo, en los cuales consideran el proceso del duelo como una experiencia individual que cada persona vive de una manera diferente, pero que comparte aspectos comunes (Payás, 2010). Los modelos dinámicos del duelo señalan que las personas ante una pérdida significativa presentan diversas reacciones emocionales adaptativas que se dan de forma secuenciada o lineal, es decir, por fases o etapas (Bowlby, 1986; Parkes, 1972; Kübler-

Ross, 1969; Rando, 1993; Worden, 1991). Por lo tanto, tradicionalmente se ha entendido al duelo como un proceso que va desde el inicio hasta la resolución del mismo. No obstante, a pesar de la gran popularidad de las teorías de las etapas de duelo, han sido pocos los investigadores que han estudiado empíricamente la secuencia de dichas etapas (Isla et al., 2008; Holland & Neimeyer, 2010; Maciejewski et al., 2007; Wortman & Silver, 2001).

Como varios autores señalan (Isla, Moncho, Guasch y Torras., 2008; Maciejewski, Zhang, Block y Prigerson, 2007), el modelo dinámico de duelo más conocido es el de Elisabeth Kübler-Ross. La autora propuso que las personas que se encontraban próximas a la muerte (enfermos terminales) transitan por cinco fases durante el duelo: negación, ira, negociación/pacto, depresión y aceptación. Señaló que dichas fases tienen diferentes periodos de duración y matizó que, aunque usualmente se suceden unas a otras, en ocasiones se traslapan. La secuencia inicia en la fase negación y termina en la fase de aceptación, pero aún alcanzada la última etapa, la persona puede fluctuar a otras fases previas (Kübler-Ross, 1969). Debe señalarse que la autora nunca introdujo en su modelo un concepto o mecanismo que explique una secuencia fija de fases; por el contrario, su formulación fue siempre descriptiva y fenomenológica.

Diversos estudios empíricos han estudiado la relación de la negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación con diversas variables biopsicosociales en personas con diversas enfermedades crónicas. A continuación se presentan los hallazgos de dichos estudios.

En relación a la negación de la enfermedad, Vos y De Haes (2007) hallaron que los pacientes con cáncer de edad avanzada son más propensos a negar la enfermedad. Además, reportaron que ni el tipo de cáncer, ni el género estaban relacionados con la negación. Por otro lado, Nam, Fielding, Avalos, Dickinson, Gaolathe y Geisslerd (2008) encontraron en pacientes que viven con VIH/SIDA (PVVS) que aquellos que negaban la enfermedad reportaban mayor depresión y menor apoyo social. A su vez, en otros estudios con pacientes con enfermedades crónicas se ha reportado que bajos niveles de aceptación y altos niveles de negación pueden llevar a una menor adherencia al tratamiento médico (Greenhouse, Meyer & Johnson, 2000; Zalewska, Miniszewska, Chodkiewicz & Narbutt, 2007).

En cuanto a la ira ante la enfermedad, Waldstein, Kauhanen, Neumann y Katzel (2002), y Rueda y Pérez-García (2007) hallaron una relación directa entre la alexitimia y la ira en pacientes con enfermedad cardiovascular. Asimismo, Rueda, Pérez-García, Sanjuán y Rulz (2006) encontraron que la dificultad para identificar los sentimientos predice positivamente la ira manifiesta, la ira suprimida y el cinismo; y que la dificultad para expresar los sentimientos, predice directamente la ira suprimida, el cinismo y la rumiación.

En pacientes con cáncer de mama, Sirgo, Díaz- Ovejero, Cano y Pérez- Manga (2001) hallaron niveles bajos de ira (rasgo, temperamento, estado, y expresión externa), junto con niveles más altos de control de ira (control y expresión interna), y niveles altos de depresión; lo que representa un cierto estilo represivo de afrontamiento. No obstante, Remor, Amorós y Carrobles (2006), y Schlatter y Cameron (2010) mencionan que la baja experiencia de la ira actúa como un factor protector de la frecuencia de síntomas percibidos por malestar físico.

La ira puede ir dirigida hacia todo el entorno, ya sea personal sanitario, familiares, amistades, hacia Dios, incluso hacia uno mismo al culparse de haberse provocado la enfermedad, pudiéndose incurrir en conductas de riesgo autodestructivas. La ira internalizada, la resignación y la culpa predicen una desfavorable evolución del cáncer (Cardenal, Cerezo, Martínez, Ortiz-Tallo & Blanca, 2012), y se ha relacionado con una baja asertividad, y mayor depresión y desesperanza (Spielberger et al., 1988). Por otro lado, sea encontrado en pacientes con cáncer de mama que la expresión de la ira favorece una mayor calidad de vida y una menor depresión (Lieberman y Goldstein, 2006).

Por otro lado, la ira dirigida hacia Dios suele experimentarse con mucha frecuencia ante acontecimientos negativos, como es el hecho de tener cáncer o pasar por un proceso de duelo. Exline, Park, Smyth y Carey (2011) encontraron que la ira hacia Dios se asocio con una peor adaptación al duelo y al cáncer, y con una menor religiosidad y a menor edad. Además, hallaron que la dificultad de encontrar un significado a la pérdida y el verse a sí mismos como víctimas predecía la ira hacia Dios.

En relación a la depresión en pacientes con cáncer, se han encontrado diversos factores de riesgo como son: la historia de depresión e intentos suicidas, abuso de

sustancias, pobre apoyo social, duelo reciente, fatiga extrema, enfermedad avanzada, comorbilidad, uso de esteroides y quimioterapia (Almanza-Muñoz & Holland, 2000), baja autoestima (Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos & Urbano, 2008), el mayor uso de la desesperanza como mecanismo de afrontamiento (Varela et al., 2007), menor número de personas que brindan soporte social, afecto negativo generalmente, y mayor tiempo de evolución de la enfermedad (Robles, Morales, Jiménez & Morales, 2009).

Según Burgess et al. (2005) y Fernández et al. (2011) los factores de riesgo para la depresión y la ansiedad en pacientes oncológicos, están relacionados con el paciente en lugar de la enfermedad o tratamiento. Burgess et al. (2005) encontraron que las mujeres con edades más jóvenes, los problemas psicológicos previos, las dificultades no relacionadas con el cáncer, y la falta de apoyo social eran los factores de riesgo de la depresión y la ansiedad. No obstante, Gil et al. (2008) hallaron como predictores de la ansiedad y depresión, el haber recibido radioterapia, estar en tratamiento psicofarmacológico y la presencia de dolor.

Además, diversos autores han encontrado que la alexitimia se asocia directamente con el estado de ánimo depresivo (Rueda et al., 2006; Waldstein et al., 2002) y con la vulnerabilidad psicológica (Rueda et al., 2006). En este sentido, Lumley (2004) señala que la persona alexitímica, al no ser capaz de diferenciar y modular su estado emocional negativo, mantiene un nivel permanente de anhedonia y de malestar emocional.

Algunos factores protectores de la depresión en pacientes con enfermedades crónicas (incluyendo el cáncer) son el estar casados (Bulotiene, Veseliunas, Ostapenko & Furmonavicius, 2008), tener mayor escolaridad (Ornelas-Mejorada, Tufiño & Sánchez-Sosa, 2011) y tener un mayor bienestar espiritual y propósito en la vida (Johnson et al., 2011).

En relación a la aceptación de la enfermedad, se ha encontrado que son los recursos personales los que juegan un papel importante en la aceptación y adaptación de la enfermedad crónica, más que los efectos de las variables socio-demográficas y clínicas (Fuentes & Blasco, 2012; O'Brien & Moorey, 2010; Van-Damme, Crombez, Van-Houdenhove, Mariman & Michielsen, 2006). Zalewska et al. (2007) encontraron

resultados similares, en donde el sexo, la edad, los antecedentes familiares de la enfermedad, y la duración y la gravedad de la enfermedad no tenían ningún efecto sobre la aceptación de la enfermedad. No obstante, Thompson et al. (2009) hallaron que la mayoría de los pacientes con cáncer que recibían cuidados paliativos aceptaban su pronóstico, pero aquellos pacientes que reportaron una mayor dificultad en aceptarlo tenían menor nivel educativo, edad y apoyo social; y mayores síntomas de ansiedad, depresión y desesperanza.

En diversos estudios, la aceptación de la enfermedad se ha relacionado con una mayor resiliencia (Bonanno et al., 2002), con mayor estabilidad emocional y menor angustia psicológica (Van-Damme et al., 2006), con ser optimistas y con mayor sensación de control (Bárez, Blasco, Fernández-Castro & Viladrich, 2007; Moorey & Greer, 1989), con el menor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Zalewska et al, 2007), con mayor espiritualidad (Büssing & Koenig, 2010) y con la percepción del diagnóstico de cáncer, es decir, si se percibe como un reto potencialmente superable, como una amenaza capaz de superarlo y destruirlo, como daño o pérdida ya ocurrido de hecho o como ausencia de amenaza (Moorey & Greer, 1989). Además, el tener un confidente y mayor participación activa en el entorno social favorece la aceptación de la enfermedad y facilita una mayor esperanza, lo que a su vez favorece la adherencia al tratamiento (Nam et al., 2008).

En relación a la resiliencia, Bonanno, Papa y O'Neill (2001) señalan que los seres humanos son más resilientes frente a las pérdidas de lo que se ha creído anteriormente. En este sentido, el ajuste emocional de los pacientes con cáncer y la capacidad de adaptación a la enfermedad se ha atribuido a características pro-resilientes como son la fortaleza y confianza en uno mismo (Palomar & Gómez, 2010), optimismo, confianza, espiritualidad, empatía y un mayor sentido de vida (Guala, 2005); al uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, una fuerte cohesión familiar y apoyo social (Noll et al., 1999; Trask et al., 2003), expectativas positivas sobre el curso de la enfermedad (Grootenhuis & Last, 2001), uso de la negación (Worchel et al., 1988), actitud defensiva-represiva (Canning, Canning, & Boyce, 1992; Phipps & Steele, 2002; Phipps, Steele, Hall, & Leigh, 2001) y la evitación como estrategia para afrontar la situación de enfermedad (Phipps, 2007).

Además, en diversos estudios se ha hallado que los pacientes con cáncer muestran una gran resiliencia y una alta reconsideración del valor de la vida (Crespo & Rivera, 2012; González-Arratia, Nieto & Valdez, 2011; Guala, 2005; Kim & Yoo, 2010; Strauss et al., 2007). La resiliencia está relacionada directamente con una gran cantidad de aspectos y emociones positivas. Las emociones positivas contribuyen al bienestar psicológico y físico de las personas, a través de un afrontamiento más efectivo (Tugade, Fredrickson, & Barrett, 2004). Nygren et al. (2005) hallan que a mayor resiliencia, mayor salud mental, sentido coherencia, propósito en la vida y autotrascendencia. Algunos factores de protección indispensables para favorecer el desarrollo de la resiliencia son la cohesión familiar y la relación con los amigos (González-Arratia et al., 2011; Kim & Yoo, 2010). No obstante, Guala (2005) señala diversos factores de riesgo que facilitan que la persona sea poco resiliente como es el momento del diagnóstico, los tratamientos médicos agresivos y los pensamientos intrusivos o pesimistas como son el pensar en una recaída y el percibir el futuro de forma negativa.

Por otra parte, la alexitimia juega un papel importante en el proceso del duelo. Diversos estudios señalan que las personas con altas puntuaciones en alexitimia tienen mayores dificultades para la elaboración de las emociones implicadas en la pérdida, y para utilizar las emociones como recursos para el trabajo del duelo (Alvarado, 2013). Siendo la alexitimia un factor de riesgo para el desarrollo de acciones impulsivas o comportamientos no saludables como un medio para manejar conflictos, como son: el consumo de drogas (Espina, 2000) y los trastornos alimenticios (Behar, 2010). Además, la alexitimia puede conducir a la conducta de enfermedad (mayor número de síntomas o quejas somáticas y mayor búsqueda de atención médica) (Baeza, Bulbena, Fénérier, & Gély, 2011; Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer, & Lakey, 1996; Taylor, Parker, Bagby, & Acklin, 1992). En este sentido, Espina (2000) señala que las personas alexitímicas, al no tener una vida propia de sentimientos y fantasías, se centran en los síntomas físicos y los acontecimientos externos.

La alexitimia también puede presentarse o ser exacerbada como consecuencia de la enfermedad física, ya que la propia experiencia de enfermedad y el estrés que conlleva, podrían propiciar la aparición de rasgos alexitímicos (Merino, Godas, & Pombo, 2002). Asimismo, se ha señalado que la alexitimia se trata de un mecanismo

adaptativo que emerge en algunas personas como una forma de afrontar el impacto emocional de una enfermedad crónica o de situaciones estresantes específicas (Kreitler, Chaitchik y Kreitlers (1993). En relación a lo anterior, diversos estudios han encontrado que las personas con enfermedades crónicas tienen una mayor prevalencia de alexitimia en comparación con personas sanas (Barbosa et al. 2009; Fukunishi, Hirabayashi, Matsumoto, Yamanaka, & Kikutake, 1999; Gulec, Sayar, Topbas, karkucak, & Ak, 2004; Porcelli, Zaka, Leoci, Centonze & Taylor, 1995; Todarello, Taylor, Parker, & Fanelli, 1995). Asimismo, se ha hallado una alta prevalencia de alexitimia en pacientes con cáncer (Gritti et al., 2010; Porcelli, Tulipani, Maiello, Cilenti, & Todarello, 2007; Todarello, La Pesa, Zaka, Martino, & Lattanzio, 1989).

Específicamente en pacientes con cáncer, Messina, Fogliani y Paradiso (2011) hallan que las puntuaciones más altas de alexitimia se encontraron en pacientes con etapas más avanzadas del cáncer. Además, encuentran que la alexitimia correlaciona directamente con el estrés percibido y con los estadios más avanzados del cáncer, e indirectamente con los niveles de hemoglobina. En otros estudios se ha hallado que una elevada puntuación de alexitimia se relaciona con una pobre utilización y percepción del apoyo social (Fukunishi et al., 1999), con mayor depresión (Barbosa et al. 2009), ira hacia uno mismo (Gulec et al., 2004), mayor dolor y una mala adaptación a la enfermedad (Porcelli et al., 2007).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la presente investigación se utilizó un enfoque mixto: cualitativo y cuantitativo. En el estudio 1, se utilizó una técnica cualitativa (redes semánticas naturales) con la finalidad de *comprender* el significado psicológico de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. Y el estudio 2, se utilizó el enfoque cuantitativo porque se pretende *predecir* la relación entre las variables de estudio.

Estudio 1

Un problema para el estudio de las cinco fases del proceso del duelo es la confusión que existe alrededor de los constructos. Moyer y Levine (1998) señalaron que

existe una falta de consenso sobre si la negación es un signo de perturbación psicológica o una respuesta normal ante una enfermedad que amenaza la vida. El consenso se inclina hacia su consideración como una respuesta normal, lo que es afín a la propuesta original de Kübler-Ross (1969). Para Moyer y Levine (1998) la negación se refiere a la necesidad de distanciarse, evitar y suprimir emociones. En una revisión de 18 artículos, Wheeler y Louann (1999) encontraron que los conceptos más utilizados para definir la negación son evitación, represión y esperanza poco realista, los cuales no implican psicopatología. Asimismo, Rabinowitz y Peirson (2006) señalaron que la negación es el proceso por el cual la persona se defiende de pensamientos, sentimientos o de información dolorosa o amenazante, y puede manifestarse tanto en personas sanas como en personas con alguna enfermedad, y/o en los familiares del paciente.

En relación con el concepto de depresión, González y Valdez (2005) encontraron que su definición difiere entre médicos y psicólogos. Por un lado, los médicos privilegian los aspectos biológicos y los psicólogos los aspectos afectivos, cognitivos y sociales.

En relación al constructo de aceptación, algunos autores utilizan el término resignación como una estrategia de afrontamiento emocional para referirse a la aceptación de la situación como algo inamovible (Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig & Pastor, 1992). Otros investigadores señalan que es más realista hablar de adaptación a la enfermedad (Isla, Moncho, Guasch & Torras, 2008) debido a que cada fase nueva de la enfermedad genera nuevos procesos de duelo. Por otra parte, hay quienes equiparan la aceptación a estoicismo o resignación, como se observa en los trabajos de Rodríguez et al. (1992) y Sánchez y Dos Santos (2007).

Estudio 2

El cáncer representa la segunda causa de muerte en el estado de Nuevo León y a nivel nacional, en población adulta y en menores de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2011; Secretaría de Salud [SS], 2008).

Ambos estudios se realizarán con personas con cáncer, debido a que el impacto de esta enfermedad crónica alcanza abismos profundos en los contextos económicos, psicosociales y culturales del paciente y la familia (Baider, 2003; González, 2005).

Además, se pretende estudiar a pacientes con cáncer independientemente de la fase de la enfermedad en la que se encuentren. Debido a que no solo el ser diagnosticado con cáncer precipita una crisis, sino que cada fase nueva de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, remisión, recaída y fase terminal), perturba la homeóstasis, forzando al paciente y a la familia a adaptarse a nuevas tareas (Soler, 1996).

A finales de los años 60's Kübler-Ross propuso una teoría sobre las cinco fases del proceso del duelo en pacientes terminales. En la presente investigación se considera importante estudiar la teoría de las fases del proceso del duelo de Kübler-Ross (1969) debido a que en la actualidad es la más utilizada al estudiar el proceso del duelo ante pérdidas significativas (Isla et al., 2008; Maciejewski et al, 2007).

En relación a los modelos dinámicos de etapas, fases o tareas del duelo, Worden (2010) señala que una de las principales dificultades al usar estos modelos es que éstos no son secuenciales y usualmente se tiende a esperar que las personas atraviesen dichas etapas o fases en una secuencia fija. Es decir, dichos modelos no contemplan las diferencias individuales, por lo que se espera que todas las personas atraviesen una ruta única (Payás, 2010).

Diversos estudios empíricos han estudiado la existencia de las fases del duelo, y los resultados han sido controvertidos. Por un lado, hay estudios que no encontraron evidencia de las fases del duelo (Isla et al., 2008; Wortman & Silver, 2001), y otro estudio, donde si se encontró evidencia de una posible secuencia, en la cual la aceptación fue el indicador del duelo dominante desde el primer mes después de la pérdida de un ser querido y que el promedio del anhelo, depresión, negación e ira disminuyeron paulatinamente después de los seis meses tras la pérdida (Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007). Por lo tanto, una de las finalidades principales del estudio es comprobar que no existe dicha secuencia lineal en las fases propuestas por Kübler-Ross y más bien existe un solapamiento en las fases con una tendencia a aceptar la pérdida de la salud.

Además, el proceso del duelo ya sea como etapas, fases o tareas se ha estudiado ampliamente en personas que han perdido a un ser querido (Maciejewski et al., 2007; Neimeyer, 2000; Worden, 2010). En el presente estudio, la pérdida que se abordará será la de la salud. La intención es comprobar si las fases del proceso del duelo se

manifiestan de manera similar a otros estudios. Es decir, si la persona con cáncer tiende a aceptar la pérdida de la salud, como en otros estudios donde se ha encontrado que los familiares reportan la aceptación de la pérdida de su ser querido (Maciejewski et al., 2007).

Por otro lado, la fase del duelo que se reporte como dominante, puede tener consecuencias tanto favorables como desfavorables en el ámbito biopsicosocial de los pacientes con cáncer. Por ejemplo, la negación desadaptativa ante la enfermedad repercute en el retraso de la búsqueda de tratamiento médico, en la falta de adherencia al tratamiento y en la ausencia de obtención de información sobre la enfermedad (Greer, 1992a; Kreitler, 1999; Rabinowitz & Peirson, 2006); la ira ante la enfermedad perturba el funcionamiento del sistema inmune, agrava el dolor e incrementan el riesgo de muerte (Pinquart & Duberstein, 2010; Sandín, 2002); el pacto o negociación con la enfermedad proporciona un sentido a la vida y existencia, da más fuerza ante la adversidad, promoviendo una orientación positiva (De León & Cuetos, 2004; Llantá, Massip & Martínez, 2012); la depresión ante la enfermedad predice una elevada mortalidad (Pinquart & Duberstein, 2010; Satin, Linden, & Phillips, 2009), y por último, la aceptación permite vivir en paz y armonía con la enfermedad, y genera un gran bienestar emocional (Moral, Valdez & Alvarado, 2011).

La alexitimia y la resiliencia son constructos que en la investigación actual en pacientes con cáncer se está contemplando (González-Arratia et al., 2011; González-Arratia, Valdez & Zavala, 2008; Gritti et al., 2010; Kim & Yoo, 2010; Porcelli, Tulipani, Maiello, Cilenti, & Todarello, 2007). Sin embargo, no se ha estudiado propiamente como la alexitimia y la resiliencia pueden predecir las fases del proceso del duelo y cómo pueden actuar como factores de riesgo o de protección.

Una de las tareas para elaborar el duelo, propuestas por Worden (2010), consiste en trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Parkes (1972) afirma que es necesario elaborar el dolor emocional para realizar el trabajo de duelo, y señala que cualquier cosa que suprima o evite el dolor puede prolongar el curso del duelo; e incluso puede favorecer un duelo complicado y/o crónico (Nakao, Kashiwagi & Yano, 2005). Por lo tanto, se considera importante estudiar la manera en que las personas con cáncer identifican, expresan y experimentan sus sentimientos ante la pérdida de la salud.

Aparte de trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, otra de las tareas para elaborar el duelo consiste en la adaptación a la realidad (Worden, 2010). La adaptación pueden ser *externa, interna y espiritual*. La adaptación externa se refiere a cómo influye la pérdida en la vida diaria de la persona, en sus distintos roles; la adaptación interna se refiere a adaptarse a su propio sentido de vida y la confianza en sí mismo; y la adaptación espiritual se refiere al propio sentido del mundo, del significado de la pérdida y de la vida misma (Worden, 2010). Es decir, la persona busca un significado y usualmente se suelen redefinir las metas de la vida. Por lo que la resiliencia es fundamental para elaborar adecuadamente el proceso del duelo, ya que facilita los tres tipos de adaptación.

JUSTIFICACIÓN

Estudio 1

Gran parte de lo que sabemos sobre la respuesta humana ante la pérdida proviene de investigaciones realizadas sobre adultos que han perdido a un ser querido a través de la muerte (Blanco et al., 2007; Cabodevilla, 2007; Lobb et al., 2010; Neimeyer, 2000; Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007; Sánchez, Gutiérrez & Valencia, 2011; Tomarken et al., 2008). Como consecuencia de esto los instrumentos de medición están enfocados a este tipo de pérdida, como el Inventario de Experiencias en Duelo (IED) de Sanders, Mauger y Strong (1985) y el Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) de Faschingbauer, De Vul y Zissok (1977).

No obstante, las fases del proceso del duelo pueden ser experimentadas no sólo en situaciones relacionadas a la muerte, sino ante cualquier tipo de pérdida significativa (Worden, 2010). Por este motivo, se considera de gran importancia desarrollar un instrumento que nos permita evaluar las fases del proceso del duelo ante la pérdida de la salud y de los múltiples cambios en la vida diaria que conlleva el padecer una enfermedad crónica, como el cáncer.

Para la creación de un nuevo instrumento que evalúe las fases de duelo ante situaciones de pérdida de la salud, lo más adecuado sería adoptar un enfoque teórico desde la formulación original de Kübler-Ross (1969) y así garantizar la validez de contenido y poder contrastar la teoría. No obstante, también se podría complementar con

un enfoque empírico sensible a la cultura. Precisamente Valdez (2005) señala que cada vez es mayor la necesidad de construir instrumentos de medición con bases etnopsicológicas, es decir, tomando en cuenta la participación de las personas que viven y comparten una cultura en particular para que éste alcance mayor sensibilidad (capacidad de detectar casos) y especificidad (capacidad de rechazar no casos). A tal fin puede ser útil la técnica de redes semánticas naturales, la cual permitiría desentrañar el significado psicológico que los pacientes tienen sobre las fases del duelo.

Desde la teoría de las redes semánticas naturales, el *significado psicológico* se refiere a una organización cognoscitiva en forma de red asociativa en torno al núcleo de una representación-palabra. El significado está compuesto de información muy diversa desde referencia a objetos concretos, eventos, afectos y conocimientos a relaciones lógicas y temporales. Todos estos elementos crean un código subjetivo de reacción (Figuroa, González, & Solís, 1981; Szalay & Bryson, 1973). De este modo, la red asociativa permite tener una idea clara sobre la información en la memoria, y da acceso al significado que se tiene de un concepto en específico (Valdez, 2005). Así, el significado psicológico refleja la imagen del universo y la cultura subjetiva que tiene el individuo, la cual juega un papel importante en la producción de la conducta.

Estudio 2

Debido al gran impacto psicosocial que posee esta enfermedad crónica (Baider, 2003; González, 2005), es importante conocer como están elaborando el proceso del duelo ante la pérdida de la salud por el que están pasando los pacientes con cáncer. La importancia radica en que la elaboración del duelo puede encaminarse hacia formas saludables o puede desembocar en formas psicopatológicas, como lo es el duelo complicado o crónico (Barreto, De la Torre & Pérez-Marín, 2012; Barreto, Yi & Soler, 2008).

Asimismo, el estudio facilitará el poder predecir qué factores de protección y de riesgo, intervienen (directa o indirectamente) en la elaboración cada una de las fases del proceso de duelo ante la pérdida de la salud. En este sentido, los factores de protección y riesgo se refieren a aquellas variables sociodemográficas, religión, experienciales y clínicas; además de la resiliencia y alexitimia, que tienen el potencial de aumentar o

disminuir la probabilidad de que se presenten las fases del proceso de duelo ante la pérdida de la salud.

Los resultados de la investigación permitirán que los profesionales de la salud que trabajan o acompañan a los pacientes con cáncer en su proceso de enfermedad puedan identificar a las personas que podrían tener problemas al afrontar su duelo, e intervenir de ser posible para disminuir los efectos de los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores. De esta manera, se prevendrían problemas médicos y psicológicos adicionales en las personas con cáncer.

Pregunta de investigación

Cabría preguntarse si las fases de duelo en pacientes con cáncer siguen la secuencia descrita por Kübler-Ross (1969); que factores sociodemográficos, clínicos y de personalidad predican cada una de las etapas del duelo; y determinar el valor explicativo de la resiliencia y la alexitimia en las cinco fases del proceso del duelo propuestas por Kübler-Ross (1969) en pacientes con cáncer.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Resiliencia

Conceptual: La *resiliencia* se refiere a una característica que preexiste a la situación traumática; en este sentido, lo resiliente estaría dado por la habilidad que tiene una persona para recuperarse o para regresar al nivel de funcionamiento previo a la experiencia de adversidad o bien lograr que las consecuencias psicológicas negativas que presente posteriormente al suceso, sean mínimas (Grill, 2009).

Operacional: *Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)* de Palomar y Gómez (2010).

Alexitimia

Conceptual: La *alexitimia* se refiere a un déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones e implica dificultades para regular emociones, ajustarse a las relaciones personales y resolver problemas de convivencia (Ramos & Moral, 2013).

Operacional: *Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)* de Bagby, Parker y Taylor (1994), adaptada por Moral (2011).

Etapas del proceso de duelo

Conceptual: Kübler-Ross (1969) define cada una de las cinco etapas del duelo de la siguiente manera: La *negación* se refiere a la imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad. La *ira* es definida como una reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud y es dirigida hacia todo el entorno que se percibe como sano o responsable de la enfermedad, ya sea personal sanitario, familiares, amistades, incluso hacia Dios. El *pacto/negociación* se refiere a hacer promesas para alcanzar metas terapéuticas, de supervivencia o desarrollo personal. La *depresión* son sentimientos de un profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad. La *aceptación* se define como el reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y limitaciones que conlleva, sin buscar culpables, ni adoptar una posición de derrota, sino asumir una actitud responsable de lucha y supervivencia.

Operacional: *Escala de las Fases del Duelo (EFD-66)* de Miaja y Moral (2013).

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las fases del proceso del duelo en pacientes con cáncer, considerando la teoría de Kübler-Ross (1969), y predecir las mismas por medio de variables socio-demográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad y nivel socio-económico), clínicas (tipo de cáncer, antecedentes familiares de cáncer, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y estadificación del cáncer) y de personalidad (resiliencia y alexitimia).

De forma previa, diseñar una escala que mida las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross con un origen mixto empírico-teórico.

Objetivos específicos

Estudio 1

1. Conocer el significado psicológico que tienen los pacientes con cáncer y los cuidadores primarios sobre las cinco fases del duelo propuestas por Kübler -Ross (1969) ante la pérdida de la salud, mediante la técnica de redes semánticas naturales.

2. Diseñar una escala que medir las cinco fases del duelo ante la pérdida de la salud con un enfoque mixto: empírico-teórico (considerando los resultados obtenidos en el objetivo 1 y las definiciones dadas por Kübler -Ross (1969)).

Estudio 2

1. **Estudiar las propiedades psicométricas de consistencia interna y estructura factorial de un instrumento, aplicable a adolescentes (a partir de los 15 años) y adultos, creado para medir las cinco fases del proceso del duelo desde la teoría de Kübler-Ross (1969).**

Se esperan 5 factores correlacionados con consistencia interna alta desde la teoría Kübler-Ross (1969). Se hipotetiza que las distribuciones se ajustarán a una curva normal al tratarse de una población clínica en proceso de adaptación a la enfermedad.

2. **Contrastar la secuencia de las cinco fases del duelo propuesta por Kübler-Ross (1969) en personas con cáncer.**

Desde la propuesta teórica de Kübler-Ross (1969) se espera que la secuencia sea: negación, ira, pacto, depresión y aceptación. No obstante, desde los estudios empíricos de Isla, Moncho, Guasch y Torras (2008), y Wortman y Silver (2001) se espera que las fases del proceso del duelo se presenten desde el inicio y durante el transcurso de la enfermedad, sin una secuencia predeterminada.

3. **Calcular la consistencia interna del conjunto de ítems y factores de las escalas de alexitimia y resiliencia; en caso de problemas de consistencia interna explorar la estructura factorial y contrastar el modelo original y modelos alternativos.**

Se esperan valores de consistencia interna altos ($\alpha \geq .70$) para el puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M) y los cinco factores que la componen: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura.

Asimismo, se pronostican valores de consistencia interna altos para el puntaje total de la escala de alexitimia (TAS-30), y los cuatro factores que la componen:

dificultad para identificar los sentimientos, dificultad para expresar sentimientos, pensamiento externamente orientado y fantasía.

4. Describir el nivel promedio de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, la resiliencia y alexitimia en personas con cáncer.

En relación a las etapas del duelo se espera que la aceptación sea la fase reportada con más frecuencia por los pacientes con cáncer (Maciejewski et al, 2007; Sánchez & Dos-Santos, 2007) y que la ira sea la menos frecuente (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007; Maciejewski et al, 2007; Moral & Martínez, 2009).

Además, se pronostican promedios altos de resiliencia (Crespo & Rivera, 2012; González-Arratia, Nieto & Valdez, 2011; Guala, 2005; Kim & Yoo, 2010; Strauss et al., 2007) y alexitimia en los pacientes con cáncer (Gritti et al., 2010; Porcelli, Tulipani, Maiello, Cilenti, & Todarello, 2007; Todarello, La Pesa, Zaka, Martino, & Lattanzio, 1989).

5. Estudiar la relación de las variables socio-demográficas, religión, experienciales y clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Se espera mayor negación en pacientes con mayor edad y con un menor nivel educativo (Vos & De Haes, 2007; Vos, Putter, Van & De Haes, 2008). Además, de una relación negativa entre la negación y la adherencia al tratamiento médico (Greenhouse, Meyer & Johnson, 2000; Zalewska, Miniszewska, Chodkiewicz & Narbutt, 2007), y el apoyo social (Nam, Fielding, Avalos, Dickinson, Gaolathe y Geisslerd, 2008).

Se hipotetiza que a mayor ira, menor edad (Exline, Park, Smyth & Carey, 2011), menor religiosidad, mayor dificultad de encontrarle un significado a la pérdida (Exline, Park, Smyth & Carey, 2011), y mayor frecuencia de síntomas percibidos por malestar físico (Remor, Amorós & Carrobbles, 2006; Schlatter & Cameron, 2010).

Se pronostica menor depresión en casados (Bulotiene, Veseliunas, Ostapenko & Furmonavicius, 2008), con mayor escolaridad (Ornelas-Mejorada, Tufiño & Sánchez-Sosa, 2011), con un mayor bienestar espiritual y propósito en la vida (Johnson et al.,

2011), y con menor tiempo de evolución de la enfermedad (Robles, Morales, Jiménez & Morales, 2009).

Además, se espera una relación positiva entre la depresión y los duelos recientes, un pobre apoyo social (Burgess et al., 2005; Robles, Morales, Jiménez & Morales, 2009), y estar en tratamiento médico (Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Gil et al. (2008).

Se espera que a mayor aceptación de la enfermedad, mayor edad y nivel educativo (Thompson et al., 2009), mayor status socio-económico (Gallar, 2001), mayor espiritualidad (Büssing & Koenig, 2010), mayor adherencia al tratamiento médico (Nam et al., 2008), y mayor apoyo social (Nam et al., 2008; Thompson et al., 2009). Además, se espera que la aceptación a la enfermedad se dificulte con un menor tiempo transcurrido desde el diagnóstico (González, 2005; Noel, 2011), en etapas avanzadas del cáncer y en personas con escasa educación sobre la enfermedad (Gallar, 2001).

6. Estudiar la relación de la resiliencia y alexitimia con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Se espera que la resiliencia se relacione directamente con la negación adaptativa (que no interfiere con la adherencia al tratamiento médico) (Druss & Douglas, 1988; Rabinowitz & Peirson, 2006), con la fase de negociación (De León & Cuetos, 2004), y con la aceptación de la enfermedad (Bonanno et al., 2002; Broche & Medina, 2011; Evers et al., 2001).

Además se pronostica que la alexitimia se relacione positivamente con la depresión (Hendryx, Haviland & Shaw, 1991; Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen & Viimamäki, 2000; Lumley, 2004; Rueda et al., 2006; Waldstein et al., 2002), y con la ira ante la enfermedad (Berenbaum & Irvin, 1996; Rueda & Pérez, 2007; Rueda, Pérez-García, Sanjuán & Rulz, 2006; Waldstein, Kauhanen, Neumann & Katzel, 2002).

7. Determinar los factores de riesgo y protección que intervienen en cada una de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

- 8. Generar un modelo que prediga las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud por medio de la resiliencia, alexitimia y las variables socio-demográficas y clínicas.**

MARCO TEÓRICO

CÁNCER

Epidemiología del cáncer

El cáncer es una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad, anualmente se registran en todo el mundo más de 10 millones de nuevos casos de cáncer y más de 6 millones de defunciones por esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005). Únicamente en el 2008, fallecieron 7,6 millones de personas a nivel mundial (OMS, 2008). La expectativa a futuro es que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en el 2030 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

En adultos, los cinco tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial en los hombres son el cáncer de pulmón, próstata, colorectal, estómago e hígado; y en las mujeres el cáncer de mama, colorectal, cervicouterino, pulmón y estómago (OMS, 2008). Los tumores malignos de pulmón, estómago, hígado, colon y mama son los que causan mayor número anual de muertes (OMS, 2012). En menores de edad (de 15 a 19 años) las principales neoplasias son los tumores del sistema nervioso central, las leucemias y los linfomas. La incidencia es mayor en el sexo masculino y existe una tendencia al incremento (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia [CENSIA], 2007; Cuevas-Urióstegui, Villasís-Keever, & Fajardo-Gutiérrez, 2003).

En México, el cáncer es la segunda causa de muerte por debajo de la diabetes mellitus en adultos, y por debajo de los accidentes en menores de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2011; CENSIA, 2007). Durante los diez años transcurridos (de 1998 al 2008), la tasa de mortalidad por cáncer incrementó, pasando de 57.7 a 66.6 por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2011).

En Nuevo León, los tumores malignos también son la segunda causa de muerte; sin embargo, la primera causa de muerte en el estado son las enfermedades del corazón (Secretaría de Salud [SS], 2010). Los tumores malignos incrementaron su tasa de 66.2 a 67.7 (2.3%) del año 2000 a 2008, sobresalen el cáncer de mama y cérvico uterino en la mujer y así como el de próstata en los hombres (SS, 2010). Específicamente en menores de edad, la leucemia representa aproximadamente la cuarta parte en menores de 20 años (Secretaría de Salud [SS], 2008).

Definición del cáncer

El término *cáncer* (tumor maligno o neoplasia) se refiere a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales; asimismo, el cáncer puede invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos mediante la corriente sanguínea, proceso conocido como metástasis (Coleman, 2008). La OMS (2012) señala que la metástasis es la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer toma su nombre según el órgano en que comienza y aunque la metástasis emigre a otra parte del cuerpo, conserva el nombre original. Existen otros nombres para otros tipos de cáncer como el carcinoma, sarcoma y linfoma. *Carcinoma* es el término general para describir los tumores que se encuentran en el tejido epitelial, como la piel y la envoltura de ciertos órganos, como el útero y los pulmones. Los *sarcomas* son los tumores en el tejido conjuntivo, como los músculos o huesos. El cáncer que se origina en la medula ósea se conoce como *leucemia*, los *gliomas* son tumores cerebrales y los que comienzan en el sistema linfático se le denominan *linfomas* (Coleman, 2008).

Causas del cáncer

El cáncer es un fenómeno multicausal, el cual probablemente requiere de la interacción de varios factores en una compleja y desconocida combinación de secuencias, intensidades, tiempos de exposición y estados bioquímicos del organismo para que el resultado sea un tumor maligno diagnosticado clínicamente (Rivero et al., 2008).

La transformación de una célula normal en una tumoral es un proceso que abarca varias fases y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos de una persona y tres categorías de agentes exteriores: carcinógenos físicos (radiaciones ultravioleta), carcinógenos químicos (componentes del humo de tabaco) y carcinógenos biológicos (virus, bacterias o parásitos) (Coleman, 2008; OMS, 2008).

La OMS (2012) señala que aproximadamente el 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: 1) un elevado índice de masa corporal, 2) ingesta reducida de frutas y verduras, 3) falta de actividad física, 4) consumo de tabaco y 5) consumo de alcohol.

En el ámbito psicológico, también se han encontrado algunos factores de riesgo que pueden influir en el origen del cáncer, como lo son: el estrés (Grossarth & Eysenck, 1990; Rivero et al., 2008) y la personalidad tipo C (Temoshok, 1987) caracterizada por una excesiva paciencia, tolerancia, falta de asertividad y autoafirmación, introyección de la agresividad y tendencia a culpabilizarse. Asimismo, Green y Shellenberger (1991) mencionan como posibles factores de personalidad pre-disponentes al cáncer: el estilo interpersonal (esfuerzo para parecer bueno y ser bueno, aceptación de la autoridad y la docilidad y lealtad), el temperamento (depresión, indefensión/desesperanza y fatiga), el estilo emocional (tranquilidad y la supresión de emociones negativas), el estilo cognitivo (aceptación estoica, racional, leal a la realidad y pesimismo), y como factores sociales (soledad, carencia de apoyo social y carencia de intimidad). Sin embargo, Eysenck (1997) señala que la incidencia de un determinado factor psicológico en una enfermedad no puede ser entendida sino a través de complejos procesos sinérgicos que actúan entre el comportamiento, la psique, y las estructuras biofísicas y ambientales.

Fases del cáncer

Según, la Asociación Española Contra el Cáncer [AECC] (2012) el proceso que va desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad llega a su etapa final se le llama *historia natural*. En los menores de edad con cáncer, el proceso de la enfermedad se produce con mayor rapidez que en los adultos, pudiendo incluso durar sólo unos meses. Esto se debe a que las células que constituyen los tumores en la infancia son células más inmaduras, que se dividen y multiplican con mayor rapidez que las que constituyen los cánceres del adulto, por lo que el desarrollo y evolución de los tumores en niños se producen en un periodo de tiempo menor. A continuación, se detallan las cuatro fases del cáncer (AECC, 2012).

Fase de inducción: Lo primero que ocurre son los cambios celulares que dotan a las células de las características de malignidad, es decir, de multiplicación descontrolada

y capacidad de invasión. Esta es la etapa más larga de la enfermedad, pudiendo durar hasta 30 años. En ningún caso es diagnosticable ni produce sintomatología.

Fase “in situ”: Se caracteriza por la existencia de la lesión cancerosa microscópica localizada en el tejido donde se ha originado. En esta fase, tampoco aparecen síntomas o molestias en el paciente. En determinados casos como en el cáncer de mama, cuello uterino o colon, la enfermedad se puede diagnosticar mediante técnicas que permiten su detección precoz.

Fase de invasión local: es cuando la lesión comienza a extenderse fuera de su localización de origen e invade tejidos u órganos adyacentes. La aparición de síntomas de la enfermedad depende del tipo de cáncer, de su crecimiento y de su localización.

Fase de invasión a distancia: la enfermedad se disemina fuera de su lugar de origen, apareciendo lesiones tumorales a distancia denominadas *metástasis*. La sintomatología que presenta el paciente suele ser compleja, dependiendo del tipo de tumor, de la localización y de la extensión de la metástasis.

Sistemas de estadificación

Los sistemas de estadificación son utilizados para indicar la extensión del cáncer, el régimen de tratamiento adecuado y la prognosis (pronóstico médico). Los sistemas de estadificación determinan la etapa del cáncer. Algunos sistemas utilizan números, letras y/o números romanos. Sin embargo, en todos los sistemas a mayor número o letra, mayor es la etapa del cáncer, es decir, son más las partes del cuerpo que están involucradas en la enfermedad (Coleman, 2008).

El sistema de estadificación que proporciona más información y es más específico es el TNM. La T se refiere al tamaño del tumor primario, la N indica el grado de propagación a los ganglios linfáticos y la M determina si el cáncer ha creado metástasis en otra parte del cuerpo. Un número o letra (X, 0, 1, 2, 3 y 4) se añade al sistema TNM para indicar el tamaño o extensión del tumor y el grado de diseminación del cáncer; la X indica que no puede ser evaluado, el 0 que no hay evidencia y los números 1, 2, 3 y 4 la extensión y tamaño del tumor (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2010).

Tratamientos médicos

El tratamiento para el cáncer es variable y depende de diversos factores, como: el tipo de tumor maligno, la ubicación, el tamaño y el estado de salud del paciente (CancerQuest, 2011). La *monoterapia* o *terapia de modalidad singular* se refiere al tratamiento del cáncer con una sola modalidad. Cuando se utiliza más de una modalidad, se le denomina *terapia concomitante* o *terapia multimodalidad*. La combinación de varias terapias pueden ser administradas simultáneamente.

La mayoría de los tratamientos están diseñados para eliminar las células cancerosas (cirugía, quimioterapia y radioterapia) o para conducir a su eventual muerte al privarles de las señales necesarias para la división celular (terapia hormonal, terapia dirigida y anticuerpos). Otros tratamientos trabajan estimulando las propias defensas del cuerpo contra las células cancerosas (modificadores de respuesta biológica y vacunas) (CancerQuest, 2011).

Coleman (2008) menciona que en una secuencia de tratamiento común se utiliza primero la cirugía o radioterapia para eliminar o reducir el tumor y posteriormente se utiliza la quimioterapia para tratar cualquier célula que pudiera haber producido metástasis. Por lo tanto, a continuación se describen brevemente los principales tipos de tratamientos contra el cáncer (cirugía, quimioterapia y radioterapia), sus respectivos objetivos y algunos de sus efectos secundarios.

La *cirugía* en el cáncer tiene como objetivos: extirpar lesiones pre-cancerosas que con el paso del tiempo pueden convertirse en un tumor (cirugía preventiva), obtener una muestra del tejido y descartar o confirmar la existencia de células cancerígenas (diagnóstica), extirpar todo el tejido tumoral visible junto con el tejido aparentemente sano que lo rodea, para eliminar restos tumorales y usualmente, también se extirpan los ganglios linfáticos próximos al tumor (radical); restaurar la apariencia y/o función de un órgano tras la realización de una cirugía curativa (reparadora) y disminuir o eliminar los síntomas que causen malestar en el paciente (paliativa) (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2011). Dependiendo de la localización del tumor y de la extensión de la cirugía oncológica se pueden producir complicaciones y la aparición de efectos secundarios como dolor, infecciones, hemorragias o trombosis venosa profunda, que en

ocasiones pueden generar un problema grave para el paciente y alterar su calidad de vida (AECC, 2011).

La *quimioterapia* es un tratamiento sistémico que puede usarse para tratar un tumor localizado o el cuerpo entero en casos de metástasis. En la mayoría de los regímenes de la quimioterapia se incluyen tres o cuatro fármacos combinados, los cuales eliminan los tumores en las distintas fases de la división celular. Además, la combinación de fármacos permite que la célula cancerosa no se vuelva resistente a la quimioterapia. Los fármacos de quimioterapia pueden ser administrados vía intravenosa mediante bombas de infusión o vía oral.

La acción de los tratamientos de radio-quimioterapia conlleva a una serie de efectos secundarios como: toxicidad hematológica, caquexia, anemia, náuseas, vómito, alopecia, alteraciones de la coagulación, amenorrea, entre otros. Debido a que estos tratamientos no solo van a ejercer su efecto sobre las células cancerosas sino también sobre las células sanas (Ferreiro, García, Barceló & Rubio, 2003).

La toxicidad de los fármacos es predecible en función de factores dependientes de los fármacos y del paciente. Dentro de los fármacos hay que considerar: el esquema de quimioterapia administrado, la dosis empleada, la vía de administración, la vía de eliminación y el sinergismo de los fármacos. Y entre los factores del paciente, los primordiales a considerar son: el estado funcional, la edad, la administración de tratamientos previos de quimioterapia o radioterapia, la patología concomitante del paciente y la existencia de insuficiencia renal (Ferreiro, García, Barceló & Rubio, 2003).

En la *radioterapia* el objetivo es eliminar las células cancerosas directamente mediante máquinas de rayos X llamadas aceleradores lineales. La energía de los rayos terapéuticos es tan potente que elimina tanto al tumor como a otras células normales. El número preciso de tratamientos dependerá de la dosificación total de la radiación administrada, según el tipo, tamaño del tumor y el uso de un tratamiento concomitante. Normalmente, el tratamiento es administrado cinco días por semana durante cinco o siete semanas (de 25 a 35 días) (Coleman, 2008).

La aparición de los síntomas (dermatitis, xerostomía, leucopenia, llagas o úlceras, entre otros) y su intensidad dependen de la localización del tumor, la extensión, la dosis administrada, su fraccionamiento y el tipo de radioterapia (externa o interna).

Además, los efectos secundarios dependerán de los tratamientos que haya recibido el paciente con anterioridad o que se administren concomitantemente con la radioterapia como es el caso de la quimioterapia (García-Luna, Parejo & Pereira, 2006).

A pesar de que la mayoría de los tratamientos tienen la finalidad de curar el cáncer, sea removiendo el tumor o eliminando las células cancerosas, en ocasiones se vuelve imposible curar a la persona. En estos casos la meta es reducir los síntomas de los pacientes, mejorar la calidad de vida y prolongarla lo más posible (cuidados paliativos) (Coleman, 2008).

Aspectos psicológicos del paciente con cáncer durante el proceso de enfermedad

Los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) son producto de la historia personal y del contexto en el que se desenvuelve la persona con cáncer e influyen tanto en el proceso de enfermar como en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud; así como, en la prevención de las enfermedades. Asimismo, las variables psicológicas inciden de cierta forma (directa o indirecta, positiva o negativa) en las enfermedades. Y viceversa, las enfermedades repercuten de manera favorable o desfavorable en el terreno psicológico (Rivero et al. (2008).

Soler (1996) señala que el cuidado psicosocial de pacientes con cáncer y sus familias se contempla en el contexto de la teoría de la crisis y lo denomina como "la teoría de la fase". La autora menciona que no solo el diagnóstico de cáncer precipita una crisis, sino que cada fase nueva de la enfermedad, perturba la homeóstasis, forzando al paciente y a la familia a adaptarse a nuevas tareas. Fawzy y Greenberg (1996) señalan que el tipo de respuesta psicológica, ya sea a nivel emocional, cognitivo o comportamental, que el paciente utilice en cada una de las etapas permitirá una adecuada o inadecuada adaptación a la enfermedad.

A continuación, se explican cada una de estas fases: prediagnóstico, diagnóstico, inducción o tratamiento, remisión, recaída, supervivencia y fase terminal.

a. *Prediagnóstico*: esta fase se caracteriza por la realización de numerosas pruebas médicas al paciente para llegar a un diagnóstico fiable (Martínez, 2011). Por muchas familias ha sido categorizado como el peor momento, debido a que es un periodo de gran incertidumbre y ansiedad. Asimismo, durante este período inicial, puede

ser valioso para la familia empezar a calcular e identificar recursos disponibles concretos y emocionales (Soler, 1996).

b. *Diagnóstico*: desde el momento en que se le informa al paciente el diagnóstico de cáncer, se enfrenta a una serie de cambios físicos y emocionales; este conocimiento lo lleva a re-significar muchos de los acontecimientos que ocurren en su vida diaria y a pensar de forma diferente en aspectos como la familia, la relación con Dios, la vida y la muerte (Quiroz, 2011). El diagnóstico de cáncer trae consigo diversas pérdidas y constantes problemas como la "disolución del sueño", el desvanecimiento de ciertas esperanzas y la incapacidad de alcanzar metas apropiadas. Inicialmente, el diagnóstico puede venir como un shock dependiendo de las circunstancias que rodean la enfermedad y esto conlleva a que sea sumamente difícil el reconocer que se tiene cáncer (Soler, 1996). Asimismo, Martínez (2011) menciona que antes del tratamiento, los pacientes viven la situación con negación ante la enfermedad, con miedo, depresión, hostilidad, ansiedad y temor a la muerte (Rona & Vargas, 1994).

c. *Inducción o tratamiento*: Es la fase donde se inicia el tratamiento médico. Es un momento de mucha incertidumbre sobre la enfermedad, el personal médico, los procedimientos, los tratamientos y el futuro. Los tratamientos producen un fuerte impacto emocional debido a que los hábitos son modificados, diversas limitaciones son impuestas, además del aislamiento de parientes y amigos, y la ruptura inesperada de la rutina familiar y escolar, lo cual acentúa los sentimientos de soledad y la ansiedad de separación (Rona & Vargas, 1994; Soler, 1996). Asimismo, los efectos secundarios producen otro punto de impacto emocional importante, principalmente la alopecia y la pérdida de peso ya que son síntomas que se destacan visualmente (De chico, Castanheira & García, 2010).

Además, De chico, Castanheira y García (2010) relatan que la quimioterapia fue recordada por los adolescentes como un tratamiento que se les administró en un corto periodo de tiempo desde que se les diagnosticó el cáncer. Es decir, antes de adaptarse a la enfermedad y comprender el proceso que estaban experimentando, los adolescentes ya se encontraban bajo un tratamiento hasta entonces desconocido.

Una de las situaciones más frecuentes en esta fase es la claudicación familiar, la cual se produce cuando todos los miembros del grupo familiar claudican a la vez y es

consecuencia de una reacción emocional aguda de los familiares a cargo del enfermo y en especial del cuidador primario (Muñoz, Espinosa, Portillo & Rodríguez, 2002).

Dentro de las intervenciones estratégicas que benefician a los pacientes y sus familias, se contempla el ayudarles a anticipar y aceptar la situación, brindarles información sobre la enfermedad, fortalecer los recursos existentes, facilitar su entrada de nuevo en actividades de la vida anterior y soportar el manejo de la enfermedad. Además, Celma (2009) señala que independientemente de la edad, los pacientes necesitan cierta autonomía. El darles la oportunidad de tomar parte activa en las decisiones que puedan manejar, lo cual conlleva a que puedan canalizar mejor su energía hacia la recuperación. Así, cuando participan durante el transcurso de la enfermedad suelen estar menos pasivos, rebeldes, deprimidos y asustados.

d. *Remisión:* la remisión se refiere a la disminución (remisión parcial) o desaparición (remisión completa) de los signos y síntomas de cáncer. Para muchas familias la remisión representa un nuevo estado que, siendo consciente de la enfermedad pero no consumido por ella, permiten que la vida continúe. En esta fase es importante dirigir las preocupaciones familiares sobre dejar el hospital, readaptar la vida en casa y ayudarles en sus esfuerzos para implicarse en otros sistemas de soporte emocional, como son los grupos de apoyo (Soler, 1996).

e. *Recaída:* a medida que ha aumentado la supervivencia en los pacientes con cáncer, se ha observado la aparición de nuevos tumores malignos relacionados con los procedimientos terapéuticos (radioterapia, quimioterapia y/o cirugía) y la zona sobre la que se administraron. Se calcula que el riesgo de segundos tumores, veinte años después del diagnóstico, se sitúa entre el 2 y el 10%, lo que supone una frecuencia entre 10 y 20 veces superior que en la población sana (Del Moral, 2008).

f. *Supervivencia:* Durante años, la supervivencia ha permanecido como un período ambiguo. Cubillos, Almonte y Emparanza (1996) consideran sobrevivientes de cáncer, a personas que han permanecido libres de la enfermedad durante cinco años o más, desde el momento en que se les diagnóstico o desde la última recaída registrada.

Fernández et al. (2009) señalan que el aumento en la esperanza de vida, está asociado principalmente con una mayor agresividad de los procedimientos terapéuticos, lo cual implica un gran número de consecuencias físicas, psicológicas y sociales que

tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los supervivientes. En este sentido, Noel (2011) señala que el hecho de sobrevivir al cáncer, implica atravesar una serie de pruebas que deben ser superadas desde la perspectiva fisiológica, como cura o remisión de la enfermedad; así como, sanar emocionalmente las heridas que esta situación acarrea.

En relación a las consecuencias psicológicas y sociales, diversos estudios han encontrado que en la mayoría de los jóvenes sobrevivientes al cáncer infantil, perciben el mundo y a sí mismos de forma negativa (Cubillos, Almonte & Emparanza, 1996), con sentimientos depresivos, ansiedad ante la muerte, temor a no ser queridos y ansiedad de separación (Benedito et al., 2000). En cuanto las consecuencias físicas, los tratamientos anticancerosos suelen producir efectos tardíos que abarcan varios dominios amplios, como son: el crecimiento y desarrollo, el funcionamiento orgánico, la capacidad reproductiva, la salud de la descendencia y la carcinogénesis secundaria (Cuevas-Urióstegui et al., 2003; Del Moral, 2008).

g. *Fase terminal o paliativa*: La Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL] (2005) ha planteado cinco criterios para catalogar a una persona en etapa terminal: 1) presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; 2) falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; 3) presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; 4) gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y 5) pronóstico de vida inferior a 6 meses.

En pacientes en fase terminal se requiere de la implementación de cuidados paliativos, los cuales afirman la vida y consideran el proceso de morir como normal, no aceleran ni posponen la muerte, proveen alivio del dolor y otros síntomas, integran los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente, ofrecen un sistema de soporte para ayudar al paciente a vivir lo más activo posible hasta el momento de su muerte y brindan un sistema de ayuda a la familia para afrontar de mejor manera la enfermedad y muerte (Garduño & Ham, 2006).

Durante la fase terminal, los pensamientos acerca de la muerte se incrementan considerablemente (Quiroz, 2011). Álvarez-Ramírez (2009) señala que la muerte genera

una gran variedad de actitudes y emociones, esencialmente aversivas, ya que supone la mayor amenaza para la vida, y específicamente el miedo a la muerte coexiste con la aceptación y el significado de la vida que las personas le dan a la misma.

Quiroz (2011) menciona que las personas que pasan por una enfermedad crónica tienen la posibilidad de elaborar su propio duelo e ir asumiendo con el paso del tiempo diferentes pérdidas a nivel personal, familiar y social. Este tiempo se hace más fácil cuando los pacientes, las familias y los proveedores de atención de la salud hablan abiertamente sobre los planes para la etapa final de la vida. Para muchos pacientes y sus familias, este puede ser un momento de crecimiento personal. A menudo, estos acontecimientos ofrecen a las personas la oportunidad de reflexionar sobre la vida, conocerse más a sí mismas y apreciar lo que es más importante en la vida (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2011).

Un asunto trascendental a considerar en esta etapa es la conspiración o pacto de silencio. Ruiz-Benítez y Coca (2008) encontraron que tan sólo el 21% ($N= 101$) de los pacientes con cáncer al final de su vida, conocían tanto su diagnóstico como su pronóstico. La principal razón que reportaron los cuidadores primarios para ocultar la gravedad de la situación al paciente, fue el miedo a las repercusiones negativas (depresión, pérdida de interés por la vida, empeoramiento del estado físico, sufrimiento innecesario, entre otras) que pudieran derivarse de la revelación de la verdad. Ante esta situación, algunas de las consecuencias que acarrea la conspiración del silencio son el aislamiento y soledad del paciente con todas las consecuencias negativas que ello supone: sentirse no comprendido y/o engañado, imposibilidad de ventilación emocional, inhabilitación para el cierre de asuntos importantes, entre otros.

RESILIENCIA

Surgimiento de la resiliencia

Existen tres generaciones en el estudio de la resiliencia. En la primera generación (80's), el interés de estudiar la resiliencia se centraba en identificar las cualidades de las personas que se adaptaban a pesar de las predicciones de riesgo, el énfasis era la capacidad humana; es decir se “es” resiliente. En la segunda generación (90's), se estudio la dinámica entre factores que permite una adaptación positiva, el énfasis era la búsqueda de los factores de protección, en el proceso y el contexto social; es decir se “esta” resiliente y se “aprende”. Y actualmente, el estudio de la resiliencia tiene una visión multidisciplinaria, caracterizada como una fuerza que impulsa a la persona a crecer ante la adversidad, el énfasis está en la elaboración de modelos de aplicación; es decir, se “construye” la resiliencia (Puig y Rubio, 2011; Richardson, 2002).

El interés inicial se baso en identificar las características de los menores de edad que salían adelante a partir de condiciones desfavorables. Sin embargo, en los primeros estudios se pensó en cuestiones genéticas (Anthony, 1974). El término que se utilizaba era invulnerabilidad y no resiliencia. Sin embargo, el concepto invulnerabilidad perdió validez debido a que implicaba que la evasión del riesgo era absoluta e inmutable (Rutter, 1993).

En 1992 la psicóloga Werner estudia la influencia de los factores de riesgo en 700 niños recién nacidos. La autora hipotetizaba que el vivir en situaciones desfavorables (pobreza, sobrecargas físicas, exposición a peligros y una vida con múltiples estresores) afectaría su desarrollo de manera irremediable. 30 años después, vuelve a estudiar a estos “niños”, ya convertidos en adultos, y descubre que el 30% de ellos habían alcanzado un desarrollo sano, vivían una vida normal. La autora señala que las personas que se adaptaron exitosamente a los eventos estresantes de la vida tenían cuatro características básicas: 1) una actitud activa hacia la solución de los problemas, 2) una tendencia a percibir sus experiencias de manera constructiva, 3) la capacidad de captar la atención de los demás positivamente y 4) la capacidad de utilizar la fe para mantener una visión positiva de una vida significativa. En estudios más recientes Amar, Kotliarenko y Abel (2003), también señalan que los niños resilientes presentan

características y factores que los protegen de la adversidad y les permiten un desarrollo psicosocial positivo.

Este y otros estudios anularon muchas suposiciones negativas y modelos centrados en el déficit de los niños que crecían bajo la amenaza de las desventajas y la adversidad. Es decir, que los estudios ya no se centraban en la enfermedad o los déficits (Bradley et al, 1994), sino que centraron su atención en las personas que conseguían adaptarse a condiciones extremas (Puig & Rubio, 2011). Asimismo, Castro y Moreno-Jiménez (2007) señalan que el estudio de la resiliencia significó un cambio importante de perspectiva, ya que se está enfoca en el desarrollo positivo, la posibilidad de superación y adaptación ante la adversidad. La resiliencia forma parte fundamental de la psicología positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Yates & Masten, 2004).

En 1993 Kumpfer y Hopkins señalan que la resiliencia se desarrolla a través de la interacción con el ambiente. La resiliencia se comienza a estudiar como un proceso dinámico entre factores (Bradley et al, 1994); es decir que se pasó de la visión individual a la comunitaria.

En cuanto a los factores protectores que permiten una adaptación exitosa Masten, Best y Garmezy (1990) encuentran que los niños que se recuperan con mayor éxito ante las adversidades crónicas son aquellos que tienen una relación positiva con adultos competentes, que son buenos solucionando problemas, que están comprometidos con otras personas y que se perciben a ellos mismos y a la sociedad como competente y eficaz. En un estudio más reciente Fergusson y Horwood (2003) señalan algunos factores que llevan a la resiliencia: la inteligencia y la habilidad de solución de problemas, el ser mujer, los intereses externos y afiliaciones, el apego y vinculación parental, y el temperamento y conducta normal en la infancia.

Definición de resiliencia

Uno de los aspectos más problemáticos de la resiliencia ha sido la falta de consenso para definirla, ya que es un concepto en continua evolución.

Masten, Best y Garmezy (1990) define la *resiliencia* como la capacidad, proceso o resultado de una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias complicadas.

Para Masten (1999) la *resiliencia* es un rasgo relativamente global de la personalidad que le permite a la persona una mejor adaptación a la vida. Sin embargo, Luthar y Zelazo (2003) señalan que la resiliencia debe considerarse como un proceso (no como un rasgo), debido a que la resiliencia es modificable y no estática. Luthar, Cicchetti y Becker (2000), la definen como un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en un contexto de gran adversidad.

Estudios recientes definen a la resiliencia de manera muy similar:

La *resiliencia* es el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan a superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva (González-Arratia, 2007).

La *resiliencia* se refiere a una característica que preexiste a la situación traumática; en este sentido, lo resiliente estaría dado por la habilidad que tiene una persona para recuperarse o para regresar al nivel de funcionamiento previo a la experiencia de adversidad o bien lograr que las consecuencias psicológicas negativas que presente posteriormente al suceso, sean mínimas (Grill, 2009).

La *resiliencia* es un proceso que surge en el momento en el que cada persona se enfrenta a una adversidad, poniendo en marcha sus habilidades personales y apoyándose en los recursos y personas que le rodean, de tal manera que puede superar la situación, alcanzando un desarrollo y crecimiento (Puig y Rubio, 2011, pp.24).

En general la resiliencia ha sido definida como: capacidad, habilidad, rasgo, enfrentamiento efectivo, proceso y resultado (González-Arratia, Valdez & González, 2011). Las distintas concepciones de la resiliencia, no son del todo incompatibles. Puig y Rubio (2011) señalan que el constructo se constituye por múltiples dimensiones; y es interpretado, en función de la orientación teórica y del contexto del investigador.

La resiliencia como rasgo personal y como proceso dinámico

Otra de las discrepancias en el estudio de la resiliencia es que el término se ha utilizado indistintamente como rasgo personal y como un proceso dinámico.

Resiliencia como rasgo: característica personal relativamente estable en el tiempo y/o en distintos contextos (Puig & Rubio, 2011). En la Teoría del Apego,

Bowlby (1976) atribuye la aparición de la resiliencia a las primeras experiencias del niño con la madre, el padre y otros, ya que las experiencias positivas contribuyen a la formación de personalidades saludables y resilientes.

Werner y Smith (1992) señalan que la resiliencia es la capacidad innata para hacer las cosas correctamente, para transformar conductas y lograr cambios. Estudios recientes (Bonanno, 2004, 2005) indican que la reacción más común en adultos expuestos a pérdidas y eventos traumáticos es la capacidad de manifestar emociones positivas y un patrón relativamente estable de funcionamiento saludable.

Para Bonanno (2004) la resiliencia es la capacidad innata de crecer ante acontecimientos extremadamente aversivos. Diversos autores (Kelley, 2005; Linley & Stephen, 2005; Mancini & Bonanno, 2006; Roisman, 2005) concuerdan con Bonanno (2004) y hacen hincapié en que la resiliencia ante las pérdidas y los eventos traumáticos, es común y representa una adaptación saludable. Bonanno, Galea, Bucciarelli y Vlahov (2006) demuestran lo anterior, al encontrar una prevalencia del 65% de resiliencia en los residentes de Nueva York, seis meses después del ataque terrorista del 11 de Septiembre del 2001. Además encontraron que lo que predijo la resiliencia después del desastre fue tener máximo un síntoma de estrés postraumático y menor depresión y uso de sustancias (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007).

Para Gutiérrez (2009) la resiliencia tiene más relación con un tipo diferencial de personalidad (personalidad resiliente). Según Skodol (2010) la personalidad resiliente se caracteriza por rasgos con un fuerte sentido de sí mismo. Esta personalidad resiliente se hace evidente en la autoestima, autoeficacia, en la comprensión de uno mismo, en la visión positiva hacia el futuro, en la habilidad de controlar las emociones y comportamientos negativos. Además, señala que las personas con una personalidad resiliente tienen habilidades interpersonales como ser más sociables, la empatía y la expresión de las emociones. A este rasgo de personalidad también se le ha denominado capacidad de recuperación (ego resilience). En términos psicodinámicos también se le conoce como mecanismos de defensa adaptativos.

Resiliencia como proceso: se refiere a la interacción entre los factores personales y ambientales, lleva implícita la idea de movimiento-dinamismo (Puig & Rubio, 2011).

La resiliencia como un proceso dinámico puede adscribirse al modelo ecológico de Bronfenbrenner (1981), ya que los recursos tienen que ser evaluados tanto a nivel individual como familiar, en la red social y en los contextos más amplios (Villalba, 2004).

La resiliencia como proceso indica que no se nace resiliente, ni se adquiere naturalmente en el desarrollo, sino que la persona precisa de condiciones biológicas, socioafectivas y socioculturales, más el aporte y la ayuda de otro ser significativo para ser resiliente (González-Arratia, Valdez & González, 2011). Egeland, Carlson y Sroufe (1993) conciben a la resiliencia como la capacidad que se desarrolla a lo largo del tiempo en el contexto de las interacciones persona-entorno.

Asimismo, González-Arratia, Valdez y González (2011) señalan que el entorno es crucial para la resiliencia, por dos motivos: 1) los factores protectores que ayudan a un individuo a ser resiliente frente a una tensión o una amenaza, suelen ser el resultado de determinadas condiciones ambientales que promueven el desarrollo de estas características y 2) las condiciones ambientales existentes contribuyen a contrapesar las respuestas del individuo, pasando de las de inadaptación o disfunción a las de homeostasis o resiliencia.

Asimismo, Dyer y McGuinness (1996) señalan que la resiliencia es un proceso dinámico que está muy influenciado por los factores de protección. Para Castro y Moreno-Jiménez (2007) la resiliencia no es un proceso lineal; ya que un individuo puede salir bien delante de una determinada situación pero, posteriormente, no hacerlo bien frente a otra.

Componentes de la personalidad resiliente

Lemaitre y Puig (2005) desarrollan el Programa Rueda, el cual tiene la finalidad de fortalecer la resiliencia y la autoestima. Para Lemaitre y Puig (2005) la resiliencia es como un viaje (proceso) que la rueda (persona) realiza por las adversidades de la vida superándolos y saliendo fortalecidos (adaptación positiva) para, nuevamente, continuar su camino. Asimismo, consideran que son tres los componentes de la personalidad resiliente: las fortalezas intrapsíquicas o los pilares de resiliencia, los cuales forman los ejes de la rueda y permiten el avance de la misma, como eje central de la rueda se

encuentra la autoestima; las habilidades para la acción y las competencias o respuestas amortiguadoras. A continuación se explican cada una de ellas.

1) Fortalezas intrapsíquicas/pilares de resiliencia: son los recursos internos que tiene cada persona (conformando su personalidad), los cuales pueden ser fortalecidos por el entorno y le protegen frente a la adversidad (Lemaitre & Puig, 2005). Grotberg (2003) lo denomina “yo soy”. Por lo tanto, se trata de características genéticas y temperamentales, que constituyen una base sobre la cual actúan los factores ambientales y sociales (Puig & Rubio, 2011). Grotberg (2003) y Wolin y Wolin (1993) coinciden con estas ocho fortalezas intrapsíquicas:

Interacción/relación: es la capacidad de crear vínculos íntimos y fuertes con otras personas (Wolin & Wolin, 1993). Algunas habilidades para la acción son: establecer relaciones positivas y expresar los sentimientos con otras personas.

Iniciativa: es la capacidad de autorregularse y de hacerse responsable de uno mismo, capacidades necesarias para lograr independencia y autonomía. Algunas habilidades para la acción son: tomar decisiones y proponer algo.

Creatividad: es la capacidad de pensar sobre los propios pensamientos de manera divergente, generando nuevas apreciaciones de la situación, posibilidades de acción, lo que incrementa la capacidad de desenvolverse en el mundo. Algunas habilidades para la acción son: dar soluciones alternativas y crear algo nuevo.

Humor: se refiere a la disposición del espíritu a la alegría, permite relajarse, positivizar, elaborar de un modo lúdico, encontrar lo cómico entre la tragedia. Algunas habilidades para la acción son: buscar lo positivo en las vivencias negativas y encontrar nuevas formas de percibir las cosas.

Moralidad: se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo. Algunas habilidades para la acción son: conocer los valores universales y ser empático.

Independencia/autonomía: se refiere a un adecuado desarrollo del principio de realidad, que permite juzgar una situación externa prescindiendo de los deseos íntimos, que pueden llevar a deformar la verdadera situación. Algunas habilidades para la acción son: controlar los elementos del ambiente y responsabilizarse de algo.

Introspección/perspicacia (insight): es la capacidad de examinarse internamente, plantearse cuestiones difíciles (conflictos, metas, etc.) y darse respuestas sinceras. Algunas habilidades para la acción son: hacer una descripción de uno mismo y tener una autoimagen positiva.

Sentido de vida: es la capacidad de darle sentido a la propia existencia, es la búsqueda de trascendencia y significado a la vida. Algunas habilidades para la acción son: crear metas a corto plazo y realizar verbalizaciones sobre un futuro mejor.

2) **Habilidades para la acción**: son aquellas destrezas y habilidades que son favorecedoras, entrenables, observables y susceptibles de ser fortalecidas, y que aparecen como manifestaciones de las fortalezas intrapsíquicas (Lemaitre & Puig, 2005). Grotberg (2003) lo denomina “yo puedo”. Dentro del Programa Rueda se les pide a las personas que clasifiquen las verbalizaciones: yo soy, yo estoy, yo tengo, yo puedo (Grotberg, 2003), yo siento y yo quiero (Lemaitre & Puig, 2005) en base a estas ocho fortalezas intrapsíquicas: relación, iniciativa, creatividad, humor, moralidad, insight e independencia (Grotberg, 2003; Wolin & Wolin, 1993).

3) **Competencias/respuestas amortiguadoras**: Son mecanismos protectores que se activan como consecuencia de la situación estresante (Rojas, 2005).

Mecanismos de protección

Para Rutter (1995; 1999) los cinco principales mecanismos de protección son: 1) los que implican la reducción en el impacto personal de las experiencias de riesgo, 2) los que reducen las reacciones negativas en cadena, 3) los que promueven la autoestima y autoeficacia, 4) los que ofrecen oportunidades positivas, y 5) el procesamiento cognitivo positivo ante las experiencias negativas. Dyer y McGuinness (1996) señalan que los factores de protección son esenciales para que el proceso de recuperación se origine.

Diversos estudios (Bonanno & Mancini, 2008; Castro & Moreno-Jiménez, 2007; Fergusson & Horwood, 2003; Masten & Powell, 2003) concuerdan en que los factores de protección que promueven la resiliencia son:

1) **Factores de protección individuales o centrados en la persona**: alta autoestima y autoconcepto positivo, habilidad de auto-reflexión, capacidad de pensar y

actuar de manera independiente, habilidades de solución de problemas, adaptabilidad social, personalidad y estrategias de afrontamiento.

2) Factores de protección familiares: Cohesión, apoyo y el sentimiento de un vínculo afectivo fuerte con los progenitores.

3) Factores de protección de la comunidad: Apoyo social, la influencia de amigos y las relaciones íntimas con adultos competentes que le sirvan de modelo positivo, así como la conexión con organizaciones pro-sociales, la calidad del entorno, de los servicios sociales y de atención a la salud.

4) Factores de protección sociodemográficos: Tener una mayor educación, mayor edad y el ser mujer.

Resiliencia y afrontamiento

En relación a los estilos de afrontamiento, Campbell-Sills, Cohan y Stein (2006) hallan que la resiliencia se asocia positivamente con el estilo de afrontamiento orientado a la tarea y negativamente con el orientado en la emoción. A su vez, Quintana, Montgomery y Malaver (2009) encuentran en adolescentes espectadores de violencia entre pares, una relación directa de la resiliencia con las estrategias de afrontamiento de aceptación, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, planificación, acudir a la religión, reinterpretación positiva y crecimiento personal. Y una relación inversa con la negación y el renunciar a afrontar los problemas conductualmente.

La resiliencia y su relación con variables sociodemográficas

En estudiantes mexicanos utilizando la Escala de Resiliencia Mexicana de Palomar y Gómez (2010), Morales y Díaz (2011) encontraron diferencias por género y escolaridad. En relación al género encontraron que las mujeres reportaron mayor apoyo social y familiar en comparación con los hombres. Asimismo, González-Arratia y Valdez (2013) encontraron un nivel alto de resiliencia en las mujeres, indicando mayores factores protectores internos, externos, empatía y resiliencia total en comparación con los hombres. No obstante, González, Valdez y Zavala (2008) hallaron que los hombres muestran mayor resiliencia, con rasgos a ser más independientes, mientras que las

mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un mayor apoyo externo significativo de amigos, maestros y familia.

Además, Morales y Díaz (2011) señalan que la escolaridad es otra de las variables que establece diferencias en la capacidad de resistir; encontraron que los adolescentes que cuentan con un nivel educativo de nivel medio superior cuentan con mayor fortaleza y confianza en sí mismos, competencia social y apoyo social, seguidos por los que cuentan con estudios de nivel superior, y por último los adolescentes que únicamente cuentan con primaria reportaron menor resiliencia.

En relación a la edad, esta fue independiente de la resiliencia (Morales & Díaz, 2011). No obstante, González-Arratia y Valdez (2013) encontraron que los adultos jóvenes reportaron mayor resiliencia, mayores protectores internos, externos, empatía y resiliencia total.

Medición de la resiliencia

La *Escala de Resiliencia* (Resilience Scale, RS) de Wagnild y Young (1993) está conformada por 25 ítems. Los valores de consistencia interna son altos (.76 y .91). La escala está conformada por dos factores: 1) competencia personal y 2) aceptación de sí mismo y de la vida. Además al evaluar la validez concurrente de la escala con una medida de adaptación, los autores encontraron correlaciones positivas con salud física, moral y satisfacción con la vida; y negativas con la depresión.

La escala *Resilience Scale for Adults* (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2003) está conformada por 45 ítems que abarcan cinco factores. Los valores de consistencia interna de los cinco factores varían de adecuados a altos: 1) competencia personal ($\alpha = .90$), 2) competencia social ($\alpha = .83$), 3) coherencia familiar ($\alpha = .87$), 4) apoyo social ($\alpha = .83$), y 5) estructura personal ($\alpha = .67$). La validez del constructo fue apoyada por correlaciones positivas con la escala de sentido de coherencia (SOC, Sense of Coherence de Antonovsky, 1993) y negativas con la escala HSCL (Hopkins Symptom Checklist) de Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth y Covi (1974).

La *escala Connor-Davidson Resilience* (CD-RISC) de Connor y Davidson (2003) se compone de 25 ítems, con un rango de respuesta de cinco puntos (de 0 a 4). La escala identifica a personas con más o menos resiliencia. A mayor puntuación, mayor

resiliencia. Los valores de consistencia interna del puntaje total y test-retest fueron altos (.89 y .87 respectivamente). El análisis factorial detectó cinco factores: 1) competencia, metas altas y tenacidad, 2) confianza en sí mismo, 3) relaciones seguras y aceptación del cambio, 4) control, y 4) influencia espiritual.

La *Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)* de Palomar y Gómez (2010) se desarrolló a partir de los dos instrumentos antes descritos, *The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* de Connor y Davidson en (2003) y *The Resilience Scale for Adults (RSA)* de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2003). La escala RESI-M está conformada por 43 ítems, ocho de la escala CD-RISC y 35 de la escala RSA. Palomar y Gómez (2010) agruparon ambas escalas (CD-RISC y RSA) en una sola debido a que ninguno de los dos instrumentos están adaptados y validados en población mexicana. En el presente estudio se utilizará la escala RESI-M para medir la resiliencia.

ALEXITIMIA

Surgimiento de la alexitimia

La teoría de la conversión de Freud (1895) se venía aplicando desde principios del siglo veinte hasta la década de los 50's, para explicar diversas molestias o padecimientos físicos de supuesta etología psicógena, los cuales eran tratados por medio del psicoanálisis. La teoría de la conversión, se basa en la primera ley de la termodinámica, el principio de la conservación de la energía: la energía ni se crea ni se destruye, sólo se transforma. Es decir, que un recuerdo con carga emocional no se destruye al reprimirlo sino que conserva la energía. Los mecanismos de defensa que emplea la conversión son dos: la represión y el desplazamiento. Por medio de la conversión somática los síntomas físicos expresan de forma metafórica el conflicto reprimido originariamente o el impulso apartado de la conciencia. Esta expresión metafórica (analógica) es producto del proceso primario o pensamiento inconsciente. Por ejemplo, una tos psicógena pueden expresar el deseo de decir un secreto que debe ser ignorado; o una ceguera psicógena, el no querer ver algo presente.

Ruesch (1948) introduce el concepto de personalidad inmadura y la describe como característica del enfermo psicósomático. Considera que la personalidad inmadura se deriva de un déficit en el proceso de individuación o desarrollo del yo. Los impulsos o tensiones internas se expresan a través de conductas impulsivas o alteraciones somáticas. Es decir, no son consideradas en los procesos reflexivos de resolución y toma de decisiones. Además, la personalidad inmadura, no establece vínculos genuinos en sus relaciones interpersonales. Esta incapacidad para construir la intimidad en una relación de dependencia genera tensiones que no son reconocidas y resueltas, sino somatizadas.

Horney (1952) describe un tipo de pacientes propensos a manifestar síntomas psicósomáticos, y difíciles de trabajar en la terapia psicoanalítica debido a la falta de reconocimiento emocional, incapacidad de fantasear, y un marcado pensamiento concreto y externo. Es decir, el umbral de toda sensibilidad esta reducido.

Marty y M'Uzan (1963) describen a los pacientes hipocondríacos y psicósomáticos con un rasgo de pensamiento operatorio. En estos pacientes la fantasía está muy restringida y no funciona como un mecanismo adaptativo, al no incorporar

adecuadamente los sentimientos e impulsos; de tal manera que éstos son descargados a través del cuerpo y la acción.

Concepto de alexitimia

Alexitimia significa falta de palabras para los sentimientos. El término alexitimia es utilizado por primera vez por Sifneos (1967) para describir una compleja constelación de manifestaciones cognitivo-afectivas observadas en personas aquejadas de alteraciones psicósomáticas. Sin embargo, hasta 1973 el concepto se consolida al existir un instrumento que mide el constructo (*Beth-Israel Psychosomatic Questionnaire*, BIQ).

McDougall (1982) señala que la *alexitimia*, en su estado más grave, no es necesariamente una falta de capacidad para sentir o expresar una emoción, sino una intensa defensa contra el mundo vivencial interno.

Para Ramos y Moral (2013) la *alexitimia* se refiere a un déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones e implica dificultades para regular emociones, ajustarse a las relaciones personales y resolver problemas de convivencia.

Manifestaciones cognitivo-afectivas de la alexitimia

Se considera que las personas con alexitimia muestran alteraciones caracterizadas por un conjunto de manifestaciones cognitivo-afectivas: 1) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas, 2) dificultada para expresar o describir los sentimientos, 3) marcada ausencia de fantasías, 4) pensamiento concreto, externamente orientado a los acontecimientos externos y observables, y 5) pseudoadaptación social con relaciones rígidas y de dependencia (Nemiah & Sifneos, 1970; Páez et al, 1999).

Alexitimia primaria y secundaria

Freyberger (1977) crea la polémica sobre la etiología de la alexitimia. Por un lado, señala que la alexitimia primaria se refiere a una estructura de la personalidad, de presencia constante y de muy difícil modificación. Diversos estudios confirman lo anterior, al hallar una estabilidad alexitímica en pacientes con depresión mayor (Luminet, Bagby & Taylor, 2001) y en pacientes con cáncer de mama (Luminet,

Rokbani, Ogez & Jadoulle, 2007). Por lo tanto, la alexitimia primaria se refiere a un rasgo de personalidad estable, incluso en contextos de alta amenaza para la integridad física y psicológica (Luminet et al, 2007).

Por otro lado, la alexitimia secundaria se refiere un estado emocional defensivo frente a una situación ambiental presente y que puede ser modificado (Freyberger, 1977). Fukunishi, Saito y Ozaki (1992) sugieren que la alexitimia secundaria se puede derivar de mecanismos de defensa como la negación.

La alexitimia no necesariamente se desarrolla en respuesta a un evento traumático; por ejemplo, el ser víctima de una violación sexual (Zeitlin, McNally & Cassiday, 1993), sino que puede resultar de la exposición repetida a un estrés extremo, como sería el padecer una enfermedad crónica (Fukunishi, Saito & Ozaki, 1992; Pocino et al, 2007; Varela, Vázquez, Bolaños & Alonso, 2011). Además, en algunos casos las personas pueden desarrollar alexitimia como un medio de evitar el conflicto doloroso (Zeitlin, McNally & Cassiday, 1993).

Relación de la alexitimia y emociones negativas

Diversos estudios han encontrado que la alexitimia se asocia de manera fuerte y consistente con la depresión, la ansiedad, la evitación y la ira tanto en población general (Berenbaum y Irvin, 1996; Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamaki, 2000; Moral, 2005a) como en muestras clínicas (Mantani et al, 2007; Rueda & Pérez, 2007). Hendryx, Haviland y Shaw (1991) señalan que son específicamente los dos primeros factores de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), dificultad para identificar y comunicar o expresar los sentimientos, los que explican la fuerte relación positiva entre la alexitimia con la ansiedad y depresión. Además, Sexton, Sunday, Hurt y Halmi (1998) mencionan que la depresión y la presencia de trastorno de la personalidad por evitación son las variables más predecibles para el puntaje total de alexitimia, mediante la escala TAS.

Anteriormente se pensaba que la alexitimia podía ser un constructo similar a la depresión y la ansiedad. Sin embargo, en la actualidad la alexitimia y la depresión se consideran constructos independientes que pueden estar estrechamente relacionados (Marchesi, Brusamonti y Maggini, 2000; Moral, 2006b).

En una muestra clínica, Rueda y Pérez (2007) encuentran que la alexitimia, junto con ciertas emociones negativas como la ira manifiesta e interiorizada, la rumiación y la depresión influyen negativamente sobre la salud (por ejemplo, en un estilo de vida menos saludable y mayores síntomas).

Por lo tanto, si la alexitimia se refiere a la dificultad para identificar y comunicar las emociones, es esperable una mayor inhibición de las respuestas emocionales negativas (como la ira), y una tendencia a la rumiación o evitación (Berenbaum & Irvin, 1996; Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen & Viimamäki, 2000; Rueda & Pérez, 2007).

La alexitimia y su relación con variables sociodemográficas

Algunos estudios han hallado mayor dificultad para identificar y diferenciar los sentimientos de los síntomas corporales en las mujeres (Pasini, Chiaie, Seripa & Ciani, 1992; Páez et al., 1999). En cambio, en los hombres se ha hallado una mayor prevalencia del estilo de pensamiento orientado hacia el exterior (Moral, 2005b; Páez et al., 1999) y mayor dificultad para expresar los sentimientos (Moral, 2005b).

Además, las personas con un nivel educativo más bajo, menores ingresos económicos y mayor edad reportan mayores niveles de alexitimia (Kauhanen, Kaplan, Julkunen, Wilson & Salonen, 1993; Pasini, Chiaie, Seripa & Ciani, 1992). No obstante Parker, Taylor y Bagby (1989) indican que la alexitimia, medida por la escala TAS, no está asociada con la edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico y la inteligencia.

Tratamientos

Grabe et al. (2008) mencionan que aproximadamente el 25% de las personas que buscan tratamiento psicoterapéutico se consideran alexitímicos. Diversos estudios afirman que la psicoterapia de grupo es capaz de disminuir la alexitimia (Beresnevaite, 2000; Freyberger, Künsebeck, Lempa, Wellmann & Avenarius, 1985; Grabe et al., 2008). Beresnevaite (2000) halla que la disminución de la alexitimia en pacientes cardíacos puede mantenerse durante al menos 2 años después de la psicoterapia grupal. La reducción en el grado de alexitimia influye favorablemente en el curso clínico de la

cardiopatía coronaria; es decir, que existen menos probabilidades de sufrir re-infartos, muerte súbita o re-hospitalizaciones por trastorno del ritmo o angina grave.

Medición de la alexitimia

El primer intento de operativizar la alexitimia lo realiza Sifneos (1973) con el *Beth-Israel Hospital Questionnaire* (BIQ). Sifneos (1973) intenta cuantificar las diferencias que había observado en el estilo cognitivo-afectivo entre los pacientes neuróticos y los pacientes con enfermedades psicósomáticas. El cuestionario estaba conformado por 17 ítems que debían ser completados por un entrevistador.

La Escala de Personalidad Schalling-Sifneos (SSPS) de Apfel y Sifneos (1979) es una escala auto-aplicable, conformada por 20 ítems con un rango de respuesta de cuatro puntos (de 1 a 4). A mayor puntuación, mayor alexitimia. Se considera 60 el punto de corte para la alexitimia.

La Escala MMPI-AS (Escala de Alexithymia del Minnesota Multifasic Personality Inventory) de Kleiger y Kinsman (1980) está conformada por 22 ítems donde el punto de corte para la alexitimia son 14 puntos.

Bagby, Taylor y Atkinson (1988) comparan las propiedades psicométricas de dos instrumentos de medición señalados anteriormente (SSPS y MMPI-AS) y la TAS (Toronto Alexitimia Scale). Y encuentran que la SSPS y MMPI-AS tienen sesgos en las respuestas, baja fiabilidad y baja consistencia interna. Por su parte, señalan que la escala TAS posee excelentes propiedades psicométricas.

La *Escala Alexitimia de Toronto* (Toronto Alexitimia Scale, TAS-20) de Bagby, Parker y Taylor (1994) y Bagby, Taylor y Parker (1994) consta de 20 ítems y tres factores. Cada ítem es valorado por una escala tipo Likert de cinco puntos (de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo). La puntuación total de la escala original se obtiene por suma simple de los veinte reactivos, invirtiendo de forma previa la puntuación de cinco reactivos (4, 5, 10, 18 y 19) que no están redactados en sentido alexitímico. Así, a mayor puntuación, mayor alexitimia. La puntuación total de la escala varía de 20 a 100. Cuando se puntúa por encima de una desviación estándar ($DE = 12$) de la media ($M = 45$) (≥ 67) se considera a una persona como alexitímica. Los valores de la consistencia interna por el alfa de Cronbach fueron altos (de 0.82 a 0.86) con una

fiabilidad temporal de 0.70 en intervalos de 2 a 6 semanas. La escala original se compone de tres factores que explican el 31% de la varianza: dificultad para identificar sentimientos (1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), dificultad para expresar verbalmente sentimientos (2, 4, 11, 12 y 17) y pensamiento externamente orientado (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20). La escala ha sido adaptada a diversos países e idiomas (Pandey, Mandal, Taylor & Parker, 1996; Simonsson-Sarnecki, 2000) y se considera el instrumento psicométrico más utilizado en estudios de alexitimia.

Moral (2008) estudió las propiedades psicométricas de la TAS-20 en una muestra de universitarios mexicanos. La escala TAS-20 presentó una estructura trifactorial: dificultad para expresar sentimientos (2, 4, 11, 12, y 17), dificultad para identificar sentimientos (1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14) y pensamiento externamente orientado (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20). El valor de consistencia interna para los 20 ítems fue alto ($\alpha = 0.82$), así como para los dos primeros factores ($\alpha = 0.80$ y $\alpha = 0.78$, respectivamente). Sin embargo, la consistencia interna del tercer factor fue baja ($\alpha = 0.53$). La distribución de la escala se ajustó a una curva normal, presentando sus factores asimetría positiva.

DUELO

El proceso al que se enfrenta el ser humano tras sufrir una pérdida se vive como un suceso difícil y doloroso al que se tiene que hacer frente, por lo general, en varias ocasiones a lo largo de la vida (Chaurand, Feixas & Neimeyer, 2010). Harvey y Weber (1998) definen las *pérdidas* como cualquier deterioro en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que hemos establecido un vínculo emocional. El proceso que las pérdidas desencadenan en las personas es el duelo.

El DSM-IV-TR clasifica al *duelo* en la categoría diagnóstica de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Y lo define como una reacción de aflicción relacionada con la muerte de un ser querido, que puede manifestarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor (sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). Sin embargo, el diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan dos meses después de la pérdida (APA, 2002). En este sentido, la perspectiva del duelo según la APA se aproxima más a una depresión mayor y no a los trastornos adaptativos (Tizón, 2004).

No obstante, Tizón (2004) señala que el término *duelo* se refiere a fenómenos humanos complejos y fundamentales, que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (relacional, intrapersonal, material y evolutiva) como reacciones afectivo-cognitivo-conductuales, los cuales incluyen componentes biopsicosociales, con una intensidad y duración proporcional a la dimensión y significado de la pérdida. Es decir, el duelo es una reacción natural ante la pérdida de cualquier persona, objeto o situación con la que se ha tenido un vínculo afectivo.

Por lo tanto, el duelo puede manifestarse ante diversas pérdidas (Newman et al., 1983), como son las situaciones de divorcio (Crosby, Gage & Raymond, 1983; Desimone, O'Mahoney & Hunt, 1979), emigración (Sánchez, 2001), la pérdida del empleo (Archer & Rhodes, 1993), el diagnóstico de una enfermedad (García, Medina, Solano, Gómez & Gómez, 2010; Mota, 2007). Y no sólo en situaciones donde la muerte está próxima (Blanco et al., 2007; Lobb et al., 2010; Pérez, 2006; Tomarken et al., 2008) o después del fallecimiento de un ser querido (en los deudos) (Beutel, Deckardt, Rad &

Weiner, 1995; Cabodevilla, 2007; Cordero, Palacios, Mena & Medina, 2004; Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007; Rona & Vargas, 1992).

Para Anna Freud (1960) el duelo sano es el esfuerzo exitoso de una persona al aceptar que se ha producido un cambio en su mundo externo y que por ende debe realizar los cambios correspondientes en su mundo interno (reorganización interna) y externo (psicosociales: conductuales y en la relación con los demás y lo demás).

Duelo normal y complicado

Según Tizón (2004) las manifestaciones del duelo normal se dividen en cuatro dimensiones: 1) emociones y sentimientos (tristeza, ira, culpa, ansiedad, anhelo, soledad, impotencia, shock, sensaciones de despersonalización, alivio y sentimiento de liberación), 2) sensaciones (insensibilidad, vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, debilidad muscular y falta de energía), 3) cogniciones (irrealidad, preocupación, confusión, obsesiones, ilusiones y alucinaciones) y conductas del duelo (trastornos del sueño y/o alimentación, aislamiento social, sueños con lo perdido, evitación de recuerdos en relación con lo perdido, búsqueda de lo perdido y llanto).

Barreto et al. (2008) señalan que las respuestas de duelo son todas adaptativas al principio, lo que determina las complicaciones es su intensidad. Por su parte, Payás (2010) menciona que el duelo es un proceso normal que en ocasiones puede resultar complicado.

Facilitadores del proceso del duelo

Una forma de facilitar el proceso del duelo ante la pérdida de la salud, es informándole a la persona sobre la enfermedad que padece y ofreciéndole la oportunidad de expresar sus sentimientos con respecto a la enfermedad (Artigas, 1999). Asimismo, el hecho de compartir la carga emocional con otras personas (Kreicbergs, Lannen, Onelov & Wolfe, 2007) y el contar con el apoyo de la familia y amigos facilita el proceso del duelo (Yancey, Greger & Coburn, 1990). En este sentido Tizón (2004) menciona que el llorar en compañía, le da significado a las lágrimas y que conforme avanza el duelo y el tiempo, la tristeza va cambiando de significado.

Modelos explicativos del proceso del duelo

Modelos psicoanalíticos

Estos modelos se centran en el porqué del duelo; es decir, en las funciones que tienen los lazos afectivos, en lo que sucede cuando dichos lazos se rompen (Payás, 2010), y en los componentes intrapsíquicos del duelo (Tizón, 2004). Y suelen definir el duelo como un proceso doloroso de identificación, des-investigamiento de lo perdido y re-investigamiento de nuevas relaciones internas y externas (Tizón, 2004).

Para Freud (1917) los síntomas del duelo son muy similares a los de la melancolía, la depresión severa. Los componentes fundamentales del duelo según Freud (1917) son: un profundo y doloroso abatimiento, la retirada de los intereses por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar y la inhibición de toda actividad. Estos tres últimos componentes son la triada fundamental del duelo, que significan la inhibición y parcialización del Yo, la cual disminuye conforme se elabora el duelo. Es decir, que cuando se pierde algo o alguien significativo se pierde una parte del Yo, del mundo interno, de la estructura personal. Una vez realizado el trabajo de duelo, el Yo vuelve a ser libre y desinhibido de nuevo. Es decir, se de-catectiza el objeto perdido, se retira la libido que lo investía.

Para Klein (1940) la elaboración de duelos importantes implica elaborar también duelos primigenios. Es decir, que cada duelo reaviva la ambivalencia residual, nunca elaborada por completo, respecto a nuestros objetos primigenios. Lo cual implica una revolución mayor en nuestro mundo interno. Además Melanie Klein (1940) señala que los procesos de duelo suponen sentimientos duraderos e intensos como el odio, culpa, amor, ira, temor, entre otros; es decir, una auténtica enfermedad en la cual el afligido sufre intensamente.

Bowlby (1980) desarrolla la teoría del apego, la cual es uno de los pilares esenciales para la comprensión de los procesos del duelo. Para Bowlby la conducta de apego es aquella que lleva al establecimiento de vínculos afectivos, los cuales se desarrollan en edades tempranas y proporcionan la base para la seguridad y supervivencia de todo ser humano. Cuando se rompen los vínculos de apego, se da una respuesta humana normal de ansiedad y protesta (Bretherton, 1992; Tizón, 2004).

Bowlby (1980) los postula como la triada de la pérdida afectiva: aflicción y protesta, desesperanza y desapego o depresión. Dicha triada es la base de su modelo de las cuatro fases del duelo: 1) fase de impacto y embotamiento de la sensibilidad, 2) fase de protesta, anhelo y búsqueda de la figura perdida, 3) fase de desorganización y desesperanza y 4) reorganización.

Ainsworth et al. (1978), alumna de Bowlby, describió cuatro modelos de vinculación entre los hijos y sus padres: apego seguro, apego ansioso, apego evitativo y apego ambivalente. El *apego seguro* se da cuando el niño crece en un ambiente de seguridad y confianza. A partir de esta experiencia el niño crece con una imagen de sí mismo como alguien valioso. El *apego inseguro* se da cuando el cuidador no está presente física y emocionalmente de manera consistente. Si el cuidador es inconsistente (a veces frío y ausente, y a veces cálido), el niño puede desarrollar respuestas de dependencia compulsiva, insegura-ansiosa e insegura-evitativa. El *apego inseguro-desorganizado* describe a niños con formas de comportamientos desorganizados y que no pueden ser clasificados como ansiosos o evitativos. En relación a lo anterior, Bowlby (1986) menciona que las reacciones de duelo están condicionadas por el tipo de vinculación que se han establecido durante el desarrollo de la infancia. Es decir, una vinculación insegura-ansiosa puede asociarse a formas de duelo crónico; mientras que una vinculación insegura-evitativa puede asociarse a duelos inhibidos o pospuestos (Stroebe & Schut, 1999).

Modelos dinámicos de fases y tareas

Diversos autores han desarrollado modelos dinámicos de fases y tareas del duelo, en los cuales consideran el proceso del duelo como una experiencia individual que cada persona vive de una manera diferente, pero que comparte aspectos comunes (Payás, 2010). Los modelos dinámicos del duelo señalan que las personas ante una pérdida significativa presentan diversas reacciones emocionales adaptativas que se dan de forma secuenciada o lineal, es decir, por fases o etapas, en donde el tiempo transcurrido desde la pérdida juega un papel importante (Bowlby, 1986; Parkes, 1972; Kübler-Ross, 1969; Rando, 1993; Tizón, 2004; Worden, 1991). Dichos autores, varían en la manera de denominar las fases o etapas del duelo, aunque la esencia de algunas etiquetas es muy

similar. Por ejemplo, Kübler-Ross, 1969 denomina a la segunda fase de duelo como ira, Bowlby la llama protesta, anhelo y búsqueda de la figura perdida, y Tizón (2004) la denomina como aflicción y turbulencia afectiva. Siendo entonces términos alternativos que comparten la idea tradicional de que el duelo es un proceso que va desde el inicio hasta la resolución del mismo.

Además, se han vinculado las fases del duelo con tareas psicológicas con la finalidad de progresar y facilitar la elaboración del duelo (Rando, 1993; Tizón, 2004; Worden, 2010). El percibir el duelo en función del cumplimiento de ciertas tareas (trabajo de duelo), hace hincapié en que la persona es un agente de adaptación a la pérdida (Tizón, 2004). A continuación se describen algunos de los modelos dinámicos de fases y tareas.

Bowlby (1980) define una secuencia de estadios tras la ruptura del vínculo afectivo, y postula la triada de la pérdida afectiva: aflicción y protesta, desesperanza y desapego o depresión. Dicha triada es la base de su modelo de las cuatro fases del duelo: 1) fase de impacto y embotamiento de la sensibilidad, 2) fase de protesta, anhelo y búsqueda de la figura perdida, 3) fase de desorganización y desesperanza y 4) reorganización.

Rando (1993) plantea tres fases y las seis R (seis tareas) del proceso del duelo. 1) la fase de negación, tiene como tarea fundamental Reconocer a nivel afectivo y cognitivo lo que se ha perdido. Si no se cumple dicha tarea el resultado es un duelo con problemas de expresión como son: el duelo ausente, retardado, inhibido, enmascarado, entre otros. 2) la fase de confrontación supone la Reacción ante la pérdida (sentir profundamente el dolor y la pena), la Reviviscencia o re-experimentación de la relación y la Renuncia a los vínculos y a lo que significan. Si estas tareas no se cumplen, se pueden presentar duelos desviados o sesgados. 3) por último, la fase de acomodación tiene como tareas: la Readaptación al nuevo mundo (posterior a la pérdida) y el Reinvertimiento o Recatectización. Si estas dos tareas no se cumplen el resultado es un duelo crónico.

Tizón (2004) también plantea cuatro momentos (o fases) evolutivos del duelo y los vincula con ciertas tareas que ha de realizar el deudo. 1) En la fase de impacto o crisis, la principal tarea es aceptar la realidad de la pérdida. Tizón (2004) señala que la

duración y profundidad del impacto, está en relación con lo inesperado o complicado de la pérdida. Por ejemplo, las siglas NASH (natural, accidente, suicidio y homicidio) agrupan diferentes tipos de pérdidas, se dice que el shock es menor cuando la muerte es natural y se tuvo un tiempo para elaborar el duelo (duelo anticipado). 2) En la fase de aflicción y turbulencia afectiva, el llanto (tristeza) y los gritos (ira) son expresiones normales del duelo normal y suelen ser las maneras predominantes de comunicar el intenso dolor que se está experimentando. La tarea consiste en trabajar las emociones y el dolor de la pena. 3) En la fase de pena y desesperanza el temor hacia el futuro, al presente o a las situaciones adversas se hacen presentes. La tarea consiste en readaptarse al medio contando con la ausencia del objeto. 4) La fase de recuperación o desapego es cuando se puede recordar con menos sufrimiento lo pasado y ya no es necesario evitar activamente los recuerdos (disociándolos o con una rigidez excesiva). El deudo comienza a darse cuenta que puede vivir sin esos recuerdos, puede pensar en el futuro sin lo perdido. La esperanza, confianza, solidaridad y el amor predominan sobre la desesperanza. La tarea consiste en reubicar el objeto (interno): “olvidar recordando, volvemos a caminar sin lo perdido” (Tizón, 2004 pp.171).

Por su parte, Worden (1997) considera más oportuno hablar de tareas debido a que implican una acción, mientras que las fases o etapas hacen alusión a cierta pasividad por parte de la persona en duelo. Las cuatro tareas que propuso son: 1) adaptarse a la realidad de la pérdida, 2) experimentar el dolor del duelo, 3) ajustarse a un ambiente donde el fallecido no está, y 4) recolocar al fallecido emocionalmente y seguir con la vida.

Modelo de las cinco fases del duelo propuesto por Kübler-Ross (1969)

El modelo dinámico de duelo más conocido es el de Kübler-Ross (1969). La autora trabajó con enfermos terminales en relación a la perspectiva del duelo por la propia muerte, una forma de duelo anticipado.

Kübler-Ross (1969) señala que cuando una persona se enfrenta a una situación adversa (enfermedad terminal) pone en marcha distintas fases para afrontar la situación. Y que estas fases duran diferentes periodos de tiempo y se reemplazan unas a otras o coexisten a la vez. Actualmente, existe controversia sobre si las fases siguen una

secuencia lineal (Payás, 2010; Tizón, 2004). Las cinco fases propuestas en orden secuencial son: negación, ira, pacto o negociación, depresión y aceptación. A continuación se explican cada una de estas fases.

Primera fase: Negación

Existe una falta de consenso sobre si la negación es una indicación de perturbación psicológica o una respuesta normal ante una enfermedad que amenaza la vida (Moyer & Levine, 1998).

El concepto de negación proviene del psicoanálisis y se considera como un mecanismo de defensa primitivo e ineficaz que está relacionado con un trastorno de la personalidad (Salander & Windahl, 1999; Vos & De Haes, 2007). Kortte & Wegener (2004) señalan que la negación (el no querer reconocer la enfermedad) y anosognosia (síndrome neurológico que provoca que las personas desconozcan su enfermedad) son dos formas de síndromes de la falta de conciencia.

En el trabajo que realiza Kübler-Ross (1969) con pacientes moribundos, encuentra que la mayoría de los pacientes al enterarse del diagnóstico reaccionan con una negación hacia la enfermedad. Esta negación inicial era común en los pacientes a los que se les revelaba directamente su enfermedad, y era percibida como algo imposible de creer, asistiendo continuamente con diversos doctores con la esperanza de que la primera valoración médica fuera un error. Para Kübler-Ross (1969) la negación inicial tiene una función amortiguadora después de recibir una noticia inesperada e impresionante, y lo considera una manera sana de afrontar la situación. Asimismo, Greer (1992a) señala que la negación de la enfermedad es como una especie de incredulidad. Por lo tanto, la negación inicial es una defensa provisional, que pronto será sustituida por una aceptación parcial de la enfermedad (Kübler-Ross, 1969). De acuerdo con el modelo de afrontamiento, la negación puede ser una estrategia adaptativa para proteger a la persona de eventos y emociones abrumadoras (Vos & De Haes, 2007).

En una revisión de 18 artículos realizada por Wheeler y Louann (1999) encuentran que los conceptos más utilizados para definir la negación son la evitación, la represión y la esperanza poco realista. Según Moyer y Levine (1998) la negación se refiere a la necesidad de distanciarse, evitar y suprimir emociones. Asimismo, Rabinowitz y Peirson (2006) señalan que la negación es el proceso por el cual la persona

se defiende de pensamientos, sentimientos o de información dolorosa o amenazante, y puede manifestarse tanto en personas sanas como en personas con alguna enfermedad, y/o en los familiares del paciente.

Según Vos y De Haes (2007) la prevalencia de la negación del diagnóstico varía de 4 a 47%, la negación del impacto de 8-70% y la negación afectiva de 18-42% en pacientes con cáncer.

La negación es un constructo multidimensional (Wheeler & Louann, 1999). Jacobsen y Lowery (1992) señalan que la escala de Levine de la negación de la enfermedad (LDIS, Levine Denial of illness Scale) tiene cuatro dimensiones relacionadas entre sí: la negación cognitiva de la enfermedad, la negación del impacto en el futuro, la negación de necesidad de atención y la negación afectiva. No obstante, Levine, Rudy y Kerns (1994) al realizar el análisis factorial de misma escala (LDIS) solo encuentran dos dimensiones relacionadas entre sí: la negación de las cogniciones y la negación de los afectos, lo cual apoya la idea de la multidimensionalidad de la negación.

El uso de la negación puede ser tanto adaptativa como desadaptativa (Wheeler & Louann, 1999). Por un lado, el negar la enfermedad tiene una función adaptativa, al ayudar al paciente a afrontar las diversas etapas de la enfermedad y el tratamiento, permitiéndole un mayor tiempo para procesar la situación (Rabinowitz & Peirson, 2006). Asimismo, la negación tiene un efecto positivo en las personas que se enfrentan a una dura realidad, ya que reduce la ansiedad (Kreitler, 1999), cumple con una función amortiguadora (Secoli, Pezo, Rolim & Machado, 2005) e induce la resiliencia (Druss & Douglas, 1988). Por lo tanto, la negación puede ser una de las estrategias de afrontamiento más eficaces para afrontar el cáncer, en tanto no interfiera con la adherencia al tratamiento (Ferrero, Toledo & Barreto, 1995; Morley, 1997).

En algunos estudios empíricos se ha encontrado que aquellos pacientes oncológicos que reportan mayor negación de la enfermedad tienen una mejor percepción general de salud, mejor funcionamiento físico y menores síntomas físicos (Vos, Putter, Van & De Haes, 2010); mejor percepción de la calidad de vida, mayor supervivencia, menores trastornos psicológicos y menores problemas socio-familiares (Ferrero, Toledo & Barreto, 1995; Greer, 1992a). Asimismo, Coifman, Bonanno, Ray y Gross (2007) encontraron que las personas que estaban en duelo por la muerte de su pareja y que

exhibían un comportamiento represivo de afrontamiento; es decir que desviaban la atención de la experiencia afectiva negativa, tenían menores síntomas psicopatológicos, menos problemas de salud y menos quejas somáticas, que aquellos deudos que no utilizaban un afrontamiento represivo. Por lo tanto, el desviar la atención de las experiencias negativas puede ser un factor protector ante las situaciones adversas, promoviendo así la resiliencia o la capacidad de recuperación (Druss & Douglas, 1988; Ferrero, Toledo & Barreto, 1995; Morley, 1997).

No obstante, la negación también puede ser desadaptativa, sobre todo si causa un retraso en la búsqueda de tratamiento médico y en la adherencia al mismo (Greer, 1992a; Kreitler, 1999; Rabinowitz & Peirson, 2006). Además puede interrumpir el proceso de asimilación de la enfermedad, afectar negativamente las relaciones interpersonales y el sistema inmunológico, debido a que constituye un factor de estrés acumulado (Kreitler, 1999). Debido a todo esto, muchos profesionales de la salud suelen considerar que el uso de la negación resulta en una mala adaptación a la enfermedad (Morley, 1997).

En hombres que habían sufrido un infarto cardiaco, Levine et al (1987) hallaron que los pacientes que tenían puntuaciones más altas de negación, mediante la escala LDIS, pasaban menos días en cuidados intensivos y tenían menos signos de disfunción cardiaca durante la hospitalización en comparación con aquellos pacientes que reportaron menor negación ante la enfermedad. Sin embargo, un año después, los pacientes que reportaban mayor uso de la negación incumplían más las recomendaciones del médico y habían sido re-hospitalizados con mayor frecuencia. Por lo tanto, se ha considerado que la negación de la enfermedad es adaptativa durante la recuperación hospitalaria aguda, pero es desadaptativa a largo plazo (Garay-Sevilla, Malacara, Gutiérrez-Roa & González, 1999; Kreitler, 1999).

En relación a lo anterior, diversos estudios han hallado que la negación de la enfermedad aumenta con el tiempo (Garay-Sevilla, Malacara, Gutiérrez-Roa & González, 1999; Vos, Putter, Van & De Haes, 2008). Garay-Sevilla et al. (1999) encontraron que la negación aumenta durante los primeros 5 años de evolución de la enfermedad y que se asocia con mal control médico.

Segunda fase: Ira

Para Kübler-Ross (1969) cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, ésta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento y hostilidad. En este sentido, la ira es desplazada en todas las direcciones posibles y se proyecta contra todo lo que les rodea (la familia, el equipo médico, Dios, hacia el mismo, etc.), a veces casi al azar.

La ira es una de las emociones básicas y es considerada como una emoción negativa (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009). Las emociones básicas (miedo, ira, tristeza, alegría, sorpresa y asco) constituyen patrones individuales con tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y un patrón específico de activación fisiológica (Piqueras et al, 2008). Según Lazarus (1991) las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a: 1) las condiciones que evocan la emoción, 2) las consecuencias adaptativas de la emoción y 3) la experiencia subjetiva de la emoción. Así, la ira puede verse como negativa debido a que suele ser evocada por acontecimientos aversivos, se puede calificar como positiva o negativa dependiendo del resultado de la situación y dependiendo de si la persona siente gusto o aversión tras la experiencia subjetiva de ira (Piqueras et al., 2009).

Los constructos de ira, hostilidad y agresividad a pesar de ser distintos, están estrechamente correlacionados (Ramírez & Andreu, 2006; Sanz, Magán & García-Vera, 2006). Spielberger, Krasner y Solomon (1988) denominan a estos tres constructos, Síndrome AHI (agresión, hostilidad e ira).

Para Sandín (2002) la hostilidad es un constructo psicológico complejo, compuesto al menos por tres dimensiones: hostilidad (cognitivo), ira (afectivo) y agresión (conductual).

La *hostilidad* corresponde a un rasgo cognitivo de personalidad; es decir, un patrón cognitivo estable y duradero de creencias, expectativas y actitudes negativas, cínicas, de desconfianza, recelo, rencor y devaluación hacia la demás personas.

La *ira* corresponde al componente afectivo. Sanz, Magán y García-Vera (2006) la definen como una emoción negativa que varía en intensidad (leve, moderada y severa), y como proceso psicobiológico, asociado a una elevación de la presión sanguínea (Spielberger et al., 1985).

La experiencia de la ira se estudia a partir de dos manifestaciones: ira-rasgo e ira-estado (Spielberger et al., 1985). La *ira-rasgo* es la disposición a experimentar episodios de ira de forma frecuente y/o pronunciada, ya sea por la percepción negativa ante de las situaciones, por la predisposición a experimentar de forma intensa las situaciones conflictivas o por la combinación de ambas. La *ira-estado* es una experiencia temporal de tensión, enfado, irritación o furia como respuesta a una situación y suele manifestarse con el aumento de la activación fisiológica.

Además, la ira se puede expresar de dos maneras: ira interna e ira externa (Spielberger et al., 1985). La *ira interna* se refiere a la presencia de pensamientos y sentimientos de enojo que no son manifestados; es decir, que se reprimen. La *ira externa* se refiere a manifestar abiertamente los sentimientos de ira que se experimentan. La expresión de la ira externa puede ser tanto adaptativa (comunicativa, sin expresiones amenazantes de ira) como desadaptativa (de forma agresiva).

Finalmente, la *agresión* corresponde al componente conductual. La agresión se refiere al comportamiento observable dirigido a hacer daño (actos agresivos y verbales) a las demás personas (Sanz, Magán & García-Vera, 2006). Cabe señalar que tanto la ira como la hostilidad funcionan como facilitadores para la agresión.

Existe una fuerte correlación positiva entre la ansiedad, la depresión y la ira (Pérez, Acosta, Megías & Lupiáñez, 2010). Sandín (2002) señala que estas tres emociones negativas: ansiedad, depresión e ira (The terrible threes) son emociones especialmente dañinas para la salud. En pacientes con problemas cardiovasculares, Sandín (2002) encontró que la combinación de estas tres emociones negativas incrementa la vulnerabilidad hacia la enfermedad, perturba el funcionamiento del sistema inmune, incrementa el nivel de lípidos, agrava el dolor e incrementa el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular y por cualquier otra causa.

Los pacientes con cáncer y con diversas enfermedades crónicas (Anarte, López, Ramírez & Esteve, 2000; Vinaccia, 2003) presentan un patrón de conducta tipo C caracterizado por la tendencia a culpabilizarse y por la supresión, negación e inhibición de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad, ira, enfado y tristeza. Además de la tendencia a expresar emociones y conductas consideradas como positivas y socialmente deseables, tales como la excesiva tolerancia, paciencia,

aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en todos los ámbitos de la vida (Anarte, Zarazaga, Ramírez, López & Amorós, 2001; Arbizu, 2000; Temoshok, 1987). En este sentido, la supresión de la ira y la rumiación se asocian con mayor alexitimia (Rueda & Pérez, 2007), y mayor intensidad del dolor y del comportamiento del dolor (Kerns, Rosenberg & Jacob, 1994).

En pacientes con diferentes tipos de cáncer, Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) encuentran que la estrategia de afrontamiento menos empleada fue la expresión emocional abierta, la cual hace énfasis en la irritabilidad. Asimismo, Moral y Martínez (2009) también hallaron en 15 parejas de padres con hijos que padecen cáncer, que la expresión emocional abierta de irritabilidad fue la estrategia de afrontamiento menos utilizada.

Las emociones negativas (miedo, tristeza, ira y asco) influyen en el inicio (Chida & Steptoe, 2009), desarrollo y mantenimiento de las enfermedades mentales y físicas. Según Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) cuando estas emociones negativas son intensas y habituales, también suelen afectar negativamente la calidad de vida de las personas. Por ejemplo, Remor, Amorós y Carrobles (2006) encuentran que altas puntuaciones en la experiencia de ira se asocian a una mayor frecuencia e intensidad de síntomas percibidos.

Tercera fase: Negociación-pacto

En la fase de negociación-pacto el paciente y la familia intentan pensar positivamente, dirigen su mirada a la espiritualidad, si son creyentes buscan una alianza con un ser supremo, haciendo promesas de un mejor comportamiento para prolongar la vida o por lo menos, pasar unos días sin dolor o molestias físicas. Es decir, en esta fase el paciente reconoce el pronóstico pero trata de modificar el resultado (De León & Cuetos, 2004).

La mayoría de los pactos o promesas se hacen con Dios, aunque también se hacen con el equipo médico y con ellos mismos. Generalmente los pactos o promesas se guardan en secreto o se mencionan entre líneas (Kübler-Ross, 1969). La autora señala que psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta.

Además, se suele fijar un plazo de vencimiento impuesto por el mismo paciente con la esperanza de estar presente en la realización de un evento significativo como un cumpleaños, navidad, aniversario, casamiento, nacimiento de un hijo o nieto, entre otros acontecimientos trascendentales; y la promesa implícita es que el paciente no pedirá nada más si se le concede el aplazamiento (De León & Cuetos, 2004). En este sentido, los pacientes ya no cuentan los días cronológicamente sino por oportunidades, esperanzas y anhelos (De León & Cuetos, 2004; Kübler-Ross, 1969).

Llantá, Massip y Martínez (2012) señalan que el significado de la esperanza en los pacientes con cáncer está relacionado con la posibilidad de alcanzar metas, deseos, expectativas y objetivos orientados hacia el futuro, lo cual les otorga una mayor motivación, fuerza y dirección. La esperanza le dan un sentido a la vida, a la existencia y a la adversidad promoviendo una orientación positiva que van desde las expectativas de no ser diagnosticado con cáncer, tener mayor esperanza de vida y calidad de vida, ser curado del cáncer, control de los síntomas, no tener recaídas, reinserción en la vida social y laboral, disfrutar de la vida, morir con dignidad, entre otros deseos.

El apoyo social percibido, la autoestima y la seguridad en sí mismo, los pensamientos y vivencias positivas, los grupos de autoayuda y el sentirse amado y querido da fuerza y sentido al proceso de construcción de la esperanza (Llantá, Massip & Martínez, 2012).

Cuarta fase: Depresión

Para Kübler-Ross (1969) la *depresión* son sentimientos de un profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad. En esta fase puede abandonar el tratamiento y dejar de ir a las citas médicas.

El DSM-IV TR define a la *depresión* como la presencia de un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (anhedonia), en un periodo de al menos dos semanas. En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser de irritabilidad en lugar de tristeza.

Además, la persona deprimida debe experimentar al menos cuatro síntomas adicionales; estos incluyen síntomas somáticos (cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía) y cognitivos (sentimientos de culpa,

dificultad para tomar decisiones o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas). Asimismo, el episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas (APA, 2002).

La alteración del estado de ánimo en pacientes con cáncer, se considera que se debe a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica. Por lo tanto, el diagnóstico de la depresión en pacientes con cáncer es difícil, debido a que los síntomas de la depresión son muy similares a los síntomas de la enfermedad o los efectos secundarios de los tratamientos (Trask, 2004). Además, Massie (2004) señala que el estudio de la depresión es considerablemente complicado debido a que los síntomas se producen en un amplio espectro, que van desde la tristeza a un trastorno depresivo mayor.

La depresión está presente en los pacientes con cáncer (Massie, 2004; Pirl, 2004; Trask, 2004; Valencia, 2006). Sin embargo, la prevalencia de la depresión varía dependiendo de la conceptualización de la misma, del estudio, del método (el auto-reporte en comparación con la entrevista) y procedimiento de evaluación, los criterios de inclusión y las variables individuales de los participantes (edad, sexo, raza, el tipo y la etapa del cáncer) (Massie, 2004; Trask, 2004). Por lo tanto, dichas variables suelen afectar las conclusiones que se extraigan sobre la presencia de depresión en pacientes con cáncer (Trask, 2004).

Consonante a lo anterior, Pirl (2004) señala que los síntomas depresivos y el trastorno depresivo mayor, en pacientes con cáncer, ocurren con una considerable frecuencia. En la revisión empírica que realizó en más de 350 estudios, encontró que las tasas de prevalencia en pacientes con cáncer son entre 10% y 25% para el trastorno depresivo mayor y un rango similar para los síntomas depresivos; lo cual es, cuatro veces mayor que lo reportado por la población general. Asimismo, Maté, Hollenstein y Gil (2004) señalan que el 25-50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos (Grassi et al., 1996), lo cual interfiere con su calidad de vida.

Quinta fase: Aceptación

Kübler-Ross (1969) señala que cuando un paciente ha tenido el tiempo suficiente; es decir, cuando se trata de un duelo anticipado y no inesperado, ha expresado sus sentimientos y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su realidad no le deprimirá ni le enojara. Cabe recalcar que Kübler-Ross (1969) trabajó con pacientes en fase terminal, por lo que la autora define la aceptación como una fase en la que la lucha y el dolor hacia la enfermedad ha terminado y llega el momento del descanso final (la muerte). Para Kübler-Ross la aceptación de la enfermedad no debe confundirse con el abandono, la resignación, la desesperanza o con su contraparte, una fase feliz.

Por su parte, Broche y Medina (2011) señalan que la aceptación de la enfermedad se debe a una actitud optimista frente a la recuperación, al espíritu de lucha, a la solución activa de problemas y a la resiliencia. Es decir, que el paciente oncológico resiliente acepta su enfermedad, pero esta aceptación no significa que se ha sentado a observar pasivamente la misma, sino que el hecho de saberse enfermo constituye lo necesario para alcanzar un estado de salud estable.

Evers et al. (2001) proponen tres formas de re-evaluar cognitivamente una enfermedad crónica: 1) la *impotencia* como una manera de enfatizar el significado de aversión hacia la enfermedad, 2) la *aceptación* que se refiere al reconocimiento de que se necesita un proceso de ajuste a la enfermedad como una forma de disminuir el significado aversivo, y 3) los *beneficios percibidos* que se refiere a los cambios en las prioridades y las metas de la vida, para permitirle darle un sentido positivo a la vida y a la enfermedad. En este sentido, tanto la aceptación como la percepción de beneficios de la enfermedad tienen una función adaptativa para la salud física y psicológica de los pacientes.

Vinaccia (2003) señala que posiblemente el patrón de conducta tipo C este directamente correlacionado con la aceptación y los beneficios percibidos de la enfermedad. Debido a que un paciente necesita usar el control o la defensiva emocional para evitar las emociones negativas porque le impiden ver el lado positivo de la enfermedad; además utilizaría la razón y la lógica para poder desarrollar cambios en las prioridades de su vida.

Otros autores utilizan el término *resignación* como una estrategia de afrontamiento emocional para referirse a la aceptación de la situación como algo inamovible (Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig & Pastor, 1992). Galán, Pérez y Blanco (2000) encuentran que los pacientes que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se esfuerzan en buscar aspectos positivos a la situación (intentan ver el lado bueno, consideran las ventajas, etc.) y tratan de aceptar su enfermedad considerando que no es posible hacer nada.

Sánchez y Dos-Santos (2007) señalan que el *estoicismo* (resignación) comprende las reacciones emocionales basadas en la creencia de que se debe soportar heroicamente el sufrimiento. Es decir, la enfermedad es vista como una prueba que debe ser aceptada pasivamente o como un desafío a los límites humanos donde nada resta hacer a no ser conformarse o resignarse. Asimismo, Secoli, Pezo, Rolim y Machado (2005) mencionan que la resignación aparece generalmente acompañada de una evaluación realista del pasado y del presente, sin temor excesivo hacia el futuro. Sánchez y Dos-Santos (2007) clasifican en cuatro categorías (independientes entre sí), las reacciones emocionales al cáncer de mama referidas por 15 pacientes, las cuales fueron: negación, estoicismo, aflicción y enfrentamiento. Dichos autores reportan que el estoicismo fue la reacción emocional más frecuente entre las pacientes.

Isla, Moncho, Guasch y Torras (2008) señalan que es más realista hablar de *adaptación* a la enfermedad que de aceptación, puesto que los procesos de pérdida son constantes. En su estudio, pacientes con diabetes mellitus tipo 1 mencionan que nunca se llega a aceptar la enfermedad. Además, hallan que la mayoría de los pacientes consiguen adaptarse a la enfermedad y al tratamiento, aunque manifiestan que esta percepción de equilibrio es inestable y que cada complicación crónica genera nuevos procesos de duelo, manifestados por sentimientos de ira y tristeza. Bonanno, Papa, Lalande, Westphal y Coifman (2004) señalan que la adaptación exitosa a una situación adversa se debe a la habilidad para ser flexible o para suprimir la expresión emocional dependiendo de la situación que se esté viviendo. Además, la adaptación psicosocial ante la enfermedad se halla fuertemente asociada con el sentido y significado de la vida (Lee, Cohen, Edgar, Laizner & Gagnon, 2004; Taylor, 1993).

Modelo del proceso dual de afrontamiento

Stroebe y Schut (1999) desarrollan el proceso dual de afrontamiento (PDA), en el cual relacionan la teoría cognitiva del estrés de Lazarus y Folkman (1984) y la teoría de la vinculación de Bowlby (1984), dando como resultado una perspectiva integrada de ajuste al duelo, incluyendo la categorización de duelos adaptativos y desadaptativos o complicados.

El modelo PDA se compone de dos tipos de mecanismos de afrontamiento, los enfocados hacia la pérdida y los enfocados hacia la recuperación. Los mecanismos enfocados hacia la pérdida se focalizan en la confrontación de la experiencia, lo cual facilita recolocar la pérdida, por ejemplo: expresar las emociones, recordar o incluso rumiar acerca de la pérdida, reconstruir el significado de la pérdida, entre otros. Los mecanismos enfocados hacia la recuperación se focalizan en manejar los estresores que derivan como consecuencia directa del duelo, por ejemplo: aprender nuevos roles, cambios transicionales psicosociales, entre otros. Es decir, el foco de atención se encuentra fuera de la experiencia de la pérdida.

Para Stroebe y Schut (1999), la clave de un buen proceso del duelo es la oscilación entre ambos mecanismos de afrontamiento. De esta manera, no se está permanentemente conectado a la pérdida, ni tampoco se evita todo lo que esté relacionado con la misma.

Stroebe y Schut (1999) al relacionar la teoría cognitiva del estrés con la teoría de la vinculación, describen tres tipos de duelos desadaptativos o complicados. En el PDA, 1) el duelo crónico se caracteriza por utilizar un afrontamiento focalizado hacia la pérdida y con poca oscilación hacia el afrontamiento focalizado a la recuperación. La historia de vinculación es de dependencia. 2) En el duelo inhibido, pospuesto o ausente, la persona no es capaz de responder de forma inmediata a la pérdida, y las respuestas de duelo se inhiben o posponen para el futuro. Este tipo de duelo utiliza un afrontamiento focalizado en la recuperación, evitando todo lo relacionado a la pérdida. La historia de vinculación es de desapego o insegura-evitativa, exhibiendo un pobre respuesta emocional. 3) El trastorno de estrés postraumático se considera como el tercer tipo de duelo complicado, el cual tiene lugar ante muertes inesperadas y muy traumáticas. En este tipo de duelo existe una alteración en el proceso natural de oscilación entre ambos

mecanismos, con una oscilación entre periodos de intensa confrontación y otros de intensa evitación. La historia de vinculación es insegura-desorganizada.

Crecimiento postraumático

La psicología humanista-existencialista ha hecho hincapié en como las personas experimentan cambios positivos o de transformación, que las llevan a una situación mejor respecto a aquella en la que se encontraban antes de ocurrir la situación adversa, incluso cuando persisten las emociones negativas relacionadas con el duelo; es decir, presentan un crecimiento postraumático (Calhoun, Tedeschi, Cann, & Hanks, 2010). Se han encontrado diversas dimensiones de crecimiento postraumático en personas que experimentan pérdidas significativas. Algunas de las dimensiones de crecimiento postraumático son el darse cuenta de sus propias fortalezas, apreciar el impacto de sus relaciones, y tener nuevas ideas espirituales (Calhoun et al., 2010), experimentar cambios en uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales, y cambios en la espiritualidad y filosofía de la vida (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tedeschi y Calhoun (2004) señalan que el crecimiento postraumático coexiste con el sufrimiento emocional. De hecho, la presencia de emociones difíciles, son necesarias para que se produzca el crecimiento postraumático. Además, el crecimiento postraumático puede ser interpretado como proceso o como resultado del duelo. Para Payás (2010) el resultado esperable como resolución final del duelo es la contribución de cambios en un sentido de crecimiento.

El crecimiento postraumático se ha relacionado positivamente con la aceptación de la enfermedad (Bussell & Naus, 2010), y con mayor nivel de escolaridad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, apoyo social, espiritualidad, el uso de estrategias de afrontamiento activo-adaptativas, y con mayor salud mental (Danhauer et al., 2013).

Medición del duelo

Gran parte de lo que sabemos sobre la respuesta humana ante la pérdida proviene de investigaciones realizadas sobre adultos que han perdido a un ser querido a través de la muerte (Blanco et al., 2007; Cabodevilla, 2007; Lobb et al., 2010; Neimeyer, 2000; Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007; Sánchez, Gutiérrez & Valencia, 2011;

Tomarken et al., 2008). Como consecuencia de esto los instrumentos de medición están enfocados a este tipo de pérdida. A continuación se mencionan los instrumentos más utilizados para medir el duelo.

El Inventario de Experiencias en Duelo (IED: The Grief Experience Inventory) de Sanders, Mauger y Strong (1985) consta de 135 ítems dicotómicos (verdadero o falso) y 18 sub-escalas: 3 de validez (negación, respuestas atípicas y deseabilidad social); 9 clínicas (desesperanza, enfado, culpa, aislamiento social, pérdida de control, rumiación, despersonalización, somatización y ansiedad ante la muerte); y 6 experimentales (alteraciones del sueño, pérdida de apetito, pérdida de energía, síntomas físicos, optimismo/desesperanza y dependencia). La consistencia interna de las sub-escalas por el coeficiente alfa de Cronbach osciló entre .43 y .85. El inventario es de auto-informe y se contesta en aproximadamente de 20 minutos. El IED fue adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros y Gaminde (2001). Además, existe una versión no fallecimiento del IED, la cual puede ser utilizada ante otras pérdidas. En esta versión se eliminan 31 ítems que hacen referencia explícita a la muerte, y las sub-escalas de culpa, rumiación y despersonalización.

El Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD: The Texas Revised Inventory of Grief) de Faschingbauer, Zisook y De Vul (1987) consta de 21 ítems y 2 subescalas: el primer componente evalúa la conducta y los sentimientos del doliente en los momentos posteriores cercanos a la muerte del cónyuge, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .77$), quedó integrado por 8 ítems, y el segundo componentes evalúan los sentimientos actuales, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .86$), quedó integrado por 13 ítems. El inventario es de auto-informe y se contesta en aproximadamente de 10 minutos. El ITRD fue adaptado al castellano por García-García, Landa, Trigueros, Calvo y Gaminde (1995), y García-García y Landa (2001).

El Inventario de Duelo Complicado (IDC: The Inventory of Complicated Grief) de Prigerson et al. (1995) consta de 19 ítems que evalúan la frecuencia de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales. La consistencia interna de la escala por el coeficiente alfa de Cronbach fue de .94. El rango de respuesta de los 19 ítems es de cinco puntos (de 0 = *nunca* a 4 = *siempre*). Los ítems están redactados de manera directa, es decir, a mayor puntuación mayor probabilidad de padecer un duelo

complicado. Prigerson y Jacobs (2001) señalan que una puntuación total mayor o igual a 25 es un indicador de duelo complicado. El inventario es de auto-informe y se contesta en aproximadamente de 10 minutos. El IDC fue adaptado al castellano por Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson (2009).

METODO

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional con un diseño no experimental transversal.

Participantes

Estudio 1

La muestra no probabilística intencional de participantes voluntarios estuvo conformada por 18 (60%) pacientes oncológicos y 12 (40%) cuidadores primarios, siendo estadísticamente equivalente la frecuencia de pacientes y parientes por la prueba binomial ($p = .36$). El criterio de inclusión para ambas muestras fue: saber leer y escribir. Como criterios de exclusión se fijaron: déficit cognitivo que impidiese comprender las instrucciones, fatiga excesiva que dificultase la atención o negativa a participar.

En la muestra conjunta, 26 de los participantes (87%) fueron mujeres y 4 (13%) hombres, siendo la frecuencia de mujeres significativamente mayor que la de los hombres (prueba binomial: $p = .15$). La media de edad fue de 45.20 años ($DE = 14.44$), variando de 17 a 69 años. En relación a los estudios, 9 (30%) indicó tener estudios de primaria, 5 (17%) secundaria, 7 (23%) media superior y 9 (30%) estudios profesionales. En relación al estado civil, 5 (17%) dijeron ser solteros, 1 (3%) vivir en unión libre, 21 (70%) estar casados, 2 (7%) viudos y 1 (3%) separado.

El porcentaje entre los sexos fue estadísticamente equivalente entre pacientes y parientes ($\chi^2[1, N = 30] = 0.97, p = .32$), con mayor frecuencia de mujeres en ambas muestras. La edad de los pacientes fue significativamente mayor que la de los parientes ($t[28] = 2.41, p = .02$) con una diferencia media de 12 años (95% IC: 1.79, 22.21). Entre los parientes, 7 (58.1%) señalaron ser hijos, 3 (25%) hermanas, 1 (8.3%) cuñada y 1 (8.3%) padre. El nivel de escolaridad fue estadísticamente equivalente entre ambas muestras ($U = 85, Z = -1.01, p = .31$) con un promedio correspondiente a media superior. También la distribución de estado civil fue estadísticamente equivalente ($\chi^2[4, N = 30] = 6.03, p = .17$ exacta), con dominio de los casados.

En la muestra clínica, 17 pacientes (94.4%) fueron mujeres y 1 (5.6%) hombre, habiendo diferencia significativa en la frecuencia de sexos (prueba binomial: $p < .01$). La media de edad fue de 50 años ($DE = 13.92$). En relación a los estudios, 8 (44.4%) pacientes indicaron tener estudios de primaria, 2 (11.1%) secundaria, 2 (11.1%) media superior y 6 (33.3%) estudios profesionales. En relación al estado civil, 1 (5.6%) dijo ser soltero, 1 (5.6%) vivir en unión libre, 13 (72.2%) estar casados, 2 (11.1%) viudos y 1 (5.6%) separado. De los 18 pacientes, 10 (55.6%) reportaron padecer cáncer de mama, 4 (22.2%) tumores que afectan al sistema nervioso central, 3 (16.7%) al aparato reproductor y 1 (5.5%) cáncer abdominal. La media del tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 1.47 años ($DE = 1.69$) (véase Tabla 1).

En la muestra de cuidadores primarios, 9 (75%) fueron mujeres y 3 (25%) hombres, siendo estadísticamente equivalente la frecuencia de ambos sexos (prueba binomial: $p = .15$). La media de edad fue de 38 años ($DE = 12.47$). En relación a los estudios, 1 (8.3%) indicó tener estudios de primaria, 3 (25%) secundaria, 5 (41.7%) media superior y 3 (25%) estudios profesionales. En relación al estado civil, 4 (33.3%) dijeron ser solteros y 8 (66.7%) casados (véase Tabla 1).

Tabla 1
Frecuencia y porcentajes de las variables socio-demográficas

Variables socio-demográficas		Pacientes oncológicos		Cuidadores primarios	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	Hombres	1	5.6	3	25
	Mujeres	17	94.4	9	75
	Total	18	100	12	100
Escolaridad	Primaria	8	44.4	1	8.3
	Secundaria	2	11.1	3	25
	Media superior	2	11.1	5	41.7
	Estudios profesionales	6	33.3	3	25
	Total	18	100	12	100
Estado civil	Solteros	1	5.6	4	33.3
	Unión libre	1	5.6	0	0
	Casados	13	72.2	8	66.7
	Separados	2	11.1	0	0
	Viudos	1	5.6	0	0
	Total	18	100	12	100

Estudio 2

Los criterios de inclusión para la muestra fueron: tener una enfermedad oncológica diagnosticada, recibir tratamiento oncológico, tener de 15 años en adelante, saber leer y escribir para comprender adecuadamente las instrucciones y firmar el consentimiento informado. Y como criterios de exclusión: no tener cáncer, tener menos de 15 años, no saber leer y escribir, no proporcionar el consentimiento informado y tener fatiga excesiva que dificultase la atención.

Inicialmente se planificó obtener una muestra de al menos 200 participantes, la mitad mujeres y la mitad hombres. La población masculina fue de muy difícil acceso debido a que acudían mayoritariamente mujeres a los centros en los cuales se aplicaron los cuestionarios y en los cuales se contaba con permiso de las autoridades.

La muestra quedó finalmente configurada por 120 mujeres. Se descartaron los 25 hombres encuestados debido a la desproporción de ambos géneros, especialmente para contrastar la invarianza de los modelos factoriales y estructurales.

El 2.5% (3 de 120) de las mujeres entrevistadas tenía entre 15 y 19 años de edad (adolescentes), 14.2% (17) entre 20 y 39 años (adultos jóvenes), 48.3% (58) entre 40 y 59 años (adultos de mediana edad) y 35% (42) entre 60 y 78 años (adultos mayores). La media de edad fue 51.84 años ($DE = 13.63$). El 63% (76 de 120) de las mujeres encuestadas dijeron estar casadas, 17% (20 de 120) solteras, 8% (10 de 120) viudas, 7% (8 de 120) separadas y 5% (6 de 120) en unión libre. La escolaridad varió de saber leer y escribir a estudios de posgrado terminados. La mediana de escolaridad correspondió a secundaria terminada y el valor modal a primaria terminada (24%). La mediana de ingresos económicos familiares al mes correspondió al intervalo de 3,000 a 5,999 y la media correspondió al intervalo de 6,000 a 11,999 pesos (véase Tabla 2).

El 82% (98 de 120) de las mujeres indicaron ser católicas, 12.5% (15) ser cristianas, 4.2% (5) pertenecer a otra religión distinta de la católica o cristiana y 1.7% (2) a ninguna religión. El 46.7% (56 de 120) dijeron creer totalmente, 32.5% (39) bastante, 15.8% (19) algo, 3.3% (4) poco y 1.7% (2) no creen en ninguna religión. El 55% (66 de 120) indicaron asistir con frecuencia a los eventos religiosos, 20% (24) con

mucha frecuencia, 16.7% (20) en raras ocasiones a parte de eventos especiales y 8.3% (10) sólo a eventos especiales (véase Tabla 2).

Tabla 2
Frecuencia y porcentajes de las variables socio-demográficas

Variables socio-demográficas		<i>f</i>	<i>%</i>
Edad	De 15 a 19	3	2.5
	De 20 a 39	17	14.2
	De 40 a 59	58	48.3
	De 60 a 78	42	35.0
	Total	120	100
Escolaridad	Leer y escribir	7	5.8
	Primaria trunca	8	6.7
	Primaria terminada	29	24.2
	Secundaria trunca	2	1.7
	Secundaria terminada	22	18.3
	Media superior trunca	2	1.7
	Media superior terminada	21	17.5
	Licenciatura trunca	4	3.3
	Licenciatura terminada	19	15.8
	Posgrado trunco	3	2.5
	Posgrado terminado	3	2.5
Total	120	100	
Estado civil	Casada	76	63.3
	Soltera	20	16.7
	Viuda	10	8.3
	Separada	8	6.7
	Unión libre	6	5.0
	Total	120	100
Ingreso económico mensual	Menos de 3,000 pesos	47	39.2
	De 3,000 a 5,999	32	26.7
	De 6,000 a 11,999	8	6.7
	De 12,000 a 23,999	12	10.0
	De 24,000 a 47,999	10	8.3
	De 48,000 a 91,999	9	7.5
	Más de 92,000	2	1.7
Total	120	100	
Adscripción religiosa	Sí, Católica	98	81.7
	Sí, cristiana	15	12.5
	Sí, otra	5	4.2
	No, a ninguna	2	1.7
	Total	120	100
Convicción en las creencias	Nada	2	1.7
	Poco	4	3.3
	Algo	19	15.8

religiosas	Bastante	39	32.5
	Totalmente	56	46.7
	Total	120	100
Frecuencia de asistencia a ceremonias religiosas	Eventos especiales	10	8.3
	Eventos especiales y raras ocasiones	20	16.7
	Con frecuencia	66	55.0
	Con mucha frecuencia	24	20.0
	Total	120	100

El 50% (60 de 120) de los casos fueron cáncer de mama, 15.8% (19 de 120) cáncer cervicouterino, 11.7% (14 de 120) cáncer en el sistema digestivo (colon, esófago y estómago), 7.5% (9 de 120) cáncer de huesos o articulaciones (sarcoma), 5% (6 de 120) cáncer de riñón, 3.3% (4 de 120) cáncer en glándulas endocrinas (ovarios y tiroides), 2.5% (3 de 120) linfomas, 1.7% (2 de 120) melanoma, 1.7% (2 de 120) leucemia y 0.8% (1 de 120) cáncer cerebral. La media del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer fue de 1 año y 5 meses, ($DE = 2.02$). El 48.3% (58 de 120) indicaron estar recibiendo tratamiento oncológico de radioterapia, 45.8% (55) quimioterapia, 4.2% (5) cirugía y 1.7% (2) hormonal (véase Tabla 3).

La muestra se extrajo de siete lugares diferentes. El 69% (83 de 120) de las pacientes fueron entrevistadas en tres albergues (Cruz Rosa, A.B.P., Desafío del Noreste, A.C., y Posada del Peregrino de Caritas de Monterrey, A.B.P.), 26% (31) en dos clínicas (Clínica 0-19 y Opción Oncología), y 5% (6) en dos grupos de autoayuda (Asociación Mexicana Contra el Cáncer de Mama, A.C. de la Fundación CIM*ab y el grupo de autoayuda Mujeres con Cáncer) (véase Tabla 3).

En el albergue de la Cruz Rosa A.B.P., los pacientes reciben terapias ocupacionales y de apoyo psicológico; asimismo, se les proporcionan albergue y alimentación. No se requiere pago, siendo las aportaciones económicas voluntarias. Sólo se requiere que el paciente esté acompañado por un familiar. En Posada del Peregrino de Caritas de Monterrey, A.B.P., también se recibe el mismo apoyo gratuito, pero no es exclusivo de pacientes oncológicos. En el albergue Desafío del Noreste, A.C., los pacientes oncológicos reciben hospedaje y alimentación, lo que tiene un costo económico bajo. Las dos clínicas son privadas y los pacientes a través de sus seguros privados deben cubrir el costo del tratamiento ambulatorio. El grupo de autoayuda Asociación Mexicana Contra el Cáncer de Mama, A.C. de la Fundación CIM*ab

proporciona apoyo psicológico gratuito a mujeres con cáncer de mama. El grupo de autoayuda Mujeres con Cáncer es un grupo de autoayuda creado por mujeres con cáncer y no tiene costo la asistencia al mismo.

Tabla 3
Frecuencia y porcentaje de las variables clínicas

Variables clínicas		<i>f</i>	<i>%</i>
Tipo de cáncer	Mama	60	50.0
	Cervicouterino	19	15.8
	Sistema digestivo	14	11.7
	Sarcoma	9	7.5
	Riñón	6	5.0
	Glándulas endocrinas	4	3.3
	Linfomas	3	2.5
	Melanoma	2	1.7
	Leucemia	2	1.7
	Cerebral	1	0.8
Total		120	100
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	< 1 año	49	40.8
	1 año	40	33.3
	2 años	14	11.7
	3 años	7	5.8
	4 años	3	2.5
	5 años	1	.8
	6 años	2	1.7
	7 años	2	1.7
	13 años	2	1.7
	Total		120
Tratamiento oncológico	Radioterapia	58	48.3
	Quimioterapia	55	45.8
	Cirugía	5	4.2
	Hormonal	2	1.7
	Total		120
Lugar de aplicación	Cruz rosa	55	45.8
	Opción Oncología	28	23.3
	Desafío del Noreste	15	12.5
	Posada del Peregrino	13	10.8
	Zac	5	4.2
	AMANEC-Clínica 0-19	3	2.5
	CIMAb	1	0.8
Total		120	100

Instrumentos de medida

Estudio 1

Se construyó un instrumento formado por siete hojas tamaño media cuartilla (esquela). La primera hoja contenía las instrucciones y un ejemplo. La última hoja contenía los datos socio-demográficos y clínicos (para los pacientes con cáncer). Las hojas intermedias contenían, en su parte superior, las cinco palabras-estímulo contextualizadas ante la situación de enfermedad: 1) *para mí negar la enfermedad es*, 2) *para mí la ira ante la enfermedad es*, 3) *para mí negociar con la enfermedad es*, 4) *para mí la depresión ante la enfermedad es* y 5) *para mí aceptar la enfermedad es*.

La aplicación del instrumento de auto-informe fue grupal. El tiempo promedio empleado para contestarlo fue de aproximadamente 15 minutos.

Estudio 2

La *Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)* de Palomar y Gómez (2010) se desarrolló a partir de dos instrumentos que miden el constructo de resiliencia, *The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* de Connor y Davidson en (2003) y *The Resilience Scale for Adults (RSA)* de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2003). La escala RESI-M está conformada por 43 ítems, ocho ítems de la escala CD-RISC y 35 ítems de la escala RSA. Palomar y Gómez (2010) agruparon ambas escalas (CD-RISC y RSA) en una sola, con la finalidad de adaptar y validar ambos instrumentos en población mexicana. El rango de respuesta de los 43 ítems es de cuatro puntos (de 1 = *totalmente en desacuerdo* a 5 = *totalmente de acuerdo*).

Palomar y Gómez (2010) extrajeron los factores de los 68 ítems de la escala RESI-M por el método de componentes principales con rotación Varimax, determinando su número por el criterio de Kaiser. Eliminaron todos los ítems con un peso factorial menor que .40. De los 68 ítems iniciales, 43 se retuvieron. La consistencia interna de los 43 ítems fue alta ($\alpha = .93$). El número de componentes con un autovalor mayor a 1 fue cinco. Estos cinco componentes explicaron el 43.61% de la varianza total. El primer componente fue denominado *fortaleza y confianza en sí mismo*, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = 0.92$), quedó integrado por 19 ítems (del ítem 1 al 19 referentes a fortaleza, tenacidad, esfuerzo, confianza y optimismo con el que se enfrentan los retos) y

explicó el 24.67% de la varianza total. El segundo componente fue denominado *competencia social*, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = 0.87$), quedó integrado por 8 ítems (del ítem 20 al 27 referentes a la competencia de las personas para relacionarse con los demás) y explicó el 6.32% de la varianza total. El tercer componente fue denominado *apoyo familiar*, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .87$), quedó integrado por 6 ítems (del ítem 28 al 33 referentes a apoyo, lealtad y actitud optimista que brinda la familia) y explicó el 5.50% de la varianza total. El cuarto componente fue denominado *apoyo social*, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .84$), quedó integrado por 5 ítems (del ítem 34 al 38 referentes a apoyo por parte de amigos en momentos difíciles) y explicó el 4.03% de la varianza total. El quinto componente fue denominado *estructura*, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .79$), quedó integrado por 5 ítems (del ítem 39 al 43 referentes a la capacidad de las personas para organizarse y planear las actividades aún en momentos difíciles) y explicó el 3.06% de la varianza total.

La *Escala de Alexitimia de Toronto* (Toronto Alexitimia Scale, TAS-20) fue desarrollada por Bagby, Parker y Taylor (1994). Moral (2011) adaptó la escala en estudiantes mexicanos, redactando todos los reactivos en sentido directo y agregando una subescala de 10 reactivos nuevos para medir fantasía o ensueños diurnos (TAS-30). Dicha subescala se había eliminado en la revisión realizada por Bagby et al. (1994) debido a su alta correlación con deseabilidad social. Además, Moral (2011) modificó el rango de respuesta de los ítems a 6 puntos (de 0 = *totalmente en desacuerdo* a 5 = *totalmente de acuerdo*) con tres puntos en cada polo y sin punto neutro. Así, el rango de respuesta total de la escala fue de 0 a 150 puntos. En el presente estudio se utilizó la escala TAS-30.

Moral (2011) extrajo los factores de los 30 ítems de la escala TAS-30 por componentes principales. Por el criterio de Kaiser el número de componentes fue cuatro. Estos 4 componentes explicaron el 51.13% de la varianza total. La consistencia interna de los 30 ítems fue alta ($\alpha = .93$) y todos presentaron cargas factoriales mayores o iguales a .30. Tras la rotación ortogonal por el método Varimax, el primer componente correspondió a los 10 ítems de *fantasía* (ítems del 21 a 30), tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .88$) y explicó el 16.24% de la varianza total. El segundo componente

correspondió a los 7 ítems de *dificultad para identificar los sentimientos* (ítems: 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), reteniendo también el ítem 10 perteneciente al factor original de pensamiento externamente orientado, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .86$) y explicó el 14.59% de la varianza total. El tercer componente correspondió a los 5 ítems de *dificultad para expresar sentimientos* (ítems: 2, 4, 11, 12 y 17), reteniendo también el ítem 5 perteneciente al factor original de pensamiento externamente orientado, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .82$) y explicó el 10.62% de la varianza total. El cuarto componente correspondió a 6 ítems de *pensamiento externamente orientado* (ítems: 8, 15, 16, 18, 19 y 20), no incluyendo los ítems 5 y 10 del factor original, tuvo una consistencia interna alta ($\alpha = .72$) y explicó el 9.69% de la varianza total.

La Escala de las Fases del Duelo (EFD-66) fue creada a partir de los resultados del estudio 1. Inicialmente se redactaron 66 ítems para cubrir los cinco factores esperados desde los contenidos proporcionados por el estudio cualitativo: 15 ítems se redactaron para la fase de negación (ítems: 1, 6, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 62, 64 y 66), 12 ítems para la fase de ira (ítems: 2, 7, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56), 12 ítems para la fase pacto o negociación (ítems: 3, 8, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52 y 57), 12 ítems para la fase depresión (ítems: 4, 9, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 y 58), y 15 ítems para la fase de aceptación de la enfermedad (ítems: 5, 10, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59, 61, 63 y 65) (véase Anexo 7). Los 66 ítems fueron redactados de manera directa; es decir que a mayor puntuación, mayor es la frecuencia en la que experimentan cada una de las fases del duelo ante la enfermedad. El rango de respuesta de los 66 ítems tipo Likert fue fijado en cinco puntos (de 1 = *nunca* a 5 = *siempre*).

Procedimiento

Para ambos estudios se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Antes de comenzar los estudios se proporcionó el protocolo de investigación a las instituciones anfitrionas con la finalidad de obtener las aprobaciones por las autoridades para llevar a cabo el proyecto de investigación (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Para la administración de los instrumentos de medición se les pidió a los pacientes firmar la carta de consentimiento informado (véanse anexos 1 y 3). En los

menores de edad, la carta de consentimiento informado fue firmada por el cuidador primario (mayor de edad) y por el mismo paciente. Los participantes que aceptaron formar parte del estudio respondieron por escrito al instrumento en presencia de la entrevistadora.

Estudio 1

En el primer estudio se extrajo la muestra del albergue de la Cruz Rosa, Asociación de Beneficencia Privada. En esta institución los pacientes, en su mayoría mujeres, reciben terapias ocupacionales y de apoyo psicológico; asimismo, se les proporcionan albergue y alimentación. No se requiere pago, siendo las aportaciones económicas voluntarias. Sólo se requiere que el paciente esté acompañado por un familiar.

Para conocer el significado psicológico que tienen los pacientes con cáncer y los cuidadores primarios sobre las cinco fases del duelo propuestas por Kübler -Ross (1969) ante la pérdida de la salud, se les pidió a los participantes que realizaran dos tareas: 1) que escribieran al menos cinco palabras que relacionen de manera significativa con el enunciado (palabra-estímulo); y 2) ordenar cada una de las palabras que escribieron (definidoras) de acuerdo a su relación de importancia o cercanía al enunciado, es decir, que escribieran el número 1 junto a la palabra que define mejor la palabra-estímulo o la que sea más cercana, el número dos a la segunda palabra más importante y así sucesivamente hasta terminar la lista. Los participantes que aceptaron formar parte del estudio firmaron el consentimiento informado y respondieron el instrumento de medición en la sala polivalente. La muestra se levantó de julio a octubre del 2012.

Para desarrollar la escala que media las cinco fases del duelo ante la pérdida de la salud con un enfoque mixto: empírico-teórico (desde la red semántica y las definiciones dadas por Kübler-Ross, 1969), se hizo una primera redacción de los ítems de la Escala de Fases del Duelo (EFD). Estos fueron sometidos a evaluación de su pertinencia teórica y comprensibilidad, empleándose un grupo de 9 expertos en tanatología, psicooncología y cuidados paliativos. La participación de los expertos fue por invitación y no remunerada durante el mes de febrero del 2013. Se les proporcionó un formato de valoración para cada ítem con 3 puntos: 1 = *no es adecuado*, 2 = *sí, pero con cambios*, y

3 = *sí, es adecuado*. Se dejaba un espacio en blanco para que señalasen qué cambios consideraban pertinentes en caso de marcar la opción 2. Con base en las sugerencias realizadas por los expertos se fijó el formato inicial de la escala (véase Anexo 7).

Estudio 2

Las pacientes que aceptaron formar parte del estudio firmaron el consentimiento informado y respondieron los instrumentos de medición en salas polivalentes, cuartos, pasillos o diversos lugares permitidos por cada una de las instituciones donde se llevo a cabo el estudio. La muestra se levantó de marzo a octubre del 2013.

Se aplicaron los tres instrumentos a las 120 participantes: 1) *Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)* de Palomar y Gómez (2010), 2) la *Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-30)* de Moral (2011) y 3) la escala que creada en el primer estudio sobre las fases del proceso del duelo (véanse anexos 5, 6 y 7). Además de obtener información sobre datos socio-demográficos y clínicos (véase anexo 4). La aplicación de los instrumentos tuvo una duración aproximada de 40 minutos.

Una vez aplicados los instrumentos de medición se procedió a analizar la base de datos, con la finalidad de alcanzar los objetivos del estudio y así confirmar o refutar cada una de las hipótesis formuladas.

Aspectos éticos

El proyecto en sus aspectos éticos fue evaluado y aprobado por el Comité de Doctorado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

El estudio se ajustó a las especificaciones de manejo de pacientes de la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP) (2002) y la Asociación Americana de Psicología (APA) (2010), la investigación se realizó de manera competente y con el debido respeto a la dignidad y bienestar de los participantes (APA, std. 2.01; SMP, art. 49).

Antes de comenzar con la investigación se obtuvo de las instituciones anfitrionas la aprobación apropiada para conducir la investigación; así como, proporcionar la información precisa acerca de la propuesta de trabajo (SMP, art. 139).

Se obtuvo la carta de consentimiento informado (CCI) de los participantes en la investigación, utilizando un lenguaje entendible y claro, informando la naturaleza de la investigación principalmente en personas menores de edad, haciéndoles saber de la

confidencialidad del estudio y en este caso sobre el anonimato de los datos, así como el respetar la libertad de participar, declinar o retirarse de la investigación (APA, std., 8.02; SMP, art.118, 122, 124 y 132). En el CCI del presente estudio, se les pidió proporcionar a las personas que quisieran participar: el nombre completo del paciente, el nombre completo de quien otorga el consentimiento (familiar del paciente), el nombre y la relación con el paciente de dos testigos, el nombre y firma de quien obtuvo el consentimiento y por último, el lugar y la fecha de aplicación.

Se mantuvo la confidencialidad debida al crear, almacenar, recuperar, transferir y eliminar registros y expedientes que puedan estar bajo control propio ya sean escritos o automatizados. Así como de tomar las medidas pertinentes para proteger dichos registros de cualquier forma de incursión por parte de extraños (SMP, art. 61). Asimismo, no se reveló en las publicaciones, conferencias u otros medios de comunicación públicos, información personal identificable o de carácter confidencial sobre los participantes de la investigación (APA, std. 4.07).

Análisis estadísticos

Estudio 1

El análisis de la red semántica se realizó en la muestra conjunta, ya que la escala pretende evaluar las fases del duelo por la pérdida de la salud tanto en pacientes (salud propia) como en parientes (del familiar). No obstante, la descripción socio-demográfica de la muestra se complementó con la comparación entre el grupo de pacientes y parientes para tener una idea más clara de su composición. La comparación de frecuencias entre ambos grupos se realizó por la prueba chi-cuadrado, de promedio en el nivel de escolaridad por la U de Mann-Whitney y de medias de edad por la prueba t de Student. La equivalencia de la frecuencia de sexos en cada grupo se contrastó por la prueba binomial.

La red semántica de cada palabra-estimulo se describió por medio de cuatro elementos: *el valor J* (tamaño de la red), *valor M* (peso semántico de cada definidora), *conjunto SAM* (núcleo central de la red semántica) y *valor FMG* (distancia semántica de las definidoras dentro del conjunto SAM). El valor J se obtiene contando el número total

de palabras definidoras. El valor M consiste en la suma de las frecuencias de orden de importancia ponderadas por su peso semántico. El conjunto SAM son las quince palabras con mayor valor M o peso semántico (González & Valdez, 2005). El valor FMG se obtiene al aplicar una regla de tres. Se estima el valor FMG que corresponde al peso semántico de cada palabra definidora tomando como referencia el valor semántico correspondiente a la primera definidora cuyo valor FMG asignado es 100. Por ejemplo, en la red semántica de depresión, la palabra con mayor peso semántico fue triste (valor $M = 71$), así el valor FMG que se le asignó fue 100. La palabra llorar tuvo un valor M de 59. Al aplicar la regla de tres su valor FMG sería: $(59 \times 100) / 71 = 83.10$.

Desde la valoración de los 9 expertos, los ítems se aceptaron cuando al menos 7 expertos lo señalaron como “*sí es adecuado*” (77.8%), se rechazaron cuando 6 expertos lo señalaron como “*no es adecuado*” (66.7%). En los demás casos se procedió a su modificación, retomando las sugerencias. En caso de juzgarlas inapropiadas o erróneas se dejó el ítem sin cambios.

Estudio 2

Objetivo 1: Estudiar las propiedades psicométricas del instrumento de las cinco fases del proceso del duelo

Por una parte, se analizó cada subescala de forma individual buscando un modelo unidimensional en cada una. Este primer enfoque analítico tiene como finalidad obtener los modelos de medida de cada etapa de duelo y poder contrastar el modelo de etapas secuenciales de Kübler-Ross. Por otra parte, con el conjunto de ítems seleccionados para cada subescala, se determinó el número y configuración de una estructura de factores correlacionados; asimismo, se determinó la estructura factorial de segundo orden. El número y configuración de los factores de este segundo análisis difirieron de la expectativa. Al constituir propiamente la estructura factorial de la escala y tener el modelo de Kübler-Ross mal ajuste a los datos, estos factores de primer y segundo orden fueron utilizados para cubrir los siguientes objetivos de la investigación.

Se inició con el análisis de las propiedades de discriminación, consistencia y características de la distribución de los ítems redactadas para cada una de las 5 subescalas.

La discriminación de cada ítem se estudió por medio de la diferencia de sus medias entre el grupo de puntuaciones altas (mayores o iguales al percentil 75) y bajas (menores o iguales al percentil 25) en la subescala (suma simple de ítems). Se requirió diferencia significativa. Ítems con promedios de 0.5 a 1 se consideraron poco discriminativos y aquéllos con promedios mayores que 1 discriminativos. Se descartaron aquéllos ítems no discriminativos. Una diferencia media menor que 0.5 fue un argumento considerado para la eliminación del ítem.

La consistencia interna de cada ítem se estimó por medio de tres índices: correlación del ítem con el resto de la escala, efecto sobre el coeficiente alfa de Cronbach al eliminar el ítem y comunalidad o correlación múltiple al cuadrado al predecir las puntuaciones del ítem con la combinación lineal ponderada del resto de los ítems (modelo lineal de regresión). Aquéllos ítems con correlaciones no significativas y menores que .30, comunalidades menores que .30 y que incrementen el valor del coeficiente alfa de Cronbach al ser eliminado se consideraron con problemas de consistencia interna y fueron descartados.

Se caracterizó la distribución promedio de cada ítem (sesgo y curtosis) y se indicaron aquéllos ítems más desviados de la misma. Se descartaron ítems con efecto techo (concentración de la distribución en el valor más alto) o efecto suelo (concentración de la distribución en el valor más bajo).

Se consideró que un ítem muestra buenas propiedades para la subescala para la cual fue redactado cuando es discriminativo entre los grupos de puntuaciones altas y bajas con una diferencia media mayor que 1, su eliminación disminuye el valor de la alfa de Cronbach, su correlación corregida y comunalidad son mayores que .30 y su distribución se asemeja a la del conjunto.

Descartados los ítems con problemas de discriminación y consistencia interna, se procedió a determinar el número de factores. Los factores se extrajeron por análisis de componentes principales. Para determinar el número de componentes se consideraron tres criterios, conforme a las sugerencias de Costello y Osborne (2005): expectativa (un componente), Horn (autovalores observados por encima del punto de intersección entre la curva de sedimentación observada y la correspondiente al percentil 95 de 100 curvas procedentes de 100 muestras generadas al azar con el mismo número de casos y

variables con distribución normal) y Velicer (número de factores extraídos al momento de alcanzar la media mínima de las correlaciones al cuadrado entre los ítems tras haber parcializado el efecto de las puntuaciones de los factores ya extraídos). La situación ideal fue de convergencia entre los tres criterios. En caso de discrepancia se consideró tanto el criterio de la expectativa (un componente) como el resultado de los criterios más rigurosos, el de Horn (extracción componentes principales) y Velicer. En aquellos casos donde se obtuvo más de un componente se rotó la solución factorial por el método Oblimín directo. Se consideraron cargas mayores que .40 para retener los ítems.

Tras este análisis exploratorio se aplicó el análisis confirmatorio en la misma muestra para estimar el ajuste a los datos del modelo. Para el análisis factorial confirmatorio se empleó el método de máxima verosimilitud.

Desde estos primeros análisis para cubrir el primer objetivo, se descartaron 20 ítems. Con los 46 ítems retenidos se procedió a determinar la estructura factorial del conjunto de ítems. El número de factores se fijó por el criterio de Horn (extracción por ejes principales) en el análisis factorial exploratorio. Los factores se extrajeron por el método de ejes principales y la matriz de factores se rotó por el método Oblimin directo. Se eliminaron los ítems con cargas factoriales menores que .30 en la matriz de configuraciones y aquéllos con su carga factorial más alta en un factor no esperado. Tras este análisis exploratorio se aplicó el análisis confirmatorio en la misma muestra para estimar el ajuste a los datos del modelo.

También se exploró y contrastó la estructura factorial de segundo orden de la escala. Los factores se extrajeron por ejes principales, la matriz de factores se rotó por el método Oblimin Directo. El número de factores se determinó por el criterio de Kaiser (autovalores mayores que 1). El análisis factorial confirmatorio se realizó por máxima verosimilitud.

El supuesto de normalidad multivariada, que requiere el método de máxima verosimilitud, fue contrastado a través del valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia. Se consideró que valores mayores que -2 y menores que 2 indican buen ajuste a la normalidad multivariada, mayores que -10 y menores que 10 ligera desviación (Kline, 2010), y valores menores que -70 y mayores que 70 una fuerte desviación (Rodríguez & Ruiz, 2008). En todos los casos de aplicación del análisis

factorial confirmatorio se obtuvo incumplimiento del supuesto de normalidad multivariada, sin ser valores mayores de 70 o menores de -70. Debido al incumplimiento de este supuesto se usaron los procedimientos de muestreo repetitivo para la estimación de la significación de parámetros (método de percentiles libres de sesgo) y para el contraste global de la bondad de ajuste (prueba de muestreo repetitivo de Bollen-Stine).

Se consideraron once índices de ajuste: cinco básicos (prueba chi-cuadrado [χ^2], cociente entre el estadístico chi-cuadrado y sus grados de libertad [χ^2/gl], función de discrepancia [FD], probabilidad de Bollen-Stine y residuo estandarizado cuadrático medio [RMS SR]); dos poblacionales de no centralidad (parámetro de no centralidad poblacional [PNCP] y residuo cuadrático medio de aproximación [RMSEA] de Steiger-Lind); dos índices comparativos con el modelo nulo (índice de bondad de ajuste [GFI] de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida [AGFI]) y dos índices comparativos con el modelo independiente (índice normado de ajuste [NFI] de Bentler-Bonett e índice comparativo de ajuste [CFI] de Bentler). Los valores de buen ajuste para los índices son: p de χ^2 y de la prueba de Bollen-Stine $> .05$, $\chi^2/\text{gl} \leq 2$, FD y PNCP $\leq 1/4$ del valor correspondiente al modelo independiente, RMSEA y RMS SR $\leq .05$, GFI $\geq .95$ y AGFI, NFI y CFI $\geq .90$; y los valores adecuados son: p de χ^2 y de la prueba de Bollen-Stine $> .01$, $\chi^2/\text{gl} \leq 3$, FD y PNCP $\leq 1/3$ del valor correspondiente al modelo independiente, RMSEA y RMS SR $\leq .08$, GFI $\geq .85$ y AGFI, NFI y CFI $\geq .80$ (Kline, 2010; Moral, 2006; Byrne, 2010).

Aparte de la significación de los parámetros (desde la estimación por el método de máxima verosimilitud y el método de percentiles libres de sesgo) y la bondad de ajuste, se consideró la parsimonia del modelo; ésta se estimó por la razón de parsimonia de James-Mulaik-Brett (1989). Valores de parsimonia de 0 a .19 se consideraron muy bajos, de .20 a .39 bajos, de .40 a .59 medianos, de .60 a .79 altos y de .80 a 1 muy altos.

Las propiedades deseables de un modelo factorial son que tenga todos sus parámetros significativos, porcentajes altos de varianza explicada en las variables endógenas, correlaciones de bajas a moderadas entre los factores, residuos independientes, valores de ajuste buenos y parsimonia alta o muy alta.

Una vez determinada la configuración de los factores de primer y segundo orden de la escala, se crearon las puntuaciones por suma simple de ítems. Se describió sus

distribuciones por medio de estadísticos de tendencia central (media y mediana), de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y valor máximo) y forma de la distribución (sesgo y curtosis). El ajuste de la distribución a una curva normal se contrastó por la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Z_{K-S}).

La consistencia interna de los factores de primer y segundo orden se estimó por el coeficiente alfa de Cronbach (α); se consideraron valores altos aquéllos $\geq .70$, adecuados $\geq .60$ y bajos $< .60$ (Cronbach & Shavelson, 2004).

Objetivo 2: Contrastar la secuencia con este instrumento propuesta por Kübler-Ross (1969) en personas con cáncer

La especificación del modelo de Kübler-Ross se realizó desde un modelo de análisis de senderos y desde un modelo estructural de curva de crecimiento. Los modelos de medida de las cinco etapas de duelo fueron empleados para definir la puntuación suma de cada una de ellas. Así, en los modelos entran como variables manifiestas. Finalmente se especificó y contrastó un modelo alternativo desde la revisión de los índices de modificación y la matriz de correlaciones.

Los modelos fueron calculados por máxima verosimilitud. Debido al incumplimiento de la normalidad multivariada se empleó complementariamente el método de percentiles libres de sesgo para contrastar la significación de los parámetros y la prueba de muestreo repetitivo de Bollen-Stine para contrastar la bondad de ajuste global de los modelos. Se consideraron los mismos 11 índices de ajuste que en el análisis factorial confirmatorio (χ^2 , χ^2/df , FD, RMS SR, PNCP, RMS EA, GFI, AGFI, NFI y CFI) y también se estimó la parsimonia por la razón de James-Mulaik-Brett (1989).

Objetivo 3: Calcular la consistencia interna del conjunto de ítems y factores de las escalas de alexitimia y resiliencia; en caso de problemas de consistencia interna explorar la estructura factorial y contrastar el modelo original y modelos alternativos.

La consistencia interna se calculó por el coeficiente alfa de Cronbach.

Al observarse problemas de consistencia interna en la escala TAS-30, se exploró y contrastó su estructural factorial. Debe mencionarse que el estudio original de la TAS-30 se realizó en adolescentes escolarizados que es una población distinta a la de mujeres adultas con cáncer. El número de factores se determinó por el criterio de Horn, realizando el cálculo con los 20 ítems originales de la TAS-20 y los 30 ítems, incluidos los 10 ítems de fantasía. Los factores se extrajeron por componentes principales. La matriz de componentes se rotó por el método Oblimin directo. Se contrastó el modelo factorial por máxima verosimilitud, empleando de forma complementaria procedimientos de muestreo repetitivo (método de percentiles libres de sesgo y prueba de Bollen-Stine) por incumplimiento del supuesto de normalidad multivariada. Este incumplimiento se determinó por el valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia mayor que 10. Se consideraron los once índices de ajuste y los mismos valores de interpretación que se utilizaron en el estudio de la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. Desde los resultados del análisis factorial y cálculos de consistencia interna se decidió separar la escala de fantasía de la escala de alexitimia de 20 ítems (TAS-20).

Al no observarse problemas de consistencia interna en la escala de resiliencia, se asumió el modelo original desarrollado en población general mexicana.

Objetivo 4: Describir el nivel promedio de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, la resiliencia y alexitimia en personas con cáncer.

Para interpretar los valores de las escalas de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, alexitimia y resiliencia, se utilizaron los valores y enunciados de respuesta a los ítems. A tal fin se dividió la puntuación suma de cada escala y sus factores por el número de ítems sumados para obtener estas puntuaciones. De este modo se obtuvo un rango continuo, cuyo valor mínimo potencial coincide con el valor más bajo de respuesta al ítem y su valor máximo potencial coincide con el valor más alto de respuesta al ítem. A continuación, se dividió este rango continuo en cuatro, cinco y seis intervalos de amplitud constante ($[\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}] / \text{número de valores discretos de respuesta al ítem}$). De este modo se pudo hacer corresponder los intervalos con los valores discretos de respuesta a los ítems.

En la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, los 5 intervalos con amplitud constante de 0.80 ordenados de menos a más se hicieron corresponder con los 5 valores discretos de respuesta a los ítems que se refieren a frecuencia de respuesta: de 1 a 1.79 = valor discreto 1 “nunca”, de 1.80 a 2.59 = valor discreto 2 “pocas veces”, de 2.60 a 3.39 = valor discreto 3 “a veces” y de 3.40 a 4.19 = valor discreto 4 “casi siempre” y 4.20 a 5 = valor discreto 5 “siempre”.

En la escala de resiliencia, los 4 intervalos con amplitud constante de 0.75 ordenados de menos a más se hicieron corresponder con los 4 valores discretos de respuesta a los ítems (grado de conformidad): de 1 a 1.74 = valor discreto 1 “totalmente en desacuerdo”, de 1.75 a 2.49 = valor discreto 2 “en desacuerdo”, de 2.50 a 3.24 = valor discreto 3 “de acuerdo” y de 3.25 a 4 = valor discreto 4 “totalmente de acuerdo”. Los valores y enunciados de los ítems de resiliencia proporcionan información sobre qué tan conforme está la persona con que la resiliencia le caracteriza. Considerando esto, una respuesta totalmente en desacuerdo se interpretó como resiliencia muy baja, una respuesta en desacuerdo como resiliencia baja, una respuesta de acuerdo como resiliencia alta y una respuesta totalmente de acuerdo como resiliencia muy alta. Para la puntuación total y los 5 factores de la escala de resiliencia, no se cuenta con puntos de corte establecidos. Tampoco se pudo comparar los promedios de la presente muestra con los del estudio original de Palomar y Gómez (2010), debido a que estos no se reportaron.

En la escala de alexitimia, los 6 intervalos con amplitud constante de 0.83 ordenados de menos a más se hicieron corresponder con los 6 valores discretos de respuesta a los ítems: de 0 a 0.82 = valor discreto 0 “totalmente en desacuerdo”, de 0.83 a 1.66 = valor discreto 1 “bastante en desacuerdo”, de 1.67 a 2.49 = valor discreto 2 “algo en desacuerdo”, de 2.50 a 3.32 = valor discreto 3 “algo de acuerdo”, de 3.33 a 4.16 = valor discreto 4 “bastante de acuerdo” y de 4.17 a 5 = valor discreto 5 “totalmente de acuerdo”. Los valores y enunciados de los ítems de la TAS-20 proporcionan información sobre qué tan conforme está la persona con que la alexitimia le caracteriza. Considerando esto, una respuesta totalmente en desacuerdo se interpretó como ausencia de alexitimia, una respuesta bastante en desacuerdo como muy baja alexitimia, una respuesta de algo en desacuerdo como baja alexitimia, una respuesta de algo de acuerdo como presencia de alexitimia, una respuesta bastante de acuerdo como alexitimia alta y

una respuesta totalmente de acuerdo como alexitimia muy alta. Así, los valores discretos de 0 a 2 se tomaron como no casos de alexitimia y los valores de 3 a 5 como casos.

Con la escala TAS-20 también se emplearon los puntos de corte definidos por Bagby et al. (1994) para la puntuación suma de los 20 ítems con un rango de 20 a 100: menor o igual a 51 = no caso, de 52 a 60 = posible caso y de 61 o mayor = caso de alexitimia. Para poder emplear estos puntos de corte, la puntuación suma con un rango de 0 a 100 fue multiplicada por un factor de reducción ($[\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}]$ de la TAS-20 original/ $[\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}]$ de la TAS-20 de la adaptación mexicana = $[100 - 20]/[100 - 0] = 80/100 = 0.8$) y se le sumó el valor mínimo de la versión original (20). De este modo la puntuación suma quedó transformada a un rango de 20 a 100.

Objetivo 5: Estudiar la relación de las variables socio-demográficas, religión, experienciales y clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

La relación entre los factores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud y las variables numéricas u ordinales socio-demográficas (edad, ingresos y escolaridad), de religión (espiritualidad, convicción en las creencias religiosas y frecuencia de asistencia a los servicios religiosos), experienciales (sentido de vida y cambio en la percepción de la vida) y clínicas (tiempo transcurrido desde el diagnóstico, efectos secundarios, información, percepción de éxito en el tratamiento y adherencia al tratamiento) se estimó por medio del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.

La relación entre los factores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud y las variables cualitativas socio-demográficas (estado civil), religión (adscripción religiosa), experienciales (pérdidas significativas anteriores al diagnóstico y apoyo emocional) y clínicas (antecedentes familiares de cáncer y tratamientos médicos al momento de la aplicación) se estimó por medio de una comparación de medias y el coeficiente eta. Las medias de las respuestas psicológicas de duelo fueron comparadas entre los grupos definidos por cada una de las variables cualitativas por medio de un análisis de varianza de una vía (tres o más grupos) y la prueba *t* de Student (dos grupos).

La correlación o diferencia de medias se consideró significativa con una $p < .05$.

El tamaño del efecto en las correlaciones se interpretó desde los valores establecidos por Cohen (1988): $< .1$ trivial, de $.1$ a $.29$ pequeño, de $.30$ a $.49$ mediano, de $.50$ a $.69$ grande, de $.70$ o mayor muy grande.

En las comparaciones de medias entre dos grupos hechas por la prueba t de Student, el tamaño de efecto se calculó con las formulas de Cohen (1988): $d = M_1 - M_2 / [(S_1^2 + S_2^2) / 2]^{1/2}$ cuando los tamaños de muestras son equivalentes y $d = M_1 - M_2 / [(n_1 * S_1^2 + n_2 * S_2^2) / (n_1 + n_2 - 2)]^{1/2}$ cuando los tamaños de muestra son desiguales. Cohen (1988) estableció que el tamaño del efecto para valores del estadístico d menores de $.20$ es trivial, para valores entre 0.20 y $.49$ pequeño, de $.50$ a $.79$ mediano y de $.80$ o mayores grande. Desde la fórmula de correspondencia entre el coeficiente de correlación y el estadístico d ($r = d / (d^2 + 4)^{1/2}$ cuando los tamaños de muestras son iguales), Hopkins (2002) propuso que valores de d menores de $.20$ se interpretaran como tamaño de efecto trivial, de $.20$ a $.62$ pequeño, de $.63$ a 1.15 mediano y de 1.15 o mayores grande.

En las comparaciones de medias entre tres o más grupos hechas por el análisis de varianza, se utilizó el tamaño de efecto se calculó con la formula de Cohen (1988): $f^2 = \eta^2 / (1 - \eta^2)$. Cohen (1988) estableció que el tamaño del efecto para valores del estadístico f^2 menores de $.02$ es trivial, para valores entre 0.02 y $.14$ pequeño, de $.15$ a $.34$ mediano y de $.35$ o mayores grande.

Objetivo 6: Estudiar la relación de la resiliencia y alexitimia con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

La relación entre los factores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud y las escalas TAS-20 y RESIM se estimó por medio del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson. Debido a que los 10 ítems de pobreza de la fantasía de la TAS-30 definieron una nueva escala con dos factores, también se calcularon las correlaciones por medio del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson

Objetivo 7: Determinar los factores de riesgo y protección que intervienen en cada una de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Se estimaron modelos de regresión lineal múltiple para cada una de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de salud. Se introdujeron como predictores aquellas variables numéricas u ordinales que tuvieron correlación significativa con la variable criterio. El modelo se estimó por el procedimiento de pasos sucesivos. La independencia de los residuos se determinó por el estadístico de Durbin-Watson; valores próximos a 2 reflejan independencia, entre 0 y 1 indican autocorrelación positiva de los residuos y entre 3 y 4 autocorrelación negativa. La normalidad de la distribución de los residuos se contrastó por la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La colinealidad entre los predictores que entran en el modelo se valora desde los índices de tolerancia e inflación de la varianza; valores próximos a 1 indican baja colinealidad. También se calcularon las correlaciones entre los predictores y las correlaciones parciales entre cada predictor con la variable criterio, eliminando el efecto de las otras variables predictoras. Correlaciones mayores que .30 y descenso fuerte de la correlación al ser parcializada indican problemas de colinealidad. Finalmente se estableció un diagnóstico de la colinealidad desde la extracción de los componentes principales de la matriz de correlaciones entre los predictores, incluido el intercepto. El hecho de quedar definido cada componente por un solo predictor indica independencia o ausencia de colinealidad.

El tamaño del efecto se calculó por la fórmula de Cohen (1988): $f^2 = R^2/(1-R^2)$. Cohen (1988) estableció que el tamaño del efecto para valores del estadístico f^2 menores de .02 es trivial, para valores entre 0.02 y .14 pequeño, de .15 a .34 mediano y de .35 o mayores grande.

Objetivo 8: Generar un modelo que prediga las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud por medio de la resiliencia, alexitimia y las variables socio-demográficas y clínicas.

Se especificó con modelo estructural para predecir los dos factores de segundo orden de las respuestas psicológicas de duelo ante la enfermedad. Los parámetros e índices de ajuste se calcularon por Máxima Verosimilitud. Como índices de ajuste se consideraron: la prueba chi-cuadrado, el cociente entre el estadístico y sus grados de libertad, FD, PNCP, GFI, AGFI, NFI, CFI, RMSEA y RMS SR. El cumplimiento del

supuesto de normalidad multivariada se observó desde el valor estandarizado de la curtosis multivariada de Maridia. Al ser su valor mayor que 10, se empleó el método de percentiles libres de sesgo para contrastar la significación de parámetros y la prueba de Bollen-Stine para contrastar el ajuste global del modelo. La parsimonia del modelo es estimó desde la razón de parsimonia de James-Mulaik-Brett. Se estimaron los tamaños estandarizados de efecto (total, directo e indirecto) sobre cada variable endógena. Valores menores que .10 se consideraron que reflejan un tamaño de efecto trivial, de .10 a .29 pequeño, de .30 a .49 mediano, de .50 a .69 grande y de .70 o mayor muy grande (Byrne, 2010).

RESULTADOS

Estudio 1

Núcleo central de la red semántica y peso semántico de las cinco palabras-estímulo

A partir de los datos obtenidos por la técnica de redes semánticas naturales se obtuvo un valor J de 70 definidoras para la negación ante la enfermedad. El núcleo central de la red semántica fue: no aceptar que estoy mal, cobardía, no cuidarme, no ir al doctor, ocultar la verdad a los demás, auto-engañarme, miedo, no obtener información sobre la enfermedad, egoísta, no aceptar la realidad, ser negativa/o, ignorar, impotencia, querer que nadie se entere por temor a que me tengan lastima, y sentirme mejor (véase Tabla 4).

Tabla 4

Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de negación de la enfermedad

Conjunto SAM	M	FMG
No aceptar que estoy mal	56	100
Cobardía	44	78.57
No cuidarme (no tomar lo medicamentos, dieta)	44	78.57
No ir al doctor	28	50
Ocultar la verdad a los demás	27	48.21
Autoengañarme/mentirse a uno mismo	26	46.43
Miedo	23	41.07
No obtener información sobre la enfermedad	21	37.50
Egoísta	21	37.50
No aceptar la realidad	20	35.71
Ser negativa/o	20	35.71
Ignorar	20	35.71
Impotencia	19	33.93
Querer que nadie se entere por temor a que me tengan lastima	18	32.14
Sentirme mejor	18	32.14

Definidoras del conjunto *SAM* = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, *M* = peso semántico de cada definidora y *FMG* = distancia semántica.

La ira ante la enfermedad obtuvo un valor J de 57 definidoras. El núcleo central de la red semántica estuvo conformado por: hacer corajes, enojo, llorar, impotencia al no comprenderla, usar malas palabras, no tener paciencia, desesperación, innecesaria,

sentirse mal, falta de fe, tolerable, frustración, gritarle a todos, distanciarse de la familia y amigos, y los obstáculos que se encuentran (véase Tabla 5).

Tabla 5
Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de ira ante la enfermedad

Conjunto SAM	M	FMG
Hacer corajes	65	100
Enojo	40	61.54
Llorar	24	36.92
Impotencia al no comprenderla	20	30.77
Usar malas palabras	20	30.77
No tener paciencia	19	29.23
Desesperación	19	29.23
Innecesaria	18	27.70
Sentirse mal	17	26.15
Falta de fe	17	26.15
Tolerable	17	26.15
Frustración	17	26.15
Gritarle a todos	15	23.08
Distanciarse de la familia y amigos	14	21.54
Los obstáculos que se encuentran	10	15.39

Definidoras del conjunto *SAM* = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, *M* = peso semántico de cada definidora y *FMG* = distancia semántica.

La negociación con la enfermedad tuvo un valor J de 57 definidoras. El núcleo central de la red semántica estuvo conformado por: prometerle cosas a Dios y a la virgen, cuidarme más, estar dispuesta(o) a todo, ser mejor, aceptarlo, sentirme mejor, prometí ser una mejor persona, tener una actitud positiva, sano, salir adelante, ganar, chantaje, adquirir información de la enfermedad, y ver lo que me conviene (véase Tabla 6).

Tabla 6
Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de negociación con la enfermedad

Conjunto SAM	M	FMG
Prometerle cosas a Dios y la virgen y pedirle: Vida, salud, entendimiento y fuerzas	102	100
Tomar y aceptar los tratamientos	34	33.33
Cuidarme mas	34	33.33
Estar dispuesta a todo/ hacer lo que me corresponda	23	22.55

Ser mejor (tolerable y caritativa)	22	21.57
Aceptarlo	20	19.61
Sentirme mejor	17	16.67
Prometí ser una mejor persona	17	16.67
Tener una actitud positiva/pensar que todo va a estar bien	16	15.69
Sano	13	12.74
Salir adelante	12	11.76
Ganar	10	9.80
Chantaje	10	9.80
Adquirir información de la enfermedad	10	9.80
Ver lo que me conviene	10	9.80

Definidoras del conjunto *SAM* = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, *M* = peso semántico de cada definidora y *FMG* = distancia semántica.

La depresión ante la enfermedad obtuvo un valor *J* de 69 definidoras. El núcleo central de la red semántica estuvo conformado por: triste, llorar, sentirse sin apoyo, querer estar solo, desesperado, enfermarte más, querer morirse, no salir de la cama, no tener fe, tener pensamientos negativos, parte del proceso, no querer hacer nada, ser débil, preocuparme, y es mala (véase Tabla 7).

Tabla 7

Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de depresión ante la enfermedad

	Conjunto SAM	M	FMG
Triste		71	100
Llorar		59	83.10
Sentirse sin apoyo		41	57.75
Querer estar solo/aislarse de los demás		33	46.48
Desesperada(o)		32	45.07
Enfermarte más		28	39.44
Muerte/ se quiere morir		25	35.21
No salir de la cama/querer estar todo el día acostado		24	33.80
No tener fe		20	28.17
Tener pensamientos negativos		20	28.17
Parte del proceso		19	26.76
No querer hacer nada		19	26.76
Ser débil		19	26.76
Preocuparme		19	26.76
Es mala		17	23.94

Definidoras del conjunto *SAM* = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, *M* = peso semántico de cada definidora y *FMG* = distancia semántica.

La aceptación de la enfermedad obtuvo un valor J de 70 definidoras. El núcleo central de la red semántica estuvo conformado por: ir al doctor a tratamientos, aceptarme a mí misma/o, primordial, una recuperación total, estar bien gracias a mi familia, aceptar todo el proceso, quererme a mí misma/o, paciencia, aceptar con resignación, aceptar que lo tengo, no importa qué grave es la enfermedad, tomar las cosas como son, tener fe, armarme de valor, y madurez (véase Tabla 8).

Tabla 8
Valores M y FMG del núcleo central de la red semántica de aceptación de la enfermedad

<i>Conjunto SAM</i>	<i>M</i>	<i>FMG</i>
Ir al doctor a tratamientos	57	100
Aceptarme a mi misma	37	64.91
Primordial/lo más importante	27	47.37
Una recuperación total/Sanar	25	43.86
Estar bien gracias a mi familia	23	40.36
Aceptar todo el proceso	23	40.36
Quererme a mi misma	20	35.09
Paciencia	20	35.09
Aceptar con resignación	19	33.33
Aceptar que lo tengo	19	33.33
No importa que grave es la enfermedad	19	33.33
Tomar las cosas como son	19	33.33
Tener fe	18	31.58
Armarme de valor/ ser fuerte ante la situación	18	31.58
Madurez	18	31.58

Definidoras del conjunto *SAM* = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, *M* = peso semántico de cada definidora y *FMG* = distancia semántica.

Diseño de la escala de las fases del proceso del duelo

La redacción de los ítems se derivó del conjunto *SAM*, es decir, de las primeras 15 palabras con mayor peso semántico o valor *M* (González & Valdez, 2005) y a partir de consideraciones teóricas. La escala quedó conformada por 67 ítems y cinco dimensiones, una para cada fase del duelo propuesta por Kübler-Ross (1969). La fase de negación de la enfermedad quedó conformada por 16 ítems, la fase de ira por 12 ítems,

la fase de negociación por 12 ítems, la fase de depresión por 12 ítems y la fase de aceptación de la enfermedad por 15 ítems (véanse Tablas de la 9 a la 13).

Por falta de congruencia o adecuación teórica se ignoraron tres definidoras del núcleo central de la red semántica de negación (no obtener información sobre la enfermedad, ser egoísta, y ser negativa), diez definidoras del núcleo central de ira (no tener paciencia, desesperación, innecesaria, sentirse mal, falta de fe, tolerable, frustración, gritarle a todos, distanciarse de la familia y amigos, y los obstáculos que se encuentran), ocho definidoras de pacto/negociación (tomar y aceptar los tratamientos, estar dispuesta a todo/hacer lo que me corresponda, ser mejor, tolerable y caritativa, aceptarlo, ganar, chantaje, adquirir información de la enfermedad, y ver lo que me conviene), seis definidoras de depresión (desesperación, enfermarte más, parte del proceso, ser débil, preocuparme, y es mala) y seis definidoras de aceptación (ir al doctor a tratamientos, primordial/ lo más importantes, paciencia, no importa que grave es la enfermedad, armarme de valor/ser fuerte ante la situación, y madurez).

Validez de contenido: jueceo de expertos

Desde la valoración de los 9 expertos, 36 ítems se aceptaron debido a que el valor 3 (sí es adecuado) alcanzó un porcentaje de 77.8 (al menos 7 expertos), un ítem se rechazo debido a que el valor 1 (no es adecuado) alcanzó un porcentaje de 66.7 (al menos 6 expertos). En los 30 ítems restantes los expertos consideraron que se aceptaban con cambios, en 19 ítems se retomaron las sugerencias, y en 11 ítems se dejaron los mismos sin cambios debido a que se consideraron inapropiadas o erróneas las sugerencias (véanse Tablas de la 9 a la 13).

Por lo tanto, la propuesta final de la escala de fases del duelo tras la modificación de su redacción desde la valoración y las sugerencias de los expertos, quedó conformada por 66 ítems, 15 ítems para la fase de negación (1, 6, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 62, 64 y 66), 12 ítems para la fase de ira (2, 7, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56), 12 ítems para la fase pacto o negociación (3, 8, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52 y 57), 12 ítems para la fase depresión (4, 9, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 y 58), y 15 ítems para la fase de aceptación de la enfermedad (5, 10, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59, 61, 63 y 65) (véase Anexo 7).

Tabla 9
Ítems para negación de la enfermedad

Ítems redactados	Técnica de redes semánticas naturales		% de la evaluación de los expertos		
	Definidoras del conjunto SAM	<i>M</i>	1	2	3
1N No acepto que estoy enferma(o) (M)	No aceptar que estoy mal	56	22.2	33.3	44.4
2N Niego completamente que estoy enferma(o) (SM)			22.2	22.2	55.6
3N Siento que soy un(a) cobarde, al negar la enfermedad (E)	Cobardía	44	66.7	0	33.3
4N Niego la enfermedad al no cuidarme (M)	No cuidarme (no tomar los medicamentos, dieta)	44	11.1	33.3	55.6
5N Niego la enfermedad al no ir al doctor (M)	No ir al doctor	28	22.2	22.2	55.6
6N Les oculto la enfermedad a los demás (A)	Ocultar la verdad a los demás	27	11.1	11.1	77.8
7N Me autoengaño al negar la enfermedad (M)	Autoengañarme/mentirse a uno mismo	26	22.2	33.3	44.4
8N Tengo miedo de enfrentar la realidad (M)	Miedo	23	0	33.3	66.7
9N Suelo ignorar que tengo la enfermedad (A)	Ignorar	20	11.1	11.1	77.8
10N Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla (A)	No aceptar la realidad	20	0	22.2	77.8
11N Me siento incapaz de aceptar la enfermedad (A)	Impotencia	19	0	22.2	77.8
12N Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima (SM)	Que nadie se entere por temor a que me tengan lastima	18	22.2	11.1	66.7
13N Me siento mejor al negar la enfermedad (A)	Sentirme mejor	18	11.1	0	88.9
14N No quiero reconocer que tengo la enfermedad* (M)			22.2	22.2	55.6
15N No puedo creer que tenga esta enfermedad* (A)			0	0	100
16N No creo tener la enfermedad que dicen los doctores* (M)			22.2	11.1	66.7

Definidoras del conjunto SAM = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, *M* = peso semántico de cada definidora,* Ítems redactados a partir de consideraciones teóricas, 1 = No es adecuado el ítem para medir el constructo, 2= Sí, pero requiere cambios, 3 = si es adecuado. (A) aceptado por consenso de los expertos, (M) modificado siguiendo las sugerencias de los expertos, (SM) sin modificaciones consideración inapropiadas o erróneas las sugerencias de los expertos y (E) eliminado por consenso de los expertos.

Tabla 10
Ítems para ira ante la enfermedad

Ítems redactados	Técnica de redes semánticas naturales		% de la evaluación de los expertos		
	Definidoras del conjunto SAM	M	1	2	3
1I Hago corajes por todo (A)	Hacer corajes	65	22.2	0	77.8
2I Todo me enoja (M)	Enojo	40	11.1	22.2	66.7
3I Lloro cuando estoy enojada(o) (M)	Llorar	24	11.1	22.2	66.7
4I Siento impotencia al no comprender la enfermedad (SM)	Impotencia al no comprenderla	20	22.2	11.1	66.7
5I Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto (A)	Usa malas palabras	20	0	22.2	77.8
6I Me enojo con el Ser Supremo por tener la enfermedad* (A)			0	11.1	88.9
7I Me enojo con la vida por tener la enfermedad* (A)			11.1	0	88.9
8I Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad* (A)			11.1	11.1	77.8
9I Siento mucho coraje por tener la enfermedad* (A)			0	11.1	88.9
10I Pienso por qué a mí* (A)			11.1	11.1	77.8
11I Siento que es injusto tener la enfermedad* (A)			0	0	100
12I Me enoja el no poder hacer mi vida normal* (A)			0	11.1	88.9

Definidoras del conjunto SAM = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, M = peso semántico de cada definidora,* Ítems redactados a partir de consideraciones teóricas, 1 = No es adecuado el ítem para medir el constructo, 2= Sí, pero requiere cambios, 3 = si es adecuado. (A) aceptado por consenso de los expertos, (M) modificado siguiendo las sugerencias de los expertos, (SM) sin modificaciones consideración inapropiadas o erróneas las sugerencias de los expertos y (E) eliminado por consenso de los expertos.

Tabla 11
Ítems para negociar/pactar con la enfermedad

Ítems redactados	Técnica de redes semánticas naturales		% de la evaluación de los expertos		
	Definidoras del conjunto SAM	M	1	2	3
1P Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable (SM)	Prometerle cosas a Dios y la virgen y pedirle: Vida, salud, entendimiento y fuerzas	102	22.2	11.1	66.7
2P Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure (SM)			11.1	22.2	66.7
3P Regateo con un Ser Supremo para que me de fuerzas (M)			0	33.3	66.7
4P Hago promesas de un mejor comportamiento para mejorar mi	Cuidarme mas	34	0	33.3	66.7

	salud (M)					
5P	Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo (A)	Sentirme mejor	17	11.1	0	88.9
6P	Prometo ser mejor persona, si me recupero (A)	Prometí ser una mejor persona	17	11.1	0	88.9
7P	La fe me ayuda a pensar positivamente (SM)	Tener una actitud positiva/pensar que todo va a estar bien	16	33.3	0	66.7
8P	Pienso que mi fe mejorará mi salud (A)	Sano	13	22.2	0	77.8
9P	Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante (SM)	Salir adelante	12	33.3	0	66.7
10P	Le pido al doctor que me cure, a cambio de seguir todas sus indicaciones* (M)			11.1	44.4	44.4
11P	Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación* (A)			11.1	11.1	77.8
12P	Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro* (SM)			33.3	11.1	55.6

Definidoras del conjunto SAM = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, *M* = peso semántico de cada definidora,* Ítems redactados a partir de consideraciones teóricas, 1 = No es adecuado el ítem para medir el constructo, 2= Sí, pero requiere cambios, 3 = si es adecuado. (A) aceptado por consenso de los expertos, (M) modificado siguiendo las sugerencias de los expertos, (SM) sin modificaciones consideración inapropiadas o erróneas las sugerencias de los expertos y (E) eliminado por consenso de los expertos.

Tabla 12
Ítems para depresión ante la enfermedad

Ítems redactados	Técnica de redes semánticas naturales	Definidoras del conjunto SAM	% de la evaluación de los expertos			
			<i>M</i>	1	2	3
1D Me siento triste (A)	Triste		71	0	11.1	88.9
2D Lloro más de lo que solía llorar (A)	Llorar		59	0	0	100
3D Siento que no tengo el apoyo de nadie (M)	Sentirse sin apoyo		41	11.1	22.2	66.7
4D Me aísló de las demás personas (A)	Querer estar solo/aislarse de los demás		33	0	0	100
5D Deseo estar muerta(o) (SM)	Muerte/se quiere morir		25	22.2	11.1	66.7
6D Tengo ganas de estar todo el día acostada(o) (A)	No salir de la cama/querer estar todo el día acostado		24	11.1	11.1	77.8
7D Siento que no hay nada por lo que luchar (A)	No tener fe		20	11.1	11.1	77.8
8D Tengo pensamientos negativos (A)	Tener pensamientos negativos		20	0	22.2	77.8
9D No tengo ganas de hacer nada (A)	No querer hacer nada		19	0	11.1	88.9
10D Pienso que la enfermedad es un castigo.* (M)				11.1	22.2	66.7

11D	Siento que se me acaban las fuerzas.* (A)	0	22.2	77.8
12D	He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.* (A)	0	0	100

Definidoras del conjunto SAM = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, M = peso semántico de cada definidora,* Ítems redactados a partir de consideraciones teóricas, 1 = No es adecuado el ítem para medir el constructo, 2= Sí, pero requiere cambios, 3 = si es adecuado. (A) aceptado por consenso de los expertos, (M) modificado siguiendo las sugerencias de los expertos, (SM) sin modificaciones consideración inapropiadas o erróneas las sugerencias de los expertos y (E) eliminado por consenso de los expertos.

Tabla 13
Ítems para aceptar la enfermedad

Ítems redactados	Técnica de redes semánticas naturales	% de la evaluación de los expertos			
	Definidoras del conjunto SAM	M	1	2	3
1A Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida (SM)	Aceptarme a mi misma	37	22.2	22.2	55.6
2A Pienso que tengo que aceptar la enfermedad para estar bien (M)	Una recuperación total/Sanar	25	11.1	55.6	33.3
3A El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad (M)	Estar bien gracias a mi familia	23	11.1	11.1	77.8
4A Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad (A)	Aceptar todo el proceso	23	0	11.1	88.9
5A Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad (A)			0	11.1	88.9
6A Aceptar la enfermedad, me despierta emociones positivas (M)	Querermé a mi misma	20	33.3	33.3	33.3
7A Acepto el hecho de tener la enfermedad (A)	Aceptar que lo tengo	19	0	11.1	88.9
8A Me resigno aceptando la enfermedad (M)	Aceptar con resignación	19	33.3	11.1	55.6
9A Tomo las cosas como son (SM)	Tomar las cosas como son	19	11.1	22.2	66.7
10A Pienso que me puedo aliviar (M)	Tener fe	18	11.1	33.3	55.6
11A El apoyo de mis amigos me ayuda a aceptar la enfermedad.* (M)			22.2	11.1	66.7
12A Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.* (A)			0	11.1	88.9
13A Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).* (A)			11.1	0	88.9

14A	Pienso que voy a salir pronto de esto.* (A)	11.1	11.1	77.8
15A	Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.* (A)	11.1	11.1	77.8

Definidoras del conjunto SAM = definidoras que se encuentran dentro de las primeras quince definidoras con mayor peso semántico, M = peso semántico de cada definidora,* Ítems redactados a partir de consideraciones teóricas, 1 = No es adecuado el ítem para medir el constructo, 2= Sí, pero requiere cambios, 3 = si es adecuado. (M) modificado a causa de los expertos, (SM) sin modificaciones, (A) aceptado y (E) eliminado.

Estudio 2

Objetivo 1: Estudiar las propiedades psicométricas del instrumento que mide las cinco fases del proceso del duelo a través de cinco subescalas (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) que sea válido y confiable para adolescentes (a partir de los 15 años) y adultos.

Se esperan 5 factores correlacionados con consistencia interna alta desde la teoría Kübler-Ross (1969). Se hipotetiza que las distribuciones se ajustarán a una curva normal al tratarse de una población clínica en proceso de adaptación a la enfermedad.

En primer lugar, se analizó cada subescala de forma individual buscando un modelo unidimensional en cada una. Esto se realizó con el objetivo de obtener el modelo de medida o seleccionar los ítems que configuran cada etapa del duelo para a continuación contrastar el modelo de las 5 etapas secuenciales de duelo de Kübler-Ross, correspondiente al segundo objetivo de la investigación. Cubriendo el primer objetivo de la investigación, con el conjunto de ítems seleccionados para cada subescala, se determinó el número y configuración de una estructura de factores correlacionados para la escala de fases del duelo. También se determinó la estructura factorial de segundo orden de la escala. El número y configuración de los factores de primer orden de este segundo enfoque analítico difirieron de la expectativa (5 factores). Al constituir propiamente la estructura factorial de la escala y tener el modelo de Kübler-Ross mal ajuste a los datos, estos factores de primer y segundo orden fueron utilizados para cubrir los siguientes objetivos de la investigación.

Tanto en el estudio por subescala como en el del conjunto de ítems, tras el análisis factorial exploratorio se aplicó el análisis confirmatorio en la misma muestra para estimar el ajuste a los datos de los modelos.

Finalmente se describe las distribuciones (obtenidas por suma simple de ítems) de los factores de primer y segundo orden de la escala.

Enfoque analítico factorial por subescala: búsqueda de modelos unidimensionales de medida

Subescala de negación.

La subescala de negación la integraron inicialmente 15 indicadores: ítems 1, 6, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 62, 64 y 66.

Todos los ítems, salvo el ítem 1, mostraron asimetría positiva (mayor concentración de valores por debajo que por encima de la media), así los valores de la mediana y moda quedaron por debajo de los valores de las medias. De los 15 ítems, 6 fueron mesocúrticos (6, 15, 35, 60, 62 y 64) con valores de curtosis entre -0.88 y 0.88 (EE de $C = 0.44$), 6 apuntados (20, 25, 45, 50, 55 y 66) con valores de curtosis mayores que 0.88, y dos aplanados (1 y 40) con valores menores de curtosis que -0.88. La media de los 15 ítems correspondió a 1.80 [IC 95%: 1.57, 2.04], el perfil promedio fue de asimetría positiva y mesocurtosis o ligero apuntamiento. Este perfil se encontró claramente en los ítems: 15, 30, 35, 45, 60, 62 y 66. Los más desviados de este perfil promedio fueron el ítem 1 al presentar la media más alta y asimetría positiva y el ítem 20 al tener la media más baja e índices muy altos de asimetría positiva y apuntamiento que lo aproximan a una distribución con efecto suelo (véase Tabla 14 y 15).

Tabla 14

Estadísticos descriptivos de la distribución de los ítems de la subescala de negación

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>S</i>	<i>C</i>
1 No creo que estoy enferma(o).	2.72	3	1	1.51	0.24	-1.36
6 Niego completamente que estoy enferma(o).	2.12	1	1	1.55	0.98	-0.66
15 No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	1.88	1	1	1.43	1.34	0.26
20 No voy al doctor, pues no estoy enfermo.	1.23	1	1	0.79	3.79	14.15

25 Les oculto la enfermedad a los demás.	1.42	1	1	0.90	2.41	5.55
30 Me engaño al negar la enfermedad.	1.65	1	1	1.22	1.72	1.68
35 Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.	1.77	1	1	1.17	1.31	0.64
40 Suelo ignorar que tengo la enfermedad.	2.48	2	1	1.65	0.52	-1.42
45 Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	1.58	1	1	1.16	1.94	2.57
50 Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	1.38	1	1	0.95	2.64	6.26
55 Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	1.36	1	1	0.88	2.65	6.75
60 Me siento mejor al negar la enfermedad.	1.89	1	1	1.57	1.35	-0.03
62 No quiero enterarme de lo que me sucede.	1.76	1	1	1.28	1.48	0.87
64 No puedo creer que tenga esta enfermedad.	2.17	1	1	1.45	0.91	-0.55
66 Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.	1.64	1	1	1.15	1.78	2.19

N= 120, EE de S = 0.22, EE de C = 0.44

Tabla 15

Distribución de frecuencias de los 15 ítems de la subescala de negación

Ítems	Frecuencia				
	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
1 No creo que estoy enferma(o).	40 (33.3%)	15 (12.5%)	27 (22.5%)	15 (12.5%)	23 (19.2%)
6 Niego completamente que estoy enferma(o).	71 (59.2%)	9 (7.5%)	15 (12.5%)	5 (4.2%)	20 (16.7%)
15 No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	80 (66.7%)	8 (6.7%)	13 (10.8%)	4 (3.3%)	15 (12.5%)
20 No voy al doctor, pues no estoy enfermo.	107 (89.2%)	6 (5.0%)	2 (1.7%)	2 (1.7%)	3 (2.5%)
25 Les oculto la enfermedad a los demás.	93 (77.5%)	12 (10.0%)	10 (8.3%)	2 (1.7%)	3 (2.5%)
30 Me engaño al negar la enfermedad.	89 (74.2%)	4 (3.3%)	15 (12.5%)	4 (3.3%)	8 (6.7%)
35 Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.	77 (64.2%)	10 (8.3%)	22 (18.3%)	6 (5.0%)	5 (4.2%)
40 Suelo ignorar que tengo la enfermedad.	59 (49.2%)	7 (5.8%)	18 (15.0%)	10 (8.3%)	26 (21.7%)
45 Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	59 (49.2%)	7 (5.8%)	18 (15.0%)	10 (8.3%)	26 (21.7%)
50 Me siento incapaz de aceptar la enfermedad	99 (82.5%)	7 (5.8%)	7 (5.8%)	3 (2.5%)	4 (3.3%)
55 Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	99 (82.5%)	6 (5.0%)	11 (9.2%)	1 (0.8%)	3 (2.5%)
60 Me siento mejor al negar la enfermedad.	87 (72.5%)	5 (4.2%)	3 (2.5%)	4 (3.3%)	21 (17.5%)
62 No quiero enterarme de lo que me sucede.	83 (69.2%)	6 (5.0%)	17 (14.2%)	5 (4.2%)	9 (7.5%)
64 No puedo creer que tenga esta enfermedad.	62 (51.7%)	14 (11.7%)	23 (19.2%)	4 (3.3%)	17 (14.2%)
66 Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.	84 (70.0%)	12 (10.0%)	14 (11.7%)	3 (2.5%)	7 (5.8%)

La variable generada por suma sin ponderar de los 15 ítems presentó asimetría positiva ($S = 0.86$, $EE = 0.22$) y mesocurtosis ($C = -0.01$, $EE = 0.44$), no ajustándose a una curva normal ($D_{KSL} = 0.13$, $p < .01$). Su percentil 25 correspondió a 20 y el percentil 75 a 32. El grupo de puntuaciones altas en la escala está constituido por aquellos participantes con puntuaciones mayores o iguales que 32 y el grupo de puntuaciones bajas por aquéllos con puntuaciones menores o iguales que 20. Al comparar las medias de los 15 ítems entre los dos grupos, sólo el ítem 20 presentó una diferencia no significativa. La diferencia promedio fue mayor que 1, salvo en los ítems 25, 50 y 55 que fueron mayores que 0.5 (véase Tabla 16).

Tabla 16
Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de negación

Ítems	Levene		Student			DM
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	
1 No creo que estoy enferma(o).	1.45	.23	4.40	64	< .01	1.43
6 Niego completamente que estoy enferma(o).	66.67	< .01	6.87	36.79	< .01	2.07
15 No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	131.06	< .01	5.75	31	< .01	1.75
20 No voy al doctor, pues no estoy enfermo.	21.33	< .01	2.02	32.58	> .05	0.38
25 Les oculto la enfermedad a los demás.	17.50	< .01	2.48	45.75	.02	0.58
30 Me engaño al negar la enfermedad.	27.76	< .01	3.74	47.39	< .01	1.17
35 Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.	19.08	< .01	3.73	49.38	< .01	1.05
40 Suelo ignorar que tengo la enfermedad.	4.05	< .01	5.77	60.64	< .01	1.97
45 Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	61.15	< .01	4.58	39.30	< .01	1.38
50 Me siento incapaz de aceptar la enfermedad	84.01	< .01	3.97	31	< .01	0.97
55 Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	37.74	< .01	3.51	35.80	< .01	0.85
60 Me siento mejor al negar la enfermedad.	203.03	< .01	7.84	31	< .01	2.44
62 No quiero enterarme de lo que me sucede.	82.42	< .01	6.59	31	< .01	1.75
64 No puedo creer que tenga esta enfermedad.	52.64	< .01	9.28	38.07	< .01	2.48
66 Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.	67.78	< .01	4.85	33.22	< .01	1.29

La consistencia interna de los 15 ítems fue alta ($\alpha = .752$). Con la eliminación del ítem 1 se incrementa ($\alpha = .756$) y la eliminación de los ítems 20 y 25 no disminuye su valor. Las correlaciones corregidas de los ítems con la escala (sin incluir el ítem en la escala) variaron de .16 a .58. Los ítems 20 y 25 tuvieron correlaciones corregidas no significativas y los ítems 1 y 35 menores que .30. Los ítems 1, 20, 25, 30, 35, 40 y 66 presentaron comunalidades menores que .30 (véase Tabla 17).

Tabla 17
Consistencia interna y comunalidades de los ítems de la subescala de negación

Ítems	r_c	α	h
1. No creo que estoy enferma(o).	.204*	.756	.270
6. Niego completamente que estoy enferma(o).	.396**	.734	.344
15. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	.367**	.737	.334
20. No voy al doctor, pues no estoy enfermo.	.159ns	.752	.186
25. Les oculto la enfermedad a los demás.	.171ns	.752	.362
30. Me engaño al negar la enfermedad.	.317**	.742	.245
35. Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.	.261**	.746	.200
40. Suelo ignorar que tengo la enfermedad.	.311**	.745	.273
45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	.434**	.731	.419
50. Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	.342**	.740	.395
55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	.443**	.734	.435
60. Me siento mejor al negar la enfermedad.	.515**	.720	.430
62. No quiero enterarme de lo que me sucede.	.486**	.725	.347
64. No puedo creer que tenga esta enfermedad.	.577**	.713	.449
66. Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.	.333**	.740	.252

ns $p > .05$, * $p < .05$, ** $p < .01$

El ítem 20 mostró problemas de distribución, discriminación y consistencia. El ítem 1 también mostró problemas de distribución, consistencia y su discriminación fue poco discriminativa.

Seis ítems cubrieron los requisitos de buenas propiedades psicométricas: 6, 15, 45, 60, 62 y 64. También los ítems 50 y 55 tuvieron buenas propiedades de consistencia y distribuciones con diferencias medias significativas y próximas a 1.

Con estos 8 ítems se cubrió bien el contenido de negación y se procedió a explorar su estructura factorial.

Siguiendo el criterio de la expectativa, se explicó el 36.39% de la varianza total con un componente y todos los ítems tuvieron saturaciones mayores que .40 en el mismo (véase Tabla 18). La consistencia interna fue de $\alpha = .74$, no mejorando con la eliminación de ninguno de los ítems.

Tabla 18
Matriz de componentes

Ítems	C1
64. No puedo creer que tenga esta enfermedad.	.769
62. No quiero enterarme de lo que me sucede.	.655
45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	.645
55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	.612
60. Me siento mejor al negar la enfermedad.	.595
50. Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	.573
15. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	.474
6. Niego completamente que estoy enferma(o).	.440

Método de extracción: Componentes Principales.

Por el criterio de Kaiser el número de factores fue 2, explicándose el 52.87% de la varianza total. Tras la rotación oblicua el primer componente quedó definido por 5 indicadores (ítems 45, 50, 55, 62 y 64), su consistencia interna fue alta ($\alpha = .71$) y por su contenido se interpretó como negación con posibilidad de duda o crítica. El segundo quedó conformado por tres indicadores (ítems 6, 15 y 60), consistencia interna baja ($\alpha = .57$) y por su contenido se interpretó como negación absoluta sin posibilidad de duda o crítica (véase Tabla 19). La correlación entre ambos factores fue significativa, baja y directa ($r = .29$, $p < .01$). La dificultad de diferenciar a nivel interpretativo ambos componentes junto con la baja consistencia de uno de ellos hizo esta solución inadecuada.

Tabla 19
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes	
	1	2
50. Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	.833	
45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	.727	
55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	.637	
64. No puedo creer que tenga esta enfermedad.	.627	
62. No quiero enterarme de lo que me sucede.	.536	
6. Niego completamente que estoy enferma(o).		.873

60. Me siento mejor al negar la enfermedad.	.767
15. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	.431

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimin directo. La rotación convergió en 7 iteraciones.

Por el criterio de Horn el número de factores fue 1. El punto de intersección se ubicó en 1.34. Por encima quedó el primer autovalor (2.91) y por debajo el segundo autovalor (1.32) de la matriz de correlaciones de las variables observadas (véase Figura 1).

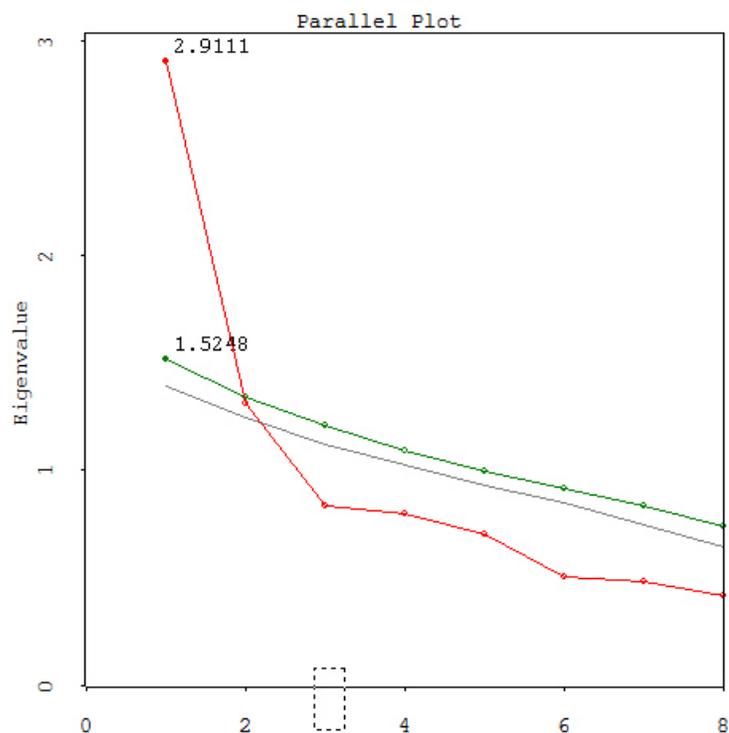


Figura 1. Gráfico del análisis paralelo de Horn.

Al aplicar el análisis mínimo de las correlaciones parciales (MAP) de Velicer, el número de componentes fue 1. El promedio de las correlaciones al cuadrado fue 0.085, el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando el primer componente fue 0.039 y el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando los dos primeros componentes fue 0.057. El valor mínimo se alcanzó en la primera parcialización, de ahí que el número de componentes por el criterio de Velicer sea 1 (véase Tabla 20).

Tabla 20
Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer

Ítem	Ítem	r	r^2	$r_{p[CI]}$	$r_{p[CI]}^2$	$r_{p[CI, C2]}$	$r_{p[CI, C2]}^2$
6	15	0.250	0.063	0.053	0.003	-0.268	0.072
	45	0.121	0.015	-0.238	0.057	0.186	0.044
	50	-0.008	0.0001	-0.353	0.125	0.419	0.176
	55	0.056	0.003	-0.301	0.091	-0.113	0.013
	60	0.455	0.207	0.268	0.072	-0.564	0.318
	62	0.197	0.039	-0.133	0.018	-0.142	0.020
	64	0.28	0.078	-0.102	0.010	-0.067	0.005
15	45	0.168	0.028	-0.205	0.042	-0.107	0.012
	50	0.175	0.031	-0.133	0.018	0.062	0.004
	55	0.215	0.046	-0.108	0.012	-0.033	0.001
	60	0.223	0.050	-0.083	0.007	-0.351	0.123
	62	0.22	0.048	-0.136	0.019	-0.125	0.016
	64	0.233	0.054	-0.234	0.055	-0.222	0.049
45	50	0.455	0.207	0.137	0.019	-0.228	0.052
	55	0.329	0.108	-0.11	0.012	-0.274	0.075
	60	0.251	0.063	-0.216	0.047	0.094	0.009
	62	0.214	0.046	-0.361	0.130	-0.428	0.183
	64	0.454	0.206	-0.086	0.007	-0.132	0.017
50	55	0.276	0.076	-0.115	0.013	-0.448	0.201
	60	0.067	0.005	-0.415	0.172	0.055	0.003
	62	0.346	0.120	-0.047	0.002	-0.12	0.014
	64	0.372	0.138	-0.13	0.017	-0.249	0.062
55	60	0.248	0.062	-0.183	0.034	0.017	2.890
	62	0.356	0.127	-0.076	0.006	-0.098	0.010
	64	0.382	0.146	-0.176	0.031	-0.209	0.044
60	62	0.301	0.091	-0.145	0.021	-0.141	0.020
	64	0.366	0.134	-0.178	0.032	-0.17	0.029
62	64	0.426	0.182	-0.161	0.026	-0.167	0.028
Media			.085		.039		.057

r = correlación producto momento de Pearson, r^2 = correlación al cuadrado, $r_{p[CI]}$ = correlación parcializando el primer componentes, $r_{p[CI]}^2$ = correlación al cuadrado parcializando el primer componente, $r_{p[CI, C2]}$ = correlación parcializando los dos primeros componentes, y $r_{p[CI, C2]}^2$ correlación al cuadrado parcializando los dos primeros componentes.

Los dos criterios matemáticos coincidieron con el número de factores esperados que fue 1. La solución de dos factores se descarta por problemas de consistencia interna e interpretación no clara.

Por análisis factorial confirmatorio se contrastó un modelo unidimensional (véase Figura 2). La curtosis multivariada de Mardia fue de 18.12, lo que sugirió desviación de la normalidad multivariada. Se optó por el método de máxima verosimilitud al ser robusto a la violación de este supuesto. No obstante, se aplicó el procedimiento de

muestreo repetitivo de Bollen-Stine no sólo por el incumplimiento de supuesto de normalidad multivariada, sino también por el tamaño de muestra limitado ($n = 120$).

Se extrajeron 2000 muestras siguiendo las sugerencias de Nevitt y Hancock (2001). Por el primer método de minimización (rápido y confiable) se obtuvieron 1,989 muestras y por el segundo (lento y más confiable) las 11 restantes. En este proceso de extracción de muestras no hubo ningún caso de matriz de covarianza singular y sólo 4 muestras fueron descartadas porque no se encontró solución.

Estas 2000 muestras fueron extraídas de una matriz de varianzas-covarianzas transformada para lograr un ajuste perfecto al modelo (Bollen & Stine, 1992). El ajuste a los datos del modelo unidimensional en 1,853 muestras extraídas de la transformada fue mejor que el ajuste en la muestra observada, en 0 muestras extraídas fue equivalente ($p = .05$) y en 147 fue peor. Así se mantuvo la hipótesis nula de que el modelo unidimensional es adecuado a los datos ($p = 147/2001 = .074$). El valor promedio del estadístico chi-cuadrado fue 29.28 ($EE = 0.25$), con el cual se mantiene la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p = .082$) y se aproximó al observado (46.68).

Debe señalarse que debido al incumplimiento del supuesto de normalidad multivariada, la bondad de ajuste no se sostuvo por el estadístico chi-cuadrado ($\chi^2[20, N = 120] = 46.68, p < .01$), el cual es muy sensible a esta condición, pero sí se mantuvo por el estadístico de Bollen-Stine.

Aparte del estadístico chi-cuadrado, seis índices reflejaron un ajuste a los datos adecuado ($\chi^2/gf = 2.33$, $FD = 0.39$ [$FD_{MI} = 1.65$] y $PNCP = 0.224$ [$PNCP_{MI} = 1.41$], $GFI = .91$, $AGFI = .84$ y $CFI = .84$) y dos malo ($NFI = .76$ y $RMSEA = .11$ [IC 90%: .07, .15, siendo $p = .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$]).

Todos los parámetros fueron significativos en la estimación por ML, salvo la varianza del factor ($S^2 = 0.28$, $EE = 0.16$, $CR = 1.70$ $p = .09$). En el método de muestreo repetitivo (2000 muestras e intervalo de confianza de 95%) por el método de percentiles y el de percentiles corregidos de sesgo todos los parámetros fueron significativos, incluyendo la varianza del factor ($p < .01$). El tamaño del efecto estandarizado del factor sobre los 8 indicadores varió de .27 a .74 con una media de .51, es decir, el tamaño del efecto estandarizado promedio fue grande ($\geq .50$).

Al revisar los índices de mejora de ajuste se destacó la correlación entre los residuos de los ítems 6 y 60 ($IM = 16.27$). Al especificar esta correlación entre residuos se mantuvo la bondad de ajuste por la prueba chi-cuadrado ($\chi^2[19, N = 120] = 29.03, p = .07$). También por el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine se mantuvo la hipótesis de que el modelo es correcto ($p = .39$), siendo el valor promedio del estadístico chi-cuadrado 27.63 ($EE = 0.24$). Los restantes índices reflejaron un ajuste de bueno ($\chi^2/gl = 1.53, FD = 0.24 [FD_{MI} = 1.65], PNCP = 0.08 [PNCP_{MI} = 1.41], GFI = .95, AGFI = .90$ y $CFI = .94$) a adecuado ($NFI = .85, RMS SR = .06, RMSEA = .07 [IC 90\%: 0, .11, siendo $p = .26$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$]$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.68). Por lo tanto se concluyó que el modelo que subyace a los 8 ítems seleccionados de negación es unidimensional, presentado buen ajuste.

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de un factor con 8 indicadores a partir del estadístico RMSEA, empleando el programa de Preacher y Coffman (2006). El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.067) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.225). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 19 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue casi unitaria ($\phi = .99$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:17 aproximadamente 7:1, lo que quedó dentro de un rango aceptable (de 5:1 a 10:1).

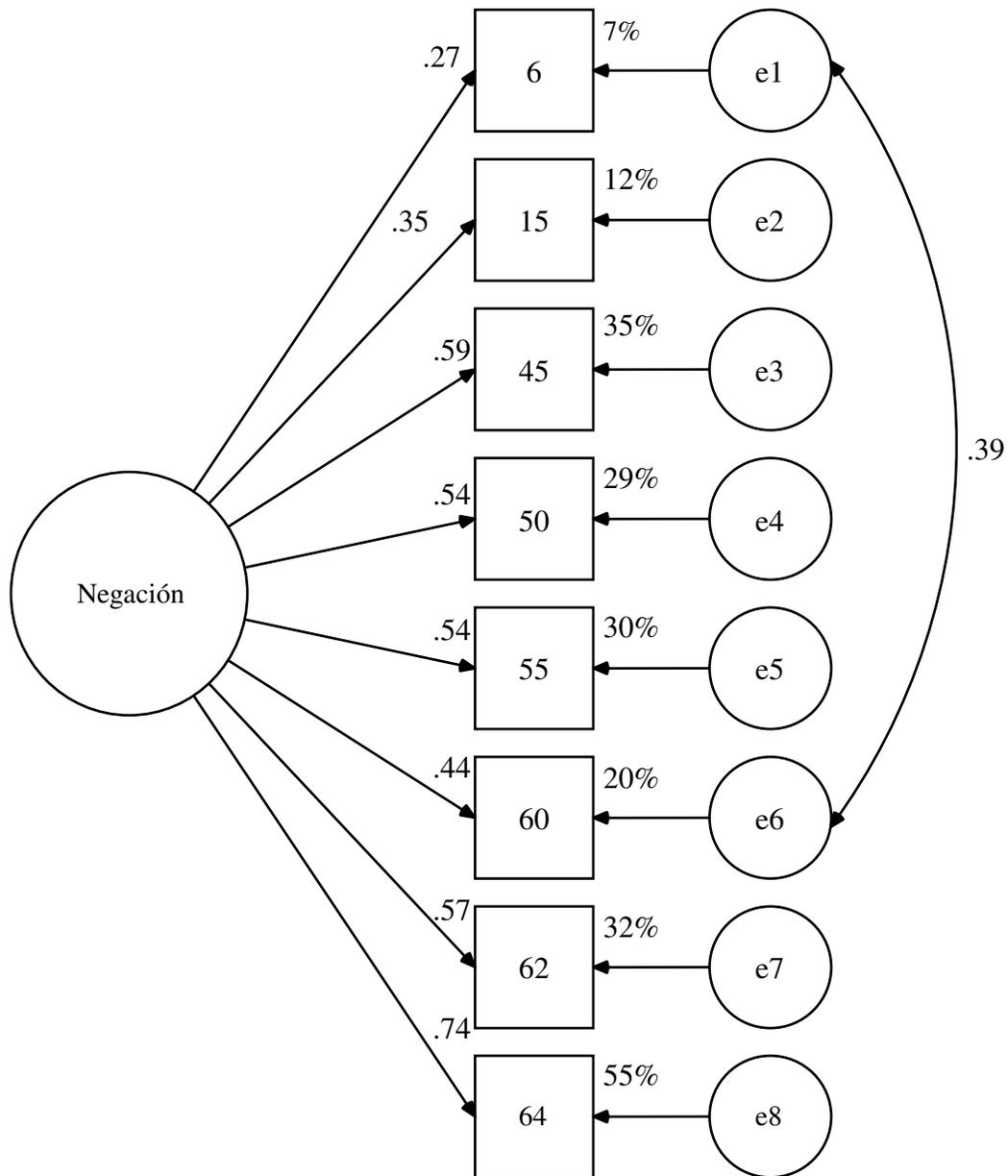


Figura 2. Modelo unidimensional estimado por el método de máxima verosimilitud.

Subescala de ira

La subescala de ira la integraron inicialmente 12 indicadores: ítems 2, 7, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 y 56.

Todos los ítems, excepto los ítems 2 y 7, mostraron asimetría positiva (mayor concentración de valores por debajo que por encima de la media), así los valores de la mediana y moda quedaron por debajo de los valores de las medias. De los 12 ítems, 6

fueron mesocúrticos (2, 7, 11, 16, 46 y 56), esto es, con valores de curtosis entre -0.88 y 0.88 (*EE* de $C = 0.44$), y 6 apuntados (21, 26, 31, 36, 41 y 51), esto es, con valores de curtosis mayores que 0.88.

La media de los 12 ítems correspondió a 1.75 [IC 95%: 1.49, 2.01], variando de 1.26 (ítem 26) a 2.43 (ítem 2). El perfil promedio fue de asimetría positiva y mesocurtosis o apuntamiento. Este perfil se encontró en todos ítems, salvo los ítems 2 y 7 (véase Tabla 21 y 22).

Tabla 21

Estadísticos descriptivos de la distribución de los ítems de la subescala de ira

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>S</i>	<i>C</i>
2 Hago corajes por todo.	2.43	2	3	1.18	0.51	-0.40
7 Cualquier cosita me enoja.	1.96	2	1	1.14	1.02	0.20
11 Lloro de coraje.	1.98	1	1	1.28	1.10	0.04
16 Siento impotencia al no comprender la enfermedad.	2.10	1	1	1.46	0.95	-0.55
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	1.30	1	1	0.74	2.49	5.23
26 Me enoja con el Ser Supremo por tener la enfermedad.	1.26	1	1	0.77	3.52	12.96
31 Me enoja con la vida por tener la enfermedad.	1.33	1	1	0.89	3.05	8.91
36 Me enoja con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	1.38	1	1	0.88	2.42	5.29
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	1.37	1	1	0.88	2.68	6.99
46 Pienso por qué a mí.	1.85	1	1	1.24	1.31	0.59
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	1.73	1	1	1.19	1.59	1.52
56 Me enoja el no poder hacer mi vida normal.	2.34	2	1	1.41	0.61	-0.88

$N = 120$, *EE* de $S = 0.22$, *EE* de $C = 0.44$

Tabla 22

Distribución de frecuencias de los 15 ítems de la subescala de ira

Ítems	Frecuencia				
	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
2 Hago corajes por todo.	32 (26.7%)	31 (25.8%)	39 (32.5%)	9 (7.5%)	9 (7.5%)
7 Cualquier cosita me enoja.	58 (48.3%)	26 (21.7%)	24 (20.0%)	7 (5.8%)	5 (4.2%)
11 Lloro de coraje.	64 (53.3%)	20 (16.7%)	19 (15.8%)	8 (6.7%)	9 (7.55%)
16 Siento impotencia al no comprender la enfermedad.	69 (57.5%)	7 (5.8%)	23 (19.2%)	5 (4.2%)	16 (13.3%)
21 Actuó de manera agresiva con las	100	8	8	4	0

demás personas; por ejemplo, les insulto.	(83.3%)	(6.7%)	(6.7%)	(3.3%)	(0%)
26 Me enoja con el Ser Supremo por tener la enfermedad.	104 (86.7%)	7 (5.8%)	6 (5.0%)	0 (0%)	3 (2.5%)
31 Me enoja con la vida por tener la enfermedad.	100 (83.3%)	10 (8.3%)	4 (3.3%)	2 (1.7%)	4 (3.3%)
36 Me enoja con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	98 (81.7%)	6 (5.0%)	11 (9.2%)	3 (2.5%)	2 (1.7%)
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	97 (80.8%)	10 (8.3%)	8 (6.7%)	2 (1.7%)	3 (2.5%)
46 Pienso por qué a mí.	72 (60.0%)	16 (13.3%)	18 (15.0%)	6 (5.0%)	8 (6.7%)
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	78 (65.0%)	15 (12.5%)	16 (13.3%)	3 (2.5%)	8 (6.7%)
56 Me enoja el no poder hacer mi vida normal.	52 (43.3%)	13 (10.8%)	32 (26.7%)	8 (6.7%)	15 (12.5%)

La variable generada por suma sin ponderar de los 12 ítems presentó asimetría positiva ($S = 1.63$, $EE = 0.22$) y apuntamiento ($C = 3.08$, $EE = 0.44$), no ajustándose a una curva normal ($D_{KSL} = 0.14$, $p < .01$). Su percentil 25 correspondió a 16 y el percentil 75 a 24. El grupo de puntuaciones altas en la escala está constituido por aquellos participantes con puntuaciones mayores o iguales que 24 y el grupo de puntuaciones bajas por aquellos con puntuaciones menores o iguales que 16. Al comparar las medias de los 12 ítems entre los dos grupos, solo el ítem 26 presentó una diferencia no significativa. La diferencia promedio fue mayor que 1, salvo en los ítems 21 y 26 (véase Tabla 23).

Tabla 23

Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de ira

Ítems	Levene		Student			DM
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	
2 Hago corajes por todo.	3.77	.06	8.56	64	< .01	1.97
7 Cualquier cosita me enoja.	11.72	< .01	8.53	41.48	< .01	1.89
11 Lloro de coraje.	92.63	< .01	8.56	32.68	< .01	2.16
16 Siento impotencia al no comprender la enfermedad.	48.36	< .01	6.56	34.24	< .01	1.91
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	130.24	< .01	4.09	32.28	< .01	0.85
26 Me enoja con el Ser Supremo por tener la enfermedad.	2.45	0.12	0.99	64	.33	0.20
31 Me enoja con la vida por tener la enfermedad.	59.93	< .01	4.21	31	< .01	1.00

36 Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	112.12	<	4.56	31	<	1.06
		.01			.01	
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	103.50	<	4.50	31	<	1.09
		.01			.01	
46 Pienso por qué a mí.	48.87	<	5.61	37.82	<	1.64
		.01			.01	
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	73.09	<	5.58	33.96	<	1.53
		.01			.01	
56 Me enoja el no poder hacer mi vida normal.	15.92	<	9.29	45.81	<	2.24
		.01			.01	

La consistencia interna de los 12 ítems fue alta ($\alpha = .83$). Con la eliminación del ítem 16 se incrementa ($\alpha = .84$) y con la eliminación del ítem 26 también se incrementa ($\alpha = .84$). Las correlaciones corregidas de los ítems con la escala (sin incluir el ítem en la escala) variaron de .14 a .70. La correlación corregida del ítem 26 no fue significativa. Los ítems 16, 26 y 56 presentaron comunalidades menores que .30 (véase Tabla 24).

Tabla 24

Consistencia interna y comunalidades de los ítems en la subescala de ira

Ítems	r_c	α	h
2 Hago corajes por todo.	.559**	.817	.604
7 Cualquier cosita me enoja.	.546**	.818	.510
11 Lloro de coraje.	.608**	.812	.504
16 Siento impotencia al no comprender la enfermedad.	.340**	.840	.270
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	.626**	.818	.531
26 Me enojo con el Ser Supremo por tener la enfermedad.	.136ns	.843	.151
31 Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	.393**	.829	.302
36 Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	.640**	.814	.523
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	.699**	.810	.632
46 Pienso por qué a mí.	.587**	.814	.464
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	.496**	.822	.391
56 Me enoja el no poder hacer mi vida normal.	.484**	.825	.290

ns $p > .05$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Se decidió eliminar tres ítems (16, 26 y 56) por presentar comunalidades menores que .30, problemas de discriminación, consistencia interna y correlaciones corregidas del ítem con la escala menor a .30.

Ocho ítems (2, 7, 11, 31, 36, 41, 46 y 51) tuvieron buenas propiedades psicométricas. También el ítem 21 tuvo buenas propiedades de consistencia y distribuciones con diferencias medias significativas y próximas a 1.

Con estos 9 ítems se cubrió bien el contenido de ira y se procedió a explorar su estructura factorial.

Siguiendo el criterio de la expectativa, se explicó el 47.04% de la varianza total con un componente y los nueve ítems presentaron saturaciones mayores que .40 en el mismo (véase Tabla 25). La consistencia interna fue alta ($\alpha = .85$), no mejorando con la eliminación de ninguno de los ítems.

Tabla 25
Matriz de componentes

Ítems	C1
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	.825
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	.749
36 Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	.743
11 Lloro de coraje.	.685
2 Hago corajes por todo.	.670
46 Pienso por qué a mí.	.664
7 Cualquier cosita me enoja.	.642
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	.615
31 Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	.540

Método de extracción: Componentes Principales.

Por el criterio de Kaiser el número de componentes fue 2, explicándose el 61.98% de la varianza total. Tras la rotación oblicua el primer componente quedó definido por 6 indicadores (ítems 21, 31, 36, 41, 46 y 51), su consistencia interna fue alta ($\alpha = .82$) y por su contenido se interpretó como ira dirigida a objetos específicos. El segundo componente quedó conformado por tres indicadores (ítems 2, 7 y 11), con consistencia interna alta ($\alpha = .82$) y por su contenido se interpretó como ira generalizada (véase Tabla 26). La correlación entre ambos componentes fue significativa, moderada y directa ($r = .43$, $p < .01$). La interpretación de los componentes indica una distinción cualitativa y la correlación moderada no sugiere que sean sólo uno.

Tabla 26
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes	
	1	2
46 Pienso por qué a mí.	.780	
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	.778	
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	.723	

36 Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	.705
31 Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	.671
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	.657
2 Hago corajes por todo.	.924
7 Cualquier cosita me enoja.	.873
11 Lloro de coraje.	.733

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimin directo. La rotación convergió en 4 iteraciones.

Por el criterio de Horn el número de factores fue 1. El punto de intersección se ubicó en 1.38. Por encima quedó el primer autovalor (4.23) y por debajo el segundo autovalor (1.34) de la matriz de correlaciones de las variables observadas (véase Figura 3).

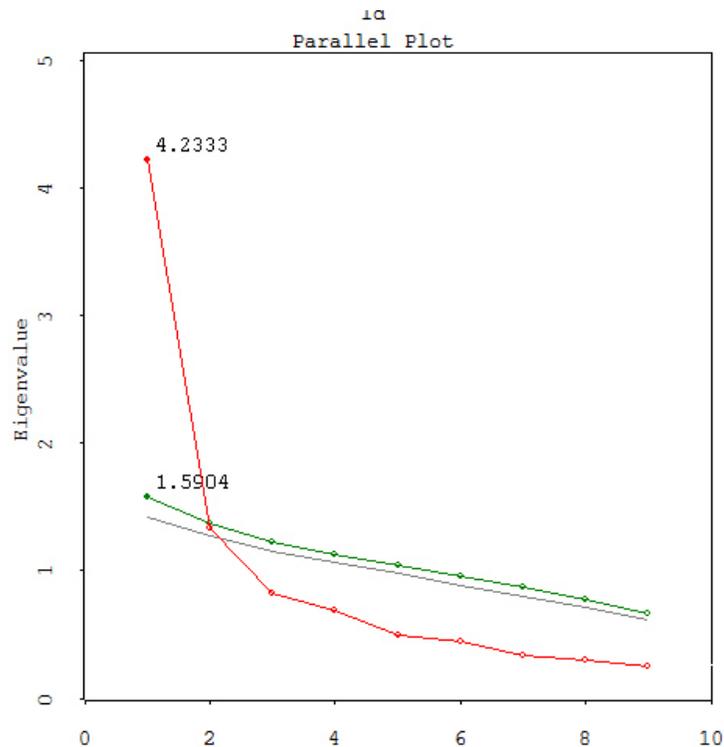


Figura 3. Gráfico del análisis paralelo de Horn.

Al aplicar el análisis del promedio mínimo de las correlaciones parciales (MAP) de Velicer, el número de componentes fue 2. El promedio de las correlaciones al cuadrado fue 0.176, el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando el primer componente fue 0.055, el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando los

dos primeros componentes fue 0.048, y el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando los tres primeros componentes fue 0.074. El valor mínimo se alcanzó en la segunda parcialización, de ahí que el número de componentes por el criterio de Velicer sea 2 (véase Tabla 27).

Tabla 27
Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer

Ítems	Ítems	r	r^2	$r_{p[C1]}$	$r_{p[C1]}^2$	$r_{p[C1, C2]}$	$r_{p[C1, C2]}^2$	$r_{p[C1, C2, C3]}$	$r_{p[C1, C2, C3]}^2$
2	7	.688	.473	.453	.205	-.445	.198	-.454	.206
	11	.627	.393	.310	.096	-.352	.124	-.372	.138
	21	.379	.144	-.250	.063	-.129	.017	-.045	.002
	31	.157	.025	-.328	.108	.002	.000	.134	.018
	36	.344	.118	-.309	.095	-.108	.012	-.047	.002
	41	.421	.177	-.314	.099	.015	.000	.007	.000
	46	.263	.069	-.328	.108	.141	.020	.060	.004
	51	.244	.060	-.287	.082	.122	.015	-.028	.001
7	11	.516	.266	.137	.019	-.540	.292	-.542	.294
	21	.393	.154	-.173	.030	-.016	.000	-.011	.000
	31	.196	.038	-.234	.055	.106	.011	.142	.020
	36	.326	.106	-.295	.087	-.106	.011	-.109	.012
	41	.376	.141	-.355	.126	-.102	.010	-.103	.011
	46	.251	.063	-.306	.094	.095	.009	.104	.011
11	51	.233	.054	-.268	.072	.083	.007	.120	.014
	21	.359	.129	-.318	.101	-.243	.059	-.240	.058
	31	.284	.081	-.140	.020	.117	.014	.203	.041
	36	.393	.154	-.238	.057	-.081	.007	-.057	.003
	41	.423	.179	-.345	.119	-.161	.026	-.165	.027
21	46	.331	.110	-.227	.052	.068	.005	.034	.001
	51	.293	.086	-.222	.049	.028	.001	-.053	.003
	31	.420	.176	.028	.001	-.064	.004	-.556	.309
	36	.600	.360	.099	.010	.036	.001	-.205	.042
	41	.643	.413	.069	.005	-.017	.000	.010	.000
31	46	.370	.137	-.257	.066	-.422	.178	-.203	.041
	51	.358	.128	-.196	.038	-.325	.106	.186	.035
	36	.375	.141	-.046	.002	-.192	.037	-.561	.315
	41	.390	.152	-.117	.014	-.323	.104	-.367	.135
36	46	.380	.144	.034	.001	-.196	.038	.170	.029
	51	.250	.063	-.123	.015	-.351	.123	.264	.070
	41	.636	.404	.061	.004	-.066	.004	-.051	.003
41	46	.452	.204	-.081	.007	-.273	.075	-.098	.010
	51	.352	.124	-.198	.039	-.378	.143	-.141	.020
	46	.529	.280	-.045	.002	-.288	.083	-.368	.135
	51	.551	.304	.098	.010	-.080	.006	-.198	.039

46	51	.534	.285	.214	.046	.013	.000	-.787	.619
Media		.176		.055			.048		.074

r = correlación producto momento de Pearson, r^2 = correlación al cuadrado, $r_{p[C1]}$ = correlación parcializando el primer componentes, $r_{p[C1]}^2$ = correlación al cuadrado parcializando el primer componente, $r_{p[C1, C2]}$ = correlación parcializando los dos primeros componentes, $r_{p[C1, C2]}^2$ correlación al cuadrado parcializando los dos primeros componentes, $r_{p[C1, C2, C3]}$ = correlación parcializando los tres primeros componentes, y $r_{p[C1, C2, C3]}^2$ correlación al cuadrado parcializando los tres primeros componentes.

Los criterios de Kaiser y Velicer coincidieron en que el número de componentes de la subescala de ira corresponde a dos. Únicamente por el criterio de Horn el número de componentes fue uno.

Por análisis factorial confirmatorio se contrastó un modelo de dos factores (véase Figura 4). La curtosis multivariada de Mardia fue de 52.17 (Razón Crítica = 20.31), lo que sugirió desviación de la normalidad multivariada. Se optó por el método de máxima verosimilitud al ser robusto a la violación de este supuesto. No obstante, se aplicó el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine no sólo por el incumplimiento de supuesto de normalidad multivariada, sino también por el tamaño de muestra limitado ($n = 120$).

Se extrajeron 2000 muestras siguiendo las sugerencias de Nevitt y Hancock (2001). Por el primer método de minimización (rápido y confiable) se obtuvieron las 2000 muestras. Estas 2000 muestras fueron extraídas de una matriz de varianza-covarianzas transformada para lograr un ajuste perfecto al modelo (Bollen & Stine, 1992).

El ajuste del modelo de 2 factores en 1,236 muestras extraídas de la muestra transformada fue mejor que el ajuste en la matriz de los datos observados, en 0 muestras fue equivalente y en 764 fue peor. Así se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste con una $p = 764/2001 = .382$, siendo el valor promedio del estadístico chi-cuadrado 32.67 ($EE = 0.78$), con el cual se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p = .172$).

Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste también se sostuvo por el estadístico chi-cuadrado ($\chi^2[26, N = 120] = 34.46, p = .12$). Siete índices reflejaron buen ajuste ($\chi^2/gl = 1.33, NFI = .92, CFI = .98, FD = 0.29 [FD_{MI} = 3.83]$ y $PNCp = 0.007 [PNCp_{MI} = 3.52], RMS SR = .05, RMSEA = .05, IC 90\%: 0, .10, p = .43$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$), dos adecuado ($GFI = .94$ y $AGFI = .89$). Todos

los parámetros fueron significativos en la estimación por ML. En el método de muestreo repetitivo (2000 muestras e intervalo de confianza de 95%) por el método de percentiles y el de percentiles corregidos de sesgo todos los parámetros también fueron significativos. La parsimonia de este modelo fue alta (0.72). La correlación entre los dos factores fue moderada ($r = .58$, $p < .01$), lo que refleja que son distinguibles y no constituyen un solo factor (véase Figura 4).

Al contrastar el modelo de un factor con 9 indicadores el ajuste fue malo en siete índices ($\chi^2[27, N = 120] = 112.05$, $p < .01$, $\chi^2/gl = 4.15$, GFI = .82, AGFI = .69, NFI = .75, RMS SR = .10, RMSEA = .16, IC 90%: .13, .20, $p < .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$) y en dos adecuado (CFI = .80, FD = 0.94 [FD_{MI} = 3.83] y PNCP = 0.72 [PNCP_{MI} = 3.52]). La parsimonia de este modelo fue alta (0.75). Por el estadístico de Bollen-Stine también se rechazó como adecuado el modelo unidimensional (1,997 muestras extraídas de la muestra transformada fue mejor que el ajuste en la matriz de los datos observados, en 0 muestras fue equivalente y en 3 fue peor, dando una $p = 3/2001 = .002$). Precisamente la chi-cuadrada media de las 2000 muestras extraídas por el procedimiento de Bollen-Stine fue 35.37 ($p = .063$), cuyo valor claramente se desvía del observado (112.05).

Tras observar los índices de mejora del ajuste, se introdujeron tres correlaciones entre residuos que corresponden al segundo factor de ira generalizada (ítems 2, 7 y 11) (véase Figura 5). Tras estas correcciones el modelo unidimensional tuvo buen ajuste: $\chi^2[24, N = 120] = 30.04$, $p = .18$, $\chi^2/gl = 1.25$, FD = 0.25 [FD_{MI} = 3.83] y PNCP = 0.05 [PNCP_{MI} = 3.52] GFI = .95, AGFI = .90, NFI = .93, CFI = .99, RMS SR = .04, RMSEA = .05, IC 90%: 0, .09, $p = .52$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.67). Por el estadístico de Bollen-Stine también se mantuvo como adecuado el modelo unidimensional con tres correlaciones entre los residuos (1,136 muestras extraídas de la muestra transformada fue mejor que el ajuste en la matriz de los datos observados, en 0 muestras fue equivalente y en 864 fue peor, dando una $p = 864/2001 = .432$). Precisamente la chi-cuadrada media de las 2000 muestras extraídas por el procedimiento de Bollen-Stine fue 29.81 ($p = .19$), cuyo valor se aproxima al observado (30.04).

Se concluyó que el modelo de dos factores correlacionados es el más adecuado para la escala de ira no sólo por sus índices de ajuste y significación de parámetros, sino también porque la correlación entre los dos factores es moderada y no sugiere que sean sólo un factor, y porque en el modelo unidimensional corregido estuvo latente el segundo factor.

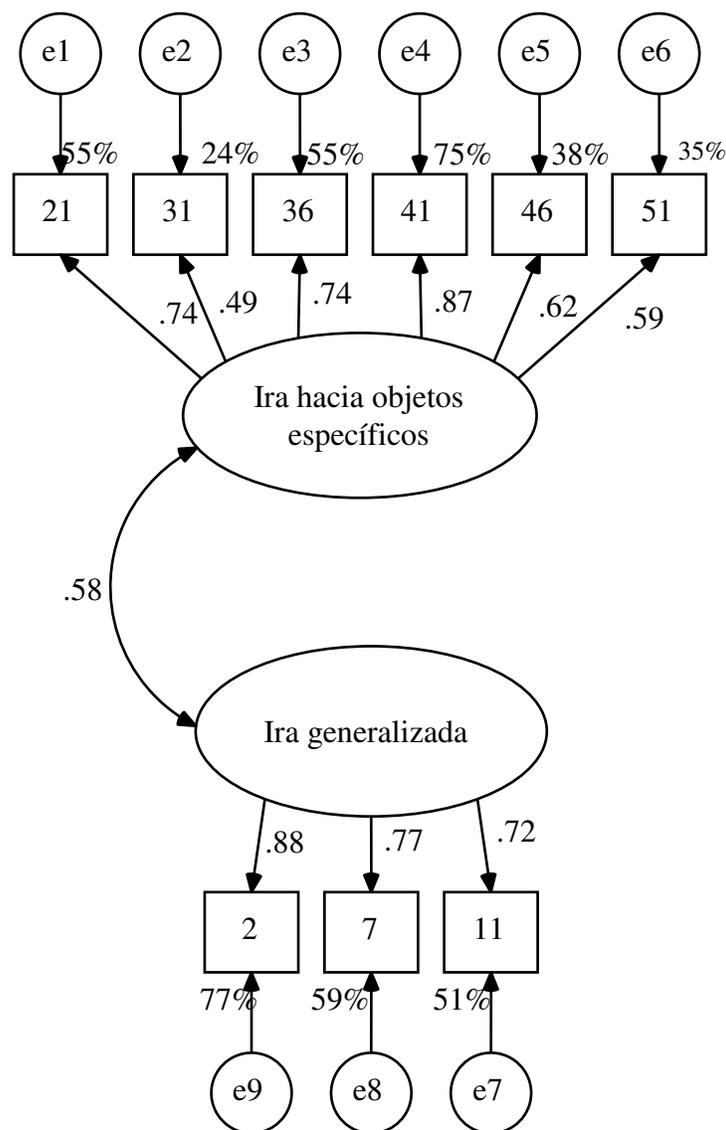


Figura 4. Modelo estandarizado de dos factores correlacionados estimado por ML.

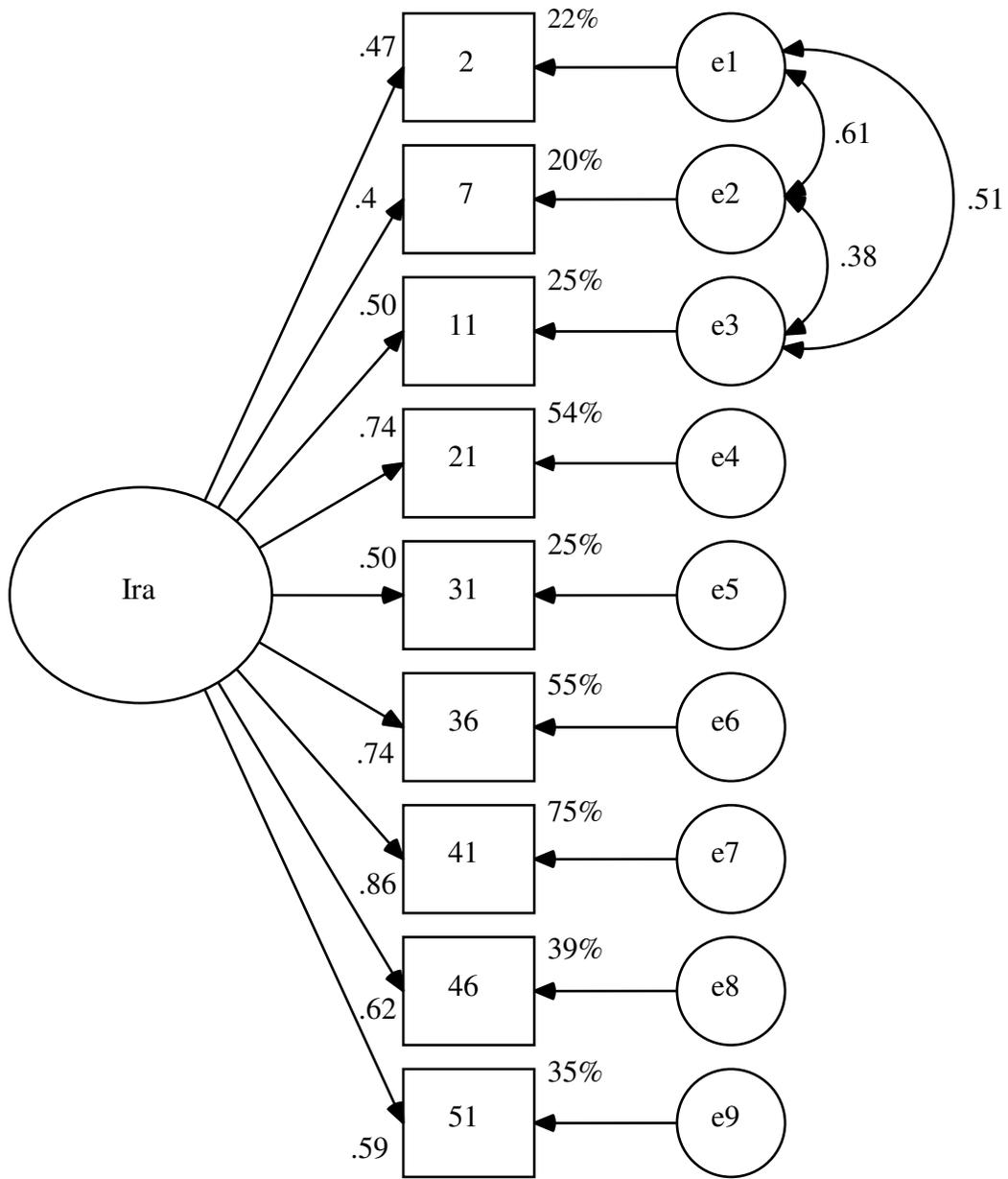


Figura 5. Modelo estandarizado de un factor con las correlaciones entre tres residuos estimado por ML.

Al buscarse un modelo unidimensional para cada constructo se optó por contrastar el modelo unidimensional con el factor de ira hacia objetos específicos de 6 indicadores (véase Figura 6).

Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste para este modelo unidimensional de 6 indicadores no se sostuvo por el estadístico chi-cuadrado ($\chi^2[9, N = 120] = 23.64, p < .01$), el cual es muy sensible al incumplimiento de supuesto

de normalidad multivariada (curtosis multivariada de Mardia = 50.74, razón crítica = 28.36); por esta razón se acudió al análisis de muestreo repetitivo de Bollen-Stine que reflejó bondad de ajuste ($p = 1723/2001 = .139$). El estadístico chi-cuadrado medio de las 2000 muestras extraídas fue 14.88 ($DE = 0.20$); con 9 grados de libertad (número de momentos – número de parámetros a estimar = $21 - 12 = 9$) se mantiene la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p = .094$). De los nueve restantes índices cinco reflejaron un buen ajuste ($FD = 0.20$ [$FD_{MI} = 2.29$] y $PNCP = 0.12$ [$PNCP_{MI} = 2.17$], $NFI = .91$, $CFI = .94$, $RMS\ SR = .05$) y cuatro mostraron un ajuste adecuado ($\chi^2/gl = 2.63$, $GFI = .94$, $AGFI = .85$, $RMSEA = .12$, $IC\ 90\%: .06, .18$, $p = .03$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.60). Todos los parámetros fueron significativos.

Al introducir una correlación entre los residuos correspondientes a los ítems 46 y 51, desde la revisión de los índices de modificación, el ajuste pasó a ser bueno en todos los índices. Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste se mantuvo por el estadístico chi-cuadrado ($\chi^2[8, N = 120] = 13.72$, $p = .09$), así como al aplicar el análisis de muestreo repetitivo de Bollen-Stine ($p = 1350/2001 = .326$). De los nueve restantes índices ocho reflejaron buen ajuste ($\chi^2/gl = 1.72$, $GFI = .96$ y $AGFI = .90$, $NFI = .95$, $CFI = .98$, $FD = 0.12$ [$FD_{MI} = 2.29$], $PNCP = 0.05$ [$PNCP_{MI} = 2.17$], $RMS\ SR = .04$) y uno mostró un ajuste adecuado ($RMSEA = .08$, $IC\ 90\%: 0, .15$, $p = .23$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue mediana (0.53). Todos los parámetros fueron significativos. Los tamaños del efecto estandarizados del factor sobre los 6 indicadores varió de .50 a .87 con una media de .67, siendo el tamaño de efecto estandarizado promedio grande ($\geq .50$)

Desde los resultados de bondad de ajuste, si se desea manejar el concepto de ira como unidimensional la escala se puede reducir a los 6 ítems del factor de ira hacia objetos específicos (véase Figura 6).

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de un factor con 6 indicadores a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.078) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo

independiente (.380). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 8 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:13 aproximadamente 9:1, lo que quedó dentro de un rango aceptable (de 5:1 a 10:1).

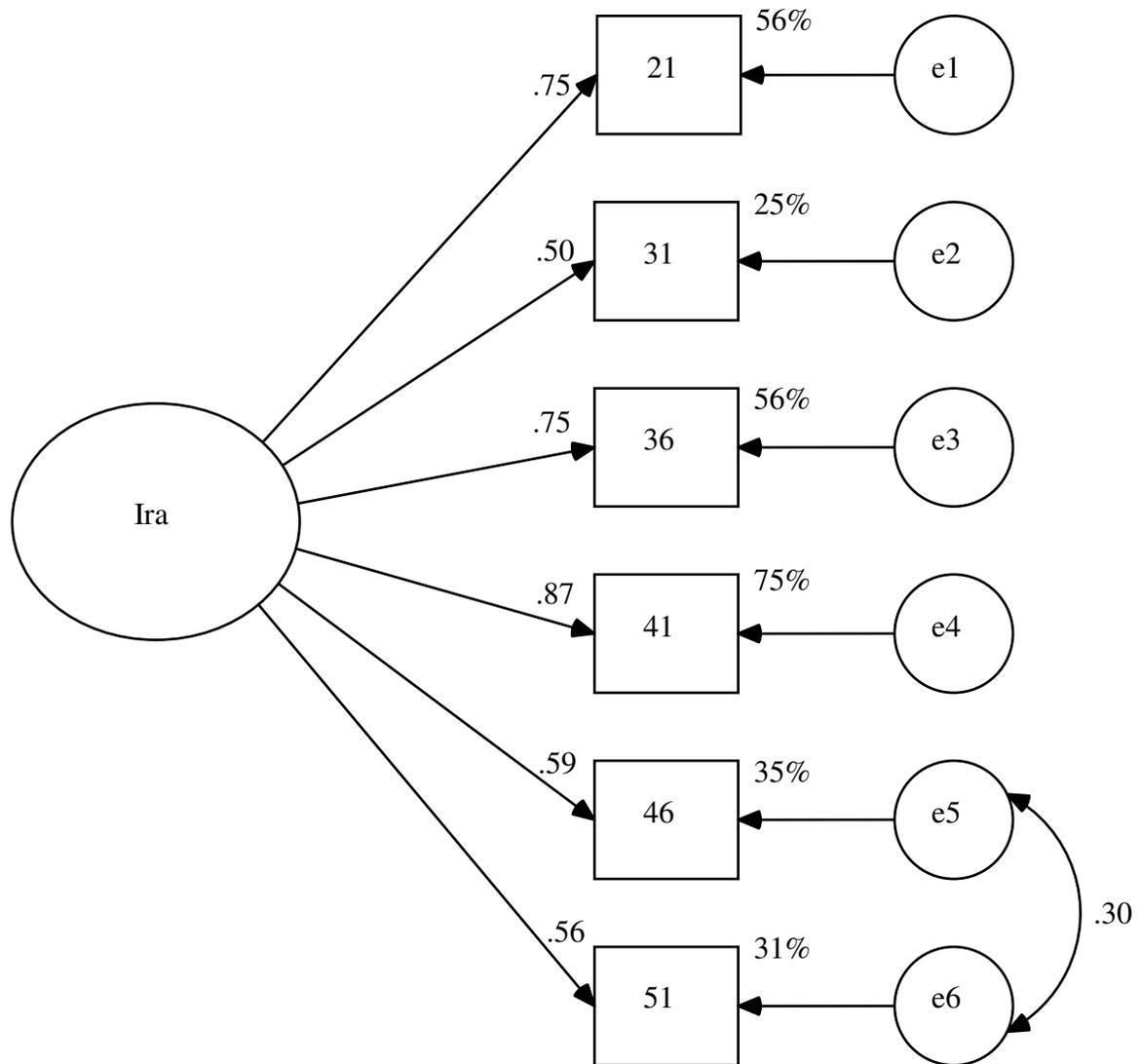


Figura 6. Modelo estandarizado de un factor con 6 indicadores estimado por ML.

Subescala de negociación-pacto

La subescala de negociación-pacto la integraron inicialmente 12 indicadores: ítems 3, 8, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47, 52 y 57.

Todos los ítems, salvo el ítem 52, mostraron asimetría negativa (mayor concentración de valores por encima que por debajo de la media), así los valores de la mediana y la moda quedaron por encima de los valores de las medias. De los 12 ítems, 5 fueron mesocúrticos (ítems 3, 8, 17, 22 y 27) con valores de curtosis entre -0.88 y 0.88 (EE de $C = 0.44$), 5 apuntados (ítems 32, 37, 42, 47 y 57) con valores de curtosis mayores a 0.88, y dos aplanados (ítems 12 y 52) con valores de curtosis menores a -0.88. La media de los 12 ítems correspondió a 4.07 [IC 95%: 3.73, 4.42], el perfil promedio fue de asimetría negativa y apuntalamiento o mesocúrtico. Este perfil se encontró claramente en los ítems: 3, 8, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47 y 57. Ningún ítem mostró efecto techo o suelo (véanse Tablas 28 y 29).

Tabla 28
Estadísticos descriptivos de la distribución de los ítems de la subescala de negociación

Ítems	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>S</i>	<i>C</i>
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	3.62	4	5	1.46	-	-
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	3.99	5	5	1.37	0.72	0.82
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	3.56	5	5	1.71	1.10	0.13
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	4.14	5	5	1.36	-	-
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	3.80	5	5	1.59	0.60	1.40
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.	3.96	5	5	1.53	-	-
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.	4.59	5	5	1.00	1.12	0.38
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.	4.64	5	5	0.93	-	-
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	4.69	5	5	0.81	2.69	6.52
47 Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	4.39	5	5	1.03	-	-
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	2.94	3	1	1.78	1.64	1.86
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	4.58	5	5	0.92	0.05	-
					2.51	1.79
						6.15

$N = 120$, EE de $S = 0.22$, EE de $C = 0.44$

Tabla 29
Distribución de frecuencias de los 12 ítems de la subescala de negociación

Ítems	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	20 (16.7%)	5 (4.2%)	23 (19.2%)	25 (20.8%)	47 (39.2%)

8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	12 (10%)	8 (6.7%)	16 (13.3%)	17 (14.2%)	67 (55.8%)
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	31 (25.8%)	4 (3.3%)	14 (11.7%)	9 (7.5%)	62 (51.7%)
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	13 (10.8%)	5 (4.2%)	10 (8.3%)	16 (13.3%)	76 (63.3%)
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	23 (19.2%)	4 (3.3%)	14 (11.7%)	12 (10%)	67 (55.8%)
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.	20 (16.7%)	3 (2.5%)	13 (10.8%)	10 (8.3%)	74 (61.7%)
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.	6 (5%)	1 (0.8%)	6 (5%)	10 (8.3%)	97 (80.8%)
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.	4 (3.3%)	2 (1.7%)	8 (6.7%)	5 (4.2%)	101 (84.2%)
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	3 (2.5%)	0 (0%)	8 (6.7%)	9 (7.5%)	100 (83.3%)
47 Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	3 (2.5%)	5 (4.2%)	16 (13.3%)	14 (11.7%)	82 (68.3%)
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	47 (39.2%)	8 (6.7%)	13 (10.8%)	9 (7.5%)	43 (35.8%)
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	4 (3.3%)	1 (0.8%)	9 (7.5%)	14 (11.7%)	92 (76.7%)

La variable generada por la suma de los 12 ítems presentó asimetría negativa ($S = -1.03$, $EE = 0.22$) y mesocurtosis ($C = 0.77$, $EE = 0.44$), no ajustándose a una curva normal ($D_{KSL} = 0.13$, $p < .01$). El percentil 25 correspondió a 42 y el percentil 75 a 57. El grupo de puntuaciones altas en la escala está constituido por aquellos participantes con puntuaciones mayores o iguales a 57 y el grupo de puntuaciones bajas por aquellos con puntuaciones menores o iguales a 42. Al comparar las medias de los 12 ítems entre los dos grupos, todos los ítems mostraron diferencias significativas. La diferencia promedio entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en cada comparación fue mayor que 1, salvo en las comparaciones de medias de los ítems 32 y 42 (véase Tabla 30).

Tabla 30

Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de negociación

Ítems	Levene		Student			DM
	F	p	t	gl	p	
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	43.48	<.01	11.26	38.23	<.01	2.64
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	33.42	<.01	7.78	35.65	<.01	2.09
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	173.26	<.01	18.16	30	<.01	3.26
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	135.10	<.01	6.13	30	<.01	1.81

22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	84.56	<.01	18.73	59	<.01	3.29
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.	75.04	<.01	8.14	30.88	<.01	2.26
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.	46.95	<.01	3.80	32.21	<.01	0.93
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.	82.53	<.01	4.67	30	<.01	1.19
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	63.16	<.01	4.13	30	<.01	0.97
47 Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	40.04	<.01	5.77	36.81	<.01	1.32
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	1.07	0.30	13.22	59	<.01	3.08
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	53.94	<.01	4.61	31.20	<.01	1.10

La consistencia interna de los 12 ítems fue alta ($\alpha = .853$). Ninguno de los ítems al ser eliminados incrementó su valor. Las correlaciones corregidas de los ítems con la escala (sin incluir el ítem en la escala) variaron de .37 a .73, siendo todas significativas. Todos los ítems presentaron comunalidades mayores que .30 (véase Tabla 31).

Tabla 31

Consistencia interna y comunalidades de los ítems en la subescala de negociación

Ítems	r_c	α	h
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	.578**	.837	.519
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	.566**	.838	.401
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	.652**	.831	.549
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	.476**	.845	.313
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	.730**	.824	.639
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.	.498**	.844	.401
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.	.368**	.851	.314
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.	.544**	.842	.529
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	.562**	.843	.583
47 Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	.407**	.849	.303
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	.498**	.846	.331
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	.551**	.842	.618

ns $p > .05$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Los ítems 32 y 42 mostraron diferencia de medias significativas y próximas a 1. Por lo tanto, tras estudiar las propiedades de los 12 ítems no se observó problemas de consistencia interna, discriminación o distribución en ninguno de ellos y se procedió a explorar la estructura factorial con todos ellos.

Siguiendo el criterio de la expectativa, se explicó el 40.25% de la varianza total con un componente y todos los ítems tuvieron saturaciones mayores que .40 en el mismo (véase tabla 32). La consistencia interna fue alta ($\alpha = .85$).

Tabla 32
Matriz de configuraciones

Ítems	C1
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	.774
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	.710
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	.695
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	.695
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.	.679
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	.676
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	.651
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	.566
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	.555
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.	.553
47 Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	.498
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.	.488

Método de extracción: Componentes principales.

Por el criterio de Kaiser el número de factores fue 3, explicándose el 62.01% de la varianza total. Tras la rotación oblicua el primer componente quedó conformado por 4 indicadores (ítems 3, 12, 22 y 52), su consistencia interna fue alta ($\alpha = .81$), si se eliminara el ítem 52 la consistencia interna aumentaría a .82. Por su contenido se denominó promesas o pacto con un Ser supremo. El segundo componente quedó conformado por 5 indicadores (ítems 8, 32, 37, 42 y 57), su consistencia interna fue alta ($\alpha = .79$), si se eliminara el ítem 8 la consistencia interna aumentaría a .80. Por su contenido se denominó fe y esperanza en la recuperación. El tercer componente quedó conformado por 3 indicadores (ítems 17, 27 y 47), y su consistencia interna fue baja ($\alpha = .59$). Por su contenido se denominó promesas y confianza en el tratamiento médico (véase Tabla 33). Los tres componentes correlacionaron entre con valores absolutos de .36 a .20 (véase Tabla 34).

Tabla 33
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes		
	1	2	3
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	.817		
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	.797		
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	.732		
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	.676		
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.		-.833	
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.		-.793	
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.		-.748	
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.		-.651	
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	.433	-.491	
47 Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones			.753
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.			.614
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.			.470

Método de extracción: Componentes principales. Método de rotación: Oblimin directo. La rotación convergió en 9 iteraciones. C1: promesas o pacto con un Ser supremo, C2: fe y esperanza en la recuperación, y C3: promesas y confianza en el tratamiento médico.

Tabla 34
Matriz de correlaciones entre los tres componentes

Componentes	1	2
1	1	
2	-.359	1
3	.295	-.196

Método de extracción: Componentes principales. Método de rotación: Oblimin directo. C1: promesas o pacto con un Ser supremo, C2: fe y esperanza en la recuperación, y C3: promesas y confianza en el tratamiento médico

Por el criterio de Horn el número de componentes fue dos. El punto de intersección fue 1.48. Por encima quedaron los dos primeros autovalores observados (4.83 y 1.54) y por debajo el tercer autovalor (1.08) (véase Figura 7).

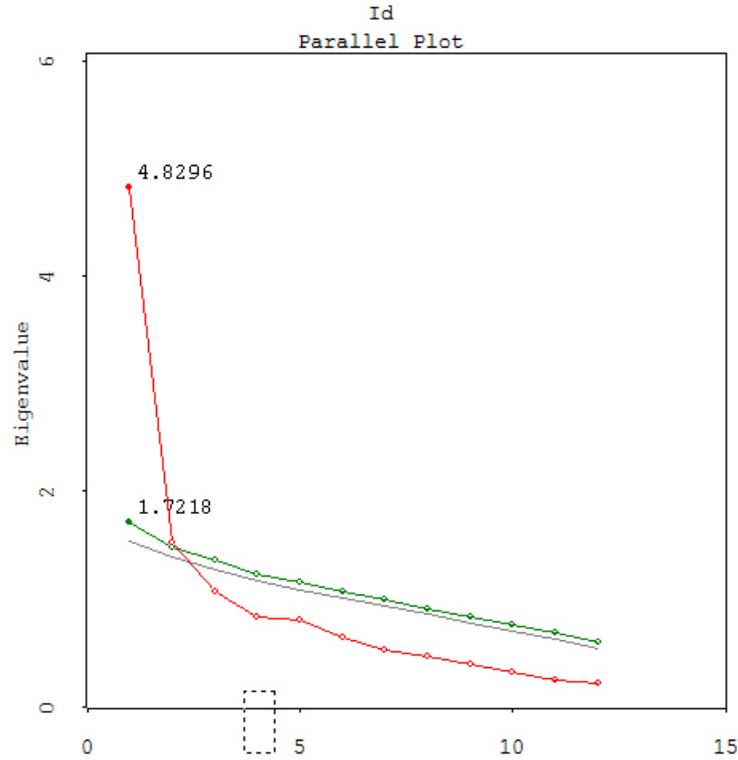


Figura 7. Gráfico del análisis paralelo de Horn.

Al aplicar el análisis del promedio mínimo de las correlaciones parciales (MAP) de Velicer, el número de componentes fue 2. El promedio de las correlaciones al cuadrado fue 0.133, el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando el primer componente fue 0.043, el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando los dos primeros componentes fue 0.035 y el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando los tres primeros componentes fue 0.044. El valor mínimo se alcanzó en la segunda parcialización, de ahí que el número de componentes por el criterio de Velicer sea 2 (véase Tabla 35).

Tabla 35
Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer

Ítems	r	r^2	$r_{p[C1]}$	$r_{p[C1]}^2$	$r_{p[C1, C2]}$	$r_{p[C1, C2]}^2$	$r_{p[C1, C2, C3]}$	$r_{p[C1, C2, C3]}^2$
3	0.411	0.169	-0.051	0.003	0.01	0.000	-0.296	0.088
12	0.529	0.280	0.125	0.016	-0.096	0.009	-0.251	0.063
17	0.299	0.090	-0.111	0.012	-0.142	0.020	0.105	0.011
22	0.625	0.391	0.252	0.063	0.075	0.006	-0.232	0.054
27	0.223	0.050	-0.217	0.047	-0.473	0.224	-0.234	0.053
32	0.163	0.027	-0.234	0.055	-0.079	0.006	-0.406	0.165
37	0.411	0.169	-0.055	0.003	0.247	0.061	0.195	0.038

	42	0.27	0.073	-0.335	0.112	-0.145	0.021	0.184	0.034
	47	0.162	0.026	-0.246	0.061	-0.307	0.094	0.191	0.036
	52	0.432	0.187	0.112	0.012	-0.127	0.016	-0.192	0.037
	57.	0.284	0.081	-0.308	0.095	-0.065	0.004	0.043	0.002
8	12	0.415	0.172	-0.124	0.015	-0.045	0.002	-0.119	0.014
	17	0.339	0.115	-0.072	0.005	-0.064	0.004	0.086	0.007
	22	0.522	0.272	-0.0020	0.000	0.096	0.009	-0.068	0.005
	27.	0.196	0.038	-0.288	0.083	-0.244	0.059	-0.057	0.003
	32	0.347	0.120	0.028	0.001	-0.051	0.003	-0.222	0.049
	37	0.445	0.198	-0.025	0.001	-0.164	0.027	-0.243	0.059
	42	0.408	0.166	-0.116	0.013	-0.275	0.076	-0.124	0.015
	47	0.229	0.052	-0.169	0.028	-0.156	0.024	0.159	0.025
	52	0.269	0.072	-0.173	0.030	-0.101	0.010	-0.128	0.016
	57.	0.436	0.190	-0.063	0.004	-0.255	0.065	-0.212	0.045
12	17	0.251	0.063	-0.259	0.067	-0.342	0.117	-0.306	0.094
	22	0.665	0.442	0.259	0.067	-0.023	0.001	-0.100	0.010
	27.	0.475	0.226	0.141	0.019	-0.141	0.020	-0.063	0.004
	32	0.238	0.057	-0.176	0.031	0.086	0.007	0.027	0.001
	37	0.279	0.078	-0.391	0.153	-0.086	0.007	-0.114	0.013
	42	0.315	0.099	-0.353	0.125	-0.039	0.002	0.043	0.002
	47	0.356	0.127	0.0050	0.000	-0.057	0.003	0.082	0.007
	52	0.42	0.176	0.044	0.002	-0.365	0.133	-0.378	0.143
	57.	0.344	0.118	-0.295	0.087	0.144	0.021	0.176	0.031
17	22	0.34	0.116	-0.187	0.035	-0.251	0.063	-0.122	0.015
	27.	0.406	0.165	0.136	0.018	0.125	0.016	-0.084	0.007
	32	0.142	0.020	-0.187	0.035	-0.182	0.033	-0.055	0.003
	37	0.371	0.138	-0.021	0.004	0.016	0.000	0.079	0.006
	42	0.346	0.119	-0.08	0.006	-0.059	0.003	-0.273	0.074
	47	0.253	0.064	-0.04	0.001	-0.045	0.002	-0.443	0.196
	52	0.298	0.089	-0.023	0.001	-0.065	0.004	-0.052	0.003
	57.	0.323	0.104	-0.119	0.014	-0.114	0.013	-0.189	0.036
22	27.	0.409	0.167	-0.036	0.001	-0.359	0.129	-0.188	0.035
	32	0.335	0.112	-0.077	0.006	0.202	0.041	0.063	0.004
	37	0.337	0.113	-0.404	0.163	-0.123	0.015	-0.205	0.042
	42	0.365	0.133	-0.38	0.144	-0.097	0.009	0.107	0.011
	47	0.362	0.131	-0.043	0.002	-0.11	0.012	0.256	0.065
	52	0.47	0.221	0.076	0.006	-0.299	0.089	-0.347	0.120
	57.	0.326	0.106	-0.464	0.215	-0.163	0.026	-0.107	0.011
27	32	0.203	0.041	-0.092	0.008	0.146	0.021	0.429	0.184
	37	0.195	0.038	-0.294	0.086	-0.0090	0.001	0.086	0.007
	42	0.261	0.068	-0.205	0.042	0.108	0.012	-0.174	0.030
	47	0.33	0.109	0.075	0.006	0.034	0.001	-0.536	0.287
	52	0.422	0.178	0.166	0.028	-0.124	0.015	-0.119	0.014
	57.	0.207	0.043	-0.294	0.086	0.052	0.002	-0.041	0.002
32	37	0.427	0.182	0.15	0.022	-0.188	0.035	-0.267	0.071
	42	0.353	0.125	0.022	0.000	-0.358	0.128	-0.23	0.053
	47	0.059	0.003	-0.244	0.059	-0.224	0.050	0.045	0.002
	52	0.114	0.013	-0.216	0.047	0.049	0.002	0.035	0.001
	57.	0.402	0.162	0.101	0.010	-0.348	0.121	-0.314	0.099
37	42	0.544	0.296	0.136	0.018	-0.396	0.157	-0.371	0.138
	47	0.234	0.055	-0.163	0.027	-0.13	0.017	-0.032	0.001

	52	0.2	0.040	-0.29	0.084	0.092	0.008	0.087	0.007
	57.	0.632	0.399	0.303	0.092	-0.255	0.065	-0.235	0.055
42	47	0.419	0.175	0.116	0.013	0.224	0.050	-0.142	0.020
	52	0.216	0.047	-0.285	0.081	0.086	0.007	0.119	0.014
	57.	0.714	0.510	0.446	0.199	0.023	0.001	-0.059	0.003
47	52	0.205	0.042	-0.099	0.010	-0.188	0.035	-0.218	0.047
	57.	0.282	0.079	-0.102	0.010	-0.045	0.002	-0.222	0.049
52	57	0.225	0.051	-0.268	0.072	0.221	0.049	0.232	0.054
	Media		0.133		0.043		0.035		0.044

r = correlación producto momento de Pearson, r^2 = correlación al cuadrado, $r_{p[C1]}$ = correlación parcializando el primer componentes, $r_{p[C1]^2}$ = correlación al cuadrado parcializando el primer componente, $r_{p[C1, C2]}$ = correlación parcializando los dos primeros componentes, $r_{p[C1, C2]^2}$ correlación al cuadrado parcializando los dos primeros componentes, $r_{p[C1, C2, C3]}$ = correlación parcializando los tres primeros componentes, y $r_{p[C1, C2, C3]^2}$ correlación al cuadrado parcializando los tres primeros componentes.

Al forzar el análisis factorial exploratorio a 2 factores conforme a los criterios de Horn y Velicer, se explicó el 53.04% de la varianza total. Tras la rotación oblicua el primer componente quedó conformado por 6 indicadores (ítems 3, 12, 17, 22, 27 y 52), su consistencia interna fue alta ($\alpha = .813$), y por su contenido se interpretó como promesas y negociación. El segundo componente quedó conformado por 5 indicadores (ítems 8, 32, 37, 42 y 57), su consistencia interna fue alta ($\alpha = .79$), si se eliminara el ítem 8 la consistencia interna aumentaría a .80, y por su contenido se interpretó como fe y esperanza en la recuperación. La correlación entre ambos componentes fue significativa, moderada e inversa ($r = -.45$, $p < .01$). El ítem 47 del primer componente tuvo saturaciones menores que .40 (véase Tabla 36).

Tabla 36
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes	
	1	2
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	.800	
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	.793	
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	.783	
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.	.705	
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	.677	
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	.402	
47 Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones		
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.		-.875
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.		-.815
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.		-.804
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.		-.648
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.		-.479

Método de extracción: Componentes principales. Método de rotación: Oblimin directo. La rotación ha convergido en 6 iteraciones

Los dos criterios matemáticos coincidieron en indicar que el número de factores fue 2. Ambos factores tuvieron consistencia interna alta, una interpretación clara y mostraron correlación moderada. La solución de tres factores se descarta por problemas de consistencia interna en uno de los factores.

Por análisis factorial confirmatorio se contrastaron dos modelos: unidimensional y bidimensional.

En la especificación del modelo bidimensional (véase Figura 8), se eliminó el ítem 47 por presentar saturaciones menores que .40 en el segundo factor del análisis factorial exploratorio. Además, este ítem tuvo los valores de consistencia interna más bajos.

La curtosis multivariada de Mardia fue de 84.10 (Razón Crítica = 27.24), lo que sugirió desviación de la normalidad multivariada. Se optó por el método de máxima verosimilitud al ser robusto a la violación del supuesto. No obstante, se aplicó el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine no solo por el incumplimiento de supuesto de normalidad multivariada, sino también por el tamaño de muestra limitado ($N = 120$).

Se extrajeron 2000 muestras siguiendo las sugerencias de Nevitt y Hancock (2001). Por el primer método de minimización (rápido y confiable) se obtuvieron las 2000 muestras. Estas 2000 muestras fueron extraídas de una matriz de varianza-covarianzas transformada para lograr un ajuste perfecto al modelo (Bollen & Stine, 1992).

El ajuste del modelo de 2 factores en 1,865 muestras extraídas de la muestra transformada fue mejor que el ajuste en la matriz de los datos observados, en 0 muestras fue equivalente y en 135 fue peor. Así se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste con una $p = 135/2001 = .068$, siendo el valor promedio del estadístico chi-cuadrado 56.03 ($EE = 0.39$), con el cual se mantiene la hipótesis nula de bondad de ajuste con 43 grados de libertad (número de momentos – número de parámetros a estimar = $66 - 22 = 43$) ($p = .088$).

Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste no se sostuvo por el estadístico chi-cuadrado ($\chi^2[43, N = 120] = 83.43, p < .01$), el cual es muy

sensible al incumplimiento de supuesto de normalidad multivariada; por esta razón se acudió al análisis de muestreo repetitivo de Bollen-Stine que reflejó buena bondad de ajuste ($p = .07$). De los nueve restantes índices tres reflejaron buen ajuste ($\chi^2/gl = 1.94$, $FD = 0.70$ [$FD_{MI} = 4.54$] y $PNCP = 0.34$ [$PNCP_{MI} = 4.08$]) y seis adecuado ($NFI = .85$, $CFI = .92$, $GFI = .89$, $AGFI = .84$, $RMS\ SR = .08$ y $RMSEA = .09$, $IC\ 90\%: .06, .12$, $p = .02$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.78).

Todos los parámetros fueron significativos en la estimación por ML. En el método de muestreo repetitivo (2000 muestras e intervalo de confianza de 95%) por el método de percentiles y el de percentiles corregidos de sesgo todos los parámetros también fueron significativos. La correlación entre los dos factores fue significativa, moderada y directa ($r = .57$, $p < .01$), lo que refleja que son distinguibles y no constituyen sólo uno.

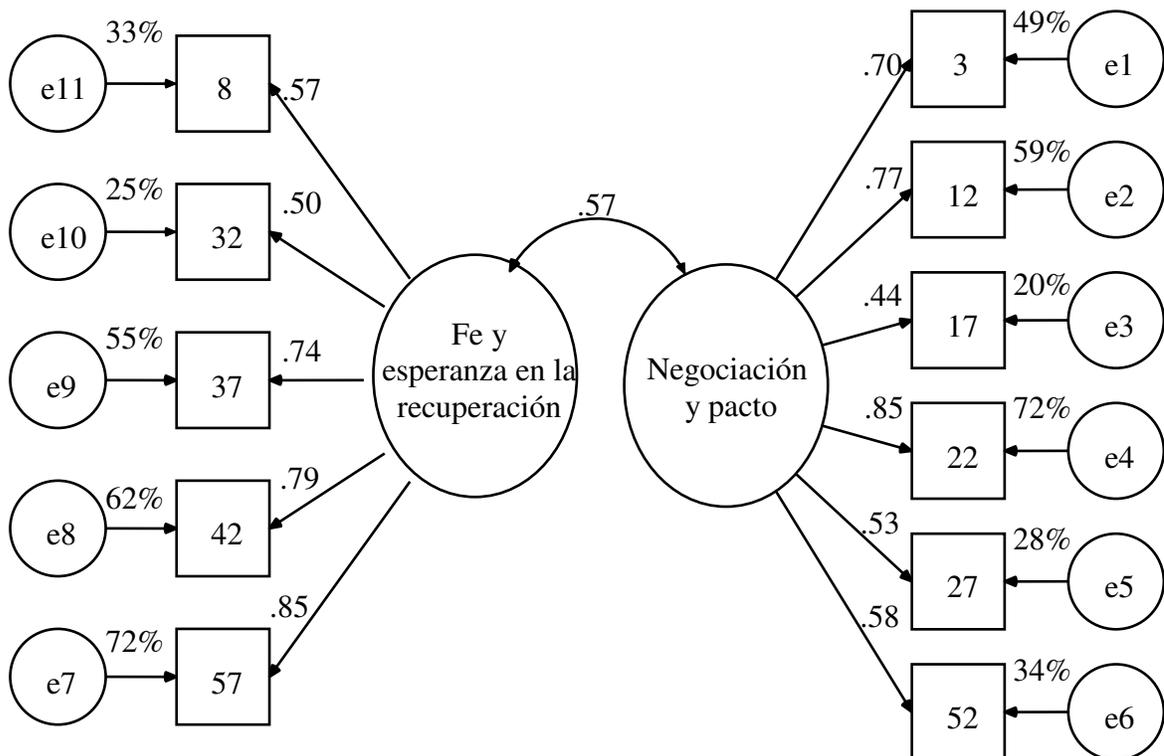


Figura 8. Modelo estandarizado de dos factores correlacionados estimado por Máxima Verosimilitud.

Al revisar los índices de modificación mayores que 10 aparece la determinación del ítem 8 por el factor de negociación y pacto. Precisamente el contenido del ítem 8 corresponde más a dicho factor. Al especificar el ítem 8 como indicador del factor de negociación y pacto, quedando el de fe y esperanza con 4 indicadores, el ajuste mejora ($\Delta\chi^2[1] = 4.86, p = .03$) (véase Figura 9).

Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste para este modelo revisado de dos factores correlacionados no se sostuvo por el estadístico chi-cuadrado ($\chi^2[43, N = 120] = 78.57, p < .01$), el cual es muy sensible al incumplimiento de supuesto de normalidad multivariada; por esta razón se acudió al análisis de muestreo repetitivo de Bollen-Stine que reflejó buena bondad de ajuste ($p = 1855/2001 = .073$). De los nueve restantes índices tres reflejaron buen ajuste ($\chi^2/\text{gl} = 1.83, \text{FD} = 0.66$ [$\text{FD}_{\text{MI}} = 4.54$] y $\text{PNCP} = 0.30$ [$\text{PNCP}_{\text{MI}} = 4.08$]) y seis adecuado ($\text{NFI} = .86, \text{CFI} = .93, \text{GFI} = .90, \text{AGFI} = .85, \text{RMS SR} = .07, \text{RMSEA} = .08, \text{IC } 90\%: .05, .12, p = .03$ para la hipótesis nula de $\text{RMSEA} \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.78). Todos los parámetros fueron significativos y la correlación entre los dos factores fue significativa, moderada y directa ($r = .56, p < .01$). La consistencia interna del factor de negociación y pacto con 7 indicadores fue alta ($\alpha = .83$), al igual que la de fe y esperanza con 4 indicadores ($\alpha = .83$). Los tamaños del efecto estandarizados del factor pacto sobre sus 7 indicadores varió de .45 a .85 con una media de .63; y los tamaños del efecto del factor de fe y esperanza sobre sus 4 indicadores varió de .49 a .87 con una media de .72. En el primer factor el tamaño del efecto estandarizado promedio fue grande (de .50 a .69) y en el segundo factor fue muy grande (de .70 a .89).

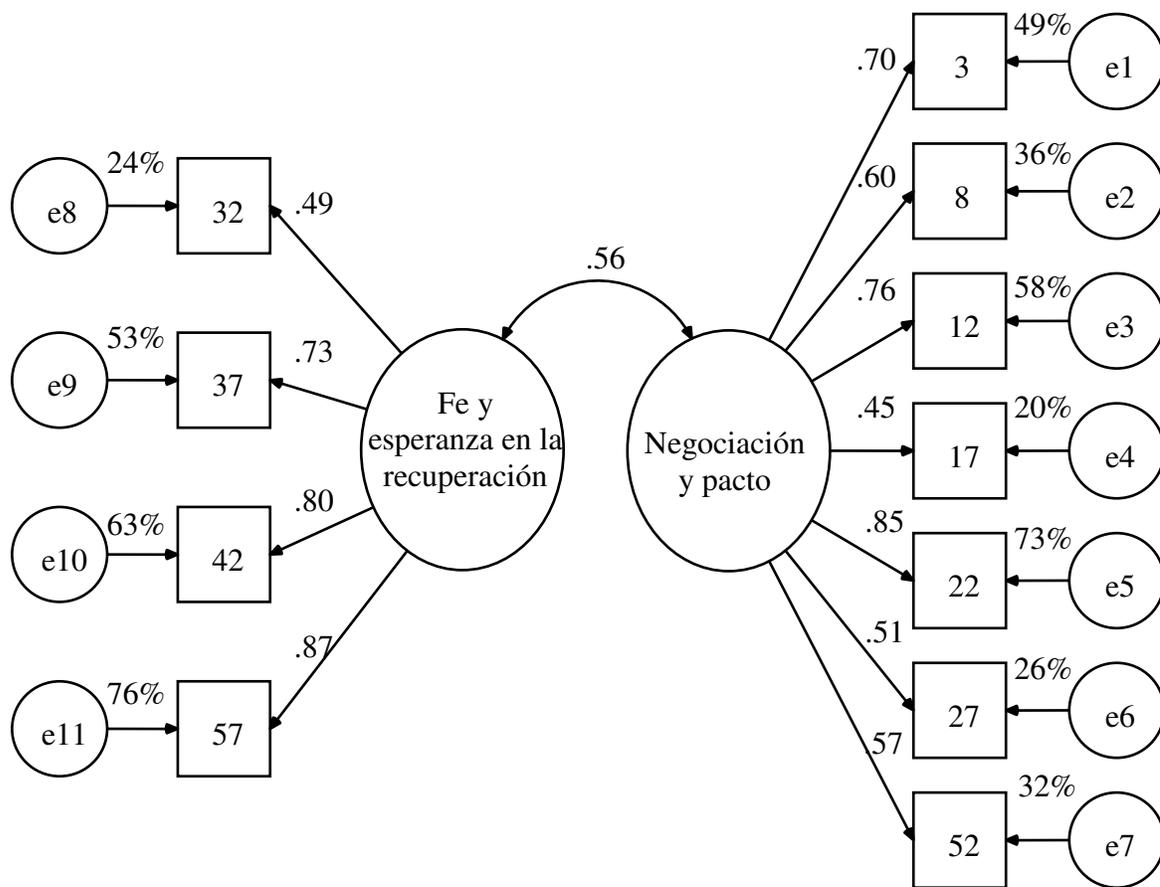


Figura 9. Modelo revisado (ítem 8 como indicador de negociación-pacto en lugar de fe-esperanza) de dos factores correlacionados estimado por Máxima Verosimilitud.

Al contrastar el modelo unidimensional con los 11 indicadores (véase Figura 10), el ajuste fue malo en seis índices ($\chi^2[44, N = 120] = 171.77, p < .01, \chi^2/gf = 3.90, GFI = .76, AGFI = .64, NFI = .68, CFI = .74, RMSEA = .16, IC\ 90\%: .13, .18, p < .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$), y en tres adecuado ($PNCP = 1.44 [PNCP_{MI} = 4.54], FD = 1.07 [FD_{MI} = 4.08]$ y $RMS\ SR = .10$). La parsimonia de este modelo fue muy alta (0.80). Por el análisis de muestreo repetitivo de Bollen-Stine también se rechazó la hipótesis nula de bondad de ajuste del modelo unidimensional (el ajuste fue mejor en 1,998 muestras extraídas de la muestra transformada que en la matriz de los datos observados, en 0 muestras fue equivalente y en 2 fue peor, dando una $p = 1998/2001 = .001$). Además la chi-cuadrada media de las 2000 muestras extraídas por el procedimiento de Bollen-Stine fue 70.02 ($DE = 0.52$). Con 44 grados de libertad (número de momentos – número de parámetros a estimar = $66 - 22 = 44$), la

probabilidad de este estadístico chi-cuadrado medio fue $p = .008$, esto es, menor que $.01$, lo que rechaza la hipótesis nula de bondad de ajuste. Todos los parámetros fueron significativos y los porcentajes de varianza oscilaron de 20 a 58%. Los ítems con porcentajes de varianza menores que 30 fueron los ítems 17, 27, 32 y 52.

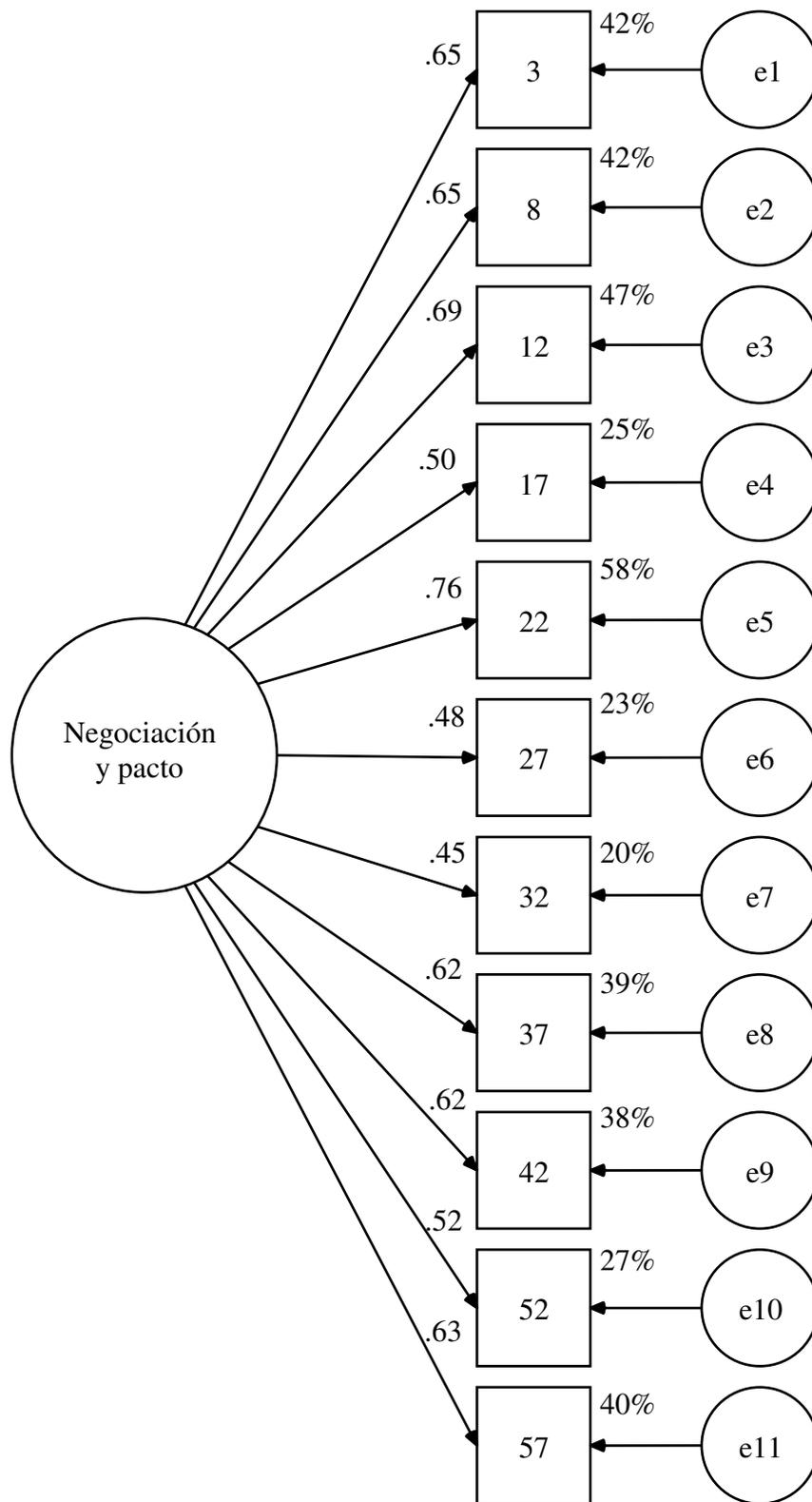


Figura 10. Modelo estandarizado de un factor con 11 indicadores estimado por Máxima Verosimilitud.

Claramente el modelo revisado de dos factores correlacionados tuvo mejor ajuste que el modelo de un factor con 11 indicadores ($\Delta\chi^2[1] = 93.20, p < .01$). Al buscarse un modelo unidimensional para cada constructo se optó por contrastar el modelo unidimensional con el factor de negociación y pacto de 7 indicadores (véase Figura 11).

Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste para este modelo unidimensional de 7 indicadores no se sostuvo por el estadístico chi-cuadrado ($\chi^2[14, N = 120] = 33.88, p < .01$), el cual es muy sensible al incumplimiento de supuesto de normalidad multivariada; por esta razón se acudió al análisis de muestreo repetitivo de Bollen-Stine que reflejó buena bondad de ajuste con un intervalo de confianza de 99% ($p = 1927/2001 = .037$). De los nueve restantes índices siete reflejaron ajuste adecuado ($\chi^2/gf = 2.42, FD = 0.29 [FD_{MI} = 2.44], PNCP = 0.17 [PNCP_{MI} = 2.27]$ y RMS SR = .06) y cinco adecuado (NFI = .88, CFI = .93, GFI = .93 y AGFI = .86; RMSEA = .11, IC 90%: .06, .16, $p = .02$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.67). Todos los parámetros fueron significativos.

Al introducir una correlación entre los residuos correspondientes a los ítems 17 y 27, desde la revisión de los índices de modificación, mejoró considerablemente el ajuste. Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste se mantuvo por el estadístico chi-cuadrado con un intervalo de confianza de 99% ($\chi^2[13, N = 120] = 26.15, p = .02$). Por el análisis de muestreo repetitivo de Bollen-Stine se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste con una $p > .05$ ($p = 1822/2001 = .089$). De los nueve restantes índices cinco reflejaron buen ajuste (NFI = .91, CFI = .95, $FD = 0.22 [FD_{MI} = 2.44]$, $PNCP = 0.11 [PNCP_{MI} = 2.27]$ y RMS SR = .05) y cuatro adecuado ($\chi^2/gf = 2.01, GFI = .94$ y AGFI = .88; RMSEA = .09, IC 90%: .04, .14, $p = .09$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.62). Todos los parámetros fueron significativos. Los tamaños del efecto estandarizados del factor de pacto sobre sus 7 indicadores variaron de .41 a .87 con una media de .62, siendo el tamaño del efecto promedio grande (de .50 a .69)

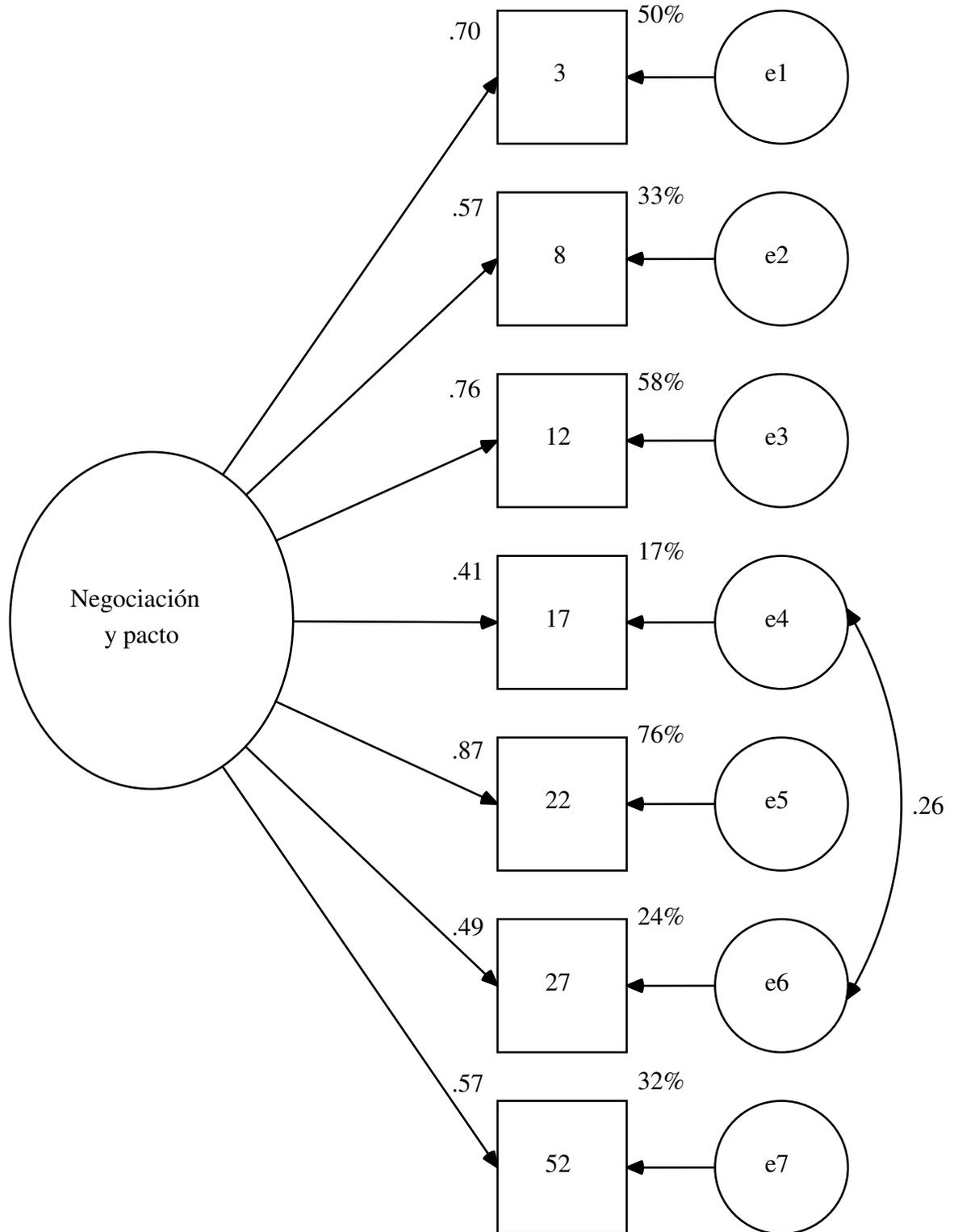


Figura 11. Modelo estandarizado de un factor con 7 indicadores estimado por Máxima Verosimilitud.

Se concluyó que el modelo revisado de dos factores correlacionados fue el más adecuado para la escala de negociación-pacto no sólo por sus índices de ajuste y significación de parámetros, sino también porque la correlación entre los dos factores en el modelo bidimensional es moderada y no sugiere que sea un sólo factor. Si se desea manejar el concepto como unidimensional la escala podría reducirse a los 7 ítems del factor de negociación-pacto, ignorando los 4 ítems del factor de fe-esperanza.

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de 2 factores a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.083) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.272). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 43 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:23 aproximadamente 5:1, lo que quedó en torno a un valor mínimo.

También se calculó la potencia del contraste para el modelo de 1 factor con 7 indicadores a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.092) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.328). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 13 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:15 aproximadamente 8:1, lo que quedó dentro de un rango aceptable (de 5:1 a 10:1).

Subescala de depresión

La subescala de depresión la integraron inicialmente 12 indicadores: ítems 4, 9, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53 y 58.

Todos los ítems, salvo el ítem 4, mostraron asimetría positiva (mayor concentración de valores por debajo que por encima de la media), así los valores de la mediana y la moda quedaron por debajo de los valores de las medias. De los 12 ítems, 4 fueron mesocúrticos (4, 28, 43 y 53) con valores de curtosis entre -0.88 y 0.88 (*EE* de C

= 0.44), 7 fueron apuntados (13, 18, 23, 33, 38, 48 y 58) con valores de curtosis mayores a 0.88, y uno fue aplanado (ítem 9), con valores de curtosis menores a -0.88. La media de los 12 ítems fue 1.79 [IC 95%: 1.54, 2.05], el perfil promedio fue de asimetría positiva y apuntalamiento. Este perfil se encontró claramente en los ítems: 13, 18, 23, 33, 38, 48 y 58. El más desviado de este perfil fue el ítem 4 al presentar la mediana y la moda por encima de la media. En la distribución de ningún ítem se observó efecto techo o suelo (véanse Tablas 37 y 38).

Tabla 37
Estadísticos descriptivos de los ítems de la subescala de depresión

Ítems	M	Mdn	Mo	DE	S	C
4 Me siento triste.	2.40	3	3	1.00	0.20	- 0.14
9 Lloro más de lo que solía llorar.	2.56	2	1	1.45	0.46	- 1.10
13 Siento que nadie me apoya.	1.71	1	1	1.18	1.51	1.14
18 Me aísló de las demás personas.	1.67	1	1	1.12	1.50	1.16
23 Deseo estar muerta(o).	1.22	1	1	0.62	2.97	8.18
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	2.03	1.50	1	1.21	0.90	- 0.13
33 Siento que no hay nada por lo que luchar.	1.43	1	1	1.04	2.42	4.75
38 Tengo pensamientos negativos.	1.74	1	1	1.09	1.45	1.42
43 No tengo ganas de hacer nada.	1.96	1	1	1.17	0.91	- 0.14
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	1.38	1	1	0.96	2.75	6.93
53 Siento que se me acaban las fuerzas.	1.89	1	1	1.18	1.06	0.17
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	1.55	1	1	0.99	1.79	2.49

Tabla 38
Distribución de frecuencias de los 12 ítems de la subescala de depresión

Ítems	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
4 Me siento triste.	28 (23.3%)	29 (24.2%)	54 (45%)	5 (4.2%)	4 (3.3%)
9 Lloro más de lo que solía llorar.	41 (34.2%)	21 (17.5%)	28 (23.3%)	10 (8.3%)	20 (16.7%)
13 Siento que nadie me apoya.	82 (68.3%)	9 (7.5%)	17 (14.2%)	6 (5.0%)	6 (5.0%)
18 Me aísló de las demás personas.	83 (69.2%)	8 (6.7%)	19 (15.8%)	6 (5.0%)	4 (3.3%)
23 Deseo estar muerta(o).	105 (87.5%)	6 (5.0%)	7 (5.8%)	2 (1.7%)	0 (0%)
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	60 (50.0%)	16 (13.3%)	32 (26.7%)	5 (4.2%)	7 (5.8%)

33 Siento que no hay nada por lo que luchar.	100 (83.3%)	3 (2.5%)	8 (6.7%)	4 (3.3%)	5 (4.2%)
38 Tengo pensamientos negativos.	72 (60.0%)	20 (16.7%)	20 (16.7%)	3 (2.5%)	5 (4.2%)
43 No tengo ganas de hacer nada.	63 (52.5%)	15 (12.5%)	31 (25.8%)	6 (5.0%)	5 (4.2%)
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	100 (83.3%)	6 (5.0%)	8 (6.7%)	1 (0.8%)	5 (4.2%)
53 Siento que se me acaban las fuerzas.	69 (57.5%)	10 (8.3%)	32 (26.7%)	3 (2.5%)	6 (5.0%)
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	86 (71.7%)	11 (9.2%)	17 (14.2%)	3 (2.5%)	3 (2.5%)

La variable generada por la suma sin ponderar de los 12 ítems presentó asimetría positiva ($S = 0.92$, $EE = 0.22$) y mesocurtosis ($C = 0.59$, $EE = 0.44$), ajustándose a una curva normal ($D_{KSL} = .14$, $p = .20$). El percentil 25 correspondió a 16 y el percentil 75 a 24. El grupo de las puntuaciones altas en la escala está constituido por aquellos participantes con puntuaciones iguales o mayores a 24 y el grupo de puntuaciones bajas por aquellos con puntuaciones iguales o menores a 16. Al comparar las medias de los 12 ítems entre los dos grupos, todos presentaron diferencia significativa. La diferencia promedio fue mayor que 1, salvo en los ítems 23, 33 y 48 (véase Tabla 39).

Tabla 39

Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de depresión

Ítems	Levene		Student			DM
	F	p	t	gl	p	
4 Me siento triste.	1.09	.30	6.90	72	<.01	1.41
9 Lloro más de lo que solía llorar.	21.30	<.01	6.88	58.85	<.01	1.87
13 Siento que nadie me apoya.	85.71	<.01	7.07	40.39	<.01	1.57
18 Me aísló de las demás personas.	134.01	<.01	6.22	39	<.01	1.32
23 Deseo estar muerta(o).	86.90	<.01	4.09	39	<.01	0.60
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	7.45	<.01	8.51	55.98	<.01	1.79
33 Siento que no hay nada por lo que luchar.	36.30	<.01	3.14	61.72	<.01	0.73
38 Tengo pensamientos negativos.	46.92	<.01	5.28	48.54	<.01	1.11
43 No tengo ganas de hacer nada.	8.50	<.01	7.38	67.86	<.01	1.59
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	83.43	<.01	4.06	39	<.01	0.92
53 Siento que se me acaban las fuerzas.	36.23	<.01	9.65	39	<.01	1.82
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	69.76	<.01	5.83	46.25	<.01	1.17

La consistencia interna de los 12 ítems fue alta ($\alpha = .793$). Con la eliminación de los ítems 9 y 33 incrementó un poco su valor. Las correlaciones corregidas de los ítems con la escala (sin incluir el ítem en la escala) fueron significativas y variaron de .24 a .59. Sólo el ítem 33 tuvo una correlación corregida menor que .30. Los ítems 13, 18 y 33 presentaron comunalidades menores que .30. A nivel de consistencia interna el ítem con más problemas fue el 33 (véase Tabla 40)

Tabla 40

Consistencia interna y comunalidades de los ítems en la subescala de depresión

Ítems	r_c	α	h
4 Me siento triste.	.539**	.769	.448
9 Lloro más de lo que solía llorar.	.330**	.794	.327
13 Siento que nadie me apoya.	.464**	.775	.266
18 Me aísló de las demás personas.	.345**	.787	.256
23 Deseo estar muerta(o).	.578**	.775	.428
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	.501**	.771	.387
33 Siento que no hay nada por lo que luchar.	.242**	.796	.246
38 Tengo pensamientos negativos.	.434**	.778	.327
43 No tengo ganas de hacer nada.	.508**	.771	.411
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	.423**	.780	.303
53 Siento que se me acaban las fuerzas.	.594**	.761	.451
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	.421**	.780	.317

ns $p > .05$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Los ítems 13, 18 y 33 presentaron comunalidades menores que .30 y el ítem 33 además presentó correlación corregida menor que .30 e incrementó el valor del coeficiente alfa de Cronbach con su eliminación. Los ítems 23, 33 y 48 presentaron diferencias de medias entre los grupos de puntuaciones altas y bajas menores que 1, pero estadísticamente significativas.

Seis ítems cubrieron todos los requisitos de buenas propiedades psicométricas: 4, 28, 38, 43, 53 y 58. También se consideraron adecuados los ítem 9 y 48. El ítem 9 incrementó muy ligeramente el valor del coeficiente alfa de Cronbach con su eliminación, pero tuvo una correlación corregida y comunalidad mayores que .30. El ítem 48 tuvo una diferencia de medias de los grupos de puntuaciones altas y bajas significativa y próxima a 1, mostrando buenas propiedades de consistencia interna.

Con estos 8 ítems se cubrió bien el contenido de depresión y se procedió a explorar su estructura factorial.

Siguiendo el criterio de expectativa se explicó el 38.82% de la varianza total con un componente y todos los ítems presentaron saturaciones mayores que .40 en el mismo. La consistencia interna fue alta ($\alpha = .763$), si se eliminara el ítem 9 la consistencia se incrementaría ligeramente ($\alpha = .768$) (véase Tabla 41).

Tabla 41

Matriz de componentes

Ítems	C1
53 Siento que se me acaban las fuerzas.	.760
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	.676
4 Me siento triste.	.663
43 No tengo ganas de hacer nada.	.660
38 Tengo pensamientos negativos.	.589
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	.566
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	.538
9 Lloro más de lo que solía llorar.	.490

Método de extracción: Componentes principales.

Por el criterio de Kaiser (autovalores mayores que 1), el número de componentes fue tres, explicándose el 65.72% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente quedó conformado por tres indicadores (ítems 28, 43 y 53), su consistencia interna fue alta ($\alpha = .74$) y por su contenido se denominó como fatiga. El segundo componente quedó conformado por dos indicadores (ítems 4 y 9), su consistencia interna fue adecuada ($\alpha = .65$) y por su contenido se denominó tristeza. El tercer componente quedó conformado por tres indicadores (ítems 38, 48 y 58), su consistencia interna fue baja ($\alpha = .59$) y por su contenido se denominó pesimismo (véase Tabla 42). Las correlaciones entre los factores fueron significativas y variaron de .23 a .34 (véase Tabla 43).

Tabla 42

Matriz de configuración

Ítems	Componentes		
	1	2	3
43 No tengo ganas de hacer nada.	.893		
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	.773		
53 Siento que se me acaban las fuerzas.	.532		
9 Lloro más de lo que solía llorar.		.875	
4 Me siento triste.		.793	

48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	.817
38 Tengo pensamientos negativos.	.708
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	.601

Método de extracción: Componentes principales. Método de rotación: Oblimin directo. La rotación convergió en 9 iteraciones. C1: fatiga, C2: tristeza, y C3: pesimismo.

Tabla 43

Matriz de correlaciones entre los tres componentes de depresión

Componentes	1	2
1	1	
2	.23	1
3	.34	.24

Método de extracción: Componentes principales. Método de rotación: Oblimin directo. C1: fatiga, C2: tristeza, y C3: pesimismo

Por el criterio de Horn el número de componentes fue 1. El punto de intersección entre la curva de sedimentación de datos observados y la generada correspondiente al percentil 95 se ubicó en 1.31. Por encima quedó el primer autovalor de la curva de sedimentación de datos observados ($\lambda = 3.11$) y por debajo el segundo autovalor ($\lambda = 1.12$) (véase Figura 12).

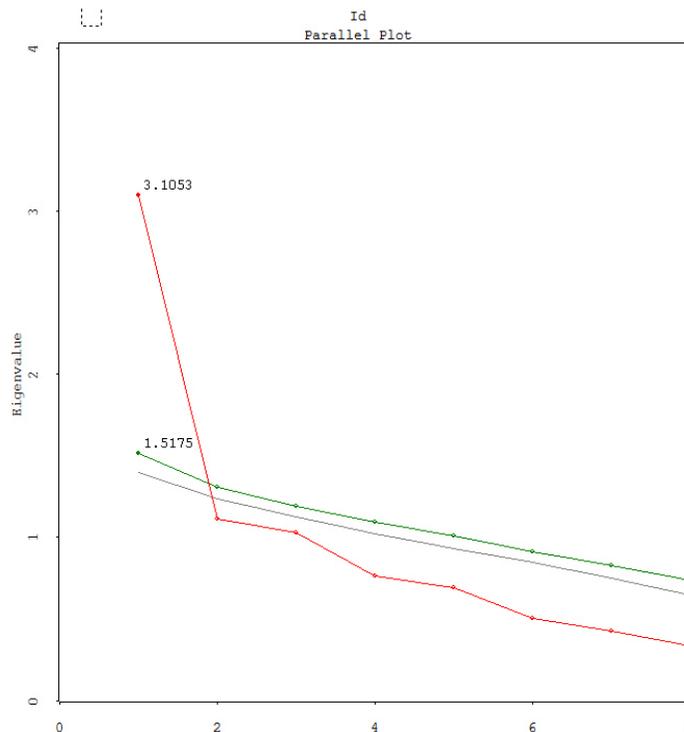


Figura 12. Gráfico del análisis paralelo de Horn.

Al aplicar el análisis del promedio mínimo de las correlaciones parciales (MAP) de Velicer, el número de componentes fue 1. El promedio de las correlaciones al cuadrado fue 0.099. El promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando el primer componente fue 0.042. El promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando los dos primeros componentes fue 0.072. El promedio mínimo se alcanzó en la primera parcialización, de ahí que el número de componentes sea 1 por el criterio de Velicer (véase Tabla 44).

Tabla 44
Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer

	Ítems	r	r^2	$r_{p[C1]}$	$r_{p[C1]}^2$	$r_{p[C1, C2]}$	$r_{p[C1, C2]}^2$
4	9	.516	.266	.293	.086	-.847	.717
	28	.304	.092	-.261	.068	-.200	.040
	38	.297	.088	-.154	.024	.119	.014
	43	.288	.083	-.267	.071	-.021	.000
	48	.341	.116	-.025	.001	-.007	.000
	53	.408	.166	-.196	.038	-.060	.004
9	58	.140	.020	-.381	.145	-.074	.005
	28	.240	.058	-.142	.020	.000	.000
	38	.118	.014	-.241	.058	.012	.000
	43	.172	.030	-.232	.054	.079	.006
	48	.131	.017	-.180	.032	-.275	.076
	53	.222	.049	-.266	.071	-.168	.028
28	58	.187	.035	-.126	.016	.463	.214
	38	.323	.104	-.125	.016	-.189	.036
	43	.522	.272	.138	.019	.085	.007
	48	.194	.038	-.273	.075	-.282	.080
	53	.448	.201	-.135	.018	-.178	.032
	58	.218	.048	-.270	.073	-.395	.156
38	43	.229	.052	-.263	.069	-.407	.166
	48	.326	.106	.014	.000	.006	.000
	53	.312	.097	-.257	.066	-.344	.118
	58	.357	.127	.036	.001	-.117	.014
43	48	.126	.016	-.362	.131	-.394	.155
	53	.490	.240	-.023	.001	-.102	.010
	58	.331	.110	-.070	.005	-.262	.069
48	53	.369	.136	-.072	.005	-.079	.006

	58	.274	.075	-.043	.002	-.062	.004
53	58	.374	.140	-.106	.011	-.228	.052
Media			.099		.042		.072

r = correlación producto momento de Pearson, r^2 = correlación al cuadrado, $r_{p[C1]}$ = correlación parcializando el primer componentes, $r_{p[C1]}^2$ = correlación al cuadrado parcializando el primer componente, $r_{p[C1, C2]}$ = correlación parcializando los dos primeros componentes, y $r_{p[C1, C2]}^2$ correlación al cuadrado parcializando los dos primeros componentes.

Por el criterio de Kaiser el número de componentes de la subescala de depresión correspondió a tres; sin embargo, la solución de tres factores se descartó por problemas de consistencia interna en dos de los componentes (tristeza y pesimismo), además uno tuvo un número insuficiente de indicadores (tristeza). Los dos criterios matemáticos (Horn y Velicer) coincidieron en indicar que el número de factores fue 1.

Por análisis factorial confirmatorio se contrastó un modelo unidimensional con 8 indicadores (véase Figura 13). La curtosis multivariada de Mardia fue de 29.33 (Razón Crítica = 12.70), lo que sugirió desviación de la normalidad multivariada. Se optó por el método de máxima verosimilitud al ser robusto a la violación del supuesto. No obstante, se aplicó el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine no solo por el incumplimiento de supuesto de normalidad multivariada, sino también por el tamaño de muestra limitado ($N = 120$). Se extrajeron 2000 muestras siguiendo las sugerencias de Nevitt y Hancock (2001). Por el primer método de minimización (rápido y confiable) se obtuvieron las 2000 muestras. Estas 2000 muestras fueron extraídas de una matriz de varianza-covarianzas transformada para lograr un ajuste perfecto al modelo (Bollen & Stine, 1992).

El ajuste del modelo de 1 factor en 1,989 muestras extraídas de la muestra transformada fue mejor que el ajuste en la matriz de los datos observados, en 0 muestras fue equivalente y en 11 fue peor. Se rechaza la hipótesis nula de bondad de ajuste con una $p = 11/2001 = .006 < .01$. El valor promedio del estadístico chi-cuadrado fue 25.41 ($EE = 0.22$); con 20 grados de libertad (número de momentos – número de parámetros = $36 - 16 = 20$) se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p = .186$).

Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste no se sostuvo por el estadístico chi-cuadrado ($\chi^2[20, N = 120] = 58.77, p < .01$). Dos índices reflejaron buen ajuste (FD = 0.49 [FD_{MI} = 1.95] y PNCP = 0.33 [PNCP_{MI} = 1.71]), cuatro mostraron un ajuste adecuado ($\chi^2/gl = 2.94, GFI = .90, AGFI = .82$ y RMS SR = .08), y

tres exhibieron un mal ajuste (NFI = .75, CFI = .81, RMSEA = .13, IC 90%: 0, .09, .17, $p < .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.71). Todos los parámetros fueron significativos en la estimación por ML. En el método de muestreo repetitivo (2000 muestras e intervalo de confianza de 95%) por el método de percentiles y el de percentiles corregidos de sesgo todos los parámetros también fueron significativos.

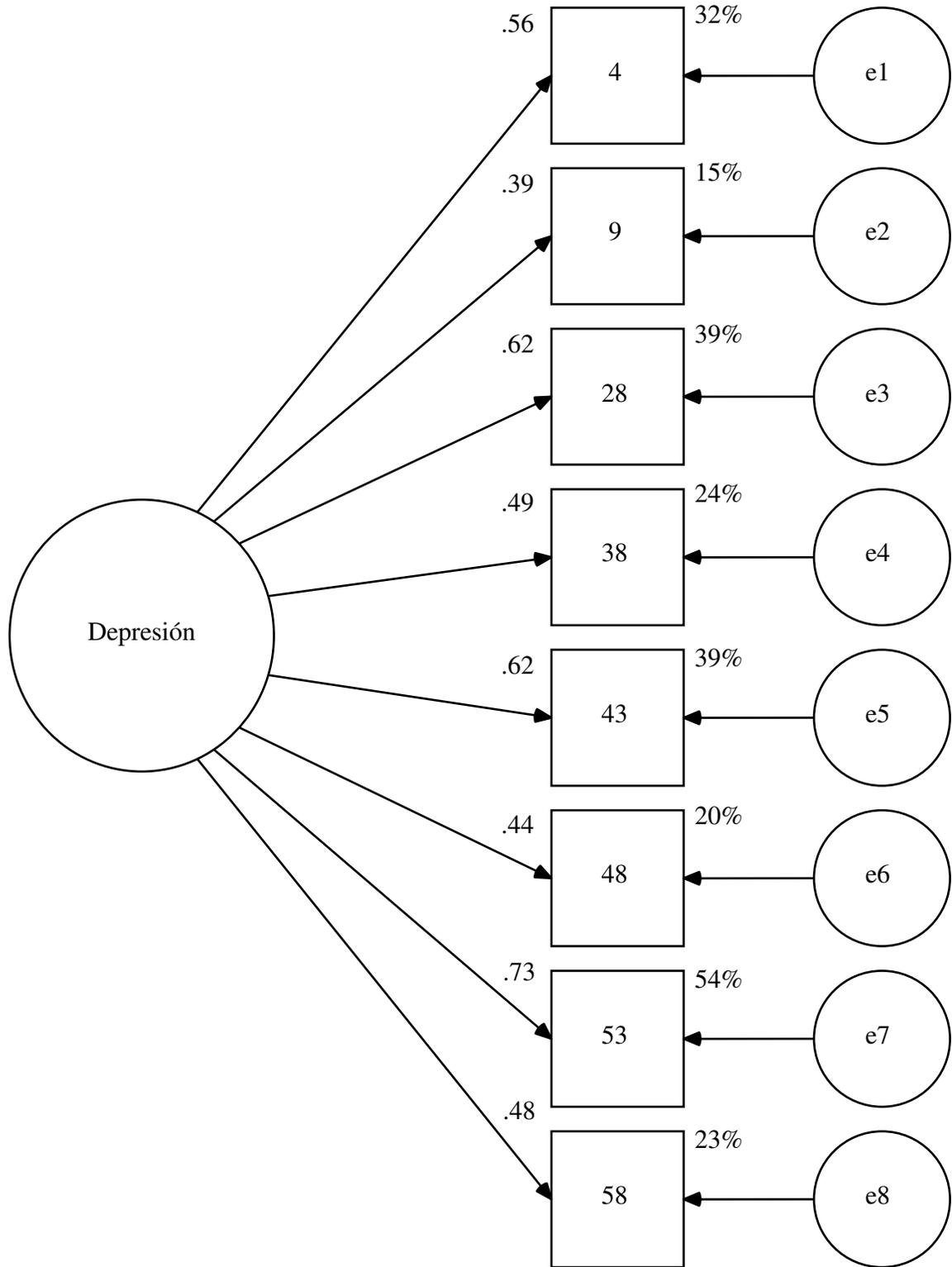


Figura 13. Modelo estandarizado de un factor con 8 indicadores estimado por Máxima Verosimilitud.

Al introducir la correlación entre los residuos de los ítems 4 y 9 mejoró considerablemente el ajuste (véase Figura 14). Esta correlación refleja el factor subyacente de tristeza que tendría un número insuficiente de indicadores para su especificación.

Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste se mantuvo por el estadístico chi-cuadrado con un intervalo de confianza de 99% ($\chi^2[19, N = 120] = 36.26, p = .01$). Por el análisis de muestreo repetitivo de Bollen-Stine se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste con una $p > .05$ ($p = 1799/2001 = .101$). El promedio del estadístico chi-cuadrado de las 2000 muestras extraídas fue 24.04 ($DE = 0.21$); con 19 grados de libertad se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p = .195$). De los nueve restantes índices cuatro reflejaron buen ajuste ($\chi^2/gl = 1.91, CFI = .92, FD = 0.30$ [$FD_{MI} = 1.95$] y $PNCP = 0.15$ [$PNCP_{MI} = 1.71$]) y cinco mostraron un ajuste adecuado ($GFI = .93, AGFI = .87, NFI = .84, RMS SR = .06, RMSEA = .09, IC 90\%: .04, .13, p = .08$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.68). Todos los parámetros fueron significativos tanto en la estimación directa como a través del muestreo repetitivo por el método de Máxima Verosimilitud. Los tamaños del efecto del factor de depresión sobre sus 8 indicadores varió de .31 a .75 con una media de .53, es decir, el tamaño del efecto promedio fue alto (de .50 a .69).

Se concluyó que el modelo unidimensional con 8 indicadores y una correlación entre los residuos de los ítems 4 y 9 fue el más adecuado para la escala de depresión por sus índices de ajuste y significación de parámetros.

Se calculó la potencia del contraste del modelo de 1 factor con 8 indicadores a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.087) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.247). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 19 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue casi unitaria ($\phi = .99$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:17 aproximadamente 7:1, lo que quedó dentro de un rango aceptable (de 5:1 a 10:1).

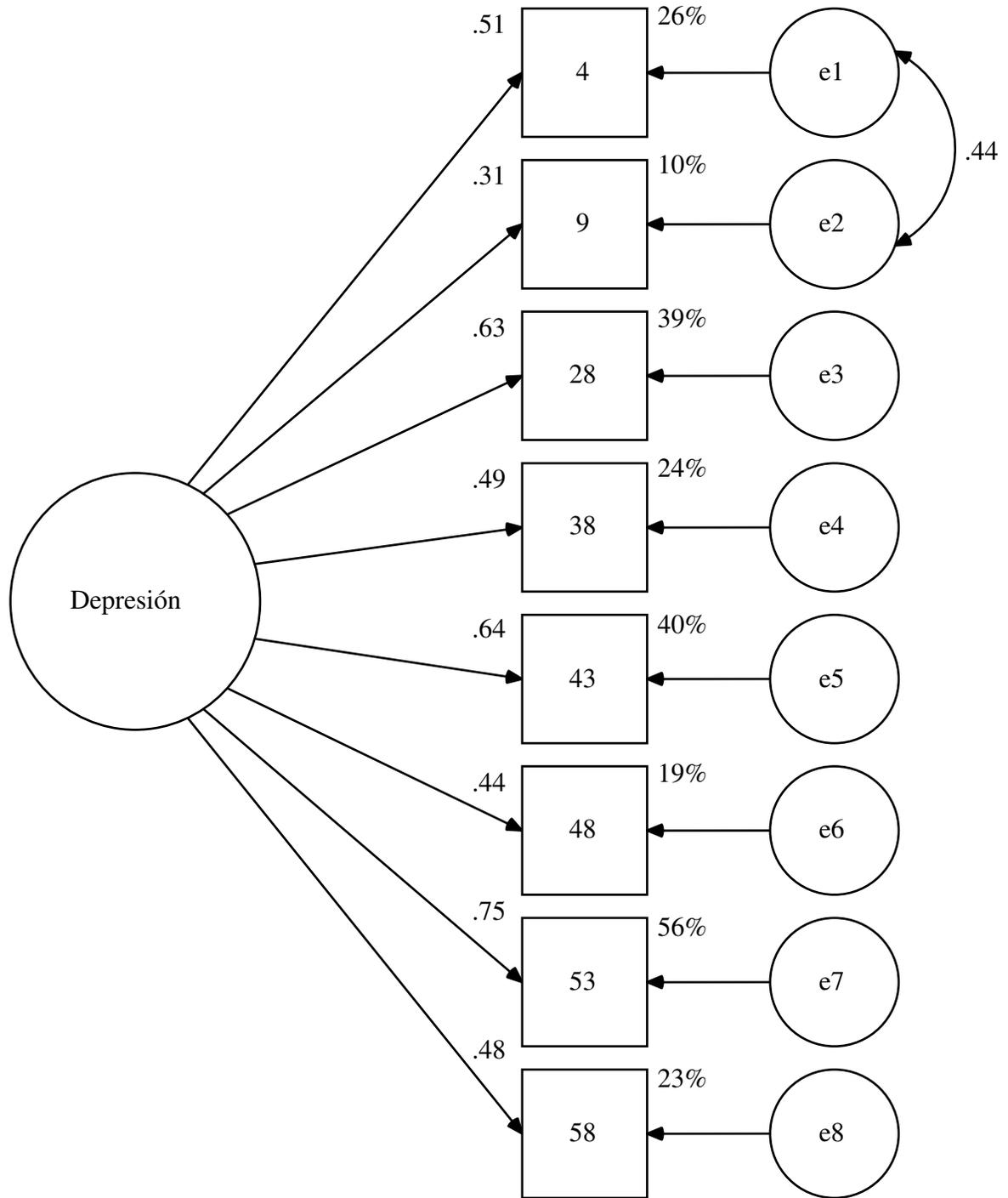


Figura 14. Modelo estandarizado de un factor con 8 indicadores estimado por Máxima Verosimilitud.

Subescala de aceptación.

La subescala de aceptación la integraron inicialmente 15 indicadores: ítems 5, 10, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59, 61, 63 y 65.

Los 15 ítems mostraron asimetría negativa (mayor concentración de valores por encima que por debajo de la media), así los valores de la mediana y moda quedaron por encima de los valores de las medias. De los 15 ítems, 6 fueron mesocúrticos (5, 19, 29, 39, 44 y 65) con valores de curtosis entre -0.88 y 0.88 (EE de C = 0.44) y 9 fueron apuntados (10, 14, 24, 34, 49, 54, 59, 61 y 63) con valores de curtosis mayores a 0.88. La media de los 15 ítems correspondió a 4.32 [IC 95%: 4.18, 4.46], el perfil promedio fue de asimetría negativa y apuntalamiento. Este perfil se encontró claramente en los ítems: 10, 14, 24, 34, 49, 54, 59, 61 y 63. El ítem 49 mostró asimetría negativa y apuntamiento muy fuertes, concentrándose las puntuaciones sobre todo en el valor 5, aunque sin llegar a ser un caso de efecto techo (véanse Tablas 45 y 46).

Tabla 45

Estadísticos descriptivos de la distribución de los ítems de la subescala de aceptación

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>	<i>DE</i>	<i>S</i>	<i>C</i>
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	3.90	4	5	1.22	-0.88	-0.11
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	4.17	5	5	1.20	-1.40	1.04
14 El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	4.51	5	5	0.97	-2.24	4.63
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	4.06	5	5	1.18	-1.07	0.10
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	4.33	5	5	1.00	-1.37	1.08
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	4.10	5	5	1.25	-1.23	0.46
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.	4.37	5	5	0.99	-1.47	1.33
39 Acepto con resignación la enfermedad.	4.06	5	5	1.28	-1.19	0.32
44 Tomo las cosas como son.	4.45	5	5	0.82	-1.19	0.15
49 Siento que voy a superar la enfermedad.	4.77	5	5	0.68	-3.70	15.43
54 El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	4.56	5	5	1.02	-2.46	5.17
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	4.46	5	5	0.99	-1.83	2.70
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	4.32	5	5	1.08	-1.55	1.52
63 Pienso que voy a salir pronto de esto.	4.63	5	5	0.79	-2.60	7.43
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	4.13	5	5	1.28	-1.35	0.62

Tabla 46

Distribución de frecuencias de los 15 ítems de la subescala de aceptación

Ítems	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	8 (6.7%)	6 (5.0%)	29 (24.2%)	24 (20.0%)	53 (44.2%)
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	8 (6.7%)	4 (3.3%)	17 (14.2%)	22 (18.3%)	69 (57.5%)
14 El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	4 (3.3%)	3 (2.5%)	8 (6.7%)	18 (15.0%)	87 (72.5%)
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	5 (4.2%)	11 (9.2%)	17 (14.2%)	26 (21.7%)	61 (50.8%)
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	2 (1.7%)	5 (4.2%)	19 (15.8%)	20 (16.7%)	74 (61.7%)
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	9 (7.5%)	4 (3.3%)	22 (18.3%)	16 (13.3%)	69 (57.5%)
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.	2 (1.7%)	5 (4.2%)	18 (15.0%)	17 (14.2%)	78 (65.0%)
39 Acepto con resignación la enfermedad.	10 (8.3%)	4 (3.3%)	22 (18.3%)	17 (14.2%)	67 (55.8%)
44 Tomo las cosas como son.	0 (0%)	2 (1.7%)	19 (15.8%)	22 (18.3%)	77 (64.2%)
49 Siento que voy a superar la enfermedad.	2 (1.7%)	0 (0%)	5 (4.2%)	10 (8.3%)	103 (85.8%)
54 El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	5 (4.2%)	4 (3.3%)	5 (4.2%)	11 (9.2%)	95 (79.2%)
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	3 (2.5%)	3 (2.5%)	16 (13.3%)	12 (10.0%)	86 (71.7%)
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	4 (3.3%)	6 (5.0%)	15 (12.5%)	18 (15.0%)	77 (64.2%)
63 Pienso que voy a salir pronto de esto.	2 (1.7%)	1 (0.8%)	8 (6.7%)	17 (14.2%)	92 (76.7%)
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	10 (8.3%)	5 (4.2%)	16 (13.3%)	17 (14.2%)	72 (60.0%)

La variable generada por la suma sin ponderar de los 15 ítems presentó ligera asimetría negativa ($S = -0.71$, $EE = 0.22$) y mesocurtosis ($C = -0.55$, $EE = 0.44$), ajuntándose a una curva normal ($DKSL = .13$, $p = .20$). El percentil 25 correspondió a 58.25 y el percentil 75 a 72. El grupo de puntuaciones altas en la escala quedó constituido por los participantes con puntuaciones mayores o iguales a 72 y el grupo de puntuaciones bajas por los participantes con puntuaciones menores o iguales a 58.25. Al comparar las medias de los 15 ítems entre los dos grupos, todos los ítems presentaron diferencias significativas. La diferencia promedio fue mayor que 1, salvo en los ítems 14, 49 y 63 que fue mayor que 0.5 (véase Tabla 47).

Tabla 47

Comparación de medias de los ítems entre los grupos de puntuaciones altas y bajas en la subescala de aceptación

Ítems	Levene		Student			DM
	F	p	t	gl	p	
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	21.83	<.01	8.44	31.77	<.01	1.85
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	28.84	<.01	9.64	30.05	<.01	2.01
14 El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	23.61	<.01	4.31	33.89	<.01	0.95
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	16.77	<.01	6.81	42.07	<.01	1.58
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	38.01	<.01	7.72	32.18	<.01	1.58
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	10.69	<.01	7.35	39.94	<.01	1.61
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.	37.96	<.01	7.78	34.31	<.01	1.65
39 Acepto con resignación la enfermedad.	15.41	<.01	7.18	38.22	<.01	1.63
44 Tomo las cosas como son.	22.01	<.01	6.02	46.92	<.01	1.06
49 Siento que voy a superar la enfermedad.	48.83	<.01	3.43	29	<.01	0.70
54 El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	82.69	<.01	4.78	29	<.01	1.20
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	89.99	<.01	5.98	29.86	<.01	1.37
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	51.20	<.01	9.03	29	<.01	1.93
63 Pienso que voy a salir pronto de esto.	107.37	<.01	4.68	29	<.01	0.77
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	72.33	<.01	9.20	29.79	<.01	2.21

Los valores de consistencia interna de los 15 ítems fueron altos ($\alpha = .851$). Con la eliminación del ítem 39 se incrementó ligeramente el valor del coeficiente alfa de Cronbach. Todas las correlaciones corregidas de los ítems con la escala (sin incluir el ítem en la escala) fueron significativas y variaron de .31 a .71. Los ítems 39 y 49 presentaron comunalidades menores que .30 (véase Tabla 48).

Tabla 48

Consistencia interna y comunalidades de los ítems de la subescala de aceptación

Ítems	r_c	α	h
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	.525**	.839	.479
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	.610**	.834	.555
14 El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	.315**	.850	.314
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	.455**	.844	.342
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	.621**	.835	.491
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	.491**	.842	.362
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.	.597**	.836	.495
39 Acepto con resignación la enfermedad.	.321**	.853	.206
44 Tomo las cosas como son.	.482**	.843	.369
49 Siento que voy a superar la enfermedad.	.311**	.850	.295
54 El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	.408**	.846	.432
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	.502**	.841	.524
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	.711**	.829	.702
63 Pienso que voy a salir pronto de esto.	.346**	.848	.331
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	.575**	.836	.496

ns $p > .05$, * $p < .05$, ** $p < .01$

Los ítems 39, 49 y 63 presentaron problemas de comunalidades y discriminación.

Once ítems cubrieron los requisitos de buenas propiedades psicométricas: 5, 10, 19, 24, 29, 34, 44, 54, 59, 61 y 65. También el ítem 14 tuvo buenas propiedades psicométricas con una diferencia de medias entre los grupos de puntuaciones altas y bajas significativa y próxima a 1.

Estos 12 ítems cubrieron bien el contenido de aceptación y se procedió a explorar su estructura factorial.

Siguiendo el criterio de expectativa, se explicó el 38.98% de la varianza total con un componente, y todos los ítems, salvo el ítem 14, presentaron saturaciones mayores que .40 en el mismo. Al eliminar el ítem 14, la varianza total explicada aumentó a 41.48%, y todos los ítems presentaron saturaciones mayores que .40 en el mismo (véase Tabla 49). La consistencia interna también se incrementó ligeramente de .851 a .852. Ya que el objetivo es definir una estructura unidimensional se excluyó el ítem 14, quedando finalmente 11 ítems seleccionados.

Tabla 49
Matriz de componentes

Ítems	C1
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	.804
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	.699
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	.695
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.	.694
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	.681
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	.647
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	.627
44 Tomo las cosas como son.	.595
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	.578
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	.566
54 El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	.423

Método de extracción: Componentes principales.

Excluido el ítem 14, tres de los once autovalores fueron mayores que 1, por lo que el número de componentes fue tres por el criterio de Kaiser, explicándose el 62.06% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente quedó conformado por 5 indicadores (ítems 5, 10, 19, 24 y 34), su consistencia interna fue alta ($\alpha = .78$) y por su contenido se interpretó como adaptación positiva a la enfermedad. El segundo componente quedó conformado por 5 indicadores (ítems 29, 44, 59, 61 y 65), su consistencia interna también fue alta ($\alpha = .78$) y por su contenido se interpretó como actitud positiva ante la enfermedad. El tercer componente quedó conformado únicamente por el ítem 54 de apoyo de los seres queridos (véase Tabla 50). Los dos primeros componentes tuvieron una correlación significativa, directa y moderada ($r = .46$, $p < .01$). El tercer componente fue independiente del primero y segundo (véase Tabla 51). La solución de tres factores se descartó debido a que el último factor quedó definido por un número insuficiente de indicadores.

Tabla 50
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes		
	1	2	3
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	.829		
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	.805		
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	.641		
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	.603		
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.	.476		

61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	.797	
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	.794	
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	.666	
44 Tomo las cosas como son.	.656	
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	.533	
54 El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.		.804

Método de extracción: Componentes principales. Método de rotación: Oblimin directo. La rotación convergió en 26 iteraciones.

Tabla 51
Correlación entre los tres componentes

Componentes	1	2
2	.458**	
3	.041	.078

Método de extracción: Componentes principales. Método de rotación: Oblimin directo. La rotación convergió en 26 iteraciones.

Al observar que el tercer componente tuvo un único indicador se forzó la solución a dos factores que explicaron el 52.06% de la varianza total. El primer componente quedó configurado por siete indicadores (ítems 5, 10, 19, 24, 34, 61 y 65), con consistencia interna alta ($\alpha = .84$) y por su contenido se interpretó como adaptación positiva a la enfermedad. El segundo componente quedó conformado por cuatro indicadores (ítems 29, 44, 54 y 59), con consistencia interna aceptable ($\alpha = .66$) y por su contenido se interpretó como actitud positivo ante la enfermedad (véase Tabla 52). La correlación entre los dos factores fue significativa, directa y moderada ($r = .44, p < .01$). En comparación con la solución anterior se agregaron los ítems 61 y 65 al primer componente y el ítem 54 al segundo.

Tabla 52
Matriz de patronos

Ítems	Componentes	
	1	2
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	.848	
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	.788	
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	.694	
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	.629	
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	.619	
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	.554	
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.	.509	

44 Tomo las cosas como son.	.744
54 El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	.733
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	.657
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	.491

Método de extracción: Componentes principales. Método de rotación: Oblimin directo. La rotación convergió en 6 iteraciones.

Excluido el ítem 14, el punto de intersección entre la curva de sedimentación de datos observados y la generada correspondiente al percentil 95 se ubicó en 1.45. Por encima quedó el primer autovalor de la curva de sedimentación de datos observados ($\lambda = 4.56$) y por debajo el segundo autovalor ($\lambda = 1.16$); por lo tanto, el número de componentes por el criterio de Horn fue 1 para los 11 ítems seleccionados de aceptación (véase Figura 15).

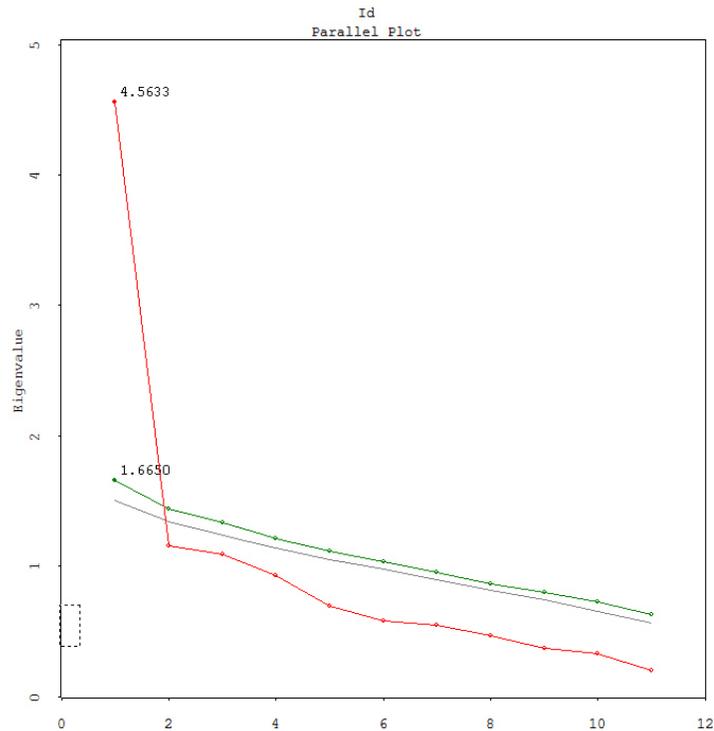


Figura 15. Grafico del análisis paralelo de Horn.

Al aplicar el análisis del valor mínimo del promedio de las correlaciones parciales de Velicer, el número de factores fue 1 para los 11 ítems seleccionados. El promedio de las correlaciones al cuadrado fue 0.136, el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando el primer componente fue 0.034 y el promedio de las correlaciones al cuadrado parcializando los dos primeros componentes fue 0.047. El

valor mínimo se alcanzó en la primera parcialización, de ahí que el número de componentes fue 1 por el criterio de Velicer (véase Tabla 53).

Tabla 53
Correlaciones para el cálculo de criterio de Velicer

Ítems		r	r^2	$r_{p[C1]}$	$r_{p[C1]}^2$	$r_{p[C1, C2]}$	$r_{p[C1, C2]}^2$
5	10	.581	.338	.257	.066	-.032	.001
	19	.453	.205	.153	.023	.006	.000
	24	.352	.124	-.132	.017	-.279	.078
	29	.194	.038	-.265	.070	-.026	.001
	34	.370	.137	-.117	.014	-.133	.018
	44	.248	.062	-.200	.040	.141	.020
	54	.235	.055	-.043	.002	.365	.133
	59	.332	.110	-.124	.015	.016	.000
	61	.323	.104	-.390	.152	-.408	.166
10	65	.347	.120	-.158	.025	-.377	.142
	19	.390	.152	-.009	.000	-.218	.048
	24	.419	.176	-.111	.012	-.279	.078
	29	.342	.117	-.107	.011	.229	.052
	34	.343	.118	-.277	.077	-.331	.110
	44	.300	.090	-.201	.040	.194	.038
	54	.088	.008	-.321	.103	.015	.000
	59	.333	.111	-.219	.048	-.083	.007
	61	.535	.286	-.064	.004	-.025	.001
19	65	.467	.218	-.038	.001	-.262	.069
	24	.397	.158	.019	.000	-.045	.002
	29	.149	.022	-.264	.070	-.144	.021
	34	.317	.100	-.127	.016	-.132	.017
	44	.268	.072	-.103	.011	.092	.008
	54	.279	.078	.054	.003	.296	.088
	59	.294	.086	-.115	.013	-.037	.001
	61	.280	.078	-.355	.126	-.349	.122
	65	.272	.074	-.205	.042	-.323	.104
24	29	.371	.138	-.039	.002	.073	.005
	34	.556	.309	.158	.025	.162	.026
	44	.272	.074	-.226	.051	-.131	.017
	54	.233	.054	-.083	.007	.051	.003
	59	.215	.046	-.405	.164	-.371	.138
	61	.479	.229	-.158	.025	-.145	.021
	65	.439	.193	-.067	.004	-.139	.019
	34	.368	.135	-.057	.003	-.067	.004
	44	.349	.122	.008	.000	-.402	.162
29	54	.305	.093	.081	.007	-.298	.089
	59	.391	.153	.027	.001	-.127	.016
	61	.397	.158	-.139	.019	-.203	.041
	65	.284	.081	-.200	.040	-.062	.004
	44	.291	.085	-.211	.045	-.265	.070
	54	.327	.107	.050	.003	.060	.004
	59	.290	.084	-.291	.085	-.304	.092

	61	.507	.257	-.120	.014	-.121	.015
	65	.468	.219	-.028	.001	-.029	.001
44	54	.371	.138	.164	.027	-.290	.084
	59	.450	.203	.107	.011	-.072	.005
	61	.482	.232	.008	.000	-.046	.002
	65	.255	.065	-.275	.076	-.124	.015
54	59	.170	.029	-.151	.023	-.405	.164
	61	.204	.042	-.253	.064	-.373	.139
	65	.123	.015	-.264	.070	-.109	.012
59	61	.617	.381	.214	.046	.202	.041
	65	.416	.173	-.062	.004	.023	.001
61	65	.646	.417	.203	.041	.239	.057
Media		0.136		0.034		0.047	

r = correlación producto momento de Pearson, r^2 = correlación al cuadrado, $r_{p[C1]}$ = correlación parcializando el primer componentes, $r_{p[C1]}^2$ = correlación al cuadrado parcializando el primer componente, $r_{p[C1, C2]}$ = correlación parcializando los dos primeros componentes, y $r_{p[C1, C2]}^2$ correlación al cuadrado parcializando los dos primeros componentes.

Por el criterio de Kaiser el número de componentes de la subescala de aceptación correspondió a tres; sin embargo, la solución de tres factores se descartó por número insuficiente de indicadores para el tercer factor. Los dos criterios matemáticos (Horn y Velicer) coincidieron con el número de factores esperados que fue 1. El número de dos factores no cuenta con un criterio de justificación, ya sea por un criterio pragmático, como el de Kaiser, o matemático, como los de Horn y Velicer. Uno de los factores mostró consistencia interna menor que .70 y la interpretación de los mismos resulta algo forzada, teniendo contenidos muy semejantes que reflejan unidimensionalidad. Por lo tanto, al igual que la solución de tres factores, esta estructura bifactorial fue excluida.

Por análisis factorial confirmatorio se contrastó un modelo unidimensional con 11 indicadores (véase Figura 16). La curtosis multivariada de Mardia fue de 71.55 (Razón Crítica = 23.17), lo que indicó desviación de la normalidad multivariada. Se optó por el método de máxima verosimilitud al ser robusto a la violación del supuesto. No obstante, se aplicó el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine para contrastar la bondad de ajuste no solo por el incumplimiento de supuesto de normalidad multivariada, sino también por el tamaño de muestra limitado ($N=120$).

Se extrajeron 2000 muestras siguiendo las sugerencias de Nevitt y Hancock (2001). Por el primer método de minimización (rápido y confiable) se obtuvieron las 2000 muestras. Estas 2000 muestras fueron extraídas de una matriz de varianza-

covarianzas transformada para lograr un ajuste perfecto al modelo (Bollen & Stine, 1992).

El ajuste del modelo de 1 factor en 1,980 muestras extraídas de la muestra transformada fue mejor que el ajuste en la matriz de los datos observados, en 0 muestras fue equivalente y en 20 fue peor. Así se rechazó la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p = 20/2001 = .010$). El valor promedio de los estadísticos chi-cuadrado que compararon la bondad de ajuste del modelo implicado en las 2000 muestras extraídas fue 68.44 ($EE = 0.48$); con este valor promedio, al ser 44 grados de libertad (número de momentos – número de parámetros a estimar = $66 - 22 = 44$) se rechazaría la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p = .011$), lo que refuerza la afirmación de mal ajuste del modelo unidimensional con 11 indicadores

Desde los datos observados la hipótesis nula de bondad de ajuste no se sostuvo por el estadístico chi-cuadrado ($\chi^2[44, N = 120] = 129.52, p < .01$). Cuatro índices reflejaron un ajuste adecuado ($\chi^2/gf = 2.94, FD = 1.09 [FD_{MI} = 4.17], PNCP = 0.72 [PNCP_{MI} = 3.71]$ y RMS SR = .08), y cinco malo (GFI = .84, AGFI = .76, NFI = .74, CFI = .81, RMSEA = .13, IC 90%: .10, .15, $p < .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.80). En general, el balance fue de mal ajuste.

Todos los parámetros fueron significativos en la estimación por ML. En el método de muestreo repetitivo (2000 muestras e intervalo de confianza de 95%) por el método de percentiles y el de percentiles corregidos de sesgo todos los parámetros también fueron significativos.

Considerando que el ítem con menor porcentaje de varianza explicada (menor del 20%) fue el ítem 54 y que éste definió un único factor en la solución tridimensional en el análisis factorial exploratorio, se decidió eliminarlo. El modelo de un factor con 10 indicadores mejoró el ajuste ($\Delta\chi^2[44 - 35 = 9] = 129.52 - 103.24 = 26.28, p = .002$). Por el procedimiento de Bollen Stine se rechazó la bondad de ajuste ($p = 11/2001 = .006$) y el promedio de los estadísticos chi-cuadrado que compararon la bondad de ajuste del modelo unidimensional con 10 indicadores en las 2000 muestras extraídas fue de 50.86 ($DE = 0.37$). Con 35 grados de libertad (número de momentos – número de parámetros a estimar = $55 - 20 = 35$), no se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste para este

valor promedio ($p = .041$). Dos índices mostraron buen ajuste ($FD = 0.87$ [$FD_{MI} = 3.85$] y $PNCP = 0.57$ [$PNCP_{MI} = 3.47$]), cuatro reflejaron un ajuste adecuado ($\chi^2/gf = 2.95$, $GFI = .86$, $CFI = .84$ y $RMS\ SR = .08$) y tres exhibieron un ajuste malo ($AGFI = .77$, $NFI = .78$ y $RMSEA = .13$, IC 90%: .10, .16, $p < .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.78). No obstante, sí se observa mejoría respecto al modelo de 11 indicadores.

Tras revisar los índices de modificación, se introdujeron tres correlaciones entre residuos: e1-e2, e1-e3 y e4-e8 (véase Figura 17), la bondad de ajuste se mantuvo procedimiento de Bollen Stine ($p = 303/2001 = .152$). El promedio de los estadísticos chi-cuadrado que compararon la bondad de ajuste del modelo unidimensional con 10 indicadores y tres correlaciones entre residuos en las 2000 muestras extraídas fue de 45.73 ($DE = 0.35$). Con 32 grados de libertad (número de momentos – número de parámetros a estimar = $55 - 23 = 32$), se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p = .055$) para este estadístico promedio.

Cuatro índices mostraron buen ajuste ($\chi^2/gf = 1.94$, $FD = 0.52$ [$FD_{MI} = 3.85$] y $PNCP = 0.25$ [$PNCP_{MI} = 3.47$] y $CFI = .93$) y cinco reflejaron un ajuste adecuado ($GFI = .91$, $AGFI = .85$, $NFI = .87$, $RMS\ SR = .06$ y $RMSEA = .09$, IC 90%: .05, .12, $p = .03$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue alta (0.71). Por el estadístico chi-cuadrado sensible al incumplimiento del supuesto de normalidad multivariada no se mantuvo la bondad de ajuste ($\chi^2[32] = 62.05$, $p = .001$), pero sí por el procedimiento de Bollen-Stine.

La correlación entre los residuos e1-e2 y e1-e3 refuerzan el contenido de aceptación de la enfermedad que se observó en el primer factor de la solución bi y tridimensional. La correlación entre los residuos e4-e8 parece hacer referencia a un aspecto de aprender algo nuevo de la vida a raíz de sufrir la enfermedad. Serían aspectos subyacentes a la varianza residual del factor general.

Todos los parámetros de este modelo con correcciones fueron significativos. Los tamaños del efecto del factor sobre sus 10 indicadores variaron de .44 a .84 con una media de .61, es decir, el tamaño del efecto estandarizado fue grande (.50 a .69).

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de 1 factor con 10 indicadores a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis

nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.089) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.278). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 32 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:23 aproximadamente 5:1, lo que quedó en torno a un valor mínimo.

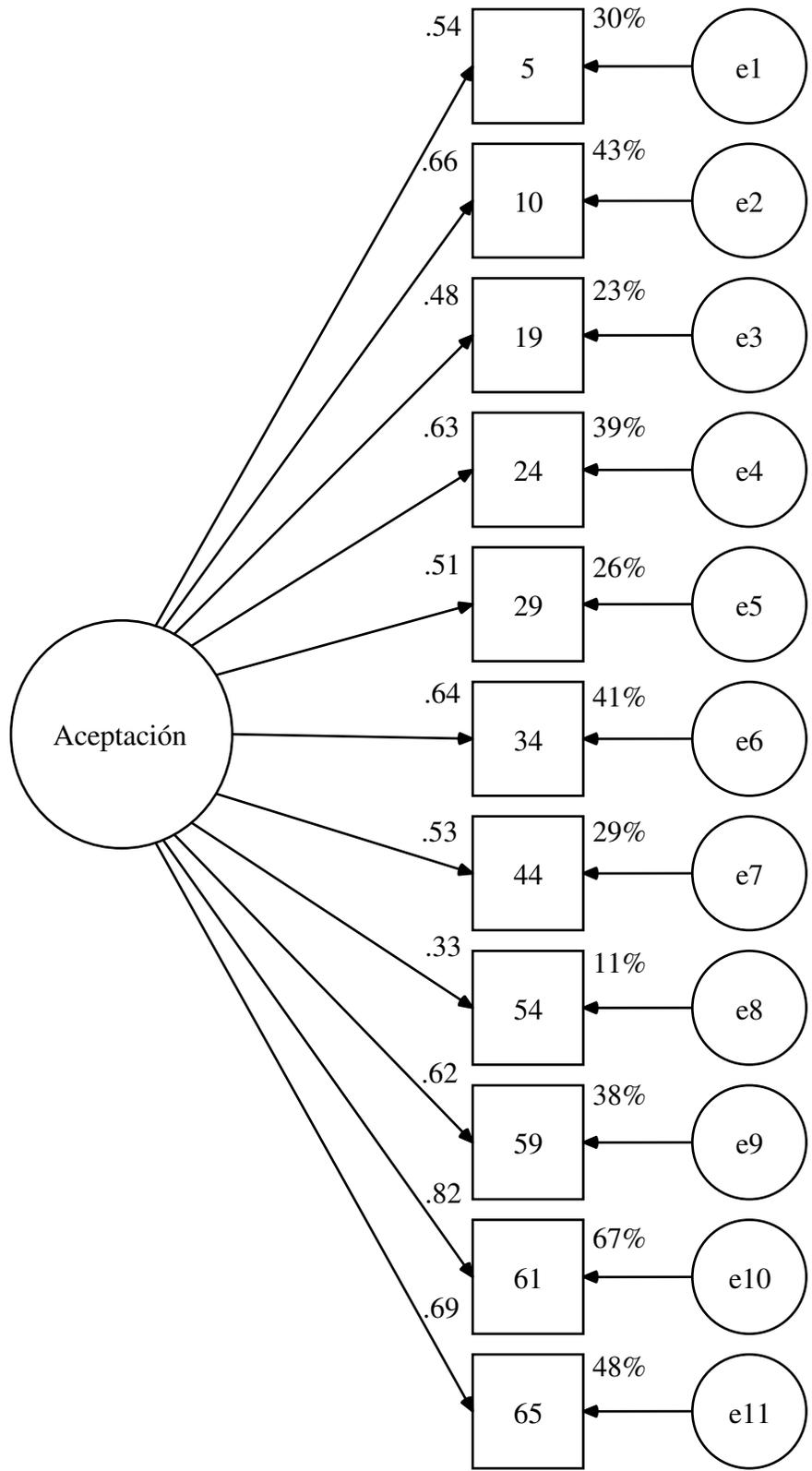


Figura 16. Modelo estandarizado de un factor con 11 indicadores.

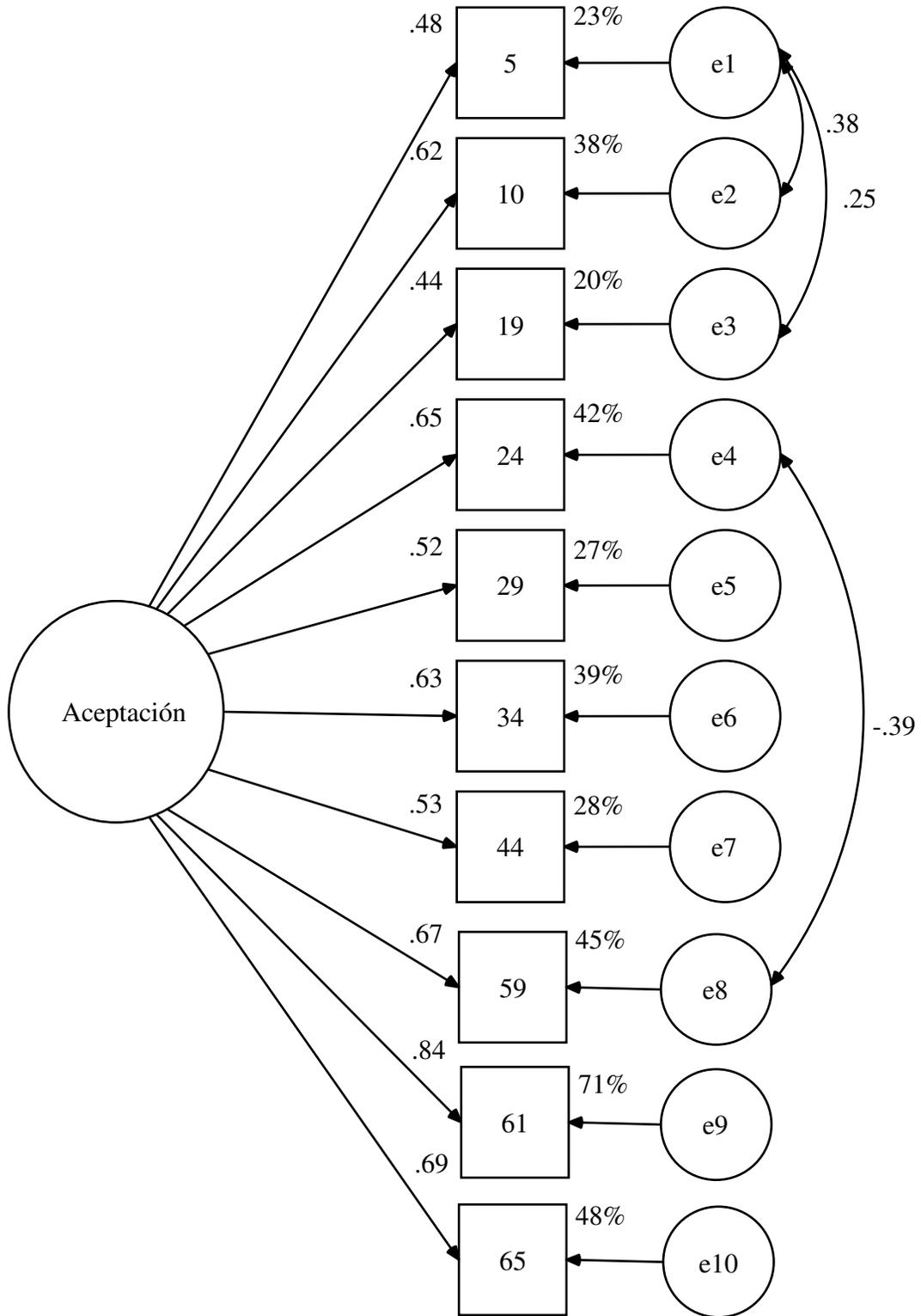


Figura 17. Modelo estandarizado de un factor con 10 indicadores y tres correlaciones entre residuos.

Enfoque analítico factorial para el conjunto de ítems

Tras la eliminación de 20 ítems en los análisis previos, buscando un factor general para cada una de las 5 etapas de duelo (ítems 1, 13, 14, 16, 18, 20, 23, 25, 26, 30, 33, 35, 39, 40, 47, 49, 54, 56, 63 y 66), la escala quedó reducida a 46 ítems. Las fases de negación, aceptación y depresión sí se definieron como unidimensional, pero las etapas de pacto e ira fueron bidimensionales.

En los siguientes análisis se ignoró el factor de ira general con 3 indicadores (ítems 2, 7 y 11), debido a que no aportaba información adicional al factor de ira hacia objetos específicos con mayor validez de contenido. No obstante, sí se consideró que el factor de fe y esperanza posee un contenido diferencial de los ítems de pacto y es un aspecto relevante en el contenido temático en la situación de duelo ante la pérdida de salud. Por este motivo se mantuvieron los 4 ítems del factor de fe y esperanza en la escala, aunque en el segundo objetivo sobre el contraste del modelo secuencial se ignoraron. De este modelo la escala quedó reducida a 43 ítems.

Se aplicó el análisis paralelo de Horn a los 43 ítems seleccionados (3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, y 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64 y 65). Los autovalores se extrajeron desde las matrices de correlación por Ejes Principales. El punto de corte se ubicó en 1.33 (quinto autovalor de la matriz de correlaciones de muestra creada, cuya curva de sedimentación corresponde al percentil 95 con base en su pendiente), quedando 5 autovalores observados por encima (7.81, 5.30, 2.69, 1.87 y 1.53). Así el número de factores por el criterio de Horn fue 5 (véase Tabla 54 y Figura 18).

Tabla 54
Análisis paralelo de Horn de los 43 ítems por Ejes principales.

Autovalores	Observado	<i>M</i>	Percentil 95
1	7.81	1.73	1.93
2	5.30	1.57	1.72
3	2.69	1.45	1.55
4	1.87	1.33	1.44
5	1.53	1.24	1.33
6	1.17	1.15	1.23

Modelo: análisis factorial de la matriz de correlación. Método: simulación de datos normales, Número de muestras simuladas: 100, Percentil de autovalores: 95.

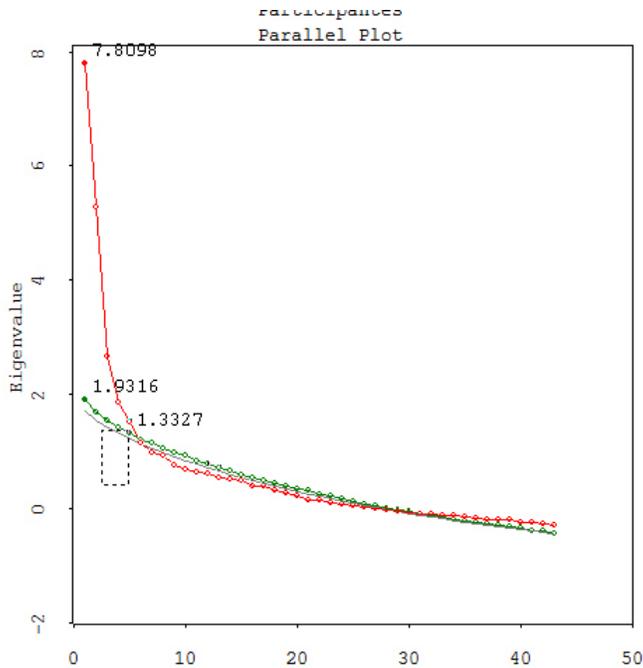


Figura 18. Gráfico del análisis paralelo de Horn. La curva de sedimentación que alcanza más altura corresponde a los autovalores de la muestra observada, la segunda en altura al percentil 95 de las 100 muestras creadas y la tercera al percentil 50 de las 100 creadas.

Al realizar el análisis factorial exploratorio por Ejes Principales, forzándolo a 5 factores se explicó el 42.55% de la varianza total. Tras la rotación no ortogonal por el método oblimín, se definió un primer factor de disforia o malestar emocional que combina todos los ítems de ira (6 ítems: 21, 31, 36, 41, 46 y 51) y de depresión (8 ítems: 4, 9, 28, 38, 43, 48, 53 y 58), y un ítem de negación (ítem: 50). El ítem 50 tuvo una saturación más alta en el primer factor de disforia (.47) y su segunda saturación más alta fue en el factor de negación, en el cual se esperaba. Al calcular el valor de consistencia interna de los 12 ítems de disforia el valor fue de .85, al incluir el ítem 50 de negación el valor del coeficiente alfa de Cronbach aumentó ligeramente ($\alpha = .86$). El segundo factor agrupó los siete ítems de pacto (ítems: 3, 8, 12, 17, 22, 27 y 52), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .83$). El tercer factor agrupó los ítems de aceptación (ítems: 5, 10, 19, 24, 29, 34, 44, 59, 61 y 65). Sin embargo, el ítem 19 tuvo su saturación más alta en el factor de fe y esperanza (.46) y su segunda saturación más alta en el factor de aceptación (.40), en el cual se esperaba. Al incluir el ítem 19 en el cálculo de la consistencia interna del factor de aceptación, el valor del coeficiente alfa de Cronbach

aumenta ligeramente de .849 a .853. El cuarto factor agrupó los ítems de negación (ítems: 6, 15, 45, 55, 60, 62 y 64), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .72$). Al incluir el ítem 50, que tuvo su segunda saturación más alta en este factor en el cual era esperado, la consistencia interna aumentó ($\alpha = .73$). El quinto factor agrupó los ítems de fe y esperanza (ítems: 32, 37, 42 y 57), y un ítem de aceptación (ítem: 19). Al incluir el ítem 19 de aceptación en el cálculo de la consistencia interna del factor de fe y esperanza, el valor del coeficiente alfa de Cronbach descendió dramáticamente de .80 a .60 (véase Tabla 55).

Tabla 55
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes				
	1	2	3	4	5
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	.765				
36 Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	.729				
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	.690				
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	.642				
53 Siento que se me acaban las fuerzas.	.580				
4 Me siento triste.	.560				
31 Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	.502				
38 Tengo pensamientos negativos.	.468				
46 Pienso por qué a mí.	.467				-0.387
50 Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	.466				-0.353
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	.439				-0.403
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	.406				
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	.397				
9 Lloro más de lo que solía llorar.	.362	.351			
43 No tengo ganas de hacer nada.					
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.			.764		
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.			.694		
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.			.676		
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.			.602		
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.			.535		
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.			.480		
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.			.429		
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).				.812	
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.				.710	
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.				.698	
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.				.653	
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.				.649	
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.				.556	
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.				.530	
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.				.500	
44 Tomo las cosas como son.				.407	

64 No puedo creer que tenga esta enfermedad.			-.587
45 Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	.318		-.473
60 Me siento mejor al negar la enfermedad.		.351	-.447
55 Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.		-.307	-.421
15 No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.			-.392
62 No quiero enterarme de lo que me sucede.			-.392
6 Niego completamente que estoy enferma(o).	.306		-.372
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.			.617
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.			.599
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.			.544
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.			.474
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.		.404	-.460

Método de extracción: Ejes Principales. Método de extracción: Oblimin. La rotación convergió en 17 iteraciones.

Si se fuerza la solución a 6 factores conforme a la expectativa, si se logra separar el factor de disforia en ira y depresión. Al extraer por Ejes Principales 6 factores se explicó el 45.21% de la varianza total. Tras la rotación no ortogonal por el método oblimín, se definió un primer factor conformado por todos los ítems de ira, y 3 ítems de depresión (ítems: 4, 38 y 48) y un ítem de negación (ítem: 50). Al calcular el valor de consistencia interna de los 6 ítems de ira el valor fue de .821, al incluir los ítems de depresión y el negación el valor del coeficiente alfa de Cronbach aumentó ($\alpha = .850$). El segundo factor agrupó los siete ítems de pacto (ítems: 3, 8, 12, 17, 22, 27 y 52), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .825$), y un ítem de depresión (ítem: 9), al incluir el ítem de depresión la consistencia interna disminuyó ($\alpha = .815$). El tercer factor agrupó los 10 ítems de aceptación (ítems: 5, 10, 19, 24, 29, 34, 44, 59, 61 y 65). El valor de consistencia interna fue alto .853. El cuarto factor agrupó los ítems de negación (ítems: 6, 15, 45, 55, 60, 62 y 64), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .719$). Al incluir el ítem 50, el cual tuvo su segunda saturación más alta en este factor en el que era esperado, la consistencia interna aumentó ($\alpha = .73$). El quinto factor agrupó los cuatro ítems de fe y esperanza (ítems: 32, 37, 42 y 57), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .801$). El sexto factor agrupó los ítems de depresión (ítems: 28, 43, 53 y 58), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .729$). Los ítems 4, 38 y 48 se agruparon en el primer factor de ira, y el ítem 9 que se agrupó en el segundo factor de pacto cuando se esperaba que se agruparan en el factor de depresión (véase Tabla 56).

Tabla 56
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	.839					
36 Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	.755					
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	.659					
46 Pienso por qué a mí.	.629					
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	.559					
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	.494			-	.350	
4 Me siento triste.	.439			.302		
31 Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	.405					
38 Tengo pensamientos negativos.	.355					
50 Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	.351			-	.328	
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.		.741				
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.		.695				
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.		.682				
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.		.583				
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.		.516				
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.		.452				
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.		.407				
9 Lloro más de lo que solía llorar.	.337	.338				
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).			.757			
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.			.706			
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.			.695			
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.			.654			
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.			.610			
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.			.594			
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.			.440			-
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.			.428		-	.319
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.			.374		.410	
44 Tomo las cosas como son.			.335			
64 No puedo creer que tenga esta enfermedad.				-	.540	
60 Me siento mejor al negar la enfermedad.		.342		-	.462	
62 No quiero enterarme de lo que me sucede.				-	.415	
15 No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.				-	.415	
45 Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	.349			-	.410	
55 Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.				-		

	.407
6 Niego completamente que estoy enferma(o).	-
	.398
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	.652
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	.619
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.	.513
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.	.504
43 No tengo ganas de hacer nada.	.685
53 Siento que se me acaban las fuerzas.	.638
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	.546
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	.371

Método de extracción: Ejes Principales. Método de extracción: Oblimin. La rotación convergió en 16 iteraciones.

En ambas soluciones (con 5 y 6 factores), el ítem 50 mostró problemas en la saturación y al no agruparse en el factor esperado de negación. Por lo tanto, se eliminó el ítem 50. En la solución de 6 factores, los ítems 4, 9, 38 y 48 también mostraron problemas al no agruparse en el factor esperado de depresión.

Al extraer 5 factores por Ejes Principales sin el ítem 50 se explicó el 42.54% de la varianza total. Tras la rotación no ortogonal por el método oblimín, se definió un primer factor que agrupó los 6 ítems de ira (21, 31, 36, 41, 46 y 51), y 7 ítems de depresión (4, 9, 28, 38, 48, 53 y 58). El ítem 43 de depresión tuvo una carga menor a .30. Por su contenido se le denominó disforia, el valor de consistencia interna de los 13 ítems fue alto ($\alpha = .805$). El segundo factor agrupó los 7 ítems de pacto, el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .825$). El tercer factor agrupó los ítems de aceptación (ítems: 5, 10, 19, 24, 29, 34, 44, 59, 61 y 65). Sin embargo, el ítem 19 tuvo su saturación más alta en el factor de fe y esperanza (-.46) y su segunda saturación más alta en el factor de aceptación (.41), en el cual se esperaba. Al incluir el ítem 19 de aceptación en el cálculo de la consistencia interna, el valor del coeficiente alfa de Cronbach aumentó ligeramente de .849 a .853. El cuarto factor agrupó los 7 ítems de negación (ítems: 6, 15, 45, 55, 60, 62 y 64), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .72$). El quinto factor agrupó los ítems de fe y esperanza (ítems: 32, 37, 42 y 57), y un ítem de aceptación (ítem: 19). Al incluir el ítem 19 de aceptación en el cálculo de la consistencia interna de fe y esperanza, el valor del coeficiente alfa de Cronbach descendió dramáticamente de .80 a .60, por lo tanto el ítem 19 debe considerarse como un indicador de aceptación y no de fe y esperanza (véase Tabla 57).

Tabla 57
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes				
	1	2	3	4	5
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	.764				
36 Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	.732				
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	.692				
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	.643				
53 Siento que se me acaban las fuerzas.	.583				
4 Me siento triste.	.555				
31 Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	.494				
38 Tengo pensamientos negativos.	.470				
46 Pienso por qué a mí.	.463			-.399	
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	.436			-.419	
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	.396				
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	.395				
9 Lloro más de lo que solía llorar.	.365	.343			
43 No tengo ganas de hacer nada.					
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.		.771			
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.		.716			
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.		.697			
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.		.587			
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.		.525			
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.		.463			
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.		.417			
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).			.807		
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.			.702		
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.			.695		
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.			.655		
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.			.644		
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.			.559		
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.			.534		
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.			.499		
44 Tomo las cosas como son.			.407		
64 No puedo creer que tenga esta enfermedad.				-.596	
60 Me siento mejor al negar la enfermedad.		.316		-.474	
45 Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	.311			-.473	
55 Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.				-.434	
15 No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.				-.399	
Dn6 Niego completamente que estoy enferma(o).				-.387	
62 No quiero enterarme de lo que me sucede.				-.384	
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.					.624
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.					.606
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.					.549
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.					.485
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.			.408		-.455

Método de extracción: Ejes Principales. Método de extracción: Oblimin. La rotación convergió en 13 iteraciones.

Al extraer 6 factores conforme a la expectativa, nuevamente se logró separar el factor de disforia en ira y depresión. Con 6 factores se explicó el 45.21% de la varianza total. Tras la rotación no ortogonal por el método oblimín, se definió un primer factor conformado por todos los ítems de ira, y 3 ítems de depresión (ítems: 4, 38 y 48). Al calcular el valor de consistencia interna de los 6 ítems de ira el valor fue de .821, al incluir los tres ítems de depresión aumentó ligeramente ($\alpha = .838$). El segundo factor agrupó los siete ítems de pacto (ítems: 3, 8, 12, 17, 22, 27 y 52), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .825$), y un ítem de depresión (ítem 9), al incluir el ítem de depresión la consistencia interna disminuyó ($\alpha = .815$). El tercer factor agrupó los 10 ítems de aceptación (ítems: 5, 10, 19, 24, 29, 34, 44, 59, 61 y 65). El valor de consistencia interna fue alto .853. El cuarto factor agrupó los ítems de negación (ítems: 6, 15, 45, 55, 60, 62 y 64), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .719$). El quinto factor agrupó los cuatro ítems de fe y esperanza (ítems: 32, 37, 42 y 57), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .801$). El sexto factor agrupó los ítems de depresión (ítems: 28, 43, 53 y 58), el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .729$). Los ítems 4, 38 y 48 se agruparon en el primer factor de ira, y el ítem 9 que se agrupó en el segundo factor de pacto cuando se esperaba que se agruparan en el factor de depresión (véase Tabla 58).

Tabla 58
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	.837					
36 Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	.754					
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	.659					
46 Pienso por qué a mí.	.625					
48 Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	.562					
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.	.493			-		
4 Me siento triste.	.441			.355		
31 Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	.404			.306		
38 Tengo pensamientos negativos.	.361					
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.		.753				
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.		.706				
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.		.699				

8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.		.576	
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.		.510	
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.		.445	
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.		.402	
9 Lloro más de lo que solía llorar.	.336	.341	
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).		.752	
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.		.704	
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.		.688	
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.		.651	
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.		.611	
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.		.602	
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.		.438	-
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.		.432	.322
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.		.368	-
44 Tomo las cosas como son.		.333	.408
64 No puedo creer que tenga esta enfermedad.		-	
		.545	
60 Me siento mejor al negar la enfermedad.	.305	-	
		.491	
15 No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.		-	
		.425	
55 Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.		-	
		.421	
6 Niego completamente que estoy enferma(o).		-	
		.415	
62 No quiero enterarme de lo que me sucede.		-	
		.410	
45 Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	.350	-	
		.401	
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.			.649
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.			.617
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.			.514
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.			.507
43 No tengo ganas de hacer nada.			.673
53 Siento que se me acaban las fuerzas.			.656
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).			.529
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.			.375

Método de extracción: Ejes Principales. Método de extracción: Oblimin. La rotación convergió en 14 iteraciones.

Se decidió eliminar los 4 ítems de depresión que no saturaban en el factor esperado (ítems 4, 9, 38 y 48). Así, la escala quedó reducida a 38 ítems. Al aplicar el análisis paralelo de Horn con extracción factorial (ejes principales). El séptimo autovalor de la curva de sedimentación corresponde al percentil 95 de las 100 (1) creadas quedó por encima del sexto autovalor de la curva de sedimentación de los autovalores

observados (0.90), así por el criterio de Horn serían 6 factores (véase Tabla 59 y Figura 19). Este número de factores también fue indicado por el criterio de Kaiser.

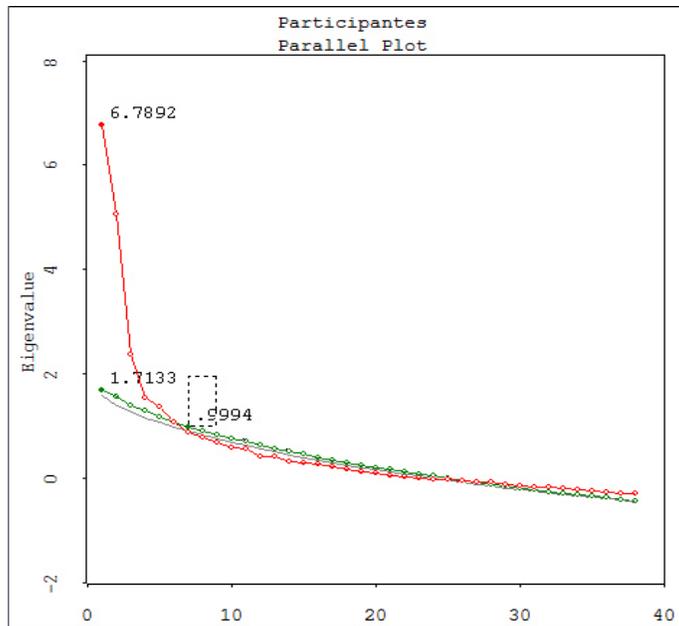


Figura 19. Gráfico del análisis paralelo de Horn. La curva de sedimentación que alcanza más altura corresponde a los autovalores de la muestra observada, la segunda en altura al percentil 95 de las 100 muestras creadas y la tercera al percentil 50 de las 100 creadas.

Tabla 59

Análisis paralelo de Horn de los 38 ítems por Ejes principales.

Autovalores	Observado	<i>M</i>	Percentil 95
1	6.79	1.59	1.71
2	5.07	1.42	1.58
3	2.39	1.29	1.42
4	1.55	1.17	1.31
5	1.39	1.09	1.19
6	1.10	0.99	1.09
7	0.90	0.92	0.99

Modelo: análisis factorial de la matriz de correlación. Método: simulación de datos normales, Número de muestras simuladas: 100, Percentil de autovalores: 95.

Al extraer 6 factores por Ejes Principales con los 38 ítems seleccionados, se explicó el 46.46% de la varianza total. Tras la rotación no ortogonal por el método oblimín, se definió un primer factor que agrupó los 10 ítems de aceptación, el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .853$). El segundo factor agrupó los 7 ítems de pacto, el

valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .825$). El tercer factor agrupó los 6 ítems de ira, el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .821$). El cuarto factor agrupó los 7 ítems de negación, el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .719$). El quinto factor agrupó los 4 ítems de fe y esperanza, el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .801$). El sexto factor agrupó los 4 ítems de depresión, el valor de consistencia interna fue alto ($\alpha = .729$) (véase Tabla 60).

Tabla 60
Matriz de configuraciones

Ítems	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
61 Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	.749					
10 Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	.694					
65 Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	.687					
24 Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	.629					
5 Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	.612					
34 Acepto el hecho de tener la enfermedad.	.598					
59 Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	.466					
19 Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	.458					-.351
44 Tomo las cosas como son.	.358					-.304
29 Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	.347					
22 Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.		.758				
12 Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.		.707				
3 Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.		.699				
8 Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.		.521				.304
52 Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.		.488				
27 Prometo ser mejor persona, si me recupero.		.422				
17 Prometo portarme mejor para mejorar mi		.355				

salud.			
41 Siento mucho coraje por tener la enfermedad.		.883	
36 Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.		.724	
21 Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.		.682	
46 Pienso por qué a mí.		.581	-.349
51 Siento que es injusto tener la enfermedad.		.531	-.338
31 Me enojo con la vida por tener la enfermedad.		.410	
64 No puedo creer que tenga esta enfermedad.			-.585
60 Me siento mejor al negar la enfermedad.	.305		-.438
45 Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	.324		-.429
55 Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.			-.402
6 Niego completamente que estoy enferma(o).			-.393
62 No quiero enterarme de lo que me sucede.			-.387
15 No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.			-.355
57 Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.			.726
37 Pienso que mi fe mejorará mi salud.			.666
42 Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.			.655
32 La fe me ayuda a pensar positivamente.			.542
43 No tengo ganas de hacer nada.			.706
53 Siento que se me acaban las fuerzas.			.651
28 Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).			.545
58 He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.			.366

Método de extracción: Ejes Principales. Método de extracción: Oblimin. La rotación convergió en 15 iteraciones.

El modelo de 6 factores correlacionados que arrojó el análisis factorial exploratorio se estimó su ajuste y significación de parámetros por análisis factorial confirmatorio, empleando el método de Máxima Verosimilitud. La curtosis multivariada de Mardia estandariza fue 19.72, lo que refleja cierta desviación de la normalidad multivariada, por lo que se empleó adicionalmente procedimientos de muestreo repetitivo.

De las 15 correlaciones entre los 6 factores, se retuvieron las 7 significativas (véase Figura 20). El modelo tuvo una parsimonia muy alta (RP = .94). La bondad de ajuste por la prueba chi-cuadrado se rechazó ($\chi^2[658, N = 120] = 1,057.62, p < .01$); no obstante, el cociente entre el estadístico chi-cuadrado y sus grados de libertad mostró buen ajuste ($\chi^2/gl = 1.61$). El procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine con la extracción de 2,000 muestras también indicó buen ajuste (1,752 muestras extraídas con mejor ajuste que el de la muestra observada, 248 de las muestras extraídas con peor ajuste que el de la muestra observada, $p = 248/2,000 = .12$). Todos los parámetros fueron significativos tanto por la estimación ML como por el método de percentiles libres de sesgo (con un intervalo de confianza del 95%) con la extracción de 2,000 muestras. Los demás índices reflejaron ajuste de adecuado (FD = 8.89 [FD_{MI} = 20.36], PNCP = 3.36 [PNCP_{MI} = 14.45] y RMS EA = .07 [90% IC: .06, .08], $p < .01$ de que RMSEA \leq .05) a malo (GFI = .69, AGFI = .65, NFI = .56, CFI = .77 y RMS SR = .11). Debido a la altísima parsimonia del modelo no resulta realista reproducir con exactitud los 722 momentos a partir de los cuales se estimaron los parámetros, de ahí finalmente los índices de mal ajuste. El modelo de 6 factores cuenta con consistencia interna alta en todos sus factores, se fundamenta por el análisis paralelo de Horn y se sostiene algunos de los índices de bondad de ajuste global (p de Bollen-Stine y χ^2/gl).

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de 6 factores correlacionados a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.071) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.143). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 658 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:83 aproximadamente 1.45:1, lo que quedó por debajo del valor mínimo.

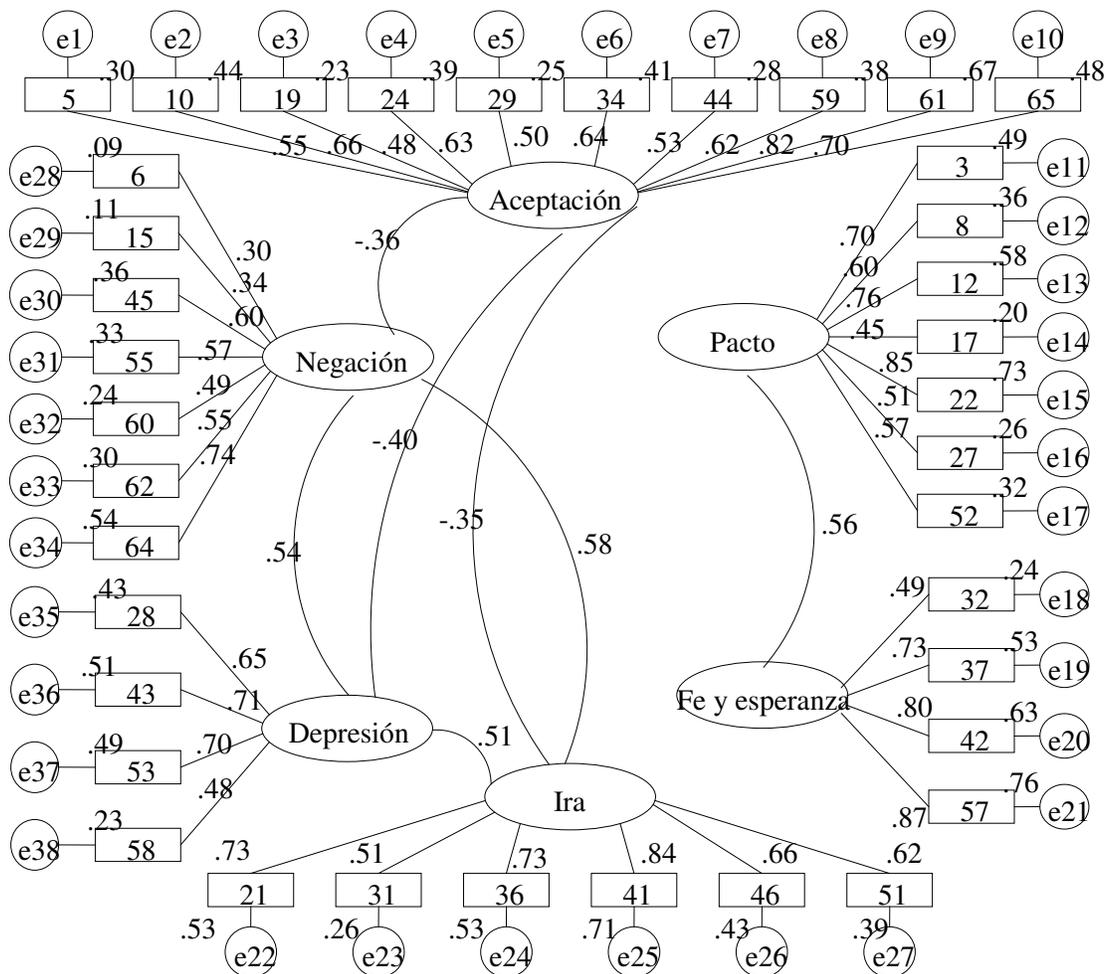


Figura 20. Modelo estandarizado de 6 factores correlacionados con 38 ítems estimado por ML.

Se calcularon las puntuaciones de los factores de primer orden por el método de regresión. Se extrajeron los factores de segundo orden por factorización de ejes principales. El número de factores por el criterio de Kaiser fue dos. Con dos factores se explicó 37.90% de la varianza total. Tras la rotación Oblimin se definió un primer factor configurado por depresión e ira con cargas positivas y por aceptación y negación con cargas negativas. Por su contenido se denominó reacción de afecto negativo ante la enfermedad. La consistencia interna de los 27 ítems que integran las escalas de depresión, ira, aceptación (inversos) y negación fue de .87. Si se calculase el coeficiente alfa de Cronbach con los 7 ítems de negación invertidos su valor bajaría a .71. El

segundo factor quedó configurado por pacto y fe y esperanza, ambos con cargas positivas. El factor de negación presentó una carga mayor que .30 en este factor de segundo orden. Por su contenido se denominó de actitud positiva ante la enfermedad. La consistencia interna de los 11 ítems de pacto y fe y esperanza fue alta ($\alpha = .85$). Si se incluyen los ítems de negación invertidos, el valor del coeficiente alfa de Cronbach disminuiría bastante, a .68, y si se incluyesen directos disminuye ligeramente, a .83. Ambos factores fueron independientes (véase Tabla 61).

Tabla 61

Matrices de configuraciones y estructural de los 6 factores de primer orden (puntuaciones obtenidas por el método de regresión)

Factores De primer orden	Configuraciones		Estructural	
	F1	F2	F1	F2
Depresión	.690		.690	
Ira	.668		.668	
Aceptación	-.488		-.488	
Negación	-.356	-.339	-.356	-.339
Pacto		.668		.668
Fe y esperanza		.596		.597

Método de extracción: Ejes principales. Rotación: Oblimin. Convergió en 5 iteraciones.

Se especificó un modelo de dos factores independientes (véase Figura 21). El factor de reacción de afecto negativo ante la enfermedad con 4 indicadores (depresión, ira, aceptación y negación) y el factor de actitud positiva ante la enfermedad con 3 indicadores (pacto, fe y esperanza y negación). El valor de la curtosis de Mardia estandarizado (14.07) reflejó ligera desviación de la normalidad multivariada, por lo que se emplearon los métodos de muestreo repetitivo. Todos los parámetros fueron significativos tanto por la estimación ML como por la estimación de percentiles libres de sesgo. La bondad de ajuste se mantuvo por la prueba de Bollen-Stine: el ajuste en 1,204 muestras extraídas fue mejor ajuste que en la muestra observada y en 796 peor, siendo $p = 796/2,000 = .40 > .05$. También se mantuvo por la prueba chi-cuadrado ($\chi^2[8, N = 120] = 12.94, p = .11$). Los demás índices reflejaron un ajuste de bueno ($\chi^2/gl = 1.62$, GFI = .97, AGFI = .91, CFI = .94, FD = 0.11 [FD_{MI} = 0.83], PNCP = 0.04 [PNCP_{MI} = 0.71] y RMSEA = .07 [90% IC: 0, .14, $p = .27$ de que RMSEA $\leq .05$]) a adecuados (NFI = .87 y RMS SR = .07). Por lo tanto, la bondad de ajuste de este modelo bidimensional de

segundo orden fue buena. Si se añade la correlación entre los dos factores, ésta no es significativa.

Las puntuaciones de los factores de segundo orden se crearon por suma simple de ítems. Se decidió incluir los 7 ítems de negación sólo en el factor de segundo orden de reacción de afecto negativo porque quedarían repetitivos si se incluyesen también en el factor de segundo orden de actitud positiva y generarían una correlación significativa y positiva entre ambos factores ($r = 0,34$, $p < 0,01$), cuando la correlación directa no es congruente con la interpretación dada a los factores y su significación no es congruente con los resultados del AFE y AFC. Además, se decidió incluirlos como ítems directos, al igual que los ítems de depresión e ira, por los resultados del análisis de consistencia interna (aumentan de forma importante la consistencia interna del factor de reacción de afecto negativo como ítems directos cuando disminuyen la consistencia interna del factor de actitud positiva, ya sea como ítems inversos o directos), por ser más congruente con la interpretación dada al factor de reacción de afecto negativo (más ira, más depresión, más negación y menos aceptación) y por reproducir la independiencia de factores ($r = 0,02$, $p = 0,83$), obtenida tanto por AFE como por AFC.

El factor de segundo orden de reacción de afecto negativo ante la enfermedad se definió por la suma de los 4 ítems directos de depresión, 6 ítems directos de ira, 10 ítems inversos de aceptación y 7 ítems directos de negación. El factor de segundo orden de actitud positiva ante la enfermedad se definió por la suma de los 7 ítems directos de promesas/negociación y los 4 ítems directos de fe/esperanza.

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de 2 factores independientes a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.072) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.217). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 8 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue casi unitaria ($\phi = .99$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:13 aproximadamente 9:1, lo que quedó dentro de un rango aceptable (de 5:1 a 10:1).

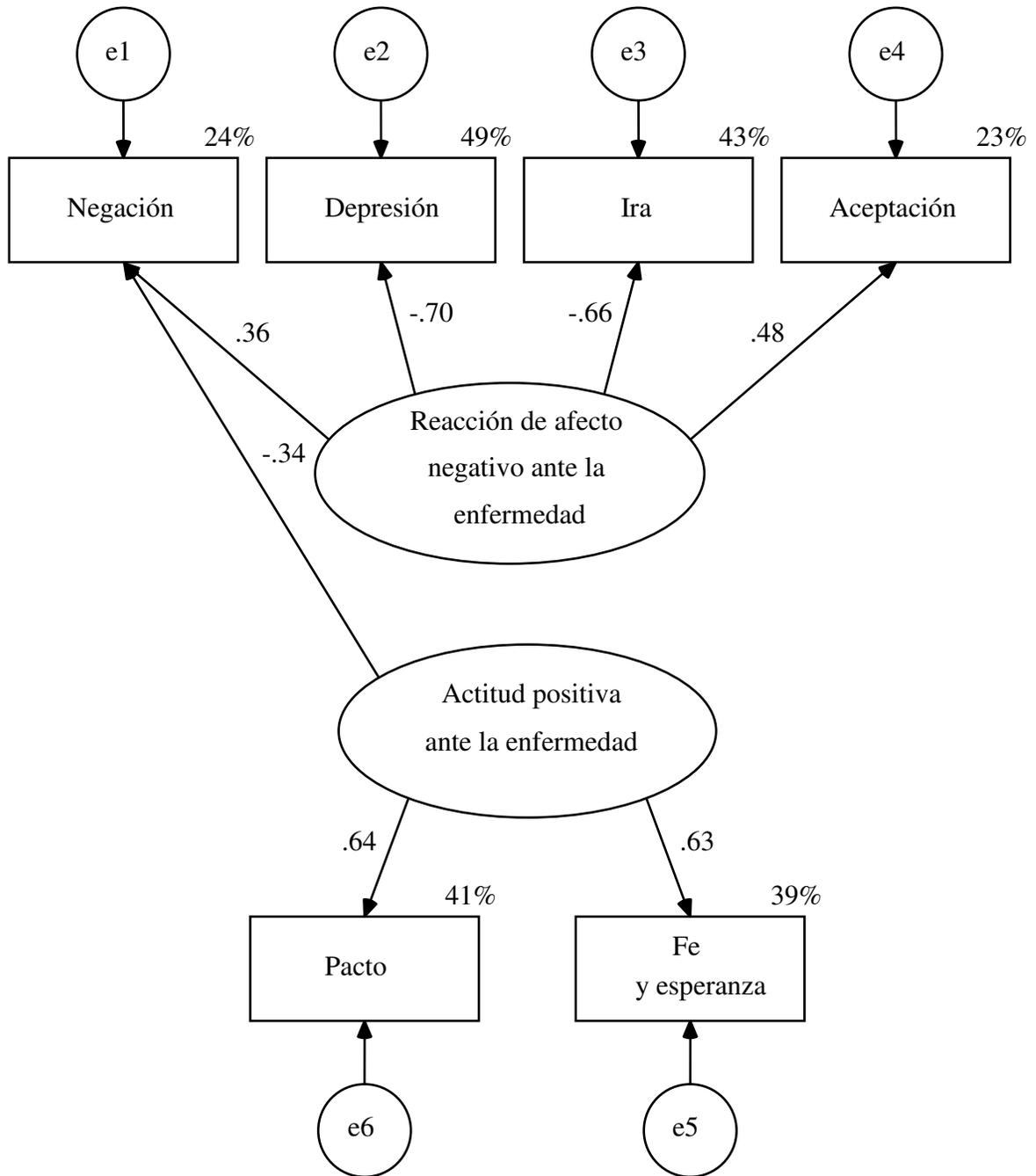


Figura 21. Modelo estandarizado de 2 factores de segundo orden estimado por ML.

Propiedades psicométricas de la Escala de las Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38)

Los seis factores de la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud mostraron valores de consistencia interna altos de .72 a .85. Los factores de negación ($C = 0.10$, $EE = 0.44$) y depresión ($C = -0.29$, $EE = 0.44$) mostraron una distribución con asimetría positiva y mesocurtosis. El factor de ira mostró una distribución con asimetría positiva y apuntalamiento ($C = 5.26$, $EE = 0.44$). Los factores de aceptación ($C = -0.07$, $EE = 0.44$) y negociación/pacto ($C = -0.65$, $EE = 0.44$) mostraron una distribución con asimetría negativa y mesocurtosis. El factor de fe y esperanza mostró una distribución con asimetría negativa y apuntalamiento ($C = 6.87$, $EE = 0.44$) (véase Tabla 62).

Tabla 62

Consistencia interna, descripción de las distribuciones y normalidad de los factores de primer orden de la escala RPD-PS-38

RPD-PS38	Consistencia		Descriptivos de la distribución							Normalidad		
	No. ítems	α	Min	Max	M	Mdn	DE	S	C	Z_{K-S}	p	p^*
Negac.	7	0.72	1	4	1.82	1.57	0.82	0.98	0.10	1.769	<0.01	<0.01
Ira	6	0.82	1	4	1.49	1.33	0.72	2.25	5.26	2.69	<0.01	<0.01
Pro/ne	7	0.83	1	5	3.72	4.00	1.08	-0.64	-0.65	1.50	0.02	<0.01
Fe/esp	4	0.80	1	5	4.62	5.00	0.73	-2.48	6.87	3.80	<0.01	<0.01
Depre.	4	0.73	1	4	1.86	1.50	0.85	0.83	-0.29	2.06	<0.01	<0.01
Acept.	10	0.85	2	5	4.23	4.40	0.73	-0.81	-0.07	1.59	0.01	<0.01

Descriptivos de la distribución: Min = valor mínimo, Max = valor máximo, M = media aritmética, Mdn = mediana, DE = desviación típica, S = sesgo ($EE = .22$) y C = curtosis ($EE = .44$). Normalidad: Z_{K-S} : Valor estandarizado de la diferencia máxima absoluta, p = probabilidad del estadístico Z_{K-S} , p^* = probabilidad de la diferencia máxima absoluta por la tablas de Lilliefors.

La distribución de la actitud positiva tuvo un rango de 1 a 5, mostró sesgo hacia los valores altos ($S = 1,03$, $ET = 0,22$) y no se ajustó a una curva normal (Kolmogorov-Smirnov: $Z_{K-S} = 2,60$, $p = 0,01$; Lilliefors: $D_{abs} = 0,15$, $p < 0,01$). La distribución de la reacción de afecto negativo, a pesar de su rango más limitado (de 1 a 3,26) que la distribución de actitud positiva, se ajustó una curva normal por la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{K-S} = 1,19$, $p = 0,12$), pero no por la prueba de Lilliefors ($D_{abs} = 0,11$, $p < 0,01$) (véase Tabla 63).

Tabla 63

Consistencia interna, descripción de las distribuciones y normalidad de los factores de segundo orden de la escala RPD-PS-38

RPD-PS38	Consistencia		Descriptivos de la distribución							Normalidad		
	No. ítems	α	Min	Max	M	Mdn	DE	S	C	Z_{K-S}	p	p^*
RANE	27	0.87	1	3.26	1.74	1.65	0.55	0.88	0.16	1.19	0.12	<0.01
APE	11	0.85	1	5	4.05	4.27	0.85	1.03	0.71	2.60	0.01	<0.01

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad = (depresión + ira + negación + aceptación con ítems invertidos)/27. APE = Actitud positiva ante la enfermedad = (Promesas/negociación + Fe/esperanza)/11. Descriptivos de la distribución: Min = valor mínimo, Max = valor máximo, M = media aritmética, Mdn = mediana, DE = desviación típica, S = sesgo ($EE = .22$) y C = curtosis ($EE = .44$). Normalidad: Z_{K-S} : Valor estandarizado de la diferencia máxima absoluta, p = probabilidad del estadístico Z_{K-S} , p^* = probabilidad de la diferencia máxima absoluta por la tablas de Lilliefors.

Objetivo 2: Contraste de la secuencia de las cinco etapas de duelo propuesta por Kübler-Ross.

Para contrastar la secuencia de las fases del duelo se utilizaron los 39 ítems que conforman las subescalas unidimensionales de negación (8 ítems: 6, 15, 45, 55, 60, 62 y 64), ira (6 ítems: 21, 31, 36, 41, 46 y 51), negociación-pacto (7 ítems: 3, 8, 12, 17, 22, 27 y 52), depresión (8 ítems: 4, 9, 28, 38, 43, 48, 53 y 58) y aceptación (10 ítems: 5, 10, 19, 24, 29, 34, 44, 59, 61 y 65).

En primer lugar se estudiaron las correlaciones entre las etapas de duelo dentro de la muestra para tener una imagen más clara de sus interrelaciones. En segundo lugar se contrastaron modelos desde la teoría original y uno alternativo, en el cual se retomó estas correlaciones junto con índices de cambio para la mejora del ajuste.

Correlaciones entre etapas de duelo

El factor de negación correlacionó positivamente con los factores de ira hacia objetos específicos, ira generalizada, pacto y depresión; y negativamente con el factor de aceptación. La ira hacia objetos específicos correlacionó positivamente con los factores de depresión e ira generalizada, y negativamente con el factor de aceptación. El factor de negociación y pacto correlacionó positivamente con los factores de negación, ira

generalizada, y fe y esperanza. El factor de depresión correlacionó negativamente con aceptación, y positivamente con los factores de ira hacia objetos específicos, ira generalizada y depresión. El factor de aceptación correlacionó negativamente con negación, ira hacia objetos específicos y depresión; y positivamente con la fe y esperanza. El factor de fe y esperanza correlacionó positivamente con la negociación y pacto, y con la aceptación (véase Tabla 64).

Con base en la propuesta de Kubler-Ross (1969), se esperaría correlaciones moderadas o altas entre negación e ira, entre ira y pacto, entre pacto y depresión y entre depresión y aceptación; a su vez, correlación de baja a moderada entre todas las etapas entre sí. Los datos muestran que las correlaciones fueron independientes entre pacto e ira, pacto y depresión, y pacto y aceptación. Desde estos datos de correlación ya se evidenció problemas en el ajuste del modelo secuencial a los datos.

Tabla 64
Correlaciones entre las siete respuestas psicológicas del duelo

		Negación	Ira esp.	Pacto	Depresión	Aceptación	Ira gen.	FyE
Negación	<i>r</i>	1.00	.51	.28	.40	-.20	.27	.04
	<i>p</i>	.00	.00	.00	.00	.03	.00	.66
Ira esp.	<i>r</i>		1.00	.08	.58	-.29	.49	-.15
	<i>p</i>		.00	.39	.00	.00	.00	.09
Pacto	<i>r</i>			1.00	.17	.17	.26	.51
	<i>p</i>			.00	.07	.06	.00	.00
Depresión	<i>r</i>				1.00	-.38	.47	.04
	<i>p</i>				.00	.00	.00	.66
Aceptación	<i>r</i>					1.00	-.06	.26
	<i>p</i>					.00	.50	.00
Ira gen.	<i>r</i>						1.00	.03
	<i>p</i>						.00	.74

Ira esp. = Ira específica, Ira gen. = Ira generalizada, FyE = Fe y esperanza.

Especificación y contraste de modelos para la secuencia de las etapas de duelo

Desde la propuesta teórica de Kübler-Ross (1969) se espera que la secuencia sea: negación, ira, pacto, depresión y aceptación. No obstante, desde los estudios empíricos de Isla, Moncho, Guasch y Torras (2008) y Wortman y Silver (2001) se espera que las fases del proceso del duelo se presenten desde el inicio y durante el transcurso de la enfermedad, sin una secuencia predeterminada.

Para etapa o fase de duelo se consideró sólo un puntaje.

Se especificó el modelo original de Kübler-Ross (1969) por medio de 6 variables manifiestas: el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y las 5 etapas del duelo. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico quedó como variable exógena y las 5 etapas del duelo como variables endógenas. Se especificó el tiempo transcurrido desde el diagnóstico como predictor de cada fase de duelo, la negación como predictor de la ira hacia objetos específicos, la ira hacia objetos específicos como predictor de promesas/negociación con un Ser Superior, promesas/negociación con un Ser Superior como predictor de la depresión y la depresión como predictor de la aceptación, esto es, se especificó la secuencia propuesta de las cinco etapas (véase Figura 22).

Se estimó la función de discrepancia y parámetros por el método de Máxima Verosimilitud (ML). La curtosis multivariada de Mardia fue de 24.44 (Razón crítica = 13.67), reflejando incumplimiento de la normalidad multivariada. La desviación de la normalidad multivariada fue provocado sobre todo por la variable de tiempo transcurrido desde el diagnóstico ($S = 3.72$; $RC = 16.63$; $C = 16.57$, $RC = 37.04$).

Debido al incumplimiento de este supuesto se empleó el método de muestreo repetitivo de Bollen-Stine para contrastar la bondad de ajuste, extrayendo 2,000 muestras; asimismo, se empleó el procedimiento muestreo repetitivo para contrastar la significación de los parámetros, los intervalos de confianza de 95% fueron calculados por el método de percentiles libres de sesgo, extrayendo 250 muestras.

De los 9 coeficientes de regresión sólo dos fueron estadísticamente significativos: la predicción de la ira por la negación ($\beta = .51$) y la predicción de la aceptación por la depresión ($\beta = -.38$), explicándose el 27 y 14% de la varianza, respectivamente. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico no tuvo ningún efecto sobre las etapas de duelo. El procedimiento de muestreo repetitivo aplicado a la estimación de parámetros confirmó estos resultados de significación de parámetros.

El ajuste del modelo fue malo: $\chi^2[6, N = 120] = 69.11, p < .01, \chi^2/gl = 11.52$, $GFI = .86$, $AGFI = .51$, $NFI = .47$, $CFI = .46$, $FD = 0.58$ ($FD_{MI} = 1.10$), $PNCP = 0.53$ ($PNCP_{MI} = .98$), $RMS\ SR = .18$ y $RMSEA = .30$ (IC 90%: .24, .36, $p < .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). La parsimonia de este modelo fue mediana (0.40). También por el procedimiento de Bollen-Stine se rechazó la bondad de ajuste ($p =$

0/2001 = 0). El modelo especificado en ninguna de las 2,000 muestras extraídas tuvo peor o igual ajuste que en la muestra observada. El promedio de los estadísticos chi-cuadrado que compararon la bondad de ajuste del modelo implicado con la estimación en cada una de las 2,000 muestras extraídas (implicado versus muestras extraídas) fue 7.37 ($DE = 0.10$); con 6 grados de libertad (número de momentos – número de parámetros a estimar = $21 - 15 = 6$) la bondad de ajuste para este valor medio fue buena ($p = .29$) (véase Figura 22).

Los presentes datos refutan el modelo temporal de la secuencia de fases de duelo propuesto por Kübler-Ross (1969).

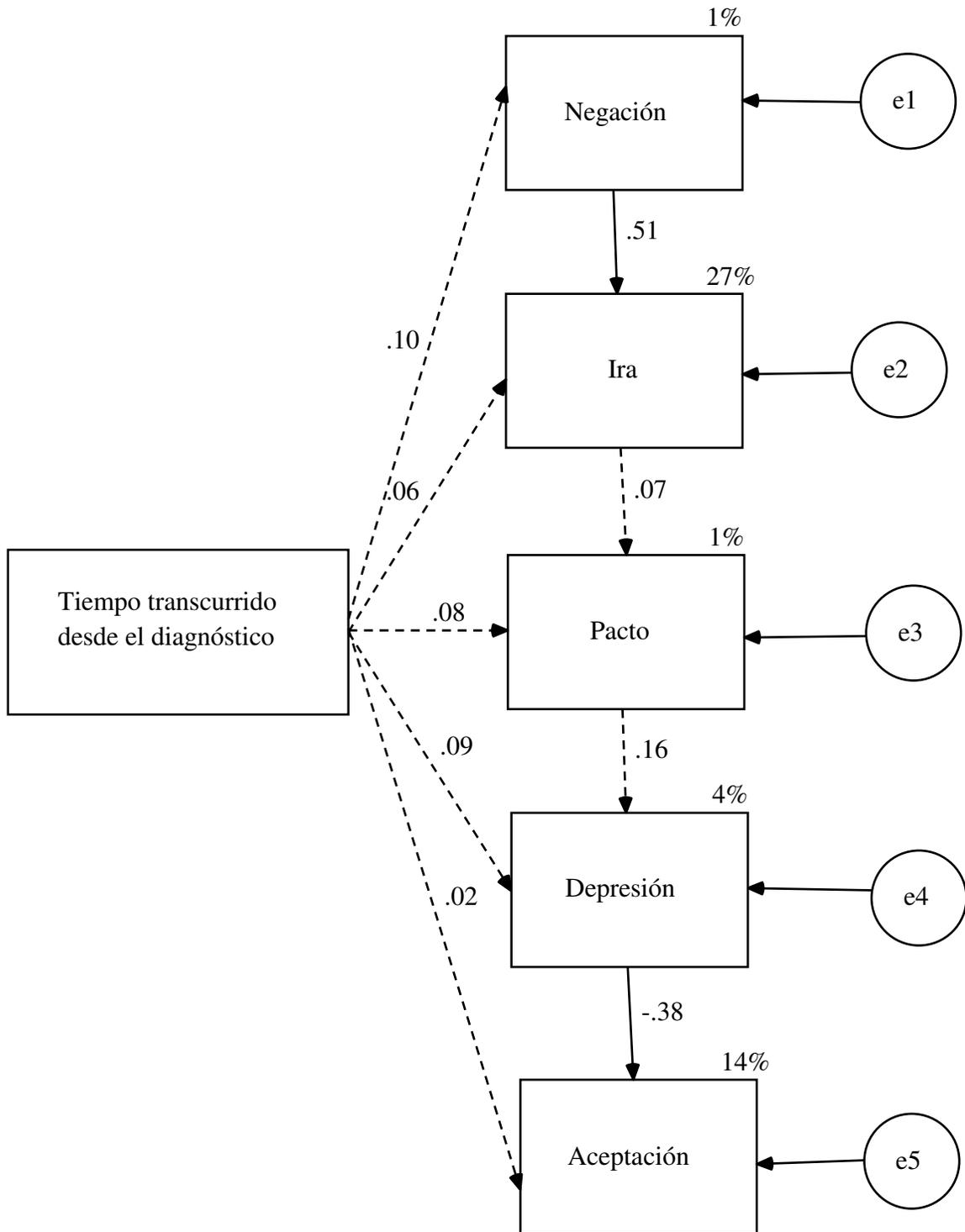


Figura 22. Modelo estandarizado temporal de la secuencia de fases de duelo basado en la propuesta original de Kübler-Ross (1969) estimado por Máxima Verosimilitud.

Se intentó definir el modelo de Kübler-Ross (1969) con una mayor libertad en la secuencia de etapas, introduciendo una variable latente de duelo con 5 indicadores y el tiempo como predictor de cada etapa. La variable manifiesta del tiempo transcurrido desde el diagnóstico se especificó correlacionada con la variable latente de duelo (véase Figura 23). Como en el modelo anterior el tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue independiente de las etapas del duelo. Aparte el pacto no fue un indicador significativo de la variable latente duelo. El ajuste de este modelo fue malo desde cuatro índices: $\chi^2[5, N = 120] = 22.28$, $p < .01$, $\chi^2/gl = 4.46$, AGFI = .78, RMSEA = .17 (IC 90%: .10, .25, $p < .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$) y aceptable desde tres índices (NFI = .83, CFI = .85 y RMS SR = .07), habiendo otro tres índices que sí reflejaron un buen ajuste (GFI = .95, FD = 0.19 [FD_{MI} = 1.10], PNCP = 0.15 [PNCP_{MI} = .98]). Desde el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine se rechazó la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p < .001$). En 1,998 muestras extraídas el ajuste fue mejor que en la observada, en 0 fue igual y en 2 fue peor. La parsimonia de este modelo fue baja (0.33) (véase Figura 23).

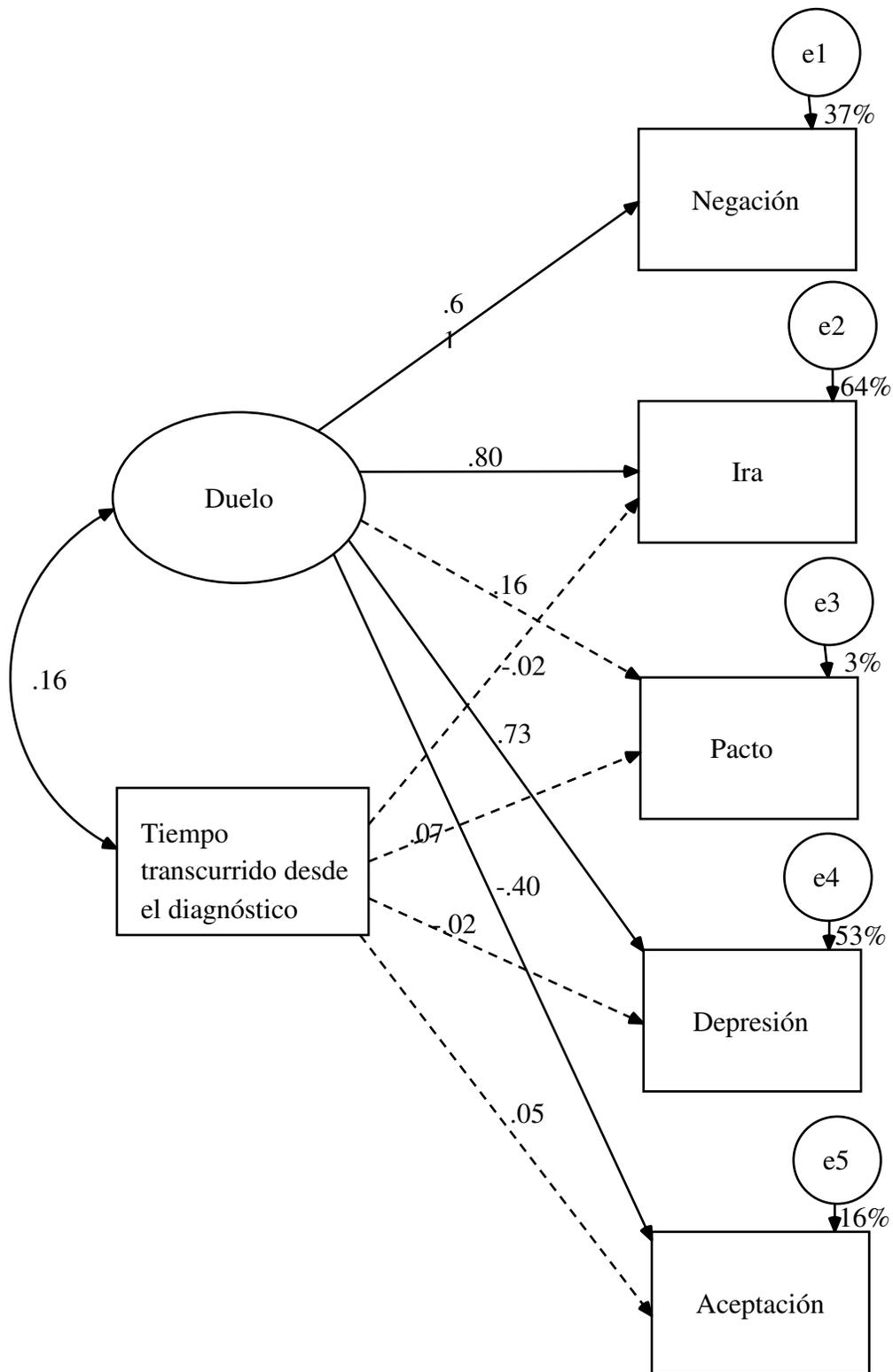


Figura 23. Modelo estandarizado con una variable latente de duelo con 5 indicadores y el tiempo como predictor de cada etapa estimado por Máxima Verosimilitud.

Se especificó un modelo de curva crecimiento (Stoolmiller, 1995) para las 5 etapas de duelo sin incluir la variable de tiempo transcurrido desde el diagnóstico debido a que no tuvo correlación con ninguna de las etapas. El modelo de curva de crecimiento podría reflejar la evolución esperada omitiendo la variable de tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Se empezaría con la etapa de negación y se terminaría con la etapa de aceptación en la cual la curva de superación del duelo se volvería asintótica (véase Figura 24). En este modelo se crean dos variables latentes (pendiente e intercepto) correlacionadas entre sí. Ambas variables latentes determinan a cada variable manifiesta. Se identifican todos los pesos de la variable latente intercepto sobre las variables manifiestas, esto es, se fijan estos pesos con valores de 1. También se identifica el peso de la variable latente pendiente sobre la última variable manifiesta en la supuesta secuencia de crecimiento. Finalmente se fija en 0 el peso de la variable latente pendiente sobre la primera variable manifiesta en la supuesta secuencia de crecimiento (Arbuckle, 2010).

Se siguió este procedimiento de especificación e identificación, salvo que se dejó el intercepto y la pendiente no correlacionados, debido a que su correlación arrojaba una solución no admisible. Además se fijó a cero el parámetro del intercepto de la variable manifiesta aceptación para lograr que todos los parámetros fuesen significativos. Por la estimación ML todos los parámetros fueron significativos, pero las varianzas residuales de la aceptación ($p = .14$) y pacto ($p = .12$) no fueron estadísticamente significativas por el procedimiento de muestreo repetitivo con 2000 muestras extraídas. Debe señalarse que el valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia fue 5.78, indicando ligera desviación de la normalidad multivariada; de ahí la importancia de implementar el procedimiento de muestreo repetitivo.

Los porcentajes de varianza explicada fueron 30% para negación (por el intercepto), 66% ira (por intercepto y pendiente), 28% para pacto (por intercepto y pendiente), 52% depresión por intercepto y pendiente) y 47% aceptación (por pendiente). Todos ellos fueron estadísticamente significativos por el procedimiento de muestreo repetitivo.

El ajuste del modelo fue aceptable en términos generales. Cinco índices reflejaron buen ajuste (GFI = .95, AGFI = .85, NFI = .88, CFI = .91, FD = 0.13 (FD_{MI} = 1.08), PNCP = 0.09 (PNCP_{MI} = 1) y un índice mostró un ajuste aceptable (RMS SR = .08). No obstante, tres índices fueron de mal juste: $\chi^2[5] = 15.79$, $p < .01$, $\chi^2/gl = 3.16$ y RMSEA = .14 (95% IC: .06, .27, $p = .03$ de que RMSEA \leq .05). Debe mencionarse que el cociente entre el estadístico chi-cuadrado y sus grados de libertad mostraría ajuste adecuado con el criterio de un valor menor o igual que 5 (Marsh & Hocevar, 1985); asimismo, se mantendría la hipótesis nula de que la RMSEA es menor o igual que .08 ($p < .05$). La bondad de ajuste por la prueba de Bollen-Stine se rechazó con una probabilidad mayor que .05, pero se mantuvo una probabilidad mayor que .01. En 1,934 muestras extraídas el ajuste fue mejor que en la muestra observada, en 0 equivalente y en 66 peor ($p = 66/2000 = .033$). El modelo mostró una parsimonia media (0.50).

Al ver el signo de los coeficientes β de la variable latente pendiente más que un efecto creciente hasta llegar a un valor asintótico, se observó un efecto ondulatorio. El primer coeficiente β fue 0 (como se identificó), el segundo fue negativo ($\beta = -.33$, $p < .01$), el tercero fue positivo ($\beta = .33$, $p < .01$), el cuarto negativo ($\beta = -.44$, $p < .01$) y el quinto positivo ($\beta = .69$, $p < .01$), siendo el quinto valor el más alto, supuestamente como punto en el cual la curva de crecimiento se volvería asintótica.

El modelo de curva de crecimiento no se ajustó de forma estricta a los datos ($\chi^2[5] = 15.79$, $p < .01$ y p de muestreo repetitivo de Bollen-Stine = .03). El efecto de crecimiento ondulatorio observado se ajusta más a la propuesta de Kübler-Ross (1969) con subidas y bajadas hasta alcanzar el equilibrio con la etapa de aceptación.

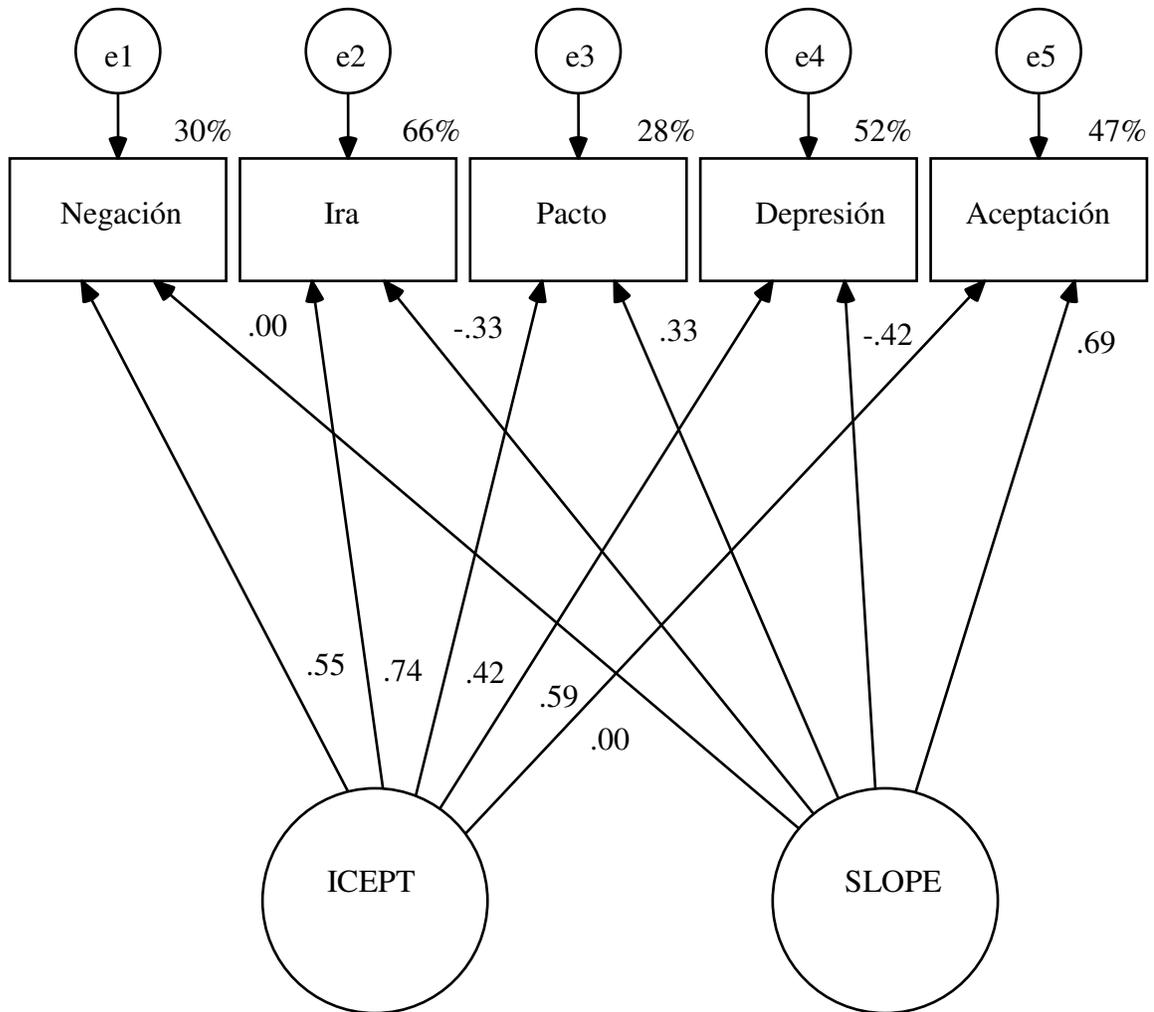


Figura 24. Modelo estandarizado de curva de crecimiento para las 5 etapas de duelo estimado por Máxima Verosimilitud.

Se buscó un modelo con un ajuste cerrado a los datos. Desde la revisión de los índices de mejora del ajuste del primer modelo que sólo incluía variables manifiestas, dos vías direccionales destacaron con valores mayores que 10: la predicción de la depresión por la ira y la negación. También aparecen con valores mayores que 5 la predicción del pacto por la negación y la aceptación por el pacto (véase Tabla 65). Así se procedió a eliminar las siete vías sin significación estadísticas y se introdujeron estas cuatro, generándose un quinto modelo sin la variable tiempo transcurrido desde el diagnóstico (véase Figura 25).

Tabla 65

Índices de modificación sugeridos para los pesos de regresión dentro del modelo especificado

	Parámetro		I.M.	Cambio
Pacto	<---	Negación	6.830	.292
Depresión	<---	Negación	14.696	.313
Depresión	<---	Ira	38.616	.729
Aceptación	<---	Pacto	7.623	.226

IM = índice de modificación, Cambio = valor estimado del parámetro sin estandarizar al introducir la especificación sugerida dentro del modelo.

Tras eliminar la variable tiempo mejoró la normalidad multivariada con un valor de la curtosis multivariada de Mardia de 8.83, siendo su valor estandarizado de 5.78 (< 10), como ya se observó en el modelo de curva de crecimiento. Todos los parámetros de este cuarto modelo fueron significativos tanto desde la estimación con ML como desde el procedimiento de muestreo repetitivo. Los porcentajes de varianza explicada fueron 8% para pacto, 21% aceptación, 26% ira y 35% depresión.

Los índices mostraron un buen ajuste a los datos: $\chi^2[4, N = 120] = 4.50, p = .34$, $\chi^2/gl = 1.12$, GFI = .99, AGFI = .94, NFI = .97, CFI = 1, FD = 0.04 (FD_{MI} = 1.08), PNCP = 0.004 (PNCP_{MI} = 1), RMSEA = .03 (IC 90%: 0, .15, $p = .49$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$) y RMS SR = .04. La parsimonia de este modelo fue mediana (0.40) (véase figura).

Al ejecutar el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine se mantuvo la hipótesis nula de bondad de ajuste ($p = .40$). En 1211 muestras extraídas el ajuste fue mejor que en la observada, en 0 fue igual y en 789 fue peor. El resultado de esta prueba aunado a los demás índices de ajuste permite afirmar que la bondad de ajuste fue buena, validando la propuesta de Isla et al. (2008) y Wortman y Silver (2001) frente al modelo secuencial de Kübler-Ross (1969).

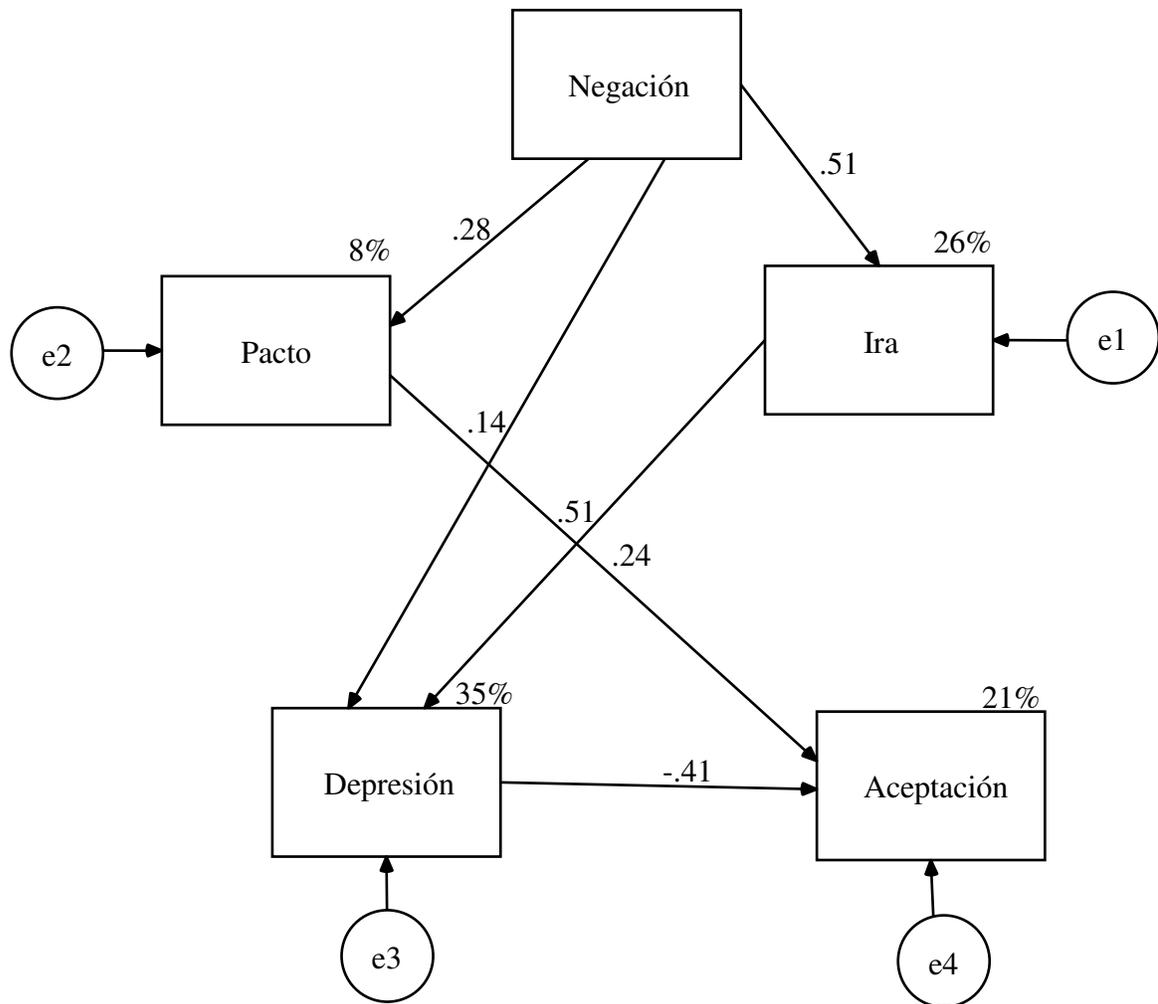


Figura 25. Modelo estandarizado de duelo especificado desde los índices de modificación estimado por Máxima Verosimilitud.

Considerando los 4 modelos contrastados, se tendría el de curva de crecimiento con un efecto de crecimiento ondulatorio, muy próximo a la propuesta original de Kübler-Ross (1969), con un ajuste aceptable en términos generales, y el último modelo que rompe con la secuencia propuesta con un buen ajuste a los datos. El modelo de curva de crecimiento tuvo problemas en la estimación de parámetros, requiriendo dejar el intercepto y la pendiente no correlacionados cuando su correlación sí era significativa ($r = -.66, p < .01$), incluso tras fijar a cero el valor del intercepto para la etapa de aceptación ($r = -.43, p = .04$). Finalmente hubo que fijar a cero el valor del coeficiente β del intercepto sobre la etapa de aceptación para lograr que todos los parámetros fueran

significativos con la estimación ML, pero con el procedimiento de muestreo repetitivo todavía se hallaron parámetros no significativos. Hubo dos varianzas residuales no significativas cuando los porcentajes de varianza explicada no estaban próximo a 100 (28% pacto y 47% aceptación) y este procedimiento estaba indicado por el ligero incumplimiento del supuesto de normalidad multivariada. Al tener en cuenta estos problemas de estimación de parámetros y el ajuste aceptable del modelo de curva de crecimiento, el modelo no secuencial resaltó por sus propiedades de estimación y ajuste claramente mejores. Además este último modelo toma sentido teórico desde las críticas de Isla et al. (2008) y Wortman y Silver (2001).

Al afirmarse que un modelo que rompe con la secuencia es que el realmente se ajusta a los datos, siendo forzado y con peor ajuste el modelo de curva de crecimiento, se optó por emplear el término de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud en lugar de etapas del duelo.

Se calculó la potencia de este modelo de análisis de senderos a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.032) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.316). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 4 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue casi unitaria ($\phi = .99$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:11 aproximadamente 11:1, lo que quedó dentro de un rango bueno (de 10:1 a 20:1).

Objetivo 3: Calcular la consistencia interna del conjunto de ítems y factores de las escalas de alexitimia y resiliencia; en caso de problemas de consistencia interna explorar la estructura factorial y contrastar el modelo original y modelos alternativos.

El puntaje total de la escala RESI-M y los cinco factores que la conforman tuvieron valores de consistencia interna altos de .82 a .96. El puntaje total y los cinco factores mostraron asimetría negativa. La distribución del puntaje total y los factores de

fortaleza y confianza en sí mismo, y competencia social mostraron mesocúrtosis. Y la distribución de los factores de apoyo familiar, apoyo social y estructura, mostraron apuntalamiento (véase Tabla 66).

Tabla 66

Consistencia interna, descripción de las distribuciones y normalidad de la escala RESI-M

	Consistencia		Descriptivos de la distribución							Normalidad	
	No. ítems	α	Min	Max	M	Mdn	DE	S	C	Z_{K-S}	p
RESI-M-43	43	.96	103	172	155.17	160	16.28	-1.19	0.73	2.13	<.01
FyC	19	.92	44	76	69.11	72	7.54	-1.12	0.36	1.98	<.01
CS	8	.88	16	32	28.10	29.50	3.89	-0.67	-0.55	2.05	<.01
AF	6	.93	7	24	21.96	24	3.23	-1.92	4.07	3.41	<.01
AS	5	.96	5	20	18.83	20	2.43	-2.71	9.36	4.41	<.01
E	5	.82	7	20	17.18	18	3.02	-1.14	0.93	1.92	<.01

EE de S = 0.22 y EE de C = 0.44. RESI-M = Puntaje total de la Escala de Resiliencia Mexicana, FyC = Fortaleza y confianza en sí mismo, CS = Competencia social, AF = Apoyo familiar, AS = Apoyo social y E = estructura.

Propiedades psicométricas de la escala TAS-30

Al emplearse una versión modificada de la escala de Alexitimia de Toronto con todos los ítems directos, un rango de respuestas de 6 puntos por ítem y la inclusión de 10 ítems para evaluar pobreza de la fantasía, se exploró la estructura factorial.

Análisis factorial exploratorio

Al aplicar el análisis paralelo de Horn a los 30 ítems de la TAS-30, el punto de intersección se ubicó en 1.75, quedando por encima dos autovalores (11.84 y 3.26) y por debajo uno (1.59). Por el criterio de Horn el número de componentes fue dos (véase Figura 26).

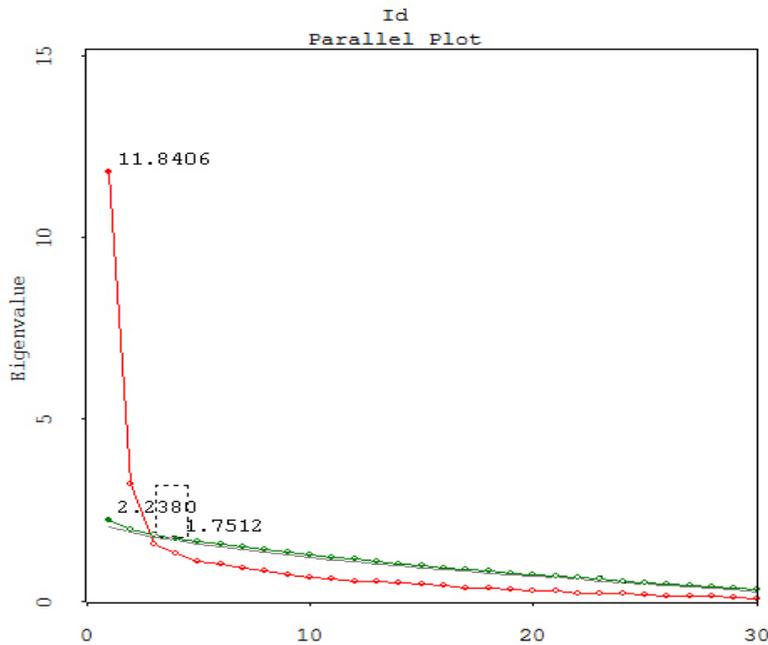


Figura 26. Análisis paralelo de Horn de los 30 ítems de la TAS-30. La línea que alcanza más altura (roja) representa la curva de sedimentación de los datos observados, la segunda línea en altura (verde) representa la curva de sedimentación generada correspondiente al percentil 95 y la tercera línea en altura (gris) representa la curva de sedimentación generada correspondiente al percentil 50.

Al extraer dos componentes se explicó el 50.34% de la varianza total. Tras rotación oblicua, se definió un primer componente con los 19 primeros ítems de la escala que incluyen los rasgos de dificultades para identificar y expresar sentimientos y de pensamiento externamente orientado. Todos tuvieron saturaciones mayores que .37. La consistencia interna de estos 19 ítems fue alta ($\alpha = .95$). A este componente se le denominó alexitimia. El segundo componente quedó definido por los 10 últimos ítems de pobreza de la fantasía con saturaciones mayores que .40. La consistencia interna de estos 10 ítems fue alta ($\alpha = .86$). A este segundo componente se le denominó fantasía. El ítem 8 presentó saturaciones muy semejantes en ambos componentes, su saturación fue más alta en fantasía (.31) que en alexitimia (.29). Si se incluye el ítem 8 en el componente de fantasía la consistencia interna del componente disminuye ($\alpha = .84$) y al ser incluido entre los ítems del componente de alexitimia no cambia el valor de consistencia interna (véase Tabla 67). La correlación entre los dos componentes fue significativa, directa y moderada ($r = .38, p < .01$).

Tabla 67

Matriz de configuraciones de los 30 ítems de la TAS30 (número de componentes por el criterio de Horn)

Ítems	Componentes	
	1	2
5 Prefiero sólo describir los problemas que dar interpretaciones	.876	-.145
13 No sé qué pasa dentro de mí	.847	-.025
9 Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	.828	.010
2 Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	.827	.049
4 Me es difícil expresar mis sentimientos	.819	-.050
17 Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	.811	-.179
11 Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	.805	-.051
6 Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado(a) o enfadado(a)	.786	.023
15 Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus Sentimientos	.740	-.085
14 A menudo no sé por qué estoy enfadado(a)	.737	-.014
1 A menudo estoy confuso(a) con las emociones que estoy sintiendo	.736	-.040
12 La gente me dice que exprese más mis sentimientos	.715	.077
3 Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	.692	.056
7 A menudo estoy confundido(a) con las sensaciones de mi cuerpo	.672	.105
19 Considero de escasa utilidad examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	.669	.159
10 Estar en contacto con las emociones carece de importancia	.622	.130
18 Me incomoda mucho el silencio en momentos de intimidad	.552	.173
20 Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos	.530	.004
16 Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos	.376	.016
26 Con frecuencia tengo fantasías sobre mi futuro	-.104	.795
27 Soy una persona que fantasea mucho	-.013	.780
25 A veces huyo de la realidad a través de la imaginación	.034	.701
28 Tengo fantasías sexuales	-.199	.699
23 Tengo fantasías de grandes éxitos y poderes	.089	.677
24 He fantaseado con amores que sólo pueden tener lugar en mi Imaginación	.039	.636
30 Cuando conozco a alguien que me gusta, tengo muchas fantasías sobre nuestra relación	-.005	.577
29 Paso mucho tiempo soñando despierto cuando no tengo nada que hacer	.271	.488
22 Cuando estoy haciendo algo aburrido el tiempo se me va en fantasías	.356	.474
21 Cuando alguien se burla de mí, fantaseo terribles venganzas	.248	.406
8 Me choca las personas que se quiebren la cabeza con motivos y emociones en vez de aceptar las cosas como son	.286	.316

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimin. La rotación convergió en 4 iteraciones.

Por el criterio de Kaiser fueron 6 componentes que no reproducen la estructura esperada y dos de ellos tuvieron un número insuficiente de indicadores.

Al extraer 4 componentes, conforme a la expectativa (Moral, 2011), se explicó el 60.06% de la varianza total. El primer componente de 14 indicadores (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15 y 17) con consistencia interna alta ($\alpha = .95$) y por su contenido se denominó dificultades para identificar y expresar los sentimientos. El segundo componente quedó integrado por 7 indicadores (ítems 8, 22, 23, 25, 26, 27 y 29), con consistencia interna alta ($\alpha = .83$). De los 7 ítems, 6 son de fantasía y uno de pensamiento externamente orientado. Al eliminar este último su consistencia interna se incrementó ($\alpha = .84$). Por su contenido se denominó propensión a la fantasía. El tercero quedó constituido 5 indicadores (ítems 10, 16, 18, 19 y 20) con consistencia interna ($\alpha = .79$) y por su contenido se denominó pensamiento externamente orientado (véase Tabla 68). El cuarto componente quedó conformado por 4 indicadores (ítems 21, 24, 28 y 30) con consistencia interna alta ($\alpha = .72$) y por su contenido se denominó fantasías sexuales, románticas e interpersonales. Los cuatro componentes correlacionaron entre sí, salvo el tercero y cuarto ($r = .11, p > .05$). Las correlaciones significativas variaron de .50 a .20 (véase Tabla 69).

Tabla 68
Matriz de configuraciones con 30 ítems de la TAS30 (número de componentes por la expectativa de 4)

Ítems	Componentes			
	1	2	3	4
4 Me es difícil expresar mis sentimientos	.904	.022	-.116	-.033
13 No sé qué pasa dentro de mí	.885	-.016	-.037	.040
9 Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	.870	.030	-.046	.033
2 Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	.846	.130	-.027	-.030
6 Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado(a) o enfadado(a)	.813	-.033	-.010	.116
11 Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	.809	-.066	.019	.055
12 La gente me dice que exprese más mis sentimientos	.778	.102	-.084	.035
1 A menudo estoy confuso(a) con las emociones que estoy sintiendo	.728	.068	.010	-.083
7 A menudo estoy confundido(a) con las sensaciones de mi cuerpo	.728	.040	-.058	.137
5 Prefiero sólo describir los problemas que dar interpretaciones	.708	-.070	.255	-.071
17 Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	.600	.006	.294	-.208
3 Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	.504	.029	.290	.065
15 Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	.500	-.020	.354	-.064
14 A menudo no sé por qué estoy enfadado(a)	.491	-.149	.399	.171
25 A veces huyo de la realidad a través de la imaginación	-.016	.828	.014	-.015

26 Con frecuencia tengo fantasías sobre mi futuro	-.061	.823	-.110	.112
23 Tengo fantasías de grandes éxitos y poderes	.024	.681	.061	.120
27 Soy una persona que fantasea mucho	-.089	.645	.097	.286
8 Me choca las personas que se quiebren la cabeza con motivos y emociones en vez de aceptar las cosas como son	.218	.573	.037	-.217
22 Cuando estoy haciendo algo aburrido el tiempo se me va en fantasías	.221	.334	.205	.253
29 Paso mucho tiempo soñando despierto cuando no tengo nada que hacer	.095	.320	.269	.278
16 Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos	-.150	.081	.754	-.094
20 Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos	.041	-.154	.748	.167
18 Me incomoda mucho el silencio en momentos de intimidad	.142	.279	.573	-.088
19 Considero de escasa utilidad examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	.272	.218	.568	-.030
10 Estar en contacto con las emociones carece de importancia	.297	.035	.494	.139
28 Tengo fantasías sexuales	-.150	.088	.011	.802
30 Cuando conozco a alguien que me gusta, tengo muchas fantasías sobre nuestra relación	.087	-.030	-.043	.791
24 He fantaseado con amores que sólo pueden tener lugar en mi Imaginación	.104	.290	-.056	.512
21 Cuando alguien se burla de mí, fantaseo terribles venganzas	.218	.054	.099	.480

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimin. La rotación convergió en 9 iteraciones.

Tabla 69
Correlaciones entre los componentes

Componentes	1	2	3
2	.328**		
3	.498**	.235*	
4	.203*	.332**	.108 ns

ns $p > .05$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$. C1: Dificultad para identificar y expresar sentimientos, C2: Propensión a la fantasía, C3: Pensamiento externamente orientado, y C4: Fantasías sexuales, románticas e interpersonales.

Debe señalarse que la consistencia interna de los 30 ítems se incrementó fuertemente al excluir los 10 ítems de fantasía, pasando de .85 a .95, lo cual sugiere que son dos escalas distintas, considerando además que la correlación entre el denominado factor de alexitimia y de fantasía fue de .38 en el modelo bifactorial. Por este motivo se exploró de forma independiente la estructura factorial de los 20 primeros ítems (alexitimia) y los 10 últimos ítems (fantasía).

Al aplicar el análisis paralelo de Horn a los 20 primeros ítems, el punto de intersección fue 1.74. Por encima se ubicó el primer autovalor (10.33) y por debajo el segundo (1.53). Por el criterio de Horn el número de componentes sería uno (véase Figura 27). Al extraer un único componente se explicó el 51.64% de la varianza total. Todos los ítems tuvieron saturaciones mayores que .38, siendo el ítem con saturación

más baja el ítem 16. En este componente único el ítem 8 tuvo una saturación de .43 (véase Tabla 70).

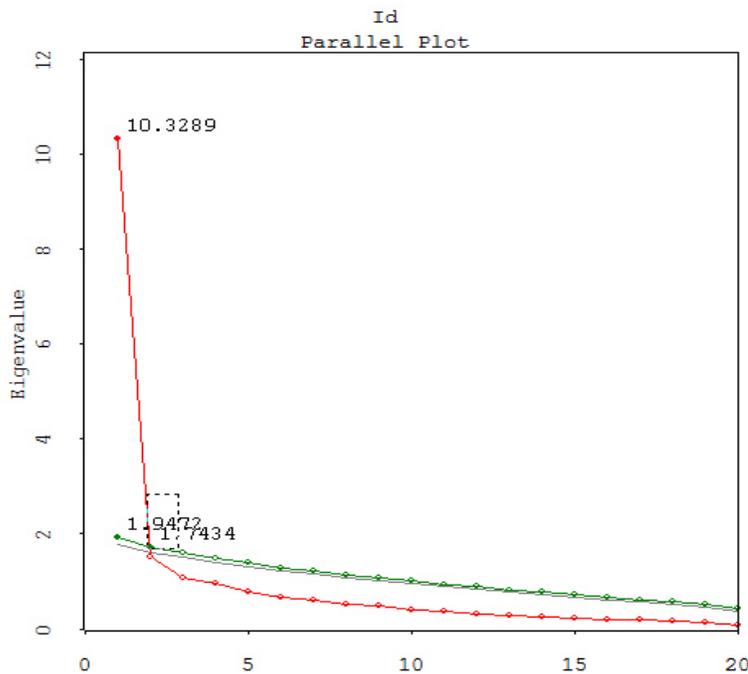


Figura 27. Análisis paralelo de Horn de los 20 primeros ítems de la TAS-30. La línea que alcanza más altura (roja) representa la curva de sedimentación de los datos observados, la segunda línea en altura (verde) representa la curva de sedimentación generada correspondiente al percentil 95 y la tercera línea en altura (gris) representa la curva de sedimentación generada correspondiente al percentil 50.

Tabla 70

Matriz de componentes de los primeros 20 ítems de la TAS30 (número de componentes por el criterio de Horn)

Ítems	C
2 Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	.846
13 No sé qué pasa dentro de mí	.835
9 Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	.832
5 Prefiero sólo describir los problemas que dar interpretaciones	.819
4 Me es difícil expresar mis sentimientos	.797
6 Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado(a) o enfadado(a)	.795
11 Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	.784
12 La gente me dice que exprese más mis sentimientos	.744
19 Considero de escasa utilidad examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	.736
17 Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	.736
14 A menudo no sé por qué estoy enfadado(a)	.729
1 A menudo estoy confuso(a) con las emociones que estoy sintiendo	.723

3 Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	.722
7 A menudo estoy confundido(a) con las sensaciones de mi cuerpo	.716
15 Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	.705
10 Estar en contacto con las emociones carece de importancia	.677
18 Me incomoda mucho el silencio en momentos de intimidad	.622
20 Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos	.529
8 Me choca las personas que se quiebran la cabeza con motivos y emociones en vez de aceptar las cosas como son	.427
16 Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos	.382

Método de extracción: Componentes principales.

Por el criterio de Kaiser el número de componentes para los 20 primeros ítems fue tres. Al extraer los mismos no se reproduce la estructura esperada. Tras la rotación oblicua 14 ítems presentaron saturación alta en el primer componente (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15 y 17). El segundo quedó definido sólo por dos indicadores (16 y 20) y el tercero por cuatro (ítems 8, 10, 18 y 20). El contenido del primer componente hace referencia a dificultades para identificar y expresar emociones y los contenidos de los dos últimos hacen referencia a rasgos de pensamiento externamente orientado. Así que se consideró definir sólo dos componentes.

Al extraer dos componentes se explicó el 59.29% de la varianza total. El primero quedó integrado por los 14 indicadores (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15 y 17) con consistencia interna alta ($\alpha = .95$) y por su contenido se denominó dificultades para identificar y expresar los sentimientos. El segundo quedó integrado por 5 indicadores (ítems 10, 16, 18, 19 y 20) con consistencia interna alta ($\alpha = .79$) y por su contenido se denominó pensamiento externamente orientado. El ítem 8 presentó saturaciones bajas y con un valor muy parecido en ambos componentes (véase Tabla 71). La correlación entre ambos componentes fue significativa, directa y moderada ($r = .52, p < .01$).

Tabla 71

Matriz de configuraciones de los 20 primeros ítems de la TAS-30

Ítems	Componentes	
	1	2
4 Me es difícil expresar mis sentimientos	.908	-.120
13 No sé qué pasa dentro de mí	.903	-.059

9 Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	.891	-.047
2 Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	.870	.001
12 La gente me dice que exprese más mis sentimientos	.825	-.081
6 Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado(a) o enfadado(a)	.821	-.004
11 Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	.806	.002
7 A menudo estoy confundido(a) con las sensaciones de mi cuerpo	.797	-.081
1 A menudo estoy confuso(a) con las emociones que estoy sintiendo	.695	.068
5 Prefiero sólo describir los problemas que dar interpretaciones	.649	.265
3 Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	.520	.305
17 Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	.519	.327
14 A menudo no sé por qué estoy enfadado(a)	.495	.349
15 Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	.473	.346
8 Me choca las personas que se quiebren la cabeza con motivos y emociones en vez de aceptar las cosas como son	.254	.252
16 Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos	-.198	.807
20 Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos	.032	.700
18 Me incomoda mucho el silencio en momentos de intimidad	.162	.654
19 Considero de escasa utilidad examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	.300	.625
10 Estar en contacto con las emociones carece de importancia	.353	.470

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimin. La rotación convergió en 4 iteraciones.

Al aplicar el análisis paralelo de Horn a los 10 ítems de pobreza de la fantasía, el punto de intersección fue 1.43. Por encima quedó el primer autovalor (4.39) y por debajo el segundo (1.25). Por el criterio de Horn el número de componentes fue 1 (véase Figura 28). Un único componente explicó el 43.85% de la varianza total. Todos los ítems presentaron saturaciones mayores que .50 en este componente único (véase Tabla 72).

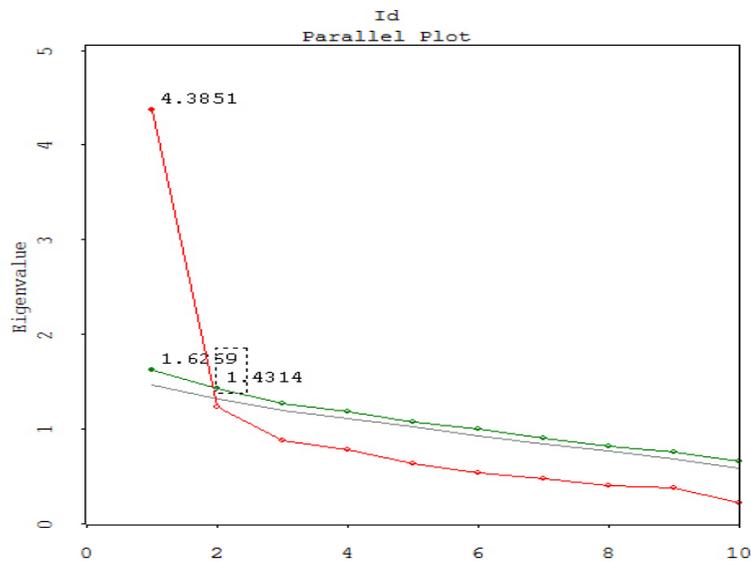


Figura 28. Análisis paralelo de Horn de los 10 últimos ítems de la TAS-30. La línea que alcanza más altura (roja) representa la curva de sedimentación de los datos observados, la segunda línea en altura (verde) representa la curva de sedimentación generada correspondiente al percentil 95 y la tercera línea en altura (gris) representa la curva de sedimentación generada correspondiente al percentil 50.

Tabla 72

Matriz de componentes de 10 ítems de fantasía de la TAS30 (número de componentes por el criterio de Horn)

Ítems	C
27 Soy una persona que fantasea mucho	.769
26 Con frecuencia tengo fantasías sobre mi futuro	.735
23 Tengo fantasías de grandes éxitos y poderes	.716
25 A veces huyo de la realidad a través de la imaginación	.705
22 Cuando estoy haciendo algo aburrido el tiempo se me va en fantasías	.657
24 He fantaseado con amores que sólo pueden tener lugar en mi imaginación	.650
29 Paso mucho tiempo soñando despierto cuando no tengo nada que hacer	.631
28 Tengo fantasías sexuales	.591
30 Cuando conozco a alguien que me gusta, tengo muchas fantasías sobre nuestra relación	.589
21 Cuando alguien se burla de mí, fantaseo terribles venganzas	.544

Método de extracción: Componentes Principales.

Por el criterio de Kaiser se definieron dos factores que explicaron el 56.30% de la varianza total. Tras la rotación oblicua, el primer componente quedó definido por 6 indicadores (ítems 22, 23, 25, 26, 27 y 29) con consistencia interna alta ($\alpha = .84$) y por su contenido se denominó propensión a la fantasía. El segundo componente quedó integrado por 4 indicadores (ítems 21, 24, 28 y 30) con consistencia interna alta ($\alpha = .72$) y por su contenido se denominó fantasías sexuales, románticas e interpersonales (véase

Tabla 73). La correlación entre ambos componentes fue significativa, directa y moderada ($r = .51, p < .01$).

Tabla 73

Matriz de configuraciones de los 10 ítems de fantasía (número de componentes por el criterio de Kaiser)

Ítems	Componentes	
	1	2
25 A veces huyo de la realidad a través de la imaginación	.844	-.111
26 Con frecuencia tengo fantasías sobre mi futuro	.827	-.051
27 Soy una persona que fantasea mucho	.814	.008
23 Tengo fantasías de grandes éxitos y poderes	.750	.017
29 Paso mucho tiempo soñando despierto cuando no tengo nada que hacer	.588	.103
22 Cuando estoy haciendo algo aburrido el tiempo se me va en fantasías	.572	.157
28 Tengo fantasías sexuales	-.070	.845
30 Cuando conozco a alguien que me gusta, tengo muchas fantasías sobre nuestra relación	-.059	.830
21 Cuando alguien se burla de mí, fantaseo terribles venganzas	.072	.614
24 He fantaseado con amores que sólo pueden tener lugar en mi imaginación	.197	.600

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimin. La rotación convergió en 4 iteraciones.

En base en los resultados del análisis de consistencia interna y exploración de la estructura factorial, se decidió considerar por una parte la escala de alexitimia con 20 ítems y por otra parte la escala de fantasía. Por análisis factorial confirmatorio se contrastaron modelos de un factor y dos factores correlacionados para ambas escalas.

Análisis factorial confirmatorio para los 20 ítems de alexitimia

En primer lugar se contrastó un modelo de dos factores correlacionados con 20 ítems, tal como sugiere el análisis factorial exploratorio. Este modelo ya ha sido anteriormente propuesto para la escala (Erni, Lotscher, & Modestin, 1997; Loas, Otmani, Verrier, Fremaux, & Marchand, 1996; Loas, Parker, Otmani, Verrier, & Fremaux, 1997). También se contrastó el modelo unidimensional que es el más fuertemente sugerido por el análisis factorial exploratorio. Finalmente se especificó el modelo de tres factores correlacionados original (Bagby, Taylor et al., 1994) que ya está validado en México (Moral, 2009) y es el más replicado en estudios realizados en diversos países (Taylor, Bagby, & Parker, 2003).

Se observó una ligera desviación de la normalidad multivariada con los 20 ítems de alexitimia (curtosis multivariada de Mardia = 119.30, CR =22.03), por lo que se empleó el método ML y se complementó con el procedimiento de muestreo repetitivo para la estimación de parámetros y con el procedimiento de Bollen-Stine para el contrastar la bondad de ajuste global.

Al contrastar el modelo de dos factores correlacionados con 20 ítems, se rechazó la hipótesis nula de bondad de ajuste por el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen –Stine ($p = 36/2000 = .018$); en 1964 muestras de las 2000 extraídas el ajuste fue mejor que en la muestra observada, en 0 equivalente y en 36 peor. Dos índices reflejaron buen ajuste (FD = 3.08 [FD_{MI} = 15.00] y PNCP = 1.66 [PNCP_{MI} = 13.41]), tres mostraron un ajuste adecuado ($\chi^2/gl = 2.17$, RMS SR = .06 y CFI = .88) y cinco índices exhibieron un mal ajuste ($\chi^2[169] = 366.92$, $p < .01$, GFI = .77, AGFI = .71, NFI = .79, RMSEA = .10 [90% IC: .09, .11], $p < .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). Todos los parámetros fueron significativos, ya sean estimados por el método ML o por el procedimiento de muestreo repetitivo con intervalos de confianza del 95%, calculados por el método de percentiles libres de sesgo. La correlación entre los dos factores fue directa y alta ($r = .78$, $p < .01$), compartiendo el 60.84% de la varianza, lo que les hace discernibles (véase Figura 29).

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de 2 factores correlacionados a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.099) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.266). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 169 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:41 aproximadamente 3:1, lo que quedó por debajo del valor mínimo de 5:1.

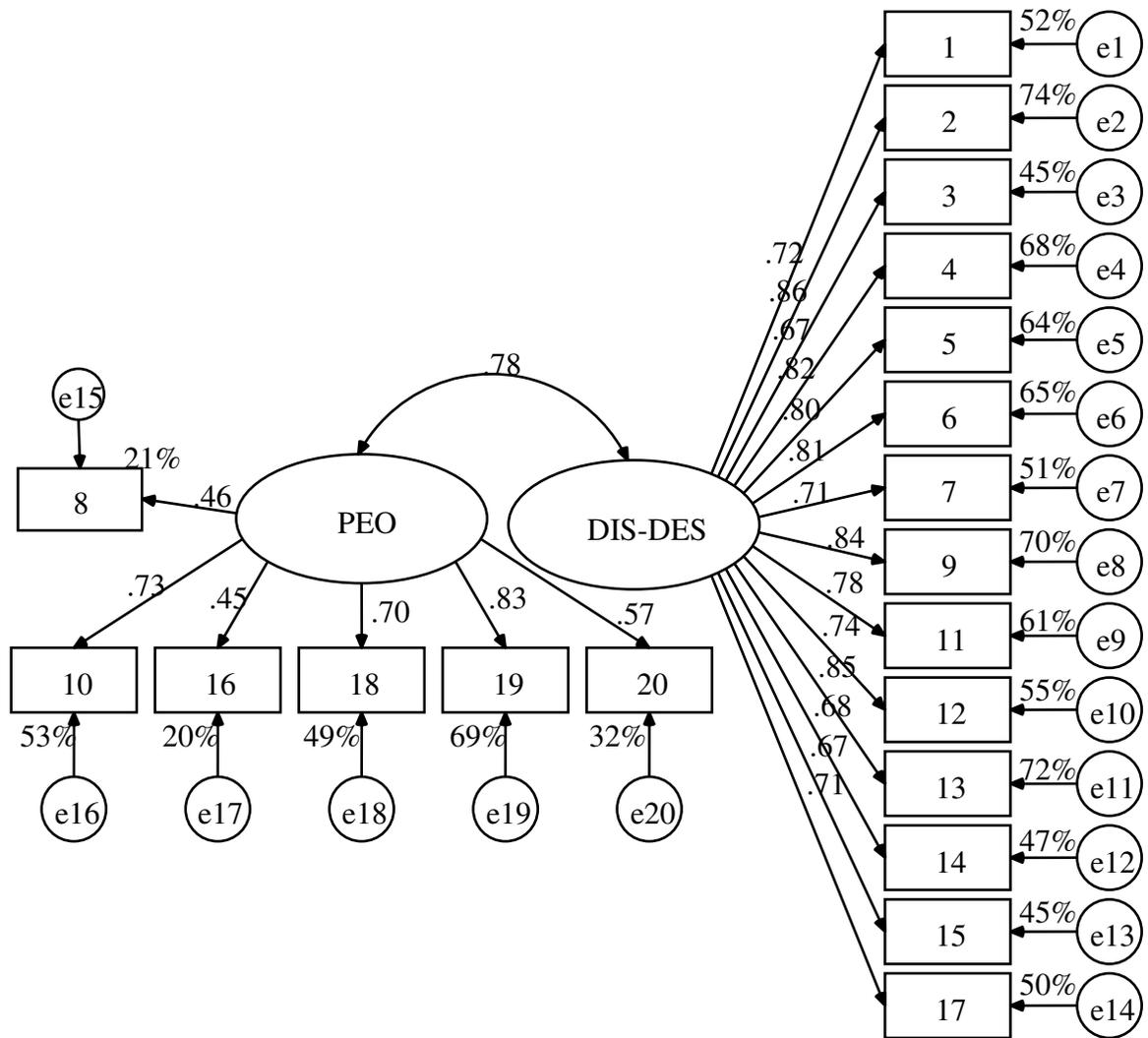


Figura 29. Modelo estandarizado de dos factores correlacionados con 20 indicadores estimado por ML.

Al contrastar el modelo unidimensional de 20 indicadores, se rechazó la hipótesis nula de bondad de ajuste por el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen –Stine ($p = 6/2000 = .003$); en 1994 muestras de las 2000 extraídas el ajuste fue mejor que en la muestra observada, en 0 equivalente y en 6 peor. Dos índices reflejaron un ajuste adecuado ($\chi^2/g.l. = 2.49$, RMS SR = .07), y los nueve índices restantes reflejaron mal ajuste ($\chi^2[170] = 423.73$, $p < .01$, GFI = .72, AGFI = .65, NFI = .76, CFI = .84, FD = 3.56 [FD_{MI} = 15.00] y PNCP = 2.13 [PNCP_{MI} = 13.41], RMSEA = .11 [90% IC: .10, .13], $p < .01$ para la hipótesis nula de $RMSEA \leq .05$). Todos los parámetros fueron significativos, ya sean estimados por el método ML o por el procedimiento de muestreo

repetitivo con intervalos de confianza del 95%, calculados por el método de percentiles libres de sesgo (véase Figura 30).

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de 1 factor a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.112) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.266). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 170 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:40 aproximadamente 3:1, lo que quedó por debajo del valor mínimo de 5:1.

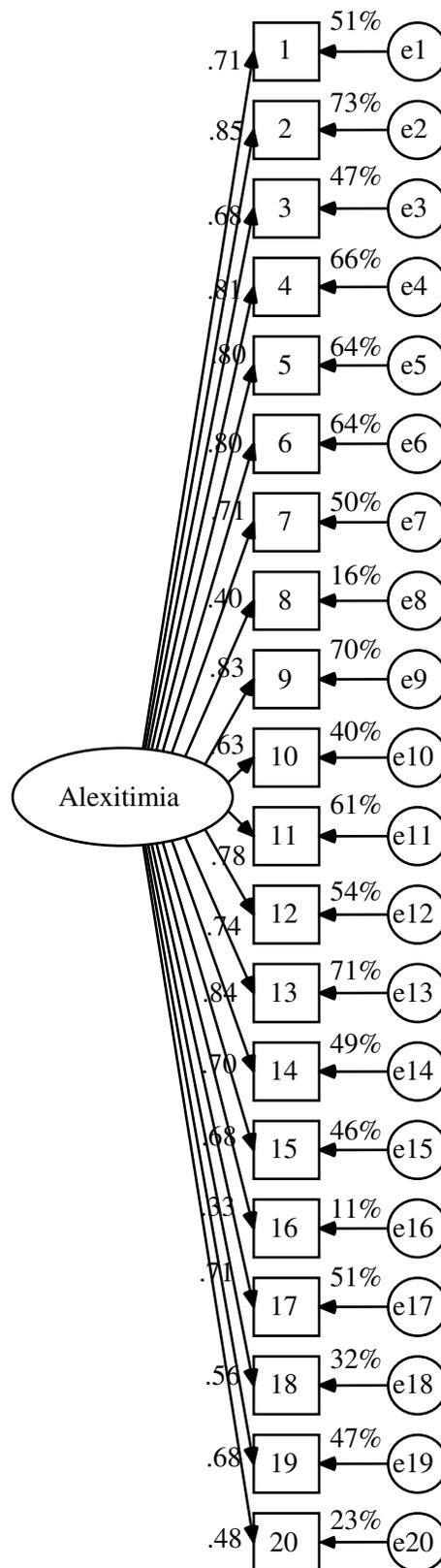


Figura 30. Modelo estandarizado de un factor con 20 indicadores estimado por ML.

Al contrastar el modelo original de tres factores correlacionados con 20 indicadores, se rechazó la hipótesis nula de bondad de ajuste por el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen -Stine ($p = 24/2000 = .012$); en 1976 muestras de las 2000 extraídas el ajuste fue mejor que en la muestra observada, en 0 equivalente y en 24 peor.

Tres índices reflejaron un ajuste adecuado ($\chi^2/gf = 2.22$, CFI = .87 y RMS SR = .07), y los ocho índices restantes reflejaron mal ajuste ($\chi^2[167] = 371.32$, $p < .01$, GFI = .76, AGFI = .70, NFI = .79, , FD = 3.12 [FD_{MI} = 15.00] y PNCP = 1.72 [PNCP_{MI} = 13.41], RMSEA = .10 [90% IC: .09, .12], $p < .01$ para la hipótesis nula de RMSEA $\leq .05$). Todos los parámetros fueron significativos, ya sean estimados por el método ML o por el procedimiento de muestreo repetitivo con intervalos de confianza del 95%, calculados por el método de percentiles libres de sesgo. La correlación entre los tres factores fue directa y alta (.85 entre DIS-PEO y DES-PEO a .96 entre DIS-DES), compartiendo el 72 y 92% de la varianza, lo que no permite discernirlos claramente (véase Figura 31). Estas correlaciones sugieren los modelos derivados del análisis factorial exploratorio, el unidimensional y el bidimensional, donde DIS-DES forma un factor de dificultad para identificar y expresar emociones.

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de 3 factores correlacionados a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.101) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.266). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 167 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:43 aproximadamente 3:1, lo que quedó por debajo del valor mínimo de 5:1.

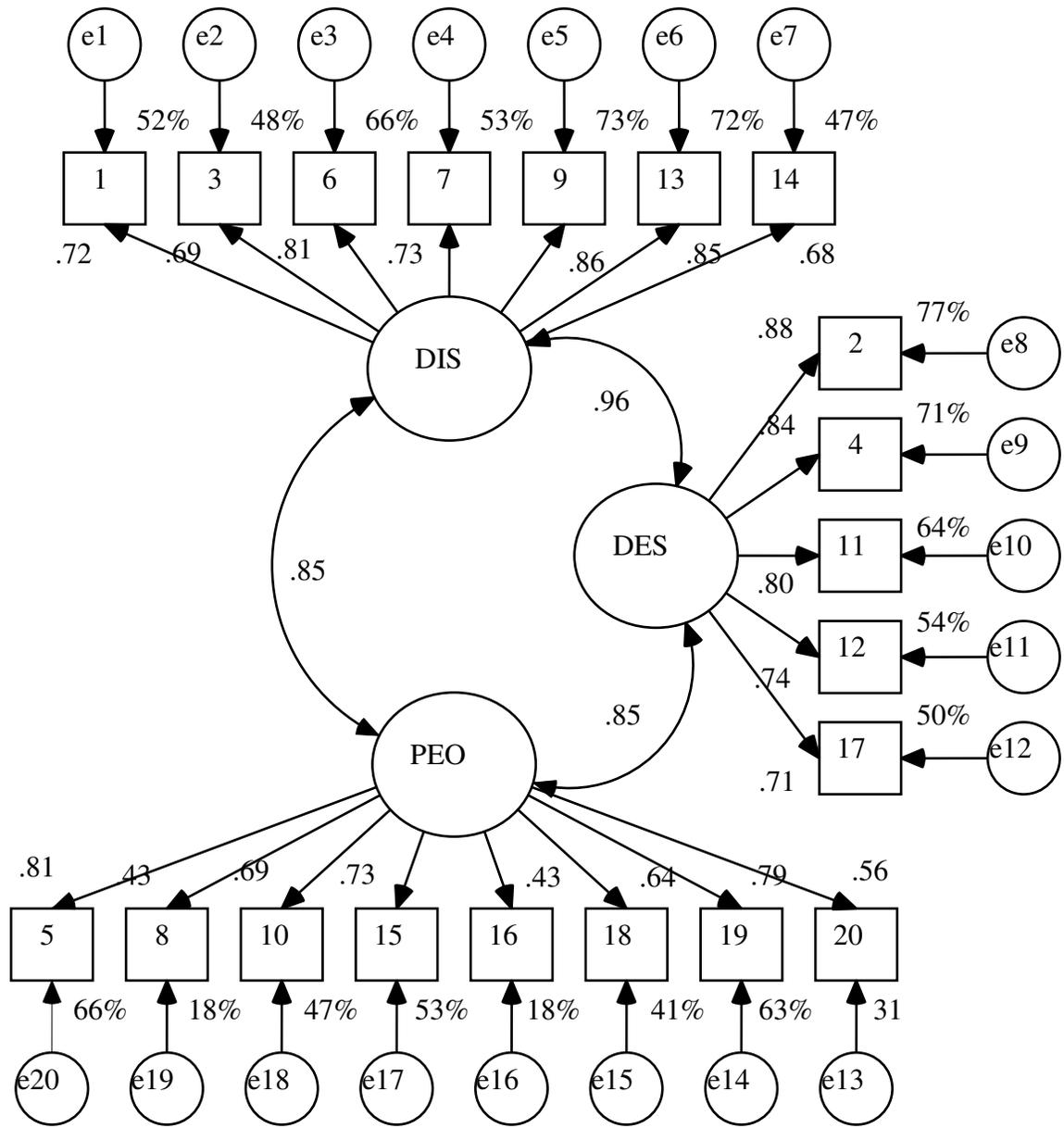


Figura 31. Modelo estandarizado de tres factores correlacionados con 20 indicadores estimado por ML.

No teniendo ningún modelo un buen ajuste, siendo artificiosa la distinción entre los factores y con base en el análisis paralelo de Horn (un factor) se optó por utilizar sólo la puntuación total de la escala de alexitimia de 20 ítems.

Análisis factorial confirmatorio para los 10 ítems de fantasía

Se observó una ligera desviación de la normalidad multivariada con los 10 ítems de fantasía (cutosis multivariada de Mardia = 50.57, CR =17.88), por lo que se empleó el método ML y se complementó con el procedimiento de muestreo repetitivo para la estimación de parámetros y con el procedimiento de Bollen-Stine para el contrastar la bondad de ajuste global.

Al contrastar el modelo unidimensional con 10 indicadores para la escala de fantasía, se rechazó la bondad de ajuste por el procedimiento de muestreo repetitivo (2000 muestras) de Bollen-Stine ($p = 23/2000 = .012$); en 1977 muestras extraídas el ajuste fue mejor que en la muestra observada, en 0 equivalente y en 23 peor. Dos índices reflejaron buen ajuste (FD = 0.87 [FD_{MI} = 3.77] y PNCP = 0.58 [PNCP_{MI} = 3.39]), cuatro mostraron un ajuste adecuado ($\chi^2/\text{gl} = 2.96$, RMS SR = .08, GFI = .85 y CFI = .83) y cuatro índices exhibieron un mal ajuste ($\chi^2[35] = 103.52$, $p < .01$, AGFI = .77, NFI = .77, RMSEA = .13 [90% IC: .10, .16], $p < .01$ para la hipótesis nula de RMSEA $\leq .05$). Todos los parámetros fueron significativos, ya sean estimados por el método ML o por el método de muestreo repetitivo con intervalos de confianza del 95% (para percentiles libres de sesgo).

Tras revisar los índices de modificación (MI = 20.30) destacó la correlación entre los residuos de los ítems de fantasías sexuales (ítem 28) y de fantasías románticas sobre el futuro de la relación (ítem 30). Al especificar esta correlación entre estos dos residuos, se logró mantener la hipótesis nula de bondad de ajuste por el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine ($p = 112/2000 = .056$); en 1888 muestras de las 2000 extraídas el ajuste fue mejor que en la muestra observada, en 0 equivalente y en 112 mejor. De los nueve índices de ajuste contemplados, dos índices reflejaron buen ajuste (FD = 0.68 [FD_{MI} = 3.77] y PNCP = 0.40 [PNCP_{MI} = 3.39]), seis mostraron un ajuste adecuado ($\chi^2/\text{gl} = 2.40$, RMS SR = .07, GFI = .88, AGFI = .82, NFI = .82 y CFI = .88) y dos exhibieron un mal ajuste ($\chi^2[34] = 81.52$, $p < .01$ y RMSEA = .11 [90% IC: .08, .14], $p < .01$ para la hipótesis nula de RMSEA $\leq .05$) (véase Figura 32).

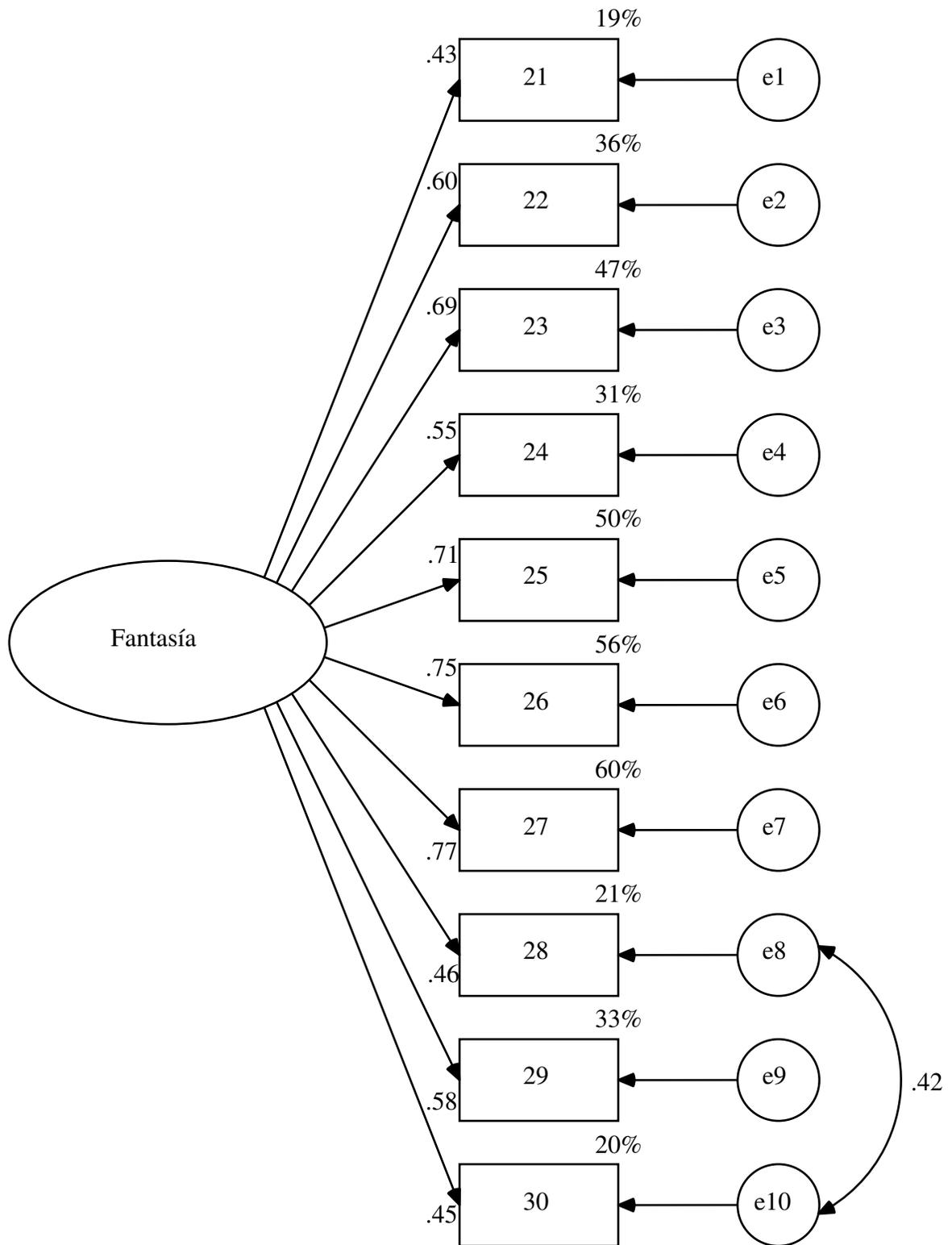


Figura 32. Modelo estandarizado de un factor con 10 indicadores y una correlación entre los residuos estimado por ML.

La hipótesis nula de bondad de ajuste se mantuvo por el procedimiento de muestreo repetitivo de Bollen-Stine ($p = 337/2000 = .169$); en 1663 muestras de las 2000 extraídas el ajuste fue mejor que en la muestra observada, en 0 equivalente y en 337 mejor. De los nueve índices de ajuste contemplados, tres índices reflejaron buen ajuste ($\chi^2/\text{gl} = 1.94$, $\text{FD} = 0.55$ [$\text{FD}_{\text{MI}} = 3.77$] y $\text{PNCP} = 0.27$ [$\text{PNCP}_{\text{MI}} = 3.39$]) y seis mostraron un ajuste adecuado ($\text{RMS SR} = .06$, $\text{GFI} = .91$, $\text{AGFI} = .85$, $\text{NFI} = .85$, $\text{CFI} = .92$ y $\text{RMSEA} = .09$ [90% IC: .06, .12], $p = .03$ para la hipótesis nula de $\text{RMSEA} \leq .05$) y uno exhibió un mal ajuste ($\chi^2[34] = 65.95$, $p < .01$). La bondad de ajuste fue significativamente mayor que la del modelo unidimensional ($\Delta\chi^2[1] = 37.57$ $p < .01$). Todos los parámetros del modelo bidimensional fueron significativos, ya sean estimados por el método ML o por el método de muestreo repetitivo con intervalos de confianza del 95% (para percentiles libres de sesgo). La correlación entre los dos factores fue directa y moderada ($r = .66$, $p < .01$), compartiendo el 43.56% de la varianza, lo que permite claramente discernirlos (véase Figura 33).

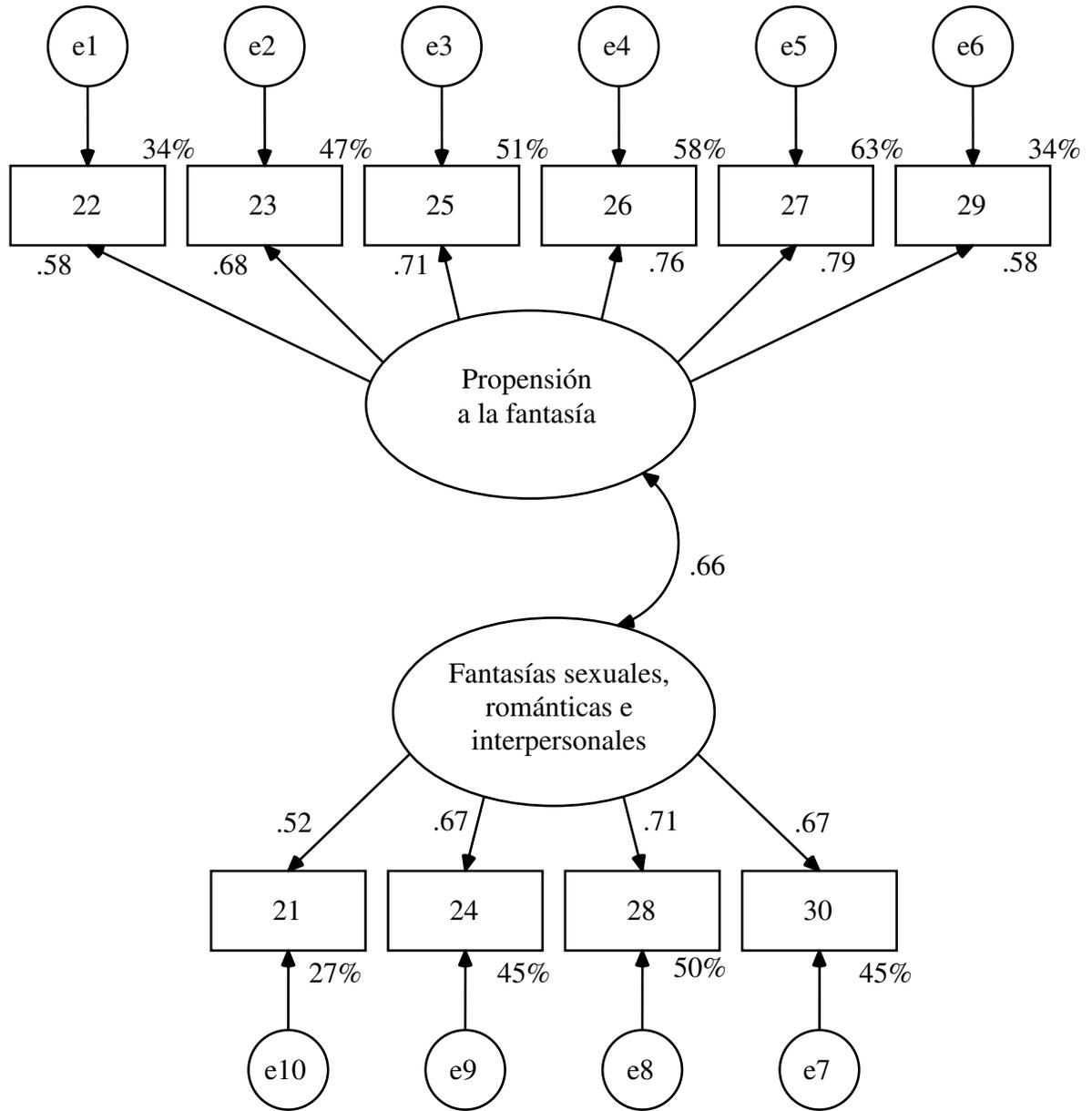


Figura 33. Modelo estandarizado de dos factores correlacionados con 10 indicadores estimado por ML.

Desde estos análisis con buenos resultados de ajuste se decidió emplear la puntuación total y los dos factores de fantasía de forma independiente a la puntuación total de los ítems originales de la escala TAS-20.

Se calculó la potencia del contraste para el modelo de 2 factores correlacionados a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.089) y

como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.275). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 34 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:21 aproximadamente 6:1, lo que quedó por encima de un valor mínimo, en un rango aceptable (de 5:1 a 10:1).

Propiedades psicométricas de la escala TAS-20 y los dos factores de fantasía

El puntaje total de la escala TAS-20 y los dos factores que conforman el componente de fantasía (propensión a la fantasía y fantasías sexuales, románticas e interpersonales) tuvieron valores de consistencia interna altos de .72 a .95. El puntaje total de la TAS-20 y los dos factores de fantasía mostraron asimetría positiva. La distribución del puntaje total de la escala TAS-20 mostró aplanamiento ($C = -1.17$, $EE = 0.44$). La distribución del factor de propensión a la fantasía mostró mesocurtosis ($C = -0.49$, $EE = 0.44$) y la distribución del factor de fantasías sexuales, románticas e interpersonales mostró apuntalamiento ($C = 1.07$, $EE = 0.44$) (véase Tabla 74).

Tabla 74

Consistencia interna, descripción de las distribuciones y normalidad de la escala de alexitimia

	Consistencia		Descriptivos de la distribución							Normalidad	
	No. ítems	α	Min	Max	M	Mdn	DE	S	C	Z_{K-S}	p
TAS-20	20	.95	0	97	41.17	41.50	27.94	0.12	-1.17	1.38	.04
PRO	6	.84	0	29	9.21	8	8.52	.76	-0.49	1.53	.02
SEX	4	.72	0	15	2.88	.00	4.12	1.44	1.07	3.01	<.01

EE de S = 0.22 y EE de C = 0.44. TAS-20 = Puntaje total de la Escala de Alexitimia de Toronto, PRO = Propensión a la fantasía (ítems 22, 23, 25, 26, 27 y 29) y SEX = Fantasías sexuales, románticas e interpersonales (ítems 21, 24, 28 y 30).

Objetivo 4: Describir el nivel promedio de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, la resiliencia y alexitimia en personas con cáncer.

Nivel promedio de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

Se dividió la media de los seis factores de primer orden y los dos factores de segundo orden por sus correspondientes números de ítems, obteniéndose un rango

continuo de 1 a 5. A continuación se dividió este rango continuo en 5 intervalos de amplitud constante para hacerlos corresponder con los 5 valores discretos de respuesta al ítem (de 1 “*nunca*” a 5 “*siempre*”) e interpretar los valores en correspondencia con las etiquetas de respuesta al ítem.

La media del factor de negación dividida por 7 (número de ítems) fue de 1.82, lo que correspondió al segundo intervalo de puntuaciones continuas (de 1.80 a 2.59), esto es, al valor discreto 2 “*pocas veces*”; igual aplicó para el factor de depresión (1.86). La media del factor de ira hacia la enfermedad dividida por 6 (número de ítems) fue de 1.49, lo que correspondió al primer intervalo de puntuaciones continuas (de 1 a 1.79), esto es, al valor discreto 1 “*nunca*”. La media del factor de negociación-pacto dividida por 7 (número de ítems) fue de 3.72, lo que correspondió al cuarto intervalo de puntuaciones continuas (de 3.40 a 4.19), esto es, al valor discreto 4 “*casi siempre*”. La media del factor de fe y esperanza dividida por 4 (número de ítems) fue de 4.62, lo que correspondió al quinto intervalo de puntuaciones continuas (de 4.20 a 5), esto es, al valor discreto 5 “*siempre*”, igual aplicó para el factor de aceptación (4.23) (véase Figura 34).

La mayoría de las respuestas en los factores de ira, depresión y negación correspondieron al rango de 1 a 2.59, esto es, a respuestas de nunca o pocas veces. El 91% de las participantes dieron respuestas dentro de este rango en el factor de ira, 88% en el factor de depresión y 82% en el factor de negación. La mayoría de las respuestas en los factores de promesas/negociación, fe/esperanza y aceptación correspondieron al rango de 3,40 a 5, esto es, a respuestas de casi siempre o siempre. El 92% de las participantes dieron respuestas dentro de este rango en el factor de fe/esperanza, 86% en el factor de aceptación y 66% en el factor de promesas/negociación (véase Tabla 75).

La media del factor de segundo orden actitud positiva ante la enfermedad quedó en el intervalo de respuestas con una frecuencia de casi siempre (3.40, 4.19) y la media de reacción de afecto negativo en el intervalo de frecuencia de nunca (1, 1.79); por lo tanto, las participantes refirieron en su perfil promedio una clara actitud positiva ante la enfermedad (véase Figura 35).

El 91% de las participantes dieron respuesta dentro del rango de 1 a 2.59 (nunca o pocas veces) en el factor de reacción de afecto negativo y el 78% de las participantes

dieron respuesta de 3,40 a 5 (casi siempre o siempre) en el factor de actitud positiva (véase Tabla 75).

Tabla 75

Distribución de las puntuaciones de los factores de primer y segundo orden en un rango continuo y homogéneo

Valores	Negac.		Ira		Prom/ Negoc.		FE		Depre.		Accept.		RANE		APE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
[1, 1.79]	72	60.0	96	80.0	6	5.0	1	0.8	73	60.8	1	0.8	74	61.7	2	1.7
[1.80, 2.59]	26	21.7	13	10.8	18	15.0	2	1.7	21	17.5	0	0	35	29.2	6	5.0
[2.60, 3.39]	15	12.5	7	5.8	17	14.2	7	5.8	18	15.0	16	13.3	11	9.2	19	15.8
[3.40, 4.19]	6	5.0	2	1.7	29	24.2	13	10.8	7	5.8	30	25.0	0	0	29	24.2
[4.20, 5]	1	0.8	2	1.7	50	41.7	97	80.8	1	0.8	73	60.8	0	0	64	53.3

Valores: Nunca = [1, 1.79]. Pocas veces = [1.80, 2.59]. A veces = [2.60, 3.39]. Casi siempre = [3.40, 4.19]. Siempre = [4.20, 5]. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad = (depresión + ira + negación + aceptación con ítems invertidos)/27. APE = Actitud positiva ante la enfermedad = (Promesas/negociación + Fe/esperanza)/11. FE = Fe y esperanza.

Comparación de medias entre los factores

Las medias de los 6 factores de primer orden fueron estadísticamente diferenciales (efectos intraparticipantes: $F[3,71, 441,09] = 385,05, p < 0,01$; con la corrección de Greenhouse-Geisser, siendo el valor $\epsilon = 0,74$, al no asumirse el supuesto de esfericidad con base en la prueba Mauchly: $W = 0,44, \chi^2[14, N = 120] = 96,90, p < 0,01$). Al hacer comparaciones por pares de medias, hubo diferencia significativa en 14 de las 15 comparaciones con una $p < 0,01$. Las medias de los factores de negación ($M = 1,82, 95\% \text{ IC: } 1,67, 1,97$) y depresión ($M = 1,86, 95\% \text{ IC: } 1,70, 2,01$) fueron estadísticamente equivalentes ($t[119] = -0,39, p = 0,70$) (véase Figura 34).

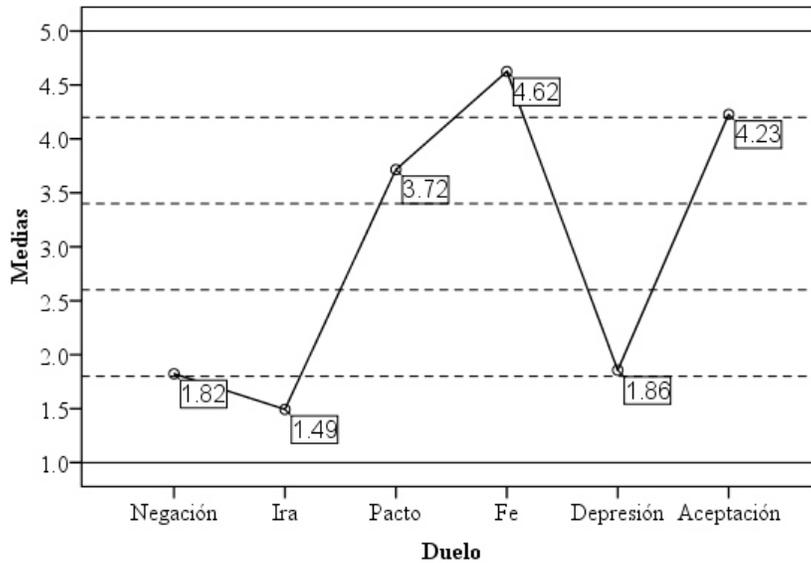


Figura 34. Nivel de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Las medias de los dos factores de segundo orden fueron estadísticamente diferenciales ($t[119] = 25,22, p < 0,01$). La media de la actitud positiva ante la enfermedad ($M = 4,05$) fue significativamente mayor que la media de reacción de afecto negativo ante la enfermedad ($M = 1,74$) (véase Figura 35).

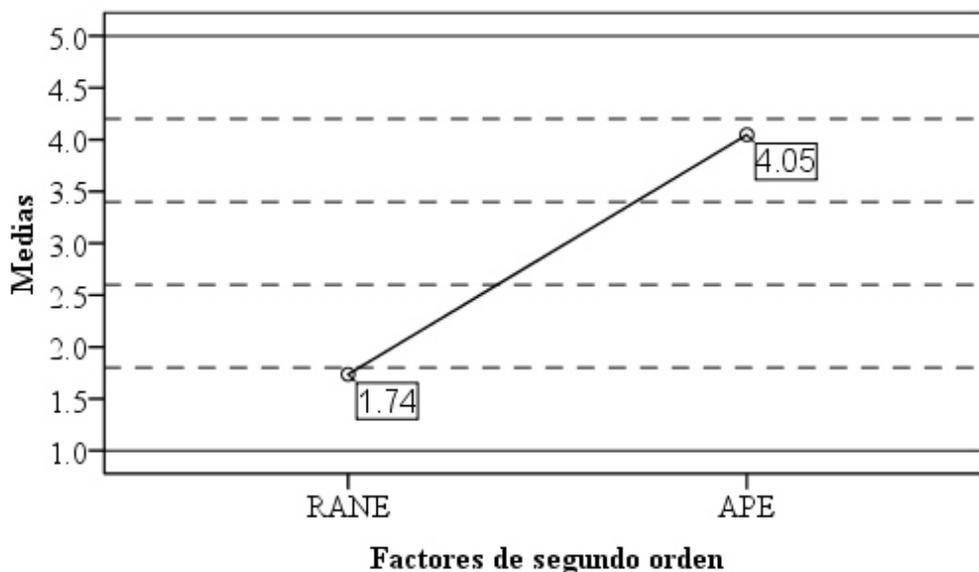


Figura 35. Diagrama de medias de los dos factores de segundo orden de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad = (depresión + ira + negación + aceptación con ítems invertidos)/27. APE = Actitud positiva ante la enfermedad = (Pacto + Fe y esperanza)/11.

Nivel promedio de la resiliencia

Se dividió la media del puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M) y los cinco factores que la componen por sus correspondientes números de ítems, obteniéndose un rango continuo de 1 a 4. A continuación se dividió este rango continuo en 4 intervalos de amplitud constante para hacerlos corresponder con los 4 valores discretos de respuesta al ítem (de 1 “*totalmente en desacuerdo*” a 4 “*totalmente de acuerdo*”) e interpretar los valores en correspondencia con las etiquetas de respuesta al ítem.

La media del puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M) dividida por 43 (número de ítems) fue de 3.61, lo que correspondió al cuarto intervalo de puntuaciones continuas (de 3.25 a 4), esto es, al valor discreto 4 “*totalmente de acuerdo*”; igual aplicó para los cinco factores de resiliencia: fortaleza y confianza en sí mismo (3.64), competencia social (3.51), apoyo familiar (3.66), apoyo social (3.77) y estructura (3.44). Por lo tanto, las pacientes con cáncer destacaron en los cinco factores que componen la escala de resiliencia: fortaleza y confianza en sí mismas, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura.

Nivel promedio de la alexitimia y fantasía

Se dividió la puntuación total de la TAS-20 y los dos factores de fantasía por sus correspondientes números de ítems, obteniéndose un rango continuo de 0 a 5. A continuación se dividió este rango continuo en 6 intervalos de amplitud constante para hacerlos corresponder con los 6 valores discretos de respuesta al ítem e interpretar los valores en correspondencia con las etiquetas de respuesta al ítem.

En el rango continuo de 0 a 5, las puntuaciones de 30% de las participantes quedaron en el primer intervalo (de 0 a 0.82) que correspondió al valor discreto 0 (totalmente en desacuerdo) y se interpretó como ausencia de alexitimia (no caso). Las puntuaciones de 11% de las participantes quedaron en el segundo intervalo (de 0.83 a 1.66) que correspondió al valor discreto 1 (bastante en desacuerdo) y se interpretó como muy baja alexitimia (no caso). Las puntuaciones de 17% de las participantes quedaron en el tercer intervalo (de 1.67 a 2.49) que correspondió al valor discreto 2 (algo en desacuerdo) y se interpretó como baja alexitimia (no caso). Las puntuaciones de 21% de

las participantes quedaron en el cuarto intervalo (de 2.50 a 3.32) que correspondió al valor discreto 3 (algo de acuerdo) y se interpretó como presencia de alexitimia (posible caso). Las puntuaciones de 14% de las participantes quedaron en el quinto intervalo (de 3.33 a 4.16) que correspondió al valor discreto 4 (bastante de acuerdo) y se interpretó como alta alexitimia (caso). Las puntuaciones de 7% de las participantes quedaron en el sexto intervalo (de 4.17 a 5) que correspondió al valor discreto 5 (totalmente de acuerdo) y se interpretó como muy alta alexitimia (caso). Por lo tanto, el 42% de las mujeres reportaron estar de acuerdo con la presencia de rasgos alexitímicos (véase Tabla 76).

Tabla 76
Distribución de la TAS-20 con un rango de 0 a 5 segmentada en 5 intervalos de amplitud constante

Valores	Interpretación	f	%	% acumulado
[0, 0.82]	Totalmente en desacuerdo = Ausencia	36	30.0	30.0
[0.83, 1.66]	Bastante en desacuerdo = Muy baja	13	10.8	40.8
[1.67, 2.49]	Algo en desacuerdo = Baja	21	17.5	58.3
[2.50, 3.32]	Algo de acuerdo = Presencia	25	20.8	79.2
[3.33, 4.16]	Bastante de acuerdo = Alta	17	14.2	93.3
[4.17, 5]	Totalmente de acuerdo = Muy alta	8	6.7	100
	Total	120	100	

La media del puntaje total de la escala de alexitimia (TAS-20) dividida por 20 (número de ítems) fue de 2.06, lo que correspondió al tercer intervalo de puntuaciones continuas (de 1.67 a 2.49), esto es, al valor discreto 2 “*algo en desacuerdo*”. La media del factor de propensión a la fantasía dividida por 6 (número de ítems) fue de 1.54, lo que correspondió al segundo intervalo de puntuaciones continuas (de 0.83 a 1.66), esto es, al valor discreto 1 “*bastante en desacuerdo*”. La media del factor de fantasías sexuales, románticas e interpersonales dividida por 4 (número de ítems) fue de 0.72, lo que correspondió al primer intervalo de puntuaciones continuas (de 0 a 0.82), esto es, al valor discreto 0 “*totalmente en desacuerdo*”. Por lo tanto, la paciente con cáncer promedio reportó baja alexitimia (no caso), muy baja propensión a la fantasía y ausencia de fantasías sexuales, románticas e interpersonales.

Bagby, Parker et al. (1994) definieron dos puntos de corte para interpretar las puntuaciones suma de los 20 ítems con un rango de 20 a 100, dando lugar a tres intervalos: menor o igual a 51 = no caso, de 52 a 60 = posible caso y de 61 o mayor = caso de alexitimia. Para poder emplear estos puntos de corte, se requirió convertir el rango de 0 a 100 en un rango de 20 a 100. A tal fin se multiplicaron las puntuaciones por un valor de constricción (0.80) y se les sumó 20. Con dichos puntos de corte, se obtuvo que el 39% de las participantes fueron casos de alexitimia, 14% posibles casos y 47% no casos (véase Tabla 77). Usando la prueba chi-cuadrado para una sola muestra, la frecuencia de 47 casos (esperados) con el punto de corte de 61 o mayor fue estadísticamente equivalente a la frecuencia (observada) de 50 mujeres que reportaron rasgos de alexitimia desde el criterio de correspondencia con las etiquetas de respuesta al ítem ($\chi^2[1, N = 120] = 0.32, p = .58$).

Tabla 77

Distribución de casos empleando los puntos de corte de Bagby, Parker et al. (1994)

Valores	Interpretación	<i>f</i>	%	% acumulado
[20, 51.99]	No caso	56	46.7	46.7
[52, 60.99]	Posible caso	17	14.2	60.8
[61, 100]	Caso	47	39.2	100.0
	Total	120	100.0	

Con el rango de 20 a 100, la media de la TAS-20 en la presente muestra fue 52.93 (IC 95%: 48.89, 56.97), siendo el valor mínimo 20 y máximo 98 con una *DE* = 22.35.

En México, aplicando la TAS-20 con un rango de 0 a 100, Moral (2009) reportó una media de 36.70 (*DE* = 16.50) en una muestra de 100 parejas casadas; esta media fue estadísticamente equivalente a la observada en el presente estudio ($t[119] = 1.75, p = .08$). Ramos (2014) reportó una media de 45.92 (*DE* = 18.93) en 120 mujeres de población general; esta media fue estadísticamente equivalente a la obtenida en el presente estudio ($t[119] = -1.86, p = .07$). Moral (2008) informó de una media de 24.90 (*DE* = 12.27) en una muestra de 381 estudiantes de psicología; esta media fue significativamente menor que la observada en la presente muestra ($t[119] = 6.38, p > .01$) con una diferencia media de 16.27 (IC 95%: 11.22, 21.32). Moral, González y Landero

(2011) reportaron una media de 69.60 ($DE = 22.35$) en una muestra de 26 pacientes con fibromialgia; esta media fue significativamente mayor que la obtenida en el presente estudio con 120 mujeres ($t[119] = -11.15, p < .01$), con una diferencia media de -28.43 (IC 95%: -33.48, -23.38).

En España, aplicando la TAS-20 con un rango de 20 a 100, Gil y Portellano (2005) reportaron una media de 37.84 ($DE = 13.69$) en una muestra de 19 pacientes con cáncer (15 mujeres y 4 hombres); esta media fue significativamente menor que la obtenida en el presente estudio con 120 mujeres ($t[119] = 7.40, p < .01$), con una diferencia media de 15.09 (IC 95%: 11.05, 19.13). En este mismo estudio, Gil y Portellano reportaron una media de 33.17 ($DE = 9.79$) en una muestra de 23 estudiantes (17 mujeres y 6 hombres); nuevamente, esta media fue significativamente menor que la obtenida en el presente estudio con 120 mujeres ($t[119] = 9.69, p < .01$), con una diferencia media de 19.76 (IC 95%: 15.72, 23.80). En 221 pacientes con esclerosis múltiple, Fernández-Jiménez et al. (2013) reportaron una media de 46.68 ($DE = 14.38$); esta media fue significativamente menor que la obtenida en el presente estudio con 120 mujeres ($t[119] = 3.07, p < .01$), con una diferencia media de 6.25 (IC 95%: 2.21, 10.29). Rueda y Pérez (2007) reportaron una media de 41.02 ($DE = 9.41$) en una muestra de 436 estudiantes (327 mujeres y 101 hombres); esta media fue significativamente menor que la obtenida en el presente estudio con 120 mujeres ($t[119] = 5.84, p < .01$), con una diferencia media de 11.91 (IC 95%: 7.87, 15.95). En Italia, Messina, Fogliani y Paradiso (2011) reportaron una media de 55.30 ($DE = 9.70$) en 37 pacientes con cáncer (20 mujeres y 17 hombres); esta media fue significativamente equivalente que la obtenida en el presente estudio con 120 mujeres ($t[119] = -1.16, p = .25$).

En Canadá, aplicando la TAS-20 con un rango de 20 a 100, Parker, Taylor, & Bagby (2003) reportaron una media de 45.57 ($DE = 11.35$) en 1933 personas de población general (1053 mujeres y 880 hombres); esta media fue significativamente menor que la obtenida en el presente estudio con 120 mujeres ($t[119] = 3.61, p < .01$), con una diferencia media de 7.36 (IC 95%: 3.32, 11.40). Parker, Shaughnessy, Wood, Majeski, & Eastabrook (2005) reportaron una media de 47.17 ($DE = 12.37$) en 123 personas de una comunidad aborigen (75 mujeres y 48 hombres); esta media fue

significativamente menor que la obtenida en el presente estudio con 120 mujeres ($t[119] = 2.83, p = .01$), con una diferencia media de 5.76 (IC 95%: 1.72, 9.80).

La media de la TAS-20 obtenida en el presente estudio coincide con la observada en población general mexicana y en pacientes con cáncer italianos, es mayor que en estudiantes de psicología mexicanos, pero menor que en población de mujeres con un trastorno crónico de somatización. En comparación con los estudios de España y Canadá la media del presente estudio fue mayor. Por lo tanto, la media de alexitimia ubica a estas mujeres en el rango de población general adulta mexicana y en pacientes con cáncer italianos.

El porcentaje de alexitimia fue alto entre las pacientes con cáncer de este estudio. Este porcentaje fue el mismo ya sea que se empleó el criterio de Bagby, Parker et al. (1994) o el de correspondencia con los valores discretos de respuesta al ítem. Debe señalarse que la media de estas mujeres fue significativamente mayor que las medias encontradas en España. Parece que, en población general mexicana, se reporta un mayor nivel de alexitimia que en otros países, a lo que podría influir el formato de respuesta de 6 puntos aplicado.

Objetivo 5: Estudio de la relación de las variables socio-demográficas, religión, experienciales y clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Para realizar los siguientes análisis estadísticos se utilizaron los 38 ítems que conforman las seis respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud: negación (7 ítems: 6, 15, 45, 55, 60, 62 y 64), ira (6 ítems: 21, 31, 36, 41, 46 y 51), negociación-pacto (7 ítems: 3, 8, 12, 17, 22, 27 y 52), fe y esperanza (4 ítems: 32, 37, 42 y 57), depresión (4 ítems: 28, 43, 53 y 58) y aceptación (10 ítems: 5, 10, 19, 24, 29, 34, 44, 59, 61 y 65). Y los dos factores independientes de segundo orden: reacción de afecto negativo ante la enfermedad que se definió por la suma de los 4 ítems directos de depresión, 6 ítems directos de ira, 10 ítems inversos de aceptación y 7 ítems directos de negación; y la actitud positiva ante la enfermedad se definió por la suma de los 7 ítems directos de pacto y los 4 ítems directos de fe y esperanza.

Por el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, se encontró que de las 24 correlaciones entre las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud y los dos factores de segundo orden con las variables sociodemográficas, solo 11 fueron significativas, 6 con un tamaño de efecto pequeño y 5 con un tamaño de efecto mediano. La edad resultó independiente de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. El ingreso y la escolaridad correlacionaron negativamente con las respuestas psicológicas de duelo de negación, pacto, fe y esperanza, y depresión, con valores de $-.19$ a $-.31$. Los dos factores de segundo orden correlacionaron negativamente con el ingreso, y únicamente la actitud positiva ante la enfermedad correlacionó negativamente con la escolaridad ($r = -.33, p < .01$) (véase Tabla 78).

Tabla 78
Correlación de las variables sociodemográficas con la escala RPD-PS38

		Negación	Ira	Pacto	F y E	Depresión	Aceptación	RANE	APE
Edad	<i>r</i>	.04	-.09	.12	.09	.11	-.06	.03	.09
	<i>p</i>	.71	.31	.19	.33	.24	.49	.76	.32
Ingreso	<i>r</i>	-.31	-.14	-.31	-.26	-.22	.11	-.22	-.36
	<i>p</i>	< .01	.13	< .01	< .01	.02	.22	.02	< .01
Escolaridad	<i>r</i>	-.23	-.07	-.30	-.29	-.19	.11	-.16	-.33
	<i>p</i>	< .01	.46	< .01	< .01	.04	.22	.08	< .01

FyE = Fe y esperanza. Ingreso = ingreso familiar mensual promedio en el último año. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Por el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, se encontró que de las 24 correlaciones entre las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud y los dos factores de segundo orden con la religión, solo 11 fueron significativas, 8 con un tamaño de efecto pequeño y 3 con un tamaño de efecto mediano. La espiritualidad fue independiente de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. No obstante, los dos factores de segundo orden correlacionaron significativamente con la espiritualidad. La reacción de afecto negativo ante la enfermedad correlacionó negativamente con la espiritualidad ($r = -.19, p = .03$), y la

actitud positiva ante la enfermedad correlacionó positivamente con la espiritualidad ($r = .18$, $p = .05$). El grado en que las pacientes se consideran creyentes a su religión correlacionó positivamente con pacto ($r = .20$, $p = .03$). La frecuencia con la cual las pacientes siguen los rituales y ceremonias correlacionó negativamente con la ira, depresión y reacción de afecto negativo ante la enfermedad, con valores de $-.22$ a $-.30$; y positivamente con pacto, fe y esperanza, aceptación y la actitud positiva ante la enfermedad, con valores de $.19$ a $.34$ (véase Tabla 79).

Tabla 79

Correlación de las variables de espiritualidad y religiosidad con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

		Negación	Ira	Pacto	F y E	Depresión	Aceptación	RANE	APE
Espiritualidad	<i>r</i>	.07	-.18	.15	.11	-.14	.16	-.19	.18
	<i>p</i>	.48	.05	.10	.24	.13	.09	.03	.05
Creyente	<i>r</i>	.11	-.00	.20	.17	-.10	.08	-.07	.23
	<i>p</i>	.23	.96	.03	.06	.30	.42	.44	.01
Frec. rituales religiosos	<i>r</i>	-.02	-.22	.19	.34	-.23	.19	-.30	.30
	<i>p</i>	.84	.01	.04	.00	.01	.04	<.01	<.01

FyE = Fe y esperanza. Espiritualidad = ¿Se considera una persona espiritual?, Creyente = ¿En qué grado se considera creyente?, Frec. rituales religiosos = ¿Con qué frecuencia sigue los rituales y ceremonias. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Por el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, se encontró que la percepción de que la situación de enfermedad da mayor sentido a la vida correlacionó positivamente con fe y esperanza, aceptación y la actitud positiva ante la enfermedad, con valores de $.22$ a $.32$; y negativamente con la reacción de afecto negativo ante la enfermedad ($r = -.22$, $p = .01$). De las 4 correlaciones significativas entre sentido de vida con las respuestas psicológicas de duelo, 3 tuvieron un tamaño de efecto pequeño y 1 un tamaño de efecto mediano. El percibir que su forma de ver la vida cambio durante el transcurso de la enfermedad fue independiente ($p > .05$) de las respuestas psicológicas de duelo y los dos factores de segundo orden (véase Tabla 80).

Tabla 80

Correlación de las variables de sentido de vida y cambio en la percepción de la vida con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

		Negación	Ira	Pacto	FyE	Depresión	Aceptación	RANE	APE
Cambio percepción vida	<i>r</i>	-.04	-	-.04	.02	-.13	.17	-.13	-.01
	<i>p</i>	.64	.45	.71	.86	.15	.06	.17	.92

Sentido de vida	<i>r</i>	.06	.15	.10	.24	-.13	.32	-.22	.22
	<i>p</i>	.52	.11	.27	.01	.17	<.01	.01	.02

FyE = Fe y esperanza. Cambio en la percepción de ver la vida = ¿Su forma de ver la vida cambio durante el transcurso de la enfermedad?, Sentido de vida = ¿Considera que esta situación, le dio mayor sentido a su vida?. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Por el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, se encontró que de las 40 correlaciones entre las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud con las variables clínicas, solo 12 fueron significativas con un tamaño de efecto pequeño. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer resultó independiente de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud y los dos factores de segundo orden. El percibir que los efectos secundarios de los medicamentos o tratamientos ocasionan más deterioro físico que la propia enfermedad correlacionó positivamente con la depresión y la reacción de afecto negativo ante la enfermedad ($r = .25, p = .01$). La variable información se creó con la sumatoria de las variables: estar informada sobre la enfermedad, estar informada sobre el tratamiento y estar informada sobre su proceso de enfermedad. La consistencia interna de estas tres variables fue alta ($\alpha = .89$), lo que justifica el cálculo de una puntuación suma. La variable información correlacionó negativamente con pacto, depresión y la reacción de afecto negativo ante la enfermedad, con valores de $-.23$ a $-.28$; además, correlacionó positivamente con la aceptación de la enfermedad ($r = .29, p < .01$). El percibir que el tratamiento está teniendo éxito correlacionó negativamente con la depresión y la reacción de afecto negativo ante la enfermedad, con valores de $-.24$ y $-.20$ respectivamente. La variable adherencia al tratamiento se creó con la sumatoria de las variables: seguir adecuadamente las indicaciones del médico y seguir adecuadamente el tratamiento ($r = .58, p < .01$). La variable adherencia al tratamiento correlacionó negativamente con la ira y la reacción de afecto negativo ante la enfermedad, con valores de $-.30$ y $-.29$ respectivamente; y positivamente con la aceptación de la enfermedad y la actitud positiva ante la enfermedad, con valores de $.22$ y $.18$ respectivamente (véase Tabla 81).

Tabla 81

Correlación de las variables clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

		Negació n	Ira	Pact o	Fy E	Depresió n	Aceptació n	RAN E	AP E
TiempoCa	<i>r</i>	.06	.11	.09	-.06	.10	-.02	.09	.06
	<i>p</i>	.48	.22	.32	.54	.27	.85	.32	.52
Efectos secundarios	<i>r</i>	.11	.12	.10	.06	.25	-.14	.25	.07
	<i>p</i>	.23	.20	.30	.50	.01	.12	.01	.47
Información	<i>r</i>	-.11	-.17	-.23	-.11	-.27	.29	-.28	-.16
	<i>p</i>	.24	.06	.01	.24	<.01	<.01	<.01	.08
Tratamiento o éxito	<i>r</i>	-.03	-.17	-.12	-.02	-.24	.09	-.20	-.07
	<i>p</i>	.79	.07	.20	.87	.01	.31	.03	.45
Adherencia al tratamiento	<i>r</i>	-.01	-.30	.09	.15	-.17	.22	-.29	.18
	<i>p</i>	.89	<.01	.31	.10	.07	.02	<.01	.05

FyE = Fe y esperanza. TiempoCa = tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico de cáncer, Efectos secundarios = efectos secundarios de los medicamentos o tratamientos ocasionan mas deterioro físico que la propia enfermedad, Información = información sobre la enfermedad, tratamiento y su proceso de enfermedad, Tratamiento éxito = percepción de que el tratamiento está teniendo éxito, Adherencia al tratamiento = seguir adecuadamente el tratamiento y las indicaciones del médico. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

La asociación de las respuestas psicológicas al duelo, como variables numéricas, con las variables cuatro socio-demográficas cualitativas y dos variables clínicas se estudió por medio de un análisis de varianza de una vía y el coeficiente eta. Hubo diferencias de medias entre los cinco grupos de estado civil en ira ($F[4, 115] = 3.34, p = .01$) con una asociación moderada ($\eta = .32$), explicando el estado civil 10% de la varianza de la ira, siendo pequeño el tamaño de efecto del estado civil sobre la ira (f de Cohen = .11). La media más alta apareció en las mujeres en unión libre ($M = 12.50$), seguido de las solteras ($M = 10.60$) y separadas/divorciadas ($M = 10.50$). La media más baja fue en las participantes casadas ($M = 7.97$). Por la prueba de Levene no se mantuvo la hipótesis de homogeneidad de varianza entre los siete grupos de estado civil ($F[4, 115] = 6.57, p < .01$) (véanse Tablas 82 y 83). Al hacer las comparaciones por pares ninguna fue significativa con las pruebas que no asumen igualdad de varianza (Tamahane, Dunnett y Games-Howell). Empleando la prueba de diferencia mínima significativa de Fisher la media del grupo de casados fue significativamente menor que las medias de personas en unión libre ($p = .01$) y solteros ($p = .01$). La variabilidad de las puntuaciones en la escala de ira dentro de cada grupo de estado civil fue tan grande

que las diferencias de medias no fueron estadísticamente significativas, por lo tanto no debe considerarse realmente significativa la asociación del estado civil con la ira hacia la enfermedad.

Hubo diferencias de medias entre los cinco grupos de estado civil en la reacción de afecto negativo ante la enfermedad ($F[4, 115] = 2.52, p = .05$) con una asociación moderada ($\eta = .28$), explicando el estado civil 8% de la varianza de reacción de afecto negativo ante la enfermedad, siendo pequeño el tamaño de efecto del estado civil sobre la reacción de afecto negativo (f de Cohen = .09). La media más alta apareció en las mujeres separadas/divorciadas ($M = 54.86$), seguido de las viudas ($M = 53.86$) y las solteras ($M = 52.38$). La media más baja fue en las pacientes casadas ($M = 48.33$). Por la prueba de Levene se mantuvo la hipótesis de homogeneidad de varianza entre los cinco grupos de estado civil ($F[4, 115] = 1.89, p = .12$) (véanse Tablas 82 y 83). Empleando la prueba de LSD la media de las mujeres casadas fue significativamente menor que las medias de las pacientes separadas/divorciadas ($p = .03$), viudas ($p = .05$) y solteras ($p = .05$) (véase Tabla 84).

Tabla 82
Medias y desviación estándar por grupos de estado civil

VD	Estado civil	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Negación	Soltera	20	13.75	5.87
	Unión libre	6	10.33	3.78
	Casada	76	12.17	5.41
	Separada/divorciada	8	16.13	7.40
	Viuda	10	14.00	7.15
Ira	Soltera	20	10.60	5.49
	Unión libre	6	12.50	7.64
	Casada	76	7.97	3.02
	Separada/divorciada	8	10.50	6.41
Pacto	Viuda	10	9.80	3.91
	Soltera	20	25.55	6.85
	Unión libre	6	27.83	4.71
	Casada	76	26.09	8.09
	Separada/divorciada	8	21.38	6.46
Fe y esperanza	Viuda	10	28.90	6.14
	Soltera	20	18.05	2.76
	Unión libre	6	18.67	2.34
	Casada	76	18.46	3.19
Depresión	Separada/divorciada	8	19.38	1.41
	Viuda	10	18.90	2.28
	Soltera	20	8.05	3.52
	Unión libre	6	5.83	0.75

		Casada	76	6.96	3.24
		Separada/divorciada	8	8.75	4.03
		Viuda	10	9.60	3.78
		Soltera	20	41.85	6.54
		Unión libre	6	44.83	5.78
Aceptación		Casada	76	42.72	7.41
		Separada/divorciada	8	38.25	7.34
		Viuda	10	41.40	8.57
		Soltera	20	52.38	10.51
		Unión libre	6	50.27	9.15
RANE		Casada	76	48.33	6.97
		Separada/divorciada	8	54.86	9.36
		Viuda	10	53.86	9.36
		Soltera	20	49.73	6.34
		Unión libre	6	51.61	6.38
APE		Casada	76	49.71	8.53
		Separada/divorciada	8	49.33	6.65
		Viuda	10	52.28	7.54

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Tabla 83

Comparación de medias del estado civil por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene

VD	FV	ANOVA					Levene		Eta		f^2
		SC	gl	MC	F	p	F	p	η	η^2	Cohen
Nega- ción	Inter	187.26	4	46.81	1.43	.23	2.28	.07	.22	.05	.05
	Intra	3764.74	115	32.74							
	Total	3951.99	119								
Ira	Inter	228.94	4	57.24	3.34	.01	6.57	.00	.32	.10	.11
	Intra	1973.85	115	17.16							
	Total	2202.79	119								
Pacto	Inter	280.08	4	70.02	1.23	.30	2.04	.09	.20	.04	.04
	Intra	6540.91	115	56.88							
	Total	6820.99	119								
F y E	Inter	12.06	4	3.02	0.35	.84	0.97	.43	.11	.01	.01
	Intra	993.94	115	8.64							
	Total	1006.00	119								
Depre- sión	Inter	100.76	4	25.19	2.28	.07	2.64	.04	.27	.07	.08
	Intra	1268.57	115	11.03							
	Total	1369.33	119								
Acep- tación	Inter	195.44	4	48.86	0.92	.46	0.65	.63	.18	.03	.03
	Intra	6136.48	115	53.36							
	Total	6331.93	119								
RANE	Inter	663.38	4	165.85	2.52	.05	1.89	.12	.28	.08	.09
	Intra	7564.04	115	65.77							
	Total	8227.43	119								
APE	Inter	78.95	4	19.74	0.31	.87	0.66	.62	.10	.01	.01
	Intra	7246.17	115	63.01							

Total 7325.12 119

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad. VD = Variable dependiente. FV = Fuente de variación: Inter (intergrupos), Intra (intragrupo) y Total. Grados de libertad para el estadístico F de la prueba de Levene: $g1 = 4$, $g2 = 115$. Estadístico f^2 de Cohen = $\eta^2 / (1 - \eta^2)$.

Tabla 84

Comparación de medias del estado civil por la prueba de LSD

VD	(I)	(J)	DM (I-J)	EE	p
RANE	Soltero(a)	Unión libre	2.12	3.78	.58
		Casado(a)	4.05	2.04	.05
		Separado(a)	-2.48	3.39	.47
		Viudo(a)	-1.48	3.14	.64
	Unión libre	Casado(a)	1.93	3.44	.58
		Separado(a)	-4.60	4.38	.30
		Viudo(a)	-3.59	4.19	.39
	Casado(a)	Separado(a)	-6.5 ³	3.01	.03
		Viudo(a)	-5.53	2.73	.05
		Separado(a)	Viudo(a)	1.00	3.85

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Hubo diferencias de medias entre los cuatro grupos de creencias religiosas en pacto ($F[3, 116] = 3.75$, $p = .01$) con una asociación moderada ($\eta = .30$), explicando las creencias religiosas 9% de la varianza del pacto, siendo pequeño el tamaño de efecto de las creencias religiosas sobre pacto (f de Cohen = .10). La media más alta apareció en las mujeres que creen en la religión cristiana ($M = 26.53$), seguido de las católicas ($M = 26.49$) y las que creen en otras religiones ($M = 21.00$). La media más baja fue en las pacientes que no creen en ninguna religión ($M = 11.00$). Por la prueba de Levene se mantuvo la hipótesis de homogeneidad de varianza entre los cuatro grupos de creencias religiosas ($F[3, 116] = 0.88$, $p = .45$) (véanse Tablas 85 y 86). Empleando la prueba de Tukey HSD la media de las mujeres que no creen en ninguna religión fue significativamente menor que las medias de las pacientes católicas ($p = .02$) y cristianas ($p = .03$) (véase Tabla 87).

En el factor de fe y esperanza también hubo diferencias de medias entre los cuatro grupos de creencias religiosas ($F[3, 116] = 7.26$, $p < .01$) con una asociación moderada ($\eta = .40$), explicando las creencias religiosas 16% de la varianza de fe y esperanza, siendo mediano el tamaño de efecto (f de Cohen = .19). La media más alta

apareció en las mujeres que creen en otras religiones ($M = 19.40$), seguido de las cristianas ($M = 19.33$), y las católicas ($M = 18.50$). La media más baja fue en las pacientes que no creen en ninguna religión ($M = 10.00$). Por la prueba de Levene no se mantuvo la hipótesis de homogeneidad de varianza entre los cuatro grupos de creencias religiosas ($F[3, 116] = 6.90, p < .01$) (véanse Tablas 85 y 86). Empleando la prueba de Tukey HSD la media de las mujeres que no creen en ninguna religión fue significativamente menor que las medias de las pacientes que creen en otras religiones ($p < .01$), católicas ($p < .01$) y cristianas ($p < .01$) (véase Tabla 87). Por lo tanto, las pacientes que no creen en ninguna religión reportaron menor pacto y fe y esperanza en la recuperación.

En el factor de segundo orden de actitud positiva ante la enfermedad también hubo diferencias de medias entre los cuatro grupos de creencias religiosas ($F[3, 116] = 5.03, p = < .01$) con una asociación moderada ($\eta = .34$), explicando las creencias religiosas 12% de la varianza de actitud positiva ante la enfermedad, siendo pequeño el tamaño de efecto de las creencias religiosas sobre la actitud positiva ante la enfermedad (f de Cohen = .14). La media más alta apareció en las mujeres que creen en la religión cristiana ($M = 51.40$), seguido de las católicas ($M = 50.37$), y las que creen en otras religiones ($M = 46.10$). La media más baja fue en las pacientes que no creen en ninguna religión ($M = 30.96$). Por la prueba de Levene se mantuvo la hipótesis de homogeneidad de varianza entre los cuatro grupos de creencias religiosas ($F[3, 116] = .64, p = .59$) (véanse Tablas 85 y 86). Empleando la prueba de LSD la media de las mujeres que no creen en ninguna religión fue significativamente menor que las medias de las pacientes que creen en otras religiones ($p = .02$), católicas ($p < .01$) y cristianas ($p < .01$) (véase Tabla 87). Por lo tanto, las pacientes que no creen en ninguna religión reportaron menor actitud positiva ante la enfermedad.

Tabla 85
Medias y desviación estándar por grupos de creencia religiosa

VD	Creencia religiosa	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Negación	No, a ninguna	2	14.00	9.90
	Sí, Católica	98	12.88	5.63
	Sí, cristiana	15	12.67	6.95
	Sí, otra	5	10.20	4.09
Ira	No, a ninguna	2	7.50	2.12
	Sí, Católica	98	9.17	4.59

		Sí, cristiana	15	8.20	2.73
		Sí, otra	5	7.60	2.19
		No, a ninguna	2	11.00	5.66
Pacto		Sí, Católica	98	26.49	7.19
		Sí, cristiana	15	26.53	7.07
		Sí, otra	5	21.00	10.93
Fe y esperanza		No, a ninguna	2	10.00	8.49
		Sí, Católica	98	18.50	2.79
		Sí, cristiana	15	19.33	1.18
Depresión		Sí, otra	5	19.40	0.89
		No, a ninguna	2	10.50	4.95
		Sí, Católica	98	7.43	3.49
Aceptación		Sí, cristiana	15	7.00	2.98
		Sí, otra	5	7.40	1.95
		No, a ninguna	2	34.00	8.49
RANE		Sí, Católica	98	42.48	7.18
		Sí, cristiana	15	43.333	7.13
		Sí, otra	5	38.40	8.91
APE		No, a ninguna	2	55.93	12.27
		Sí, Católica	98	50.27	8.66
		Sí, cristiana	15	47.66	6.64
		Sí, otra	5	49.38	2.58
		No, a ninguna	2	30.96	12.82
		Sí, Católica	98	50.37	7.62
		Sí, cristiana	15	51.40	6.12
		Sí, otra	5	46.10	6.32

Sí otra = Testigos de Jehová ($n = 2$), Evangélica ($n = 1$), Pentecostés ($n = 1$), Budista ($n = 1$) y Mormona ($n = 1$). RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Tabla 86

Comparación de medias de las creencias religiosas por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene

VD	FV	ANOVA					Levene		Eta		f^2 Cohen
		SC	gl	MC	F	p	F	p	η	η^2	
Negación	Inter	37.33	3	12.44	.37	.78	0.78	.51	.10	.01	.01
	Intra	3914.66	116	33.75							
	Total	3951.99	119								
Ira	Inter	26.64	3	8.88	.47	.70	0.81	.49	.11	.01	.01
	Intra	2176.15	116	18.76							
	Total	2202.79	119								
Pacto	Inter	602.77	3	200.92	3.75	.01	0.88	.45	.30	.09	.10
	Intra	6218.22	116	53.61							
	Total	6820.99	119								
F y E	Inter	158.97	3	52.99	7.26	<.01	6.90	.00	.40	.16	.19
	Intra	847.03	116	7.30							
	Total	1006.00	119								
Depresión	Inter	21.63	3	7.21	.62	.60	1.20	.31	.13	.02	.02
	Intra	1347.70	116	11.62							
	Total	1369.33	119								
Aceptación	Inter	232.93	3	77.64	1.48	.23	0.14	.94	.19	.04	.04

	Intra	6098.99	116	52.58							
	Total	6331.93	119								
RANE	Inter	161.60	3	53.87	.78	.51	1.72	.17	.14	.02	.02
	Intra	8065.83	116	69.53							
	Total	8227.43	119								
APE	Inter	843.58	3	281.19	5.03	<.01	.64	.59	.34	.12	.14
	Intra	6481.54	116	55.88							
	Total	7325.12	119								

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.
 VD = Variable dependiente. FV = Fuente de variación: Inter (intergrupos), Intra (intragrupo) y Total.
 Grados de libertad para el estadístico F de la prueba de Levene: $gl_1 = 3$, $gl_2 = 116$. Estadístico f^2 de Cohen = $\eta^2 / (1 - \eta^2)$.

Tabla 87

Comparación de medias de las creencias religiosas por la prueba de Tukey

VD	(I)	(J)	DM (I-J)	EE	p
		Sí, Católica	-15.49	5.23	.02
	No, a ninguna	Sí, cristiana	-15.53	5.51	.03
		Sí, otra	-10.00	6.13	.37
Pacto	Sí, Católica	Sí, cristiana	-0.04	2.03	1.00
		Sí, otra	5.49	3.36	.36
	Sí, cristiana	Sí, otra	5.53	3.78	.46
		Sí, Católica	-8.50	1.93	< .01
	No, a ninguna	Sí, cristiana	-9.33	2.03	< .01
		Sí, otra	-9.40	2.26	< .01
F y E	Sí, Católica	Sí, cristiana	-0.83	0.75	.68
		Sí, otra	-0.90	1.24	.89
	Sí, cristiana	Sí, otra	-0.07	1.40	1.00
		Sí, Católica	-19.41	5.34	< .01
	No, a ninguna	Sí, cristiana	-20.43	5.63	< .01
		Sí, otra	-15.14	6.25	.02
APE	Sí, Católica	Sí, cristiana	-1.02	2.07	.62
		Sí, otra	4.27	3.43	.22
	Sí, cristiana	Sí, otra	5.29	3.86	.17

Sí otra = Testigos de Jehová ($n = 2$), Evangélica ($n = 1$), Pentecostés ($n = 1$), Budista ($n = 1$) y Mormona ($n = 1$). RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Hubo diferencia de medias significativa en fe y esperanza entre los 4 grupos de tratamiento ($F[3, 116] = 2.74$, $p < .05$), siendo pequeño el tamaño de efecto del tratamiento sobre fe y esperanza (f de Cohen = .08). La media más alta apareció en el grupo de cirugía ($M = 19.40$) y la más baja en el grupo de quimioterapia ($M = 17.71$). Por la prueba de Levene no se mantuvo la hipótesis nula de homogeneidad de varianzas entre los 4 grupos de tratamiento ($F[3, 116] = 7.27$, $p < .01$) (véanse Tablas 88 y 89). Al

hacer las comparaciones por pares, sin asumir igualdad de varianza, las media del grupo de quimioterapia fue significativamente menor que la media del grupo de radioterapia ($p = .04$) por la prueba de Games-Howell (véase Tabla 90).

Hubo diferencia de medias significativa en la actitud positiva ante la enfermedad entre los 4 grupos de tratamiento ($F[3, 116] = 3.89, p = .01$), siendo pequeño el tamaño de efecto del tratamiento sobre la actitud positiva (f de Cohen = .10). La media más alta apareció en el grupo de radioterapia ($M = 52.40$) y la más baja en el grupo de quimioterapia ($M = 47.53$). Por la prueba de Levene se mantuvo la hipótesis nula de homogeneidad de varianzas entre los 4 grupos de tratamiento ($F[3, 116] = 2.16, p = .10$) (véanse Tablas 88 y 89). Al hacer las comparaciones por pares, asumiendo la igualdad de varianza, las media del grupo de quimioterapia fue significativamente menor que la media del grupo de radioterapia ($p < .01$) por la prueba Games-Howell (véase Tabla 90).

Tabla 88

Medias y desviación estándar por grupos de tratamientos médicos

VD	Tratamientos	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Negación	Cirugía	5	12.60	6.07
	Radioterapia	58	13.91	6.33
	Quimioterapia	55	11.58	5.01
	Hormonal	2	12.00	2.83
Ira	Cirugía	5	7.40	1.34
	Radioterapia	58	8.66	3.64
	Quimioterapia	55	9.40	5.09
	Hormonal	2	9.50	3.54
Pacto	Cirugía	5	26.60	8.50
	Radioterapia	58	27.78	6.91
	Quimioterapia	55	24.05	7.90
	Hormonal	2	27.00	7.07
F y E	Cirugía	5	19.40	1.34
	Radioterapia	58	19.19	2.04
	Quimioterapia	55	17.71	3.57
	Hormonal	2	18.00	2.83
Depresión	Cirugía	5	7.80	3.49
	Radioterapia	58	7.40	3.21
	Quimioterapia	55	7.31	3.62
	Hormonal	2	10.50	2.12
Aceptación	Cirugía	5	37.40	9.21
	Radioterapia	58	43.24	7.36
	Quimioterapia	55	41.84	7.06
	Hormonal	2	38.50	2.12
RANE	Cirugía	5	50.82	5.37
	Radioterapia	58	49.36	7.26
	Quimioterapia	55	50.42	9.62

	Hormonal	2	54.75	5.09
	Cirugía	5	49.61	5.51
APE	Radioterapia	58	52.40	6.65
	Quimioterapia	55	47.53	8.59
	Hormonal	2	49.30	4.70

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Tabla 89

Comparación de medias de los tratamientos médicos por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene

VD	FV	ANOVA					Levene		eta		f^2 Cohen
		SC	gl	MC	F	p	F	p	η	η^2	
Negación	Inter	154.84	3	51.61	1.58	.20	1.47	.23	.20	.04	.04
	Intra	3797.15	116	32.73							
	Total	3951.99	119								
Ira	Inter	28.79	3	9.60	.51	.68	1.55	.21	.11	.01	.01
	Intra	2174.00	116	18.74							
	Total	2202.79	119								
Pacto	Inter	394.87	3	131.62	2.38	.07	0.72	.54	.24	.06	.06
	Intra	6426.12	116	55.40							
	Total	6820.99	119								
F y E	Inter	66.54	3	22.18	2.74	.05	7.27	.00	.26	.07	.08
	Intra	939.46	116	8.10							
	Total	1006.00	119								
Depresión	Inter	20.40	3	6.80	.59	.63	0.66	.58	.12	.02	.02
	Intra	1348.93	116	11.63							
	Total	1369.33	119								
Aceptación	Inter	212.08	3	70.69	1.34	.27	1.28	.28	.18	.03	.03
	Intra	6119.85	116	52.76							
	Total	6331.93	119								
RANE	Inter	82.03	3	27.34	.39	.76	1.59	.20	.10	.01	.01
	Intra	8145.40	116	70.22							
	Total	8227.43	119								
APE	Inter	669.50	3	223.17	3.89	.01	2.16	.10	.30	.09	.10
	Intra	6655.63	116	57.38							
	Total	7325.12	119								

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

VD = Variable dependiente. FV = Fuente de variación: Inter (intergrupos), Intra (intragrupo) y Total. Grados de libertad para el estadístico F de la prueba de Levene: gl1 =3, gl2 = 116. Estadístico f^2 de Cohen = $\eta^2 / (1 - \eta^2)$.

Tabla 90

Comparación de medias de los grupos de tratamientos médicos por la prueba Games-Howell

VD	(I)	(J)	DM (I-J)	EE	p
Fe y esperanza	Cirugía	Radioterapia	0.21	0.66	.99
		Quimioterapia	1.69	0.77	.19
		Hormonal	1.40	2.09	.90
	Radioterapia	Quimioterapia	1.48	0.55	.04
		Hormonal	1.19	2.02	.92
		Quimioterapia	Hormonal	-0.29	2.06
APE	Cirugía	Radioterapia	-2.79	3.53	.43
		Quimioterapia	2.08	3.54	.56
		Hormonal	0.31	6.34	.96
	Radioterapia	Quimioterapia	4.86*	1.43	<.01
		Hormonal	3.10	5.45	.57
		Quimioterapia	Hormonal	-1.77	5.45

APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Hubo diferencia de medias significativas en aceptación entre las pacientes con y sin antecedentes familiares con cáncer ($t [118] = -2.03, p < .05$), siendo pequeño el tamaño de efecto de los antecedentes familiares sobre la aceptación de la enfermedad ($d = -.38$). La media de aceptación más alta apareció en las pacientes con antecedentes de cáncer en la familia ($M = 43.32$) y la más baja en las pacientes sin antecedentes familiares ($M = 40.59$) (véase Tabla 91). No se encontraron diferencias de medias significativas ($p > .05$) entre el tener o no pérdidas significativas anteriores al diagnóstico de cáncer y la elaboración adecuada de las pérdidas significativas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud (véanse Tablas 92 y 93).

Tabla 91

Diferencia de medias entre antecedentes familiares con cáncer y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

VD	Anteced. Fam. Ca	Descriptivos		Levene		Student			Diferencia		d Cohen
		M	DE	F	p	t	gl	p	DM	EE	
Nega- ción	No	13.52	5.34	.07	.79	1.15	118	.25	1.24	1.08	.21
	Si	12.28	5.99								
Ira	No	8.74	3.14	4.53	.04	-.48	117.86	.63	-	0.36	.73
	Si	9.09	4.90								
Pacto	No	26.57	7.12	1.71	.19	.63	118	.53	0.90	1.43	.12
	Si	25.66	7.87								
F y E	No	18.33	2.75	.03	.86	-.52	118	.61	-	0.28	.55
											-1.10

Depre- sión	Si	18.61	3.02	.12	.73	.63	118	.53	0.40	.64	.12
	No	7.67	3.45								
Acep- tación	Si	7.27	3.37	2.47	.12	-	118	.05	-	1.35	-.38
	No	40.59	8.09								
RANE	Si	43.32	6.60	.27	.60	.85	118	.40	1.32	1.56	.16
	No	50.82	7.92								
APE	Si	49.49	8.56	.07	.79	-.14	118	.89	-	1.48	-.03
	No	49.87	7.83								
	Si	50.08	7.91								

N (no = 46, si = 74). FyE = Fe y esperanza. Anteced. Fam. Ca. = existen antecedentes de cáncer en la familia. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

$$\text{Estadístico } d \text{ de Cohen} = (M_1 - M_2) / [(n_1S_1^2 + n_2S_2^2) / (n_1 + n_2 - 2)]^{1/2}$$

Tabla 92

Diferencia de medias entre pérdidas significativas anteriores al diagnóstico de cáncer y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

VD	Pérdida Sig.	Descriptivos		Levene		Student		Diferencia		<i>d</i> Cohen	
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>DM</i>		<i>EE</i>
Nega- ción	No	12.36	5.40	2.11	.15	-0.73	118	.47	-0.77	1.05	-.13
	Si	13.13	5.40								
Ira	No	8.53	4.10	1.69	.20	-1.04	118	.30	-0.82	0.79	-.19
	Si	9.35	4.48								
Pacto	No	25.57	7.77	.00	.97	-0.61	118	.54	-0.85	1.39	-.11
	Si	26.42	7.42								
F y E	No	18.19	3.25	5.92	.02	-1.12	107.72	.26	-0.60	0.53	-.20
	Si	18.79	2.54								
Depre- sión	No	6.90	3.19	1.49	.23	-1.66	118	.10	-1.02	0.62	-.30
	Si	7.92	3.53								
Acep- tación	No	42.24	6.76	.53	.47	-0.05	118	.96	-0.07	1.34	-.01
	Si	42.31	7.82								
RANE	No	49.10	7.92	2.12	.15	-1.15	118	.25	-1.74	1.52	-.21
	Si	50.84	8.64								
APE	No	49.31	8.24	.77	.38	-.94	118	.35	-1.34	1.43	-.17
	Si	50.65	7.47								

N (no = 58, si = 62). FyE = Fe y esperanza. Pérdida sig. = antes de ser diagnosticada con cáncer tuvo alguna pérdida significativa (como el fallecimiento de algún ser querido, un aborto, la pérdida del trabajo, etc.). RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

$$\text{Estadístico } d \text{ de Cohen} = (M_1 - M_2) / [(n_1S_1^2 + n_2S_2^2) / (n_1 + n_2 - 2)]^{1/2}$$

Tabla 93

Diferencia de medias entre la elaboración adecuada de las pérdidas significativas anteriores al diagnóstico de cáncer y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

VD	Elab. pérdida	Descriptivos		Levene		Student			Diferencia		<i>d</i> Cohen
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>DM</i>	<i>EE</i>	
Negación	No	13.26	5.41	.91	.34	.11	60	.91	0.19	1.69	0.03
	Si	13.07	6.44								
Ira	No	9.47	4.40	.05	.83	.14	60	.89	0.17	1.24	0.04
	Si	9.30	4.56								
Pacto	No	26.05	8.15	1.38	.25	-.26	60	.80	-0.53	2.06	-0.07
	Si	26.58	7.18								
F y E	No	19.47	1.39	4.99	.03	1.82	59.37	.07	0.99	0.54	0.39
	Si	18.49	2.86								
Depresión	No	7.95	3.37	.64	.43	.04	60	.97	0.04	0.98	0.01
	Si	7.91	3.63								
Aceptación	No	40.68	9.66	5.10	.03	-.96	26.37	.35	-2.34	2.45	-0.29
	Si	43.02	6.86								
RANE	No	51.21	7.55	.73	.40	.23	60	.82	.54	2.40	0.06
	Si	50.68	9.17								
APE	No	51.22	7.27	.03	.86	.40	60	.69	.83	2.07	0.11
	Si	50.40	7.63								

N (no = 19, si = 43). FyE = Fe y esperanza. Elaboración adecuada pérdida = elaboración adecuada de la pérdida. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad. Estadístico *d* de Cohen = $(M_1 - M_2) / [(n_1S_1^2 + n_2S_2^2) / (n_1 + n_2 - 2)]^{1/2}$

En relación al apoyo emocional formal e informal, hubo diferencia de media significativa en pacto ($t [118] = -2.71, p = .01$) y el factor de segundo orden de actitud positiva ante la enfermedad ($t [118] = -2.96, p < .01$) entre las pacientes que si compartieron su experiencia y emociones con otras pacientes con cáncer, y las que no lo hicieron. En ambos casos el tamaño de efecto fue mediano ($d = -.74$ y $-.70$, respectivamente). La media más alta de pacto ($M = 26.97$) y la actitud positiva ante la enfermedad ($M = 50.95$) apareció en las pacientes que si compartieron su experiencia y

emociones con otras pacientes con cáncer, y la media más baja en las pacientes que no lo hicieron ($M = 21.48$, $M = 45.54$, respectivamente) (véase Tabla 94). No se encontraron diferencias de medias significativas ($p > .05$) entre recibir o no apoyo psicológico, y asistir o no a grupos de apoyo psicológico con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud y los dos factores de segundo orden (véanse Tablas 95 y 96).

Tabla 94

Diferencia de medias entre compartir experiencias y emociones con otras pacientes con cáncer y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

VD	C. E.	Descriptivos		Levene		Student			Diferencia		<i>d</i> Cohen	
		M	DE	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>DM</i>	<i>EE</i>		
Negación	No	11.86	5.38	.08	.78	-	118	.43	-	1.09	1.39	-.19
	Si	12.95	5.85			0.79						
Ira	No	10.67	6.61	16.02	.00	1.39	22.54	.18	2.07	1.49		.62
	Si	8.60	3.58									
Pacto	No	21.48	8.73	4.43	.04	-	25.69	.01	-	2.03		-.74
	Si	26.97	6.98			2.71			5.49			
F y E	No	17.19	4.18	9.31	.00	-	23.13	.11	-	0.95		-.55
	Si	18.78	2.50			1.68			1.59			
Depresión	No	7.10	3.36	.03	.86	-	118	.63	-	0.82		-.11
	Si	7.49	3.41			0.49			0.40			
Aceptación	No	41.52	6.53	.74	.39	-	118	.61	-	1.76		-.12
	Si	42.43	7.47			0.52			0.91			
RANE	No	51.70	10.29	3.30	.07	1.03	118	.31	2.06	1.99		.25
	Si	49.64	7.85									
APE	No	45.54	9.80	3.63	.06	-	118	<	-	1.83		-.70
	Si	50.95	7.07			2.96		.01	5.41			

N (no = 21, si = 99). C. E. = Compartir experiencias FyE = Fe y esperanza. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad. Estadístico *d* de Cohen = $(M_1 - M_2) / [(n_1S_1^2 + n_2S_2^2) / (n_1 + n_2 - 2)]^{1/2}$

Tabla 95

Diferencia de medias entre recibir apoyo psicológico y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

VD	A. P.	Descriptivos		Levene		Student			Diferencia		<i>d</i> Cohen	
		M	DE	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>DM</i>	<i>EE</i>		
Nega-	No	12.33	5.54	.87	.35	-0.94	118	.35	-1.00	1.06		-.17

ción	Si	13.33	6.06									
Ira	No	8.91	4.37	.16	.69	-.13	118	.89	-0.11	0.80	-.03	
	Si	9.02	4.24									
Pacto	No	25.39	8.11	5.06	.03	-1.07	116.25	.29	-1.45	1.36	-.19	
	Si	26.84	6.76									
F y E	No	18.23	3.35	5.46	.02	-1.25	116.01	.21	-0.63	0.50	-.22	
	Si	18.86	2.15									
Depre- sión	No	7.36	3.51	.72	.40	-.24	118	.82	-0.15	0.63	-.04	
	Si	7.51	3.26									
Acep- tación	No	41.64	7.71	1.86	.18	-1.11	118	.27	-1.50	1.35	-.20	
	Si	43.14	6.67									
RANE	No	50.10	8.36	.24	.63	.16	118	.88	.24	1.54	.03	
	Si	49.86	8.33									
APE	No	49.07	8.89	6.73	.01	-1.60	117.20	.11	-2.18	1.36	-.28	
	Si	51.25	6.02									

N (no = 69, si = 51). A. P. = Apoyo psicológico. FyE = Fe y esperanza. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad. Estadístico *d* de Cohen = $(M_1 - M_2) / [(n_1S_1^2 + n_2S_2^2) / (n_1 + n_2 - 2)]^{1/2}$

Tabla 96

Diferencia de medias entre asistir a grupos de apoyo psicológico y las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

VD	G. A.	Descriptivos		Levene		Student		Diferencia		d Cohen	
		M	DE	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>DM</i>		<i>EE</i>
Negación	No	12.56	5.58	.67	.42	-.55	118	.58	-0.62	1.13	-.11
	Si	13.18	6.17								
Ira	No	9.07	4.62	1.19	.28	.42	118	.67	0.36	0.84	.08
	Si	8.72	3.59								
Pacto	No	25.90	7.94	2.38	.13	-.22	118	.82	-0.33	1.48	-.04
	Si	26.23	6.84								
F y E	No	18.54	2.97	.01	.92	.23	118	.82	0.13	0.57	.04
	Si	18.41	2.82								
Depresión	No	7.49	3.68	6.42	.01	.35	97.55	.73	0.21	0.60	.06
	Si	7.28	2.74								
Aceptación	No	42.32	7.09	.04	.85	.10	118	.92	0.14	1.43	.02
	Si	42.18	7.79								
RANE	No	50.14	8.84	2.79	.10	.27	118	.79	0.44	1.63	.05
	Si	49.71	7.20								
APE	No	49.94	8.15	.11	.74	-.13	118	.90	-0.19	1.54	-.02
	Si	50.13	7.26								

N (no = 81, si = 39). G. A. = Grupos de apoyo. FyE = Fe y esperanza. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad. Estadístico *d* de Cohen = $(M_1 - M_2) / [(n_1S_1^2 + n_2S_2^2) / (n_1 + n_2 - 2)]^{1/2}$

Descripción de las categorías de respuesta sobre crecimiento postraumático y creencias sobre el cáncer antes y después del diagnóstico

El 25.8% (31 de 120) de las pacientes ante la pregunta *A raíz de la enfermedad ¿Qué ha aprendido?* respondieron revalorar la vida y las prioridades de la vida; 25.8% (31) revaloraron las relaciones interpersonales; 25% (30) tuvieron cambios personales, como revalorarse a sí mismas y sus cualidades; 8.3% (10) aprendieron que tienen un mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad; 7.5% (9) no percibieron ningún aprendizaje; 5.8% (7) aprendieron a tener mayores cuidados físicos y 1.7% (2) tuvieron un acercamiento con Dios.

Ante la pregunta *antes del diagnóstico, ¿Qué significaba para usted el cáncer?*, 41.7% (50 de 120) respondieron muerte (conciencia de la finitud de la vida); 15% (18) tuvieron una perspectiva negativa de la enfermedad; 15% (18) enfermedad curable; 10% (12) dolor emocional o sufrimiento; 8.3% (10) desconocían la enfermedad; 7.5% (9) consideraban que era una enfermedad que no les iba a dar a ellas (enfermedad de los otros) y 2.5% (3) como una prueba o desafío con actitud optimista.

Ante la pregunta *actualmente, ¿Qué significa para usted el cáncer?* 38.3% (46 de 120) respondieron que es una enfermedad curable; 21.7% (26) que es una prueba o desafío con actitud optimista; 19.2% (23) tuvieron una perspectiva negativa de la enfermedad; 11.7% (14) lo percibieron como una oportunidad para aprender (crecimiento postraumático); 5% (6) como dolor emocional y 4.2% (5) como muerte o conciencia de la finitud de la vida.

Diferencia de medias del crecimiento postraumático y creencias sobre el cáncer antes y después del diagnóstico con las respuestas psicológicas de duelo

No se encontraron diferencias de medias significativas ($p > .05$) entre los grupos de crecimiento postraumático, y las creencias sobre el cáncer anteriores y posteriores al diagnóstico de cáncer con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud y los dos factores de segundo orden (véanse Tablas 97-102).

Tabla 97
Medias y desviación estándar por grupos de crecimiento postraumático

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Negación	Nada	9	12.33	2.29
	Cambios en uno mismo: cualidades y revalorarse a uno mismo	30	14.00	6.70
	Mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad	10	12.70	6.45
	Cambios en los cuidados físicos	7	11.86	7.65
	Revalorar la vida y las prioridades de la vida	31	13.26	5.59
	Acercamiento con Dios	2	15.00	11.31
	Revalorar las relaciones interpersonales	31	11.26	4.76
Ira	Nada	9	9.89	4.05
	Cambios en uno mismo: cualidades y revalorarse a uno mismo	30	8.93	4.84
	Mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad	10	9.80	4.85
	Cambios en los cuidados físicos	7	8.14	4.49
	Revalorar la vida y las prioridades de la vida	31	9.39	5.06
	Acercamiento con Dios	2	12.00	8.49
	Revalorar las relaciones interpersonales	31	8.00	2.22
Pacto	Nada	9	27.44	4.50
	Cambios en uno mismo: cualidades y revalorarse a uno mismo	30	25.47	8.71
	Mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad	10	26.90	6.67
	Cambios en los cuidados físicos	7	22.43	8.87
	Revalorar la vida y las prioridades de la vida	31	26.71	7.95
	Acercamiento con Dios	2	20.50	2.12
	Revalorar las relaciones interpersonales	31	26.29	7.03
Fe y esperanza	Nada	9	19.44	1.33
	Cambios en uno mismo: cualidades y revalorarse a uno mismo	30	17.97	3.57
	Mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad	10	18.30	2.79
	Cambios en los cuidados físicos	7	18.14	4.49
	Revalorar la vida y las prioridades de la vida	31	18.90	2.74
	Acercamiento con Dios	2	16.50	4.95
	Revalorar las relaciones interpersonales	31	18.61	2.25
Depresión	Nada	9	8.44	3.25
	Cambios en uno mismo: cualidades y revalorarse a uno mismo	30	7.97	3.62
	Mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad	10	7.30	3.71
	Cambios en los cuidados físicos	7	5.14	2.27
	Revalorar la vida y las prioridades de la vida	31	8.26	3.71
	Acercamiento con Dios	2	7.00	4.24
	Revalorar las relaciones interpersonales	31	6.35	2.63
Aceptación	Nada	9	41.89	6.45
	Cambios en uno mismo: cualidades y revalorarse a uno mismo	30	42.90	6.72
	Mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad	10	37.60	7.68
	Cambios en los cuidados físicos	7	46.86	4.41
	Revalorar la vida y las prioridades de la vida	31	42.52	6.24
	Acercamiento con Dios	2	42.00	11.31
	Revalorar las relaciones interpersonales	31	42.03	8.87

RANE	Nada	9	51.89	5.20
	Cambios en uno mismo: cualidades y revalorarse a uno mismo	30	50.63	9.33
	Mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad	10	52.10	9.72
	Cambios en los cuidados físicos	7	45.10	8.39
	Revalorar la vida y las prioridades de la vida	31	50.99	7.99
	Acercamiento con Dios	2	54.12	20.15
	Revalorar las relaciones interpersonales	31	48.01	6.95
APE	Nada	9	52.25	5.03
	Cambios en uno mismo: cualidades y revalorarse a uno mismo	30	49.66	9.42
	Mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad	10	49.58	6.45
	Cambios en los cuidados físicos	7	47.75	11.49
	Revalorar la vida y las prioridades de la vida	31	51.19	7.95
	Acercamiento con Dios	2	44.55	1.97
	Revalorar las relaciones interpersonales	31	49.48	6.56

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Tabla 98

Comparación de medias de los grupos de crecimiento postraumático por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene

VD	FV	ANOVA					Levene		eta		f^2 Cohen
		SC	gl	MC	F	p	F	p	η	η^2	
Negación	Inter	141.16	6	23.53	.70	.65	2.97	.01	.19	.04	.04
	Intra	3810.83	113	33.72							
	Total	3951.99	119								
Ira	Inter	72.22	6	12.04	.64	.70	1.34	.24	.18	.03	.03
	Intra	2130.57	113	18.86							
	Total	2202.79	119								
Pacto	Inter	203.41	6	33.90	.58	.75	1.57	.16	.17	.03	.03
	Intra	6617.58	113	58.56							
	Total	6820.99	119								
F y E	Inter	31.29	6	5.22	.61	.73	1.60	.16	.18	.03	.03
	Intra	974.71	113	8.63							
	Total	1006.00	119								
Depresión	Inter	112.15	6	18.69	1.68	.13	1.52	.18	.29	.08	.09
	Intra	1257.18	113	11.13							
	Total	1369.33	119								
Aceptación	Inter	382.37	6	63.73	1.21	.31	1.75	.12	.25	.06	.06
	Intra	5949.56	113	52.65							
	Total	6331.93	119								
RANE	Inter	442.42	6	73.74	1.07	.39	1.26	.28	.23	.05	.05
	Intra	7785.01	113	68.89							
	Total	8227.43	119								
APE	Inter	197.82	6	32.97	.52	.79	1.55	.17	.16	.03	.03
	Intra	7127.30	113	63.07							
	Total	7325.12	119								

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad. VD = Variable dependiente. FV = Fuente de variación: Inter (intergrupos), Intra (intragrupo) y Total. Grados de libertad para el estadístico F de la prueba de Levene: gl1 =6, gl2 = 113. Estadístico f^2 de Cohen = $\eta^2 / (1 - \eta^2)$.

Tabla 99

Medias y desviaciones estándar por grupos de creencias sobre el cáncer anteriores al diagnóstico de cáncer

VD	Categorías de las creencias sobre el cáncer anteriores al diagnóstico	N	M	DE
Negación	Perspectiva negativa de la enfermedad	18	13.78	5.01
	Dolor emocional	12	12.33	7.11
	Conciencia de la finitud de la vida	50	12.30	5.67
	Enfermedad curable	18	12.39	6.02
	Desafío con actitud optimista	3	16.67	4.04
	Enfermedad de los otros	9	11.67	5.32
	Desconocimiento de la enfermedad	10	14.20	6.75
Ira	Perspectiva negativa de la enfermedad	18	8.22	3.34
	Dolor emocional	12	9.58	4.40
	Conciencia de la finitud de la vida	50	8.54	4.08
	Enfermedad curable	18	8.89	4.10
	Desafío con actitud optimista	3	14.33	7.51
	Enfermedad de los otros	9	7.67	1.41
	Desconocimiento de la enfermedad	10	11.30	6.60
Pacto	Perspectiva negativa de la enfermedad	18	26.78	7.73
	Dolor emocional	12	26.58	6.32
	Conciencia de la finitud de la vida	50	25.44	7.74
	Enfermedad curable	18	24.39	7.56
	Desafío con actitud optimista	3	19.67	11.02
	Enfermedad de los otros	9	28.67	8.94
	Desconocimiento de la enfermedad	10	29.20	4.85
Fe y esperanza	Perspectiva negativa de la enfermedad	18	18.17	2.94
	Dolor emocional	12	18.75	2.42
	Conciencia de la finitud de la vida	50	18.44	3.34
	Enfermedad curable	18	19.11	2.25
	Desafío con actitud optimista	3	16.33	3.79
	Enfermedad de los otros	9	19.00	2.00
	Desconocimiento de la enfermedad	10	18.20	2.90
Depresión	Perspectiva negativa de la enfermedad	18	7.00	3.50
	Dolor emocional	12	6.58	2.97
	Conciencia de la finitud de la vida	50	6.98	3.11
	Enfermedad curable	18	9.17	4.15
	Desafío con actitud optimista	3	9.00	3.00
	Enfermedad de los otros	9	6.33	2.50
	Desconocimiento de la enfermedad	10	8.80	3.58
Aceptación	Perspectiva negativa de la enfermedad	18	41.83	8.89
	Dolor emocional	12	41.83	7.61
	Conciencia de la finitud de la vida	50	42.18	7.62
	Enfermedad curable	18	43.83	5.46
	Desafío con actitud optimista	3	37.67	6.81
	Enfermedad de los otros	9	44.11	5.69

RANE	Desconocimiento de la enfermedad	10	41.00	7.33
	Perspectiva negativa de la enfermedad	18	49.22	8.36
	Dolor emocional	12	49.99	9.12
	Conciencia de la finitud de la vida	50	49.11	7.25
	Enfermedad curable	18	50.90	8.55
	Desafío con actitud optimista	3	58.52	13.92
	Enfermedad de los otros	9	46.99	4.24
APE	Desconocimiento de la enfermedad	10	54.39	11.62
	Perspectiva negativa de la enfermedad	18	50.18	9.14
	Dolor emocional	12	50.10	6.93
	Conciencia de la finitud de la vida	50	49.46	8.36
	Enfermedad curable	18	49.82	7.37
	Desafío con actitud optimista	3	44.35	8.01
	Enfermedad de los otros	9	52.47	7.04
	Desconocimiento de la enfermedad	10	52.04	5.74

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Tabla 100

Comparación de medias de los grupos de creencias sobre el cáncer anteriores al diagnóstico de cáncer por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene

VD	FV	ANOVA					Levene		eta		f^2 Cohen
		SC	gl	MC	F	p	F	p	η	η^2	
Negación	Inter	111.17	6	18.53	.55	.77	.84	.54	.17	.03	.03
	Intra	3840.82	113	33.99							
	Total	3951.99	119								
Ira	Inter	179.80	6	29.97	1.67	.13	2.26	.04	.29	.08	.09
	Intra	2022.99	113	17.90							
	Total	2202.79	119								
Pacto	Inter	364.10	6	60.68	1.06	.39	1.46	.20	.23	.05	.05
	Intra	6456.89	113	57.14							
	Total	6820.99	119								
Fe y esperanza	Inter	26.89	6	4.48	.52	.79	.63	.71	.16	.03	.03
	Intra	979.11	113	8.67							
	Total	1006.00	119								
Depresión	Inter	113.33	6	18.89	1.70	.13	1.15	.34	.29	.08	.09
	Intra	1255.99	113	11.12							
	Total	1369.33	119								
Aceptación	Inter	160.32	6	26.72	.49	.82	1.59	.16	.16	.03	.03
	Intra	6171.60	113	54.62							
	Total	6331.93	119								
RANE	Inter	556.93	6	92.82	1.37	.23	1.74	.12	.26	.07	.08
	Intra	7670.50	113	67.88							
	Total	8227.43	119								
APE	Inter	208.10	6	34.68	.55	.77	.61	.73	.17	.03	.03
	Intra	7117.02	113	62.98							
	Total	7325.12	119								

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad. VD = Variable dependiente. FV = Fuente de variación: Inter (intergrupos), Intra (intragrupos) y Total. Grados

de libertad para el estadístico F de la prueba de Levene: $g1 = 6$, $g2 = 113$. Estadístico f^2 de Cohen = $\eta^2 / (1 - \eta^2)$.

Tabla 101

Medias y desviaciones estándar por grupos de creencias sobre el cáncer posterior al diagnóstico de cáncer

	Categorías de las creencias sobre el cáncer posteriores al diagnóstico	N	M	DE
Negación	Perspectiva negativa de la enfermedad	23	13.04	5.84
	Dolor emocional	6	13.33	6.15
	Conciencia de la finitud de la vida	5	12.20	3.56
	Enfermedad curable	46	12.57	6.39
	Desafío con actitud optimista	26	12.77	5.38
Ira	Crecimiento postraumático	14	12.86	5.52
	Perspectiva negativa de la enfermedad	23	9.57	5.28
	Dolor emocional	6	8.83	2.40
	Conciencia de la finitud de la vida	5	8.60	1.34
	Enfermedad curable	46	8.20	3.45
Pacto	Desafío con actitud optimista	26	9.58	4.93
	Crecimiento postraumático	14	9.50	5.26
	Perspectiva negativa de la enfermedad	23	27.91	6.94
	Dolor emocional	6	24.83	7.14
	Conciencia de la finitud de la vida	5	30.00	7.48
Fe y esperanza	Enfermedad curable	46	25.39	7.48
	Desafío con actitud optimista	26	26.85	7.63
	Crecimiento postraumático	14	22.43	8.44
	Perspectiva negativa de la enfermedad	23	18.26	2.85
	Dolor emocional	6	18.17	2.56
Depresión	Conciencia de la finitud de la vida	5	20.00	.00
	Enfermedad curable	46	18.74	3.17
	Desafío con actitud optimista	26	18.35	3.21
	Crecimiento postraumático	14	18.00	2.25
	Perspectiva negativa de la enfermedad	23	7.91	3.64
Aceptación	Dolor emocional	6	10.00	3.29
	Conciencia de la finitud de la vida	5	8.60	5.08
	Enfermedad curable	46	6.67	3.13
	Desafío con actitud optimista	26	7.77	3.35
	Crecimiento postraumático	14	6.93	2.95
RANE	Perspectiva negativa de la enfermedad	23	41.22	7.40
	Dolor emocional	6	37.00	8.15
	Conciencia de la finitud de la vida	5	35.80	12.85
	Enfermedad curable	46	43.30	6.34
	Desafío con actitud optimista	26	42.85	7.02
APE	Crecimiento postraumático	14	44.14	6.71
	Perspectiva negativa de la enfermedad	23	51.76	9.39
	Dolor emocional	6	54.70	7.80
	Conciencia de la finitud de la vida	5	52.40	6.69
	Enfermedad curable	46	47.96	6.55
APE	Desafío con actitud optimista	26	50.74	9.62
	Crecimiento postraumático	14	49.54	9.27
APE	Perspectiva negativa de la enfermedad	23	50.80	7.39

Dolor emocional	6	47.62	8.19
Conciencia de la finitud de la vida	5	52.10	8.02
Enfermedad curable	46	50.24	8.08
Desafío con actitud optimista	26	50.33	8.25
Crecimiento postraumático	14	47.56	7.51

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Tabla 102

Comparación de medias de los grupos de creencias sobre el cáncer posteriores al diagnóstico de cáncer por ANOVA y de igualdad de varianzas por Levene

VD	ANOVA				Levene		eta		f^2 Cohen		
	FV	SC	gl	MC	F	p	F	p		η	η^2
Nega- ción	Inter	7.27	5	1.45	.04	.99	.64	.67	.04	< .01	< .01
	Intra	3944.72	114	34.60							
	Total	3951.99	119								
Ira	Inter	50.02	5	10.00	.53	.75	2.07	.07	.15	.02	.02
	Intra	2152.77	114	18.88							
	Total	2202.79	119								
Pacto	Inter	386.56	5	77.31	1.37	.24	.33	.90	.24	.06	.06
	Intra	6434.43	114	56.44							
	Total	6820.99	119								
F y E	Inter	19.98	5	3.99	.46	.80	1.26	.29	.14	.02	.02
	Intra	986.02	114	8.65							
	Total	1006.00	119								
Depre- sión	Inter	84.65	5	16.93	1.50	.20	1.42	.22	.25	.06	.06
	Intra	1284.68	114	11.27							
	Total	1369.33	119								
Acep- tación	Inter	508.37	5	101.68	1.99	.09	1.58	.17	.28	.08	.09
	Intra	5823.55	114	51.08							
	Total	6331.93	119								
RANE	Inter	440.49	5	88.10	1.29	.27	1.19	.32	.23	.05	.05
	Intra	7786.94	114	68.31							
	Total	8227.43	119								
APE	Inter	159.68	5	31.94	.51	.77	.21	.96	.15	.02	.02
	Intra	7165.44	114	62.86							
	Total	7325.12	119								

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad. VD = Variable dependiente. FV = Fuente de variación: Inter (intergrupos), Intra (intragrupo) y Total. Grados de libertad para el estadístico F de la prueba de Levene: gl1 = 5, gl2 = 114. Estadístico f^2 de Cohen = $\eta^2 / (1 - \eta^2)$.

Objetivo 6: Estudio de la relación de la resiliencia y alexitimia con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Por el coeficiente producto-momento de Pearson, se encontró que de las 48 correlaciones entre las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud y los dos factores de segundo orden con la resiliencia, solo 28 fueron significativas, teniendo un tamaño de efecto de grande a pequeño. La negación únicamente correlacionó negativamente con el apoyo familiar ($r = -.22$, $p = .02$). La ira correlacionó negativamente con el puntaje total de la escala RESI-M, y todos sus factores, excepto con el factor de competencia social, con valores de $-.20$ a $-.45$. El factor de pacto-negociación resultó independiente del puntaje total de la escala RESI-M y los cinco factores que la componen ($p \geq .05$). La fe y esperanza en la recuperación correlacionó positivamente con el puntaje total de la escala RESI-M, competencia social, apoyo familiar y estructura con valores de $.18$ a $.29$. La depresión correlacionó negativamente con el puntaje total de la escala RESI-M y los factores de fortaleza y confianza en uno mismo, y apoyo familiar con valores de $-.23$ a $-.31$. La aceptación correlacionó positivamente con el puntaje total de la escala RESI-M y todos sus factores, salvo el factor apoyo social, con valores de $.33$ a $.47$. El factor de segundo orden de reacción de afecto negativo ante la enfermedad correlacionó negativamente con el puntaje total de la escala RESI-M y todos los factores de resiliencia, con valores de $-.23$ a $-.52$. El factor de segundo orden de actitud positiva ante la enfermedad correlacionó positivamente con el puntaje total y los factores de fortaleza y confianza en uno mismo, competencia social y estructura, con valores de $.18$ a $.29$ (véase Tabla 103).

Tabla 103

Correlaciones de las respuestas psicológicas del duelo con resiliencia

		Negación	Ira	Pacto	F y E	Depresión	Aceptación	RANE	APE
PT	<i>r</i>	-.05	-.33	.10	.22	-.25	.47	-.44	.22
	<i>p</i>	.60	<.01	.29	.02	.01	<.01	<.01	.02
RESI-M-43	<i>r</i>	-.04	-.26	.06	.16	-.23	.47	-.39	.18
	<i>p</i>	.68	.01	.49	.08	.01	<.01	<.01	.05
F y C	<i>r</i>	.06	-.17	.09	.18	-.15	.33	-.24	.20
	<i>p</i>	.50	.06	.33	.05	.10	<.01	.01	.03
CS	<i>r</i>	-.22	-.45	.08	.20	-.31	.40	-.52	.13
	<i>p</i>	.02	<.01	.42	.03	<.01	<.01	<.01	.16
AF	<i>r</i>	-.06	-.20	.03	.09	-.15	.17	-.23	.05
	<i>p</i>	.52	.03	.78	.34	.11	.07	.01	.58

E	<i>r</i>	.03	-.29	.15	.29	-.15	.39	-.34	.29
	<i>p</i>	.73	<.01	.11	<.01	.11	<.01	<.01	<.01

FyE = Fe y esperanza. RESI-M = Puntaje total de la Escala de Resiliencia Mexicana, FyC = Fortaleza y confianza en sí mismo, CS = Competencia social, AF = Apoyo familiar, AS = Apoyo social y E = Estructura. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Por el coeficiente producto-momento de Pearson, se encontró que de las 24 correlaciones entre las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud con la alexitimia, 16 fueron significativas, teniendo un tamaño de efecto de grande a pequeño. Los factores de negación, pacto y actitud positiva ante la enfermedad correlacionaron positivamente con el puntaje total de la escala TAS-20 y con el factor de propensión a la fantasía, con valores de .19 a .37. Los factores de ira, depresión y reacción de afecto negativo ante la enfermedad correlacionaron positivamente con el puntaje total de la escala TAS-20 y los dos factores de fantasía (propensión a la fantasía y fantasías sexuales, románticas e interpersonales), con valores de .20 a .50. Únicamente el factor de aceptación correlacionó negativamente con la alexitimia, en el puntaje total de la escala TAS-20 ($r = -.19, p = .04$). El factor de fe y esperanza en la recuperación resultó independiente del puntaje total de la escala TAS-20 y los dos factores de fantasía ($p > .05$) (véase Tabla 104).

Tabla 104

Correlaciones de las respuestas psicológicas del duelo con alexitimia

		Negación	Ira	Pacto	F y E	Depresión	Aceptación	RANE	APE
TAS-20	<i>r</i>	.37	.38	.19	.10	.50	-.19	.47	.23
	<i>p</i>	<.01	<.01	.04	.30	<.01	.04	<.01	.01
Pro Fan	<i>r</i>	.29	.24	.22	.12	.24	.01	.22	.28
	<i>p</i>	<.01	.01	.02	.18	.01	.92	.02	<.01
Fan Sex	<i>r</i>	.16	.22	.03	-.06	.20	-.01	.22	.03
	<i>p</i>	.09	.02	.78	.49	.03	.97	.02	.73

FyE = Fe y esperanza. TAS-20 = Puntaje total de la Escala de Alexitimia de Toronto, Pro Fan = Propensión a la fantasía y Fan Sex = Fantasías sexuales, románticas e interpersonales. RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Objetivo 7: Determinar los factores de riesgo y protección que intervienen en cada una de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Reacción de afecto negativo ante la enfermedad

Para predecir el factor de segundo orden de reacción de afecto negativo ante la enfermedad, se introdujeron inicialmente las 17 variables numéricas que presentaron correlación significativa: ingresos, espiritualidad, frecuencia de rituales religiosos, sentido de vida, efectos secundarios del tratamiento del cáncer, información, adherencia al tratamiento, percepción de que el tratamiento está teniendo éxito, el puntaje total de la escala de la alexitimia (TAS-20), los dos factores de fantasía (propensión a la fantasía y fantasías sexuales, románticas e interpersonales), el puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M), y sus cinco factores (fortaleza y confianza en uno mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura).

Al aplicar el método de pasos sucesivos (stepwise), se incorporaron seis variables en el modelo: apoyo familiar ($\beta = -.47$), alexitimia ($\beta = .46$), estructura personal ($\beta = -.28$), apoyo social ($\beta = .20$), efectos secundarios ($\beta = .18$) y competencia social ($\beta = .17$). La varianza atribuible al modelo ($MC = 7.09$) fue significativamente mayor que la varianza residual ($MC = 0.35$), esto es, el modelo explicó un porcentaje de varianza significativo, no atribuible al azar ($F[6, 113] = 20.14, p < .01$). Se explica el 49% de la varianza del criterio. El error estándar de estimación fue 0.59. El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio fue grande por el estadístico f^2 de Cohen (0.96).

Hubo problemas de colinealidad con las variables: apoyo familiar, apoyo social, estructura personal y competencia social como indicó el descenso de los valores de correlación al ser parcializados y los valores de tolerancia (Tol.) e inflación de varianza (FIV) alejados de 1; no obstante ningún valor de inflación de la varianza subió de 2, pero en los 4 casos la tolerancia fue menor de .70, indicando más del 30% de la varianza compartida con las otras variables predictoras (véase Tabla 105). Las correlaciones más altas entre las variables predictoras aparecieron entre apoyo familiar y apoyo social ($r = -.46, p < .01$), así como entre competencia social y estructura personal ($r = -.44, p < .01$), las cuales fueron mayores que .30 (véase Tabla 106). Al hacer el diagnóstico de la

colinealidad, se observó un primer autovalor muy alto (6.53) con índices de condición mayores que 15 a partir del tercer componente extraído y el valor del último mayor que 30, lo que refleja problemas de colinealidad. Las cargas altas de los componentes 4 y 5 mostraron especial colinealidad entre apoyo familiar y competencia social (véase Tabla 107).

La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{K-S} = 1.07, p = .20$), cumpliéndose el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos (véase Figura 36). El estadístico de Durbin-Watson (2.12) reflejó que no existe correlación serial entre los residuos, al ser su valor próximo a 2; asimismo, el diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados no mostró tendencia lineal (véase Figura 37). Ambos aspectos reflejan que se cumple el supuesto de independencia de los residuos.

El modelo indicó que a menor apoyo familiar, mayor alexitimia, mayores secundarios del tratamiento, mayor apoyo social, menor estructura personal y mayor competencia social es mayor la reacción de afecto negativo ante el cáncer entre las participantes. En un principio el apoyo social y la competencia social actúan en sentido contrario a lo esperado. Se esperaría que la reacción de afecto negativo fuese menor entre quienes tienen más apoyo social y competencias para lograr y mantener este apoyo. Los signos de las correlaciones bivariadas entre estas dos variables predictoras y la variable criterio sí se ajustaron a la expectativa, esto es, correlación negativa. Es al parcelizar el efecto de las otras variables predictoras que cambia el signo a positivo. Por lo tanto, el signo positivo del coeficiente de regresión de estas dos variables predictoras es consecuencia de la multicolinealidad. El análisis de la colinealidad reveló una fuente importante de la misma entre apoyo familiar y competencia social que son las dos variables con índices de tolerancia e inflación de varianza más alejados de 1.

Este modelo parece indicar que la competencia y apoyo social ante la presencia de apoyo familiar dificulta el duelo ante la enfermedad. Se podría interpretar que las personas sienten más tristeza y rabia por padecer la enfermedad ante los amigos y compañeros que probablemente tema perder o ser una carga que no tienen que asumir. Les pesa el ser tratadas con lastima por amigos y compañeros.

Tabla 105

Modelo de regresión para la reacción de afecto negativo ante la enfermedad

Modelo	Coeficientes			Significación		Correlación			Colinealidad	
	B	EE	β	T	p	r	r_p	r_{sp}	Tol	FIV
Constante	0.76	.57		1.32	.19					
Apoyo familiar	-	.02	-	-5.26	< .01	-	-	-	.53	1.90
TAS-20	0.01	< .01	.46	6.65	< .01	.47	.53	.44	.88	1.14
Efectos secundarios	0.21	.08	.18	2.66	.01	.25	.24	.17	.96	1.04
Apoyo social	0.07	.03	.20	2.39	.02	.23	.22	.16	.61	1.63
Estructura	-	.02	-	-3.38	< .01	-	-	-	.61	1.63
Competencia social	0.04	.02	.17	1.99	.05	.24	.18	.13	.57	1.74

Método: *Stepwise*. Criterio: RANE. $R = .72$, $R^2 = .52$, $R^2_{aj.} = .49$, $EEE = 0.59$. RANE = reacción de afecto negativo ante la enfermedad, TAS-20 = puntaje total de la Escala de Alexitimia de Toronto.

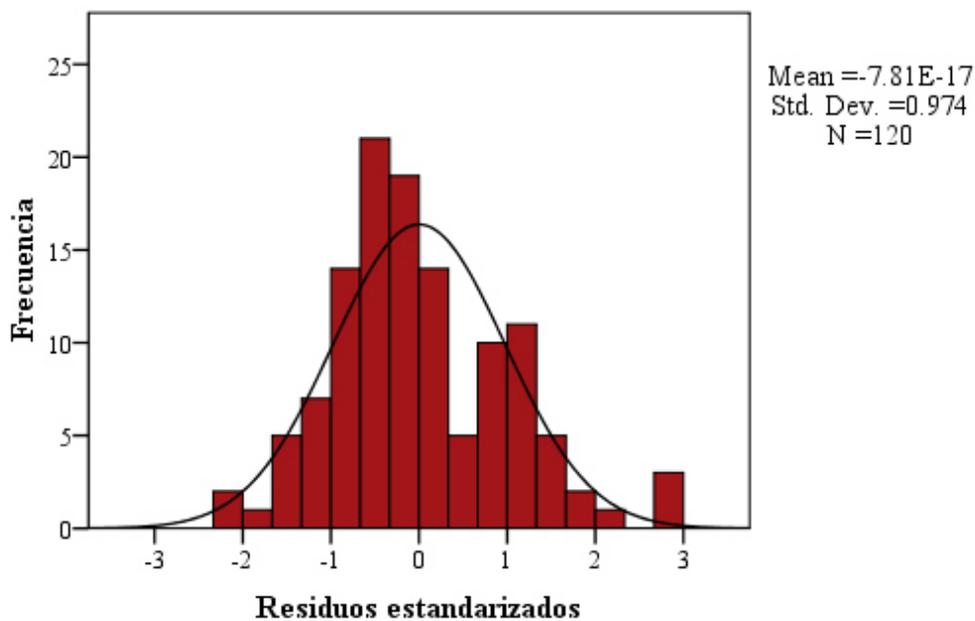


Figura 36. Histograma de los residuos estandarizados de RANE.

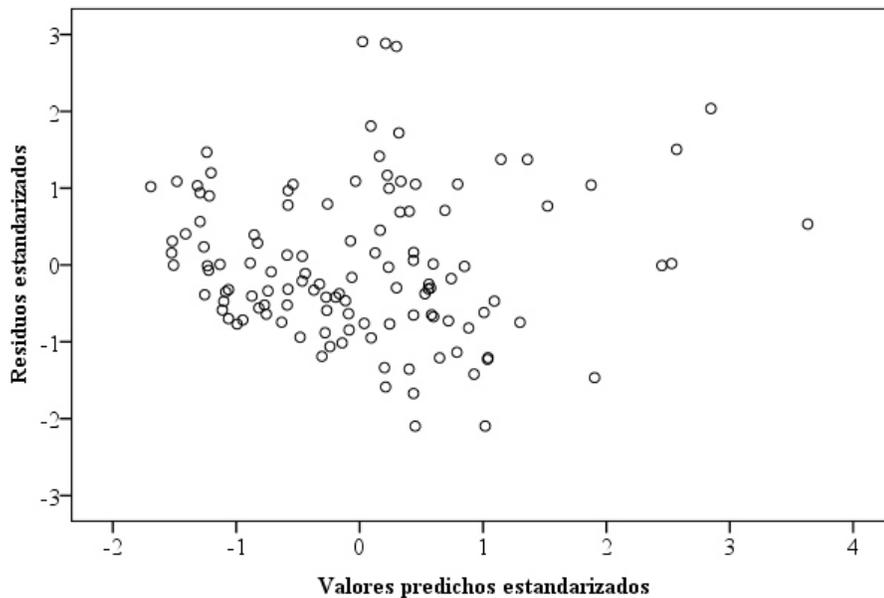


Figura 37. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados de RANE.

Tabla 106

Correlaciones entre los 6 predictores

	Apoyo familiar	TAS-20	Efectos secundarios	Apoyo social	Estructura
TAS-20	.11	1			
Efectos secundarios	.08ns	.01	1		
Apoyo social	-.46***	.09ns	.08ns	1	
Estructura	-.22*	-.24**	.10ns	-.05ns	1
Competencia social	-.21*	.21*	-.13ns	-.12ns	-.44***

ns = no significativo $p > .05$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Tabla 107

Diagnóstico de la colinealidad

D	Auto-valores	IC	Constante	Apoyo familiar	TAS-20	Efectos secundarios	Apoyo social	Estructura	Competencia social
1	6.533	1	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01	< .01
2	0.298	4.68	< .01	< .01	.82	.01	< .01	< .01	< .01
3	0.128	7.15	< .01	< .01	< .01	.83	< .01	.01	< .01
4	0.018	19.18	.04	.04	.01	.02	.11	.64	.02
5	0.009	26.27	.16	.38	< .01	.10	.02	.12	.46
6	0.008	28.65	.18	.41	.09	< .01	.22	.22	.37
7	0.006	32.64	.61	.17	.07	.03	.65	< .01	.15

D = Dimensiones, IC = índice de condición (raíz cuadrada del cociente entre el autovalor más alto y cada uno de los autovalores)

Debido a estos problemas de colinealidad se optó por estimar el modelo sin las variables de competencia social y apoyo por el método de Entrada (Enter). Las 4 variables predictoras fueron significativas: alexitimia ($\beta = .41$), apoyo familiar ($\beta = -.32$), estructura personal ($\beta = -.19$) y efectos secundarios ($\beta = .18$). La varianza atribuible al modelo de regresión (MC = 9.67) fue significativamente mayor que la varianza residual (MC = 0.38), esto es, el modelo explicó un porcentaje de varianza significativo, no atribuible al azar ($F[4, 115] = 25.51, p < .01$). Se explica el 45% de la varianza del criterio. El error estándar de estimación fue 0.62. El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio fue grande por el estadístico f^2 de Cohen (0.82) (véase Tabla 108).

Tabla 108

Modelo de regresión para la reacción de afecto negativo ante la enfermedad

Modelo	Coeficientes		Significación		Correlación			Colinealidad		
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	1.81	0.49		3.68	< .01					
TAS-20	0.01	< .01	.41	5.88	< .01	.47	.48	.40	.93	1.07
Apoyo familiar	-0.08	0.02	-.32	-4.05	< .01	-.52	-.35	-.28	.73	1.37
Estructura	-0.05	0.02	-.19	-2.43	.017	-.34	-.22	-.17	.77	1.30
Efectos secundarios	0.21	0.08	.18	2.68	.009	.25	.24	.18	.98	1.02

Método: *Stepwise*. Criterio: RANE. $R = .69, R^2 = .47, R^2_{aj.} = .45, EEE = 0.62$. RANE = reacción de afecto negativo ante la enfermedad, TAS-20 = puntaje total de la Escala de Alexitimia de Toronto.

La distribución de los residuos se ajustó a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{K-S} = 1.15, p = .14$), cumpliéndose el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos (véase Figura 38). El estadístico de Durbin-Watson (2.10) reflejó que no existe correlación serial entre los residuos, al ser su valor próximo a 2; asimismo, el diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados no mostró tendencia lineal (véase Figura 39). Ambos aspectos reflejaron cumplimiento del supuesto de independencia de los residuos.

Los problemas de colinealidad disminuyeron claramente. Ningún valor de tolerancia bajó de .70 y el valor de inflación de varianza más alto fue de 1.37 (véase Tabla 109). Ninguna correlación entre las variables predictoras fue mayor que .30. Al hacer el diagnóstico de la colinealidad, no hubo ningún índice de condición mayor que

30, siendo el valor del más alto 23.21 (véase Tabla 109). Además la colinealidad existente no generó cambios de signo ni significación en las variables predictoras. Todos coeficientes de correlación parcial mayores o iguales que .18. Sólo la correlación semiparcial entre estructura personal y reacción de afecto negativo dejó de ser significativa, al bajar su valor de .18.

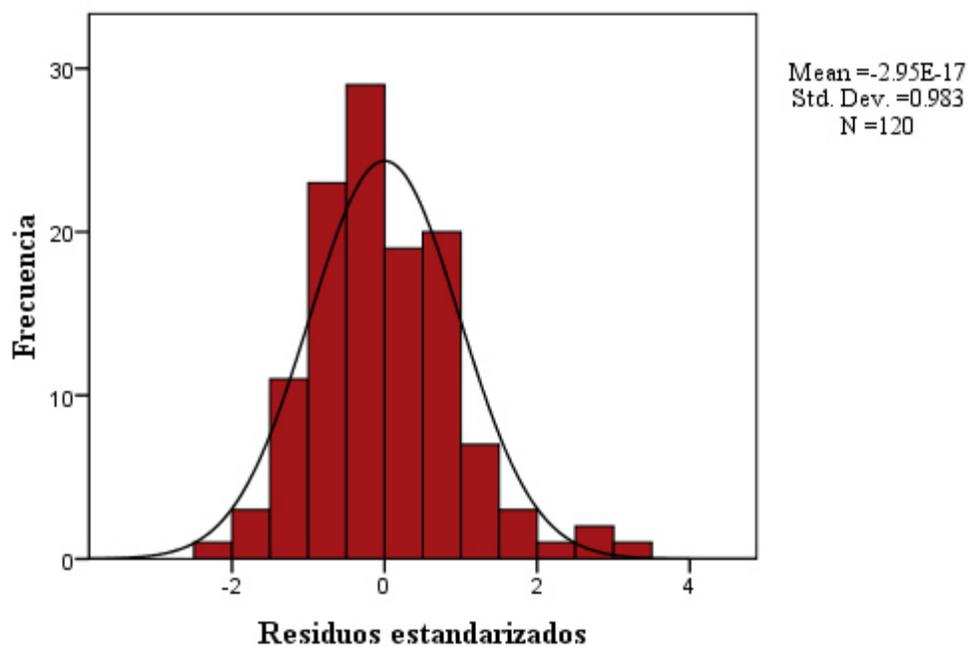


Figura 38. Histograma de los residuos estandarizados de RANE.

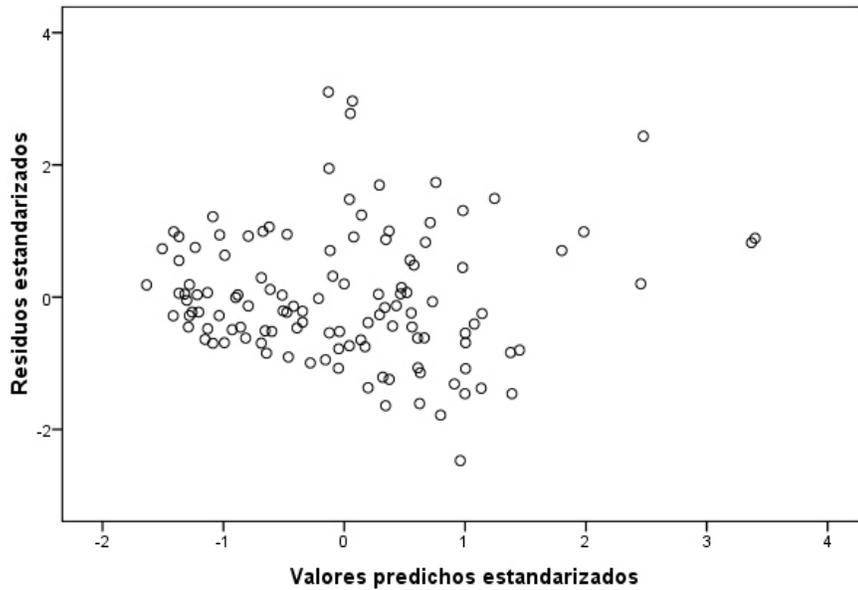


Figura 39. Diagrama de dispersión de los valores estandarizados pronosticados por el modelo y los residuos estandarizados de RANE.

Tabla 109

Diagnóstico de la colinealidad

D	Autovalores	IC	Constante	TAS-20	Apoyo familiar	Estructura	Efectos secundarios
1	4.58	1	< .01	.01	< .01	< .01	.01
2	0.28	4.06	< .01	.87	< .01	< .01	.03
3	0.12	6.28	< .01	.01	.02	.02	.81
4	0.02	17.45	.16	< .01	.18	.97	.05
5	0.01	23.21	.84	.10	.80	.01	.10

D = Dimensiones, IC = índice de condición (raíz cuadrada del cociente entre el autovalor más alto y cada uno de los autovalores).

Reacción de actitud positiva ante la enfermedad

Para predecir el factor de segundo orden de reacción de actitud positiva ante la enfermedad, se introdujeron inicialmente las 13 variables numéricas que presentaron correlación significativa: ingresos, escolaridad, espiritualidad, convicción religiosa, frecuencia de rituales religiosos, sentido de vida, adherencia al tratamiento, el puntaje total de la escala de la alexitimia (TAS-20), propensión a la fantasía, el puntaje total de

la escala de resiliencia (RESI-M), y sus factores de fortaleza y confianza en uno mismo, competencia social y estructura.

Al aplicar el método de pasos sucesivos (stepwise), se incorporaron 3 variables en el modelo: ingreso económico familiar ($\beta = -.36$), convicción religiosa ($\beta = .26$) y estructura personal ($\beta = .18$). La varianza atribuible al modelo de regresión (MC = 5.99) fue significativamente mayor que la varianza residual (MC = 0.48), esto es, el modelo explicó un porcentaje de varianza significativo, no atribuible al azar ($F[3, 116] = 12.58$, $p < .01$). Se explica el 23% de la varianza del criterio. El error estándar de estimación fue 0.69. El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio fue mediano por el estadístico f^2 de Cohen (0.30) (véase Tabla 110).

Las tres variables predictoras no mostraron problemas de colinealidad. Los valores de tolerancia e inflación de la varianza se aproximaron a uno. Las correlaciones bivariadas entre las tres variables predictores no fueron significativas (véase Tabla 111). Así se mantuvo el mismo valor de correlación entre cada variable predictora y la variable criterio al parcializarse el efecto de las otras dos variables predictoras. En el diagnóstico de la colinealidad, el índice de condición más alto fue 16 y cada variable predictora tuvo saturación alta sólo en un componente (véase Tabla 112).

La distribución de los residuos se ajustó a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.22$, $p = .10$), cumpliéndose el supuesto de distribución normal de residuos. El estadístico de Durbin-Watson fue 2.19, reflejando que no existe correlación serial entre los residuos. El diagrama de dispersión entre los residuos estandarizados y la variable predicha estandarizada no mostró tendencia lineal. Así se cumplió el supuesto de independencia de los residuos.

Tabla 110

Modelo de regresión para la actitud positiva ante la enfermedad

Modelo	Coeficientes		Significación			Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	-1.27	0.41		-3.08	.003					
Ingresos	-0.16	0.0	-.36	-4.41	< .01	-.36	-.38	-.36	1	1
Estructura	0.07	0.02	.26	3.24	.002	.29	.29	.26	.98	1.02
Convicción	0.15	0.07	.18	2.25	.026	.23	.21	.18	.98	1.02

Método: *Stepwise*. Criterio: APE = actitud positiva ante la enfermedad. $R = .50$, $R^2 = .25$, $R^2_{aj.} = .23$, $EEE = 0.69$.

Tabla 111
Correlaciones entre las variables predictoras

	Ingreso	Estructura
Estructura	-.012ns	
Convicción	.021ns	-.149ns

ns = no significativa = $p \geq .05$.

Tabla 112
Diagnóstico de la colinealidad

Dimensiones	Autovalor	Índice de condición	Constante	Ingreso familiar	Estructura personal	Convicción religiosa
1	3.667	1	< .01	.02	< .01	.01
2	0.266	3.71	< .01	.94	.01	.03
3	0.053	8.34	.05	.03	.14	.92
4	0.014	16.02	.94	.02	.85	.04

Índice de condición = raíz cuadrada del cociente entre el autovalor más alto y cada uno de los autovalores.

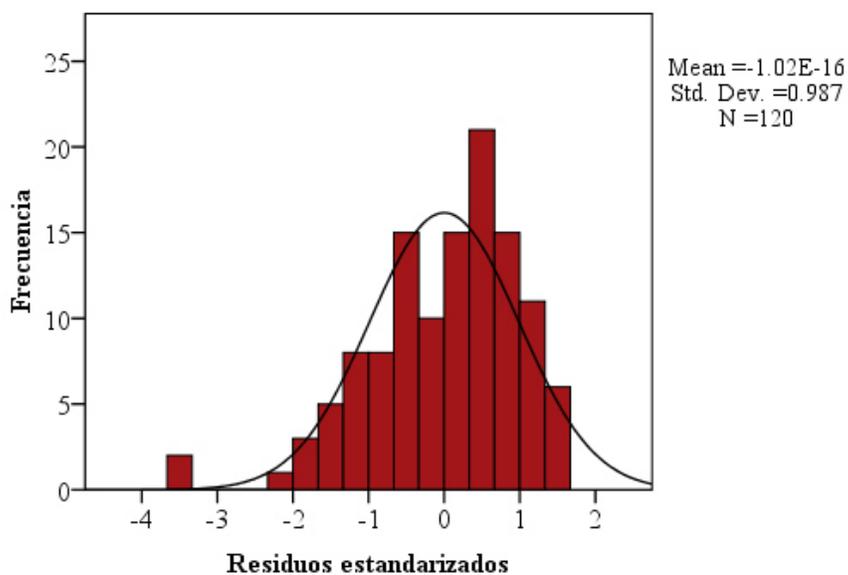


Figura 40. Histograma de los residuos estandarizados de APE.

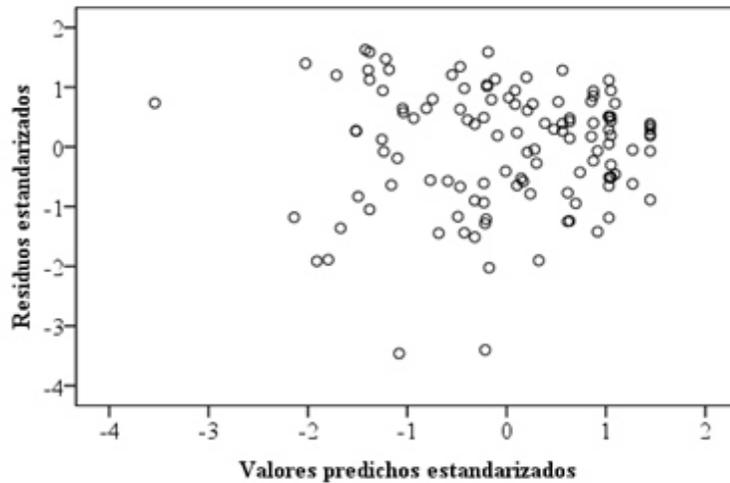


Figura 41. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de APE.

Negación

Para predecir la negación ante la enfermedad, se introdujeron inicialmente las 5 variables numéricas que presentaron correlación significativa: ingresos, escolaridad, apoyo familiar, el puntaje total de la escala de la alexitimia (TAS-20) y propensión a la fantasía.

Al aplicar el método de pasos sucesivos (stepwise), se incorporaron dos variables en el modelo: alexitimia ($\beta = .30$), e ingreso familiar ($\beta = -.20$). La varianza atribuible al modelo ($MC = 333.53$) fue significativamente mayor que la varianza residual ($MC = 28.08$), esto es, el modelo explicó un porcentaje de varianza significativo, no atribuible al azar ($F[2, 117] = 11.88, p < .01$). Se explicó el 16% de la varianza del criterio. El error estándar de estimación fue 5.30. El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio fue mediano por el estadístico f^2 de Cohen (0.19) (véase Tabla 113).

Tabla 113

Modelo de regresión para la negación ante la enfermedad

Modelo	Coeficientes		Significación		Correlación			Colinealidad		
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	11.91	1.35		8.84	< .01					
TAS-20	0.06	.02	.30	3.26	< .01	.37	.29	.28	.87	1.15
Ingreso familiar	-0.66	.30	-.20	-2.19	.03	-.31	-.20	-.19	.87	1.15

Método: *Stepwise*. Criterio: Negación. $R = .41, R^2 = .17, R^2_{aj.} = .16, EEE = 5.30$.

Las dos variables predictoras mostraron ligera colinealidad. Los valores de tolerancia e inflación de la varianza se aproximaron a uno (Tol = .87 y FIV = 1.15). La correlación bivariada entre las dos variables predictores fue significativa y mayor que .30 ($r = .36, p < .01$). La correlación de cada variable predictora y el criterio descendió al parcializar el efecto de la otra variable predictora. En el diagnóstico de la colinealidad, ambas variables predictoras tuvieron sus cargas más altas en el tercer componente, lo que refleja dependencia lineal (véase Tabla 114).

La distribución de los residuos se ajustó a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{K-S} = 1.06, p = .21$), cumpliéndose el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos (véase Figura 42). El estadístico de Durbin-Watson (1.83) reflejó que no existe correlación serial entre los residuos, al ser su valor próximo a 2; asimismo, el diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados no mostró tendencia lineal (véase Figura 43). Ambos aspectos reflejaron cumplimiento del supuesto de independencia de los residuos.

Tabla 114
Diagnóstico de la colinealidad

Dimensiones	Autovalor	Índice de condición	Constante	TAS-20	Ingreso familiar
1	2.49	1	.02	.03	.03
2	.43	2.40	.00	.31	.32
3	.08	5.54	.98	.65	.64

Índice de condición = raíz cuadrada del cociente entre el autovalor más alto y cada uno de los autovalores.

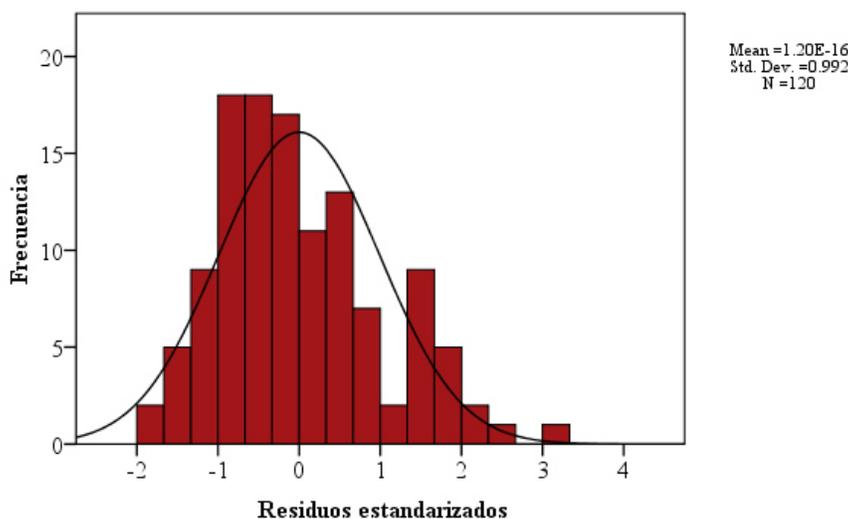


Figura 42. Histograma de los residuos estandarizados de negación.

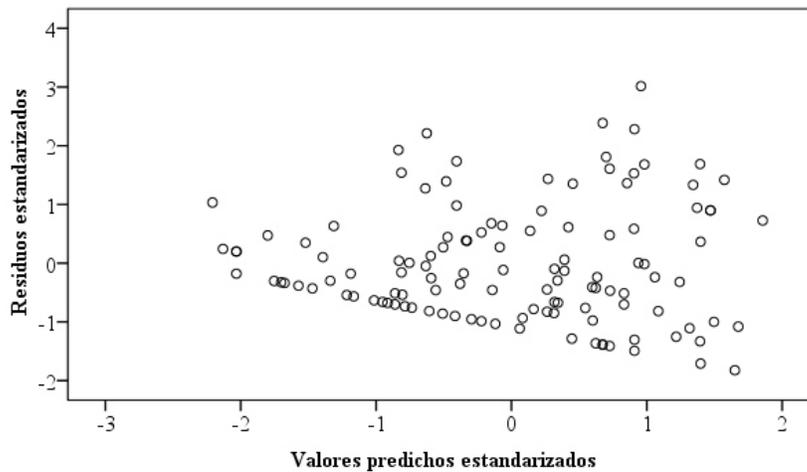


Figura 43. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de negación.

Ira

Para predecir la ira ante la enfermedad, se introdujeron inicialmente las 10 variables numéricas que presentaron correlación significativa: frecuencia de rituales religiosos, adherencia al tratamiento médico, el puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M), y cuatro factores de resiliencia (fortaleza y confianza en uno mismo, apoyo familiar, apoyo social y estructura), el puntaje total de la escala de la alexitimia (TAS-20), y los dos factores de fantasía (propensión a la fantasía y fantasías sexuales, románticas e interpersonales).

Al aplicar el método de pasos sucesivos (stepwise), se incorporaron tres variables en el modelo: apoyo familiar ($\beta = -.33$), alexitimia ($\beta = .31$), y adherencia al tratamiento ($\beta = -.20$). La varianza atribuible al modelo ($MC = 237.63$) fue significativamente mayor que la varianza residual ($MC = 12.84$), esto es, el modelo explicó un porcentaje de varianza significativo, no atribuible al azar ($F[3, 116] = 18.50, p < .01$). Se explicó el 31% de la varianza del criterio. El error estándar de estimación fue 3.58. El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio fue grande por el estadístico f^2 de Cohen (0.45) (véase Tabla 115).

Tabla 115

Modelo de regresión para la ira ante la enfermedad

Modelo	Coeficientes		Significación			Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	26.08	3.98		6.55	.00					
Apoyo familiar	-0.44	.11	-.33	-4.11	.00	-.45	-.36	-.31	.90	1.12
TAS-20	0.05	.01	.31	3.91	.00	.38	.34	.30	.96	1.05
Adherencia al tratamiento	-1.61	.64	-.20	-2.51	.01	-.30	-.23	-.19	.93	1.07

Método: *Stepwise*. Criterio: Ira. $R = .57$, $R^2 = .32$, $R^2_{aj} = .31$, $EEE = 3.58$.

Las tres variables predictoras mostraron muy ligeros problemas de colinealidad. Los valores de tolerancia e inflación de la varianza se aproximaron a uno. Las correlaciones bivariadas entre apoyo familiar y las otras dos variables fueron significativas, pero menores que .30, y la TAS-20 fue independiente de la adherencia al tratamiento. Los valores de correlación de cada variable predictora con el criterio descendieron ligeramente al parcializar el efecto de las otras variables predictoras (véase Tabla 116). En el diagnóstico de la colinealidad, el índice de condición más alto fue 30.50 y cada variable predictora tuvo saturación alta sólo en un componente, lo que refleja independencia (véase Tabla 117).

Tabla 116

Correlaciones entre las variables predictoras

	Apoyo familiar	TAS-20
TAS-20	.21*	
Adherencia al tratamiento	-.25**	-.01ns

ns = no significativo $p > .05$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

Tabla 117

Diagnóstico de la colinealidad

Dimensiones	Autovalor	Índice de condición	Constante	Ingreso Familiar	Estructura personal	Convicción religiosa
1	3.72	1	.00	.00	.02	.00
2	.26	3.76	.00	.01	.89	.00
3	.01	17.43	.07	.98	.07	.14
4	.00	30.50	.92	.01	.02	.86

Índice de condición = raíz cuadrada del cociente entre el autovalor más alto y cada uno de los autovalores.

La distribución de los residuos no se ajustó a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{K-S} = 1.67$, $p = .01$), no cumpliéndose el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos (véase Figura 44). El estadístico de

Durbin-Watson (1.92) reflejó que no existe correlación serial entre los residuos, al ser su valor próximo a 2; asimismo, el diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados no mostró tendencia lineal (véase Figura 45). Ambos aspectos reflejaron cumplimiento del supuesto de independencia de los residuos.

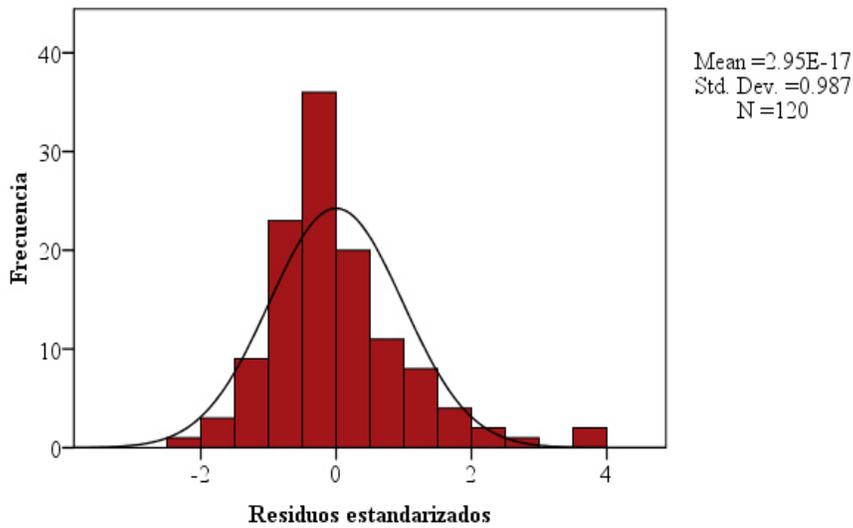


Figura 44. Histograma de los residuos estandarizados de ira.

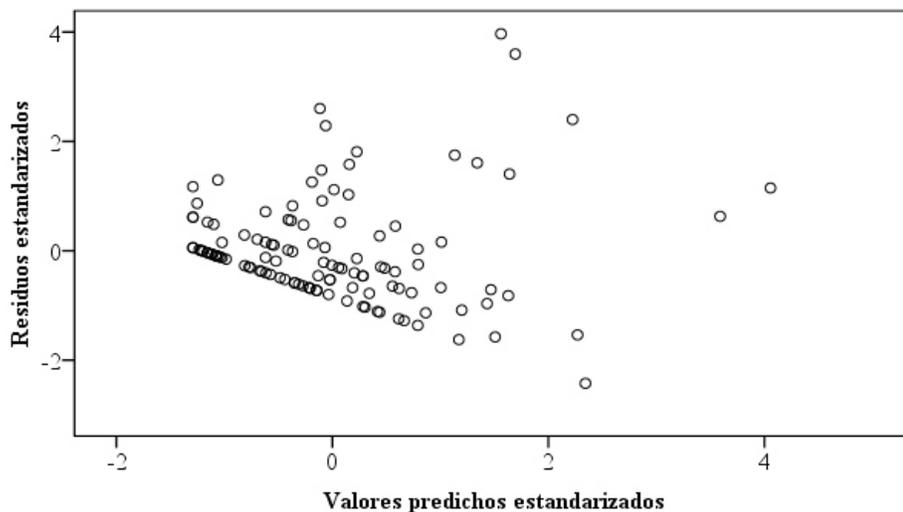


Figura 45. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de ira.

Pacto-negociación

Para predecir el pacto-negociación ante la enfermedad, se introdujeron inicialmente las 7 variables numéricas que presentaron correlación significativa: ingreso familiar, escolaridad, convicción religiosa, frecuencia de rituales religiosos, información, el puntaje total de la escala de la alexitimia (TAS-20), y propensión a la fantasía.

Al aplicar el método de pasos sucesivos (stepwise), se incorporaron dos variables en el modelo: ingreso familiar ($\beta = -.31$), y convicción religiosa ($\beta = .20$). La varianza atribuible al modelo (MC = 467.91) fue significativamente mayor que la varianza residual (MC = 50.30), esto es, el modelo explicó un porcentaje de varianza significativo, no atribuible al azar ($F[2, 117] = 9.30, p < .01$). Se explicó el 12% de la varianza del criterio. El error estándar de estimación fue 7.09. El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio fue pequeño por el estadístico f^2 de Cohen (0.14) (véase Tabla 118).

Tabla 118

Modelo de regresión para el pacto-negociación ante la enfermedad

Modelo	Coeficientes			Significación		Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	24.36	2.51		9.71	< .01					
Ingreso familiar	-1.36	.38	-.31	-3.61	< .01	.31	.32	.31	1.00	1.00
Convicción religiosa	1.59	.69	.20	2.29	.02	.20	.21	.20	1.00	1.00

Método: *Stepwise*. Criterio: Pacto-negociación. $R = .37, R^2 = .14, R^2_{aj.} = .12, EEE = 7.09$.

Las dos variables predictoras no mostraron problemas de colinealidad. Los valores de tolerancia e inflación de la varianza fueron uno. Las correlaciones bivariadas entre las dos variables predictoras no fueron significativas ($r = .02, p > .05$). Así se mantuvo el mismo valor de correlación entre cada variable predictora y la variable criterio al parcializarse el efecto de la otra variable predictora. En el diagnóstico de la colinealidad, el índice de condición más alto fue 8.46 y cada variable predictora tuvo saturación alta sólo en un componente (véase Tabla 119).

Tabla 119
Diagnóstico de la colinealidad

Dimensiones	Autovalor	Índice de condición	Constante	Ingreso Familiar	Convicción religiosa
1	2.72	1	.01	.04	.01
2	.25	3.33	.03	.90	.07
3	.04	8.46	.96	.07	.92

Índice de condición = raíz cuadrada del cociente entre el autovalor más alto y cada uno de los autovalores.

La distribución de los residuos no se ajustó a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{K-S} = 1.46$, $p = .03$), no cumpliéndose el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos (véase Figura 46), pero sí se cumplió el supuesto de independencia de los residuos. El estadístico de Durbin-Watson (2.19) reflejó que no existe correlación serial entre los residuos, al ser su valor próximo a 2; asimismo, el diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados no mostró tendencia lineal (véase Figura 47).

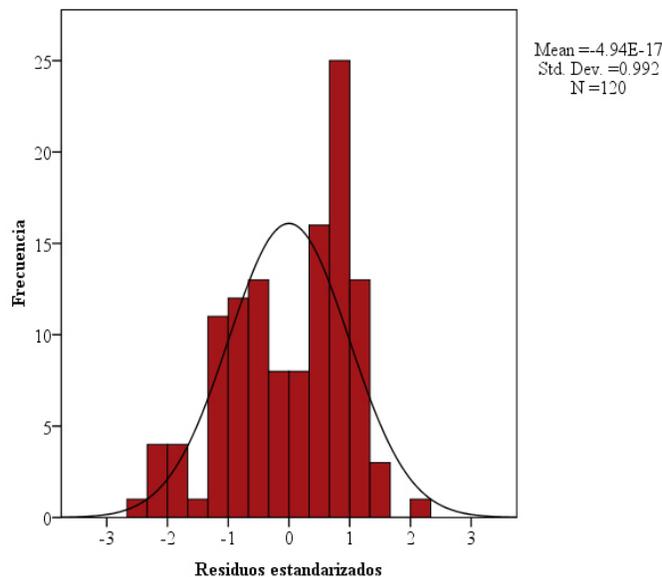


Figura 46. Histograma de los residuos estandarizados de pacto-negociación.

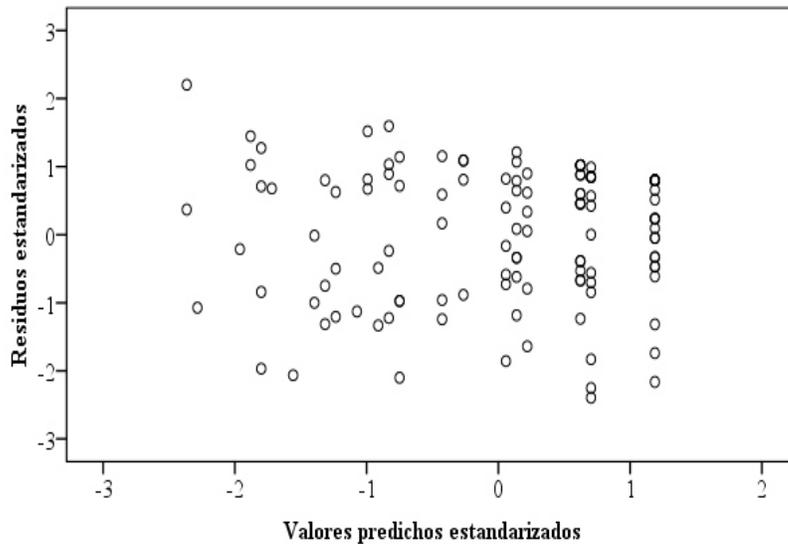


Figura 47. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de pacto-negociación.

Fe y esperanza

Para predecir la fe y esperanza ante la enfermedad, se introdujeron las 8 variables numéricas que presentaron correlación significativa: ingreso familiar, escolaridad, frecuencia de rituales religiosos, sentido de vida, el puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M), y tres factores que componen la escala de resiliencia (competencia social, apoyo familiar y estructura).

Al aplicar el método de pasos sucesivos (stepwise), se incorporaron cuatro variables en el modelo: Frecuencia de rituales religiosos ($\beta = .22$), escolaridad ($\beta = -.33$), el puntaje total de la escala de resiliencia ($\beta = .21$), y sentido de vida ($\beta = .19$). La varianza atribuible al modelo ($MC = 65.78$) fue significativamente mayor que la varianza residual ($MC = 6.46$), esto es, el modelo explicó un porcentaje de varianza significativo, no atribuible al azar ($F[4, 115] = 10.18, p < .01$). Se explicó el 24% de la varianza del criterio. El error estándar de estimación fue 2.54. El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio fue mediano por el estadístico f^2 de Cohen (0.32) (véase Tabla 120).

Tabla 120

Modelo de regresión para la fe y esperanza ante la enfermedad

Modelo	Coeficientes			Significación		Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	10.42	2.31		4.52	< .01					
Frec. Rituales	.77	.29	.22	2.64	.01	.34	.24	.21	.92	1.09
Escolaridad	-.35	.09	-.33	-3.83	< .01	-.29	-.34	-.31	.89	1.12
PT resiliencia	.04	.02	.21	2.48	.02	.22	.23	.20	.87	1.15
Sentido de vida	.74	.33	.19	2.23	.03	.24	.20	.18	.89	1.13

Método: *Stepwise*. Criterio: Fe y esperanza. $R = .51$, $R^2 = .26$, $R^2_{aj.} = .24$, $EEE = 2.54$. Frec. Rituales = frecuencia de rituales religiosos, PT resiliencia = puntaje total de la escala RESI-M.

Las cuatro variables predictoras mostraron muy ligera colinealidad. Los valores de tolerancia e inflación de la varianza fueron próximos a uno. De las 6 correlaciones bivariadas entre las cuatro variables predictoras, 3 fueron significativas, pero menores que .30. Los valores de correlación entre cada variable predictora y la variable criterio descendieron ligeramente al parcializarse el efecto de las otras variables predictoras (véase Tabla 121). En el diagnóstico de la colinealidad, el índice de condición más alto fue 29.98 y cada variable predictora tuvo saturación alta sólo en un componente (véase Tabla 122).

Tabla 121

Correlaciones entre las variables predictoras

	Frec. rituales	Escolaridad	PT resiliencia
Escolaridad	.24**		
PT resiliencia	-.12ns	-.21*	
Sentido de vida	-.14ns	-.12ns	-.25**

ns = no significativo $p > .05$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

Tabla 122

Diagnóstico de la colinealidad

D	Autovalor	Índice de condición	Constante	Frec. rituales	Escolaridad	PT resiliencia	Sentido de vida
1	4.71	1.00	.00	.00	.01	.00	.00
2	.18	5.09	.00	.08	.74	.00	.01
3	.06	8.65	.00	.31	.07	.00	.79
4	.04	11.14	.08	.60	.17	.06	.19
5	.01	29.98	.92	.00	.01	.94	.02

D = dimensiones. Índice de condición = raíz cuadrada del cociente entre el autovalor más alto y cada uno de los autovalores.

La distribución de los residuos no se ajustó a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($ZK-S = 1.64$, $p = .01$), no cumpliéndose el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos (véase Figura 48), pero sí se cumplió el supuesto de independencia de los residuos. El estadístico de Durbin-Watson (2.13) reflejó que no existe correlación serial entre los residuos, al ser su valor próximo a 2; asimismo, el diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados no mostró tendencia lineal (véase Figura 49).

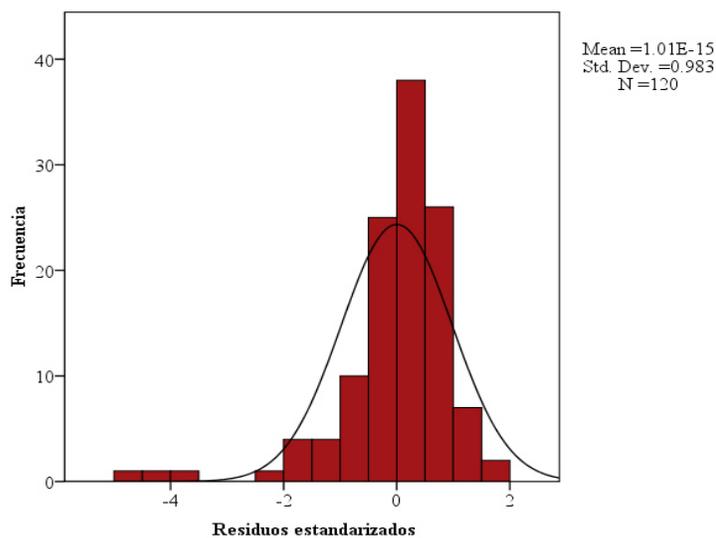


Figura 48. Histograma de los residuos estandarizados de fe y esperanza.

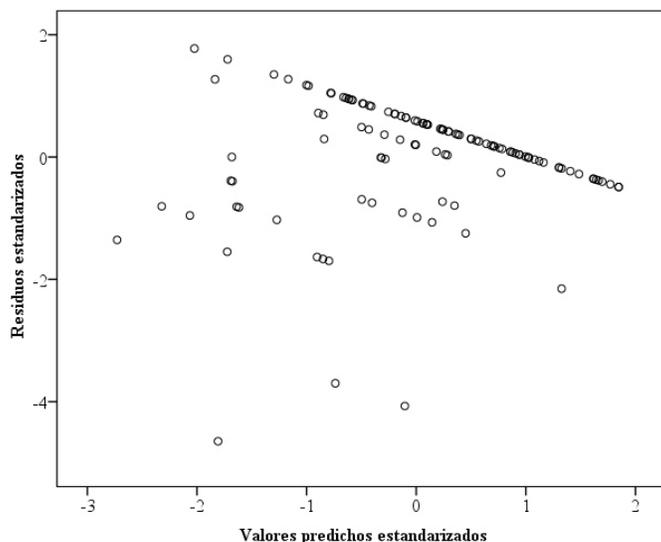


Figura 49. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de fe y esperanza.

Depresión

Para predecir los síntomas depresivos ante la enfermedad, se introdujeron las 12 variables numéricas que presentaron correlación significativa: ingreso familiar, escolaridad, frecuencia de rituales religiosos, efectos secundarios del tratamiento médico, información, percibir que el tratamiento médico está teniendo éxito, el puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M), y dos factores de resiliencia (fortaleza y confianza en uno mismo, y apoyo familiar), el puntaje total de la escala de alexitimia (TAS-20) y los dos factores de fantasía (propensión a la fantasía y fantasías sexuales, románticas e interpersonales).

Al aplicar el método de pasos sucesivos (stepwise), se incorporaron cuatro variables en el modelo: alexitimia ($\beta = .44$), efectos secundarios del tratamiento médico ($\beta = .26$), información ($\beta = -.18$), y frecuencia de rituales religiosos ($\beta = -.15$). La varianza atribuible al modelo ($MC = 124.57$) fue significativamente mayor que la varianza residual ($MC = 7.57$), esto es, el modelo explicó un porcentaje de varianza significativo, no atribuible al azar ($F[4, 115] = 16.45, p < .01$). Se explicó el 34% de la varianza del criterio. El error estándar de estimación fue 2.75. El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio fue grande por el estadístico f^2 de Cohen (0.52) (véase Tabla 123).

Tabla 123

Modelo de regresión para los síntomas depresivos ante la enfermedad

Modelo	Coeficientes		Significación			Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	6.44	1.41		4.58	.00					
TAS-20	0.05	.01	.44	5.67	.00	.50	.47	.42	.93	1.07
Efectos secundarios	1.25	.36	.26	3.48	.00	.25	.31	.26	.97	1.03
Información	-.18	.08	-.18	-2.32	.02	-.27	-.21	-.17	.97	1.03
Frec. rituales	-.15	.32	-.15	-1.99	.05	-.23	-.18	-.15	.92	1.09

Método: *Stepwise*. Criterio: síntomas depresivos. $R = .60, R^2 = .36, R^2_{aj.} = .34, EEE = 2.75$. Frec. Rituales = frecuencia de rituales religiosos.

Las cuatro variables predictoras mostraron muy ligera colinealidad. Los valores de tolerancia e inflación de la varianza fueron próximos a uno. Sólo la correlación entre

TAS-20 y frecuencia de asistencia a los rituales religiosos fue significativa, pero menor que .30. Los valores de correlación entre cada variable predictora y la variable criterio prácticamente no sufrieron cambios, al parcializarse el efecto de las otras variables predictoras (véase Tabla 124). En el diagnóstico de la colinealidad, el índice de condición más alto fue 13.58. Hubo dos variables que tuvieron sus saturaciones más altas en el tercer componente y en los componentes 4 y 5 frecuencia de asistencia a los rituales religiosos fue la variable con la carga más alta, lo que indica que las variables tienen algunos efectos de colinealidad (véase Tabla 125). Precisamente, la correlación entre efectos secundarios y el criterio aumentó al parcializar el efecto de las otras variables.

Tabla 124
Correlaciones entre las variables predictoras

	TAS-20	Efectos secundarios	Información
Efectos secundarios	-.02ns		
Información	.12ns	.09ns	
Frec. rituales	.22*	-.16ns	-.07ns

ns = no significativo $p > .05$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$. Frec. Rituales = frecuencia de rituales religiosos.

Tabla 125
Diagnóstico de la colinealidad

D	Autovalor	Índice de condición	Constante	TAS-20	Efectos secundarios	Información	Frec. rituales
1	4.46	1.00	.00	.01	.01	.01	.00
2	.31	3.82	.00	.77	.01	.03	.02
3	.13	5.80	.00	.01	.54	.36	.00
4	.08	7.72	.01	.00	.33	.34	.53
5	.02	13.58	.99	.21	.11	.26	.45

D = dimensiones. Índice de condición = raíz cuadrada del cociente entre el autovalor más alto y cada uno de los autovalores. Frec. Rituales = frecuencia de rituales religiosos.

La distribución de los residuos se ajustó a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{K-S} = .90$, $p = .39$), cumpliéndose el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos (véase Figura 50). El estadístico de Durbin-Watson (2.13) reflejó que no existe correlación serial entre los residuos, al ser su valor próximo a 2; asimismo, el diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados no mostró tendencia lineal (véase Figura 51). Ambos aspectos reflejaron cumplimiento del supuesto de independencia de los residuos.

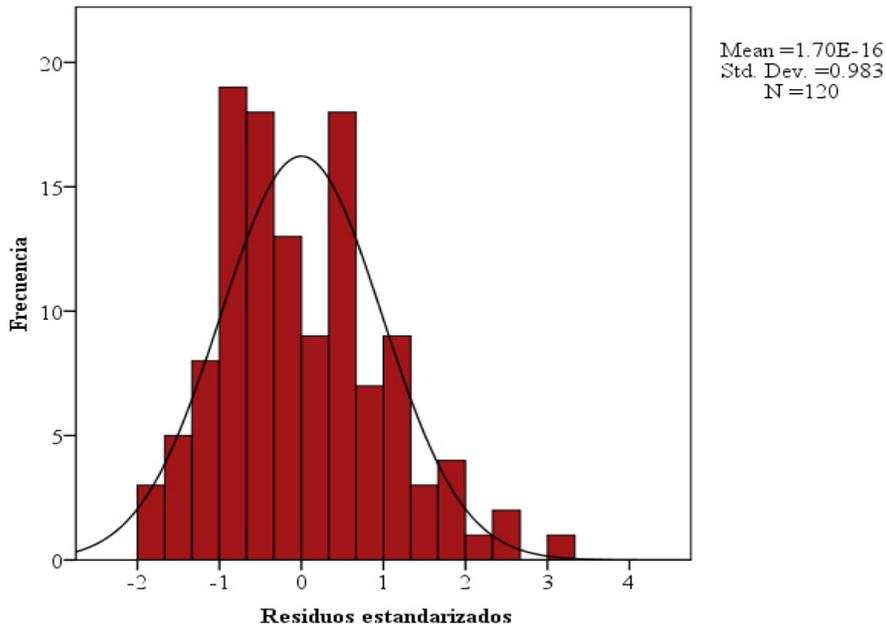


Figura 50. Histograma de los residuos estandarizados de los síntomas de depresión.

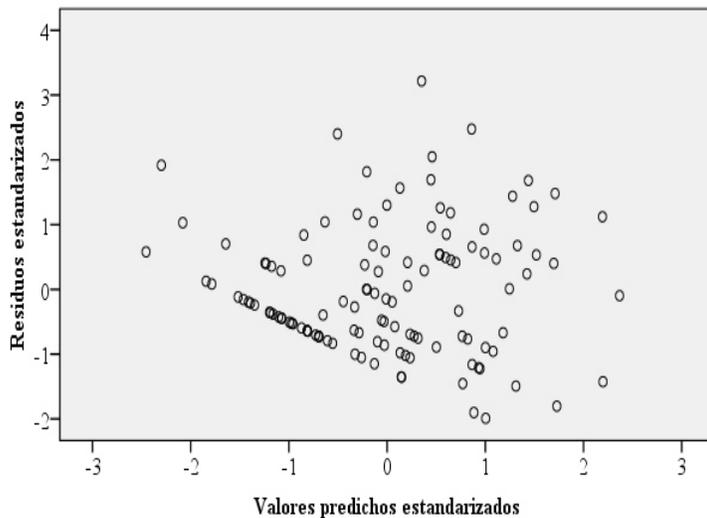


Figura 51. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de los síntomas depresivos.

Aceptación

Para predecir la aceptación de la enfermedad, se introdujeron las 10 variables numéricas que presentaron correlación significativa: frecuencia de rituales religiosos, sentido de vida, información, adherencia al tratamiento médico, el puntaje total de la

escala de resiliencia (RESI-M), y cuatro factores de resiliencia (fortaleza y confianza en uno mismo, competencia social, apoyo familiar y estructura), y el puntaje total de la escala de alexitimia (TAS-20).

Al aplicar el método de pasos sucesivos (stepwise), se incorporaron tres variables en el modelo: resiliencia ($\beta = .38$), sentido de vida ($\beta = .19$) e información ($\beta = .17$). La varianza atribuible al modelo (MC = 608.78) fue significativamente mayor que la varianza residual (MC = 38.84), esto es, el modelo explicó un porcentaje de varianza significativo, no atribuible al azar ($F[3, 116] = 15.67, p < .01$). Se explicó el 27% de la varianza del criterio. El error estándar de estimación fue 6.23 (véase Tabla). El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio fue grande por el estadístico f^2 de Cohen (0.37) (véase Tabla 126).

Tabla 126

Modelo de regresión para la aceptación de la enfermedad

Modelo	Coeficientes			Significación		Correlación			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol</i>	<i>FIV</i>
Constante	7.96	5.49		1.45	.15					
PT resiliencia	.17	.04	.38	4.52	.00	.47	.39	.35	.88	1.14
Sentido de vida	1.85	.81	.19	2.30	.02	.32	.21	.18	.91	1.10
Información	.39	.18	.17	2.11	.04	.29	.19	.17	.94	1.07

Método: *Stepwise*. Criterio: aceptación. $R = .54, R^2 = .29, R^2_{aj.} = .27, EEE = 6.23$. PT resiliencia = puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M).

Las tres variables predictoras mostraron muy ligera colinealidad. Los valores de tolerancia e inflación de la varianza fueron próximos a uno. La puntuación total de la resiliencia tuvo correlación significativa con las otras dos variables predictoras, pero las correlaciones fueron menores que .30. Los valores de correlación entre cada variable predictora y la variable criterio descendieron ligeramente al parcializarse el efecto de las otras variables predictoras (véase Tabla 127). En el diagnóstico de la colinealidad, el índice de condición más alto fue 27.03 y cada variable predictora tuvo saturación alta sólo en un componente (véase Tabla 128).

Tabla 127

Correlaciones entre las variables predictoras

	PT resiliencia	Sentido de vida
Sentido de vida	-.27*	
Información	-.20*	-.08ns

ns = no significativo $p > .05$, * $p \leq .05$. PT resiliencia = puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M).

Tabla 128

Diagnóstico de la colinealidad

D	Autovalor	Índice de condición	Constante	PT resiliencia	Sentido de vida	Información
1	3.86	1.00	.00	.00	.00	.01
2	.09	6.61	.00	.00	.22	.84
3	.05	8.95	.06	.04	.76	.15
4	.01	27.03	.94	.96	.02	.01

D = dimensiones. Índice de condición = raíz cuadrada del cociente entre el autovalor más alto y cada uno de los autovalores. PT resiliencia = puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M).

La distribución de los residuos no se ajustó a una curva normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($Z_{K-S} = 1.44$, $p = .03$), no cumpliéndose el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos (véase Figura 52), pero sí se cumplió el supuesto de independencia de los residuos. El estadístico de Durbin-Watson (1.96) reflejó que no existe correlación serial entre los residuos, al ser su valor próximo a 2; asimismo, el diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados no mostró tendencia lineal (véase Figura 53).

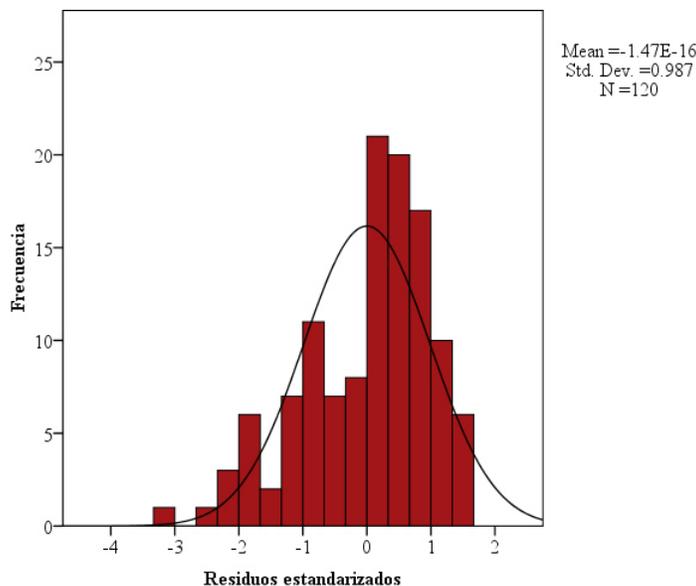


Figura 52. Histograma de los residuos estandarizados de aceptación.

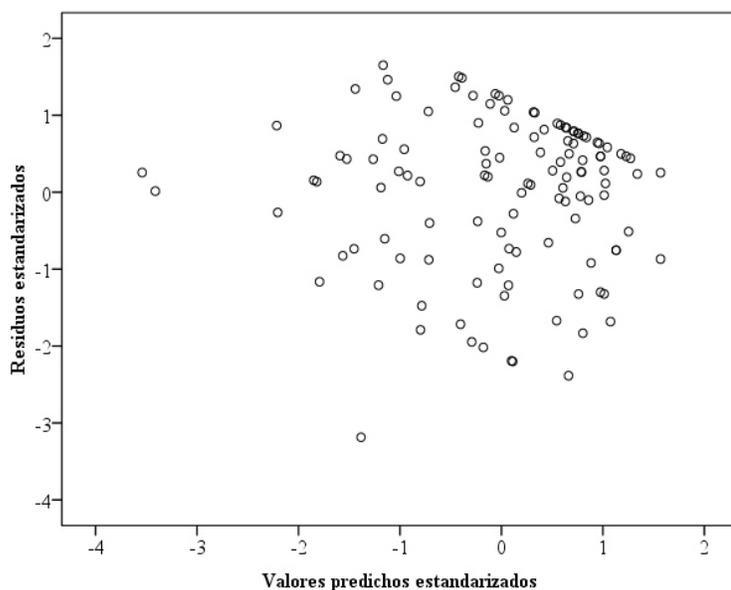


Figura 53. Diagrama de dispersión entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados de aceptación.

Tabla 129

Resumen de las variables predictoras

Variables	Variables predictoras	Variables predichas							
		RANE	APE	Negación	Ira	Pacto	FyE	Depresión	Aceptación
Socio-demográficas	Ingreso familiar		X	X		X			
	Escolaridad						X		
Religión	Conv. religiosa		X			X			
	Frec. de rituales						X	X	
Experienciales	Sentido de vida						X		X
	Ef. secundarios	X						X	
Clínicas	Adherencia					X			
	Información							X	X
Resiliencia	PT RESI-M						X		X
	Apoyo familiar	X				X			
Alexitimia	Estructura	X	X						
	PT TAS-20	X		X	X			X	

RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad. Conv. Religiosa = convicción religiosa, Frec. de rituales = frecuencia de rituales religiosos, Ef. Secundarios = efectos secundarios. PT RESI-M = puntaje total de la escala de resiliencia. PT TAS-20 = puntaje total de la escala de alexitimia.

Objetivo 8: Generar un modelo que prediga las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud por medio de la resiliencia, alexitimia y las variables socio-demográficas y clínicas.

Se especificó un modelo estructural con dos variables latentes endógenas, seis variables manifiestas exógenas y seis variables manifiestas endógenas. Como variables latentes se introdujeron los dos factores de segundo orden de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. El modelo de medida de la variable latente reacción de afecto negativo quedó formado por 4 variables: ira, depresión, aceptación y negación. El modelo de medida de la variable latente de actitud positiva ante la enfermedad quedó configurado por tres variables: fe y esperanza, pacto y negación (véase Figura 54).

La variable latente endógena de reacción afecto negativo fue predicha por las variables manifiestas exógenas alexitimia, apoyo familiar, estructura personal y efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer.

La variable latente endógena de actitud positiva ante la enfermedad fue predicha por las variables manifiestas exógenas de ingreso económico familiar, estructura personal y convicción en las creencias religiosas.

Se especificaron tres correlaciones entre las seis variables manifiestas exógenas: alexitimia con ingresos económicos familiares y apoyo familiar, así como apoyo familiar con estructura personal. Todos los residuos fueron independientes entre sí.

El valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia fue mayor que 10 (12.41), por lo que se usaron procedimientos de muestreo repetitivo para contrastar la significación de parámetros (método de percentiles libres de sesgo) y bondad de ajuste global (probabilidad de Bollen-Stine), extrayendo 2,000 muestras. Al estimar los parámetros el coeficiente de determinación de la convicción en las creencias religiosas sobre la actitud positiva ante la enfermedad no fue significativo por el método de percentiles libres de sesgo ($p = .12$). El tamaño del efecto directo de la convicción religiosa sobre la variable latente actitud positiva no fue significativo, como tampoco lo fueron los tamaños de efecto indirecto sobre los tres indicadores de dicha variable latente, por lo que se eliminó convicción en las creencias religiosas del modelo estructural. Debe señalarse que la bondad de ajuste de este primer modelo se mantuvo

tanto por la probabilidad de muestreo repetitivo de Bollen-Stine ($1,244/2,000 = .62$) como por la prueba chi-cuadrado desde la estimación de la función de discrepancia por máxima verosimilitud ($\chi^2[49, N = 120] = 55.80, p = .24$).

Calculados los parámetros, todos fueron significativos tanto por el procedimiento de percentiles libres de sesgo como por la estimación ML (véase Figura 54). La bondad de ajuste se mantuvo por la probabilidad de muestreo repetitivo de Bollen-Stine ($p = 1,008/2,000 = .50$). Los índices de ajuste variaron de buenos ($\chi^2[39, N = 120] = 48.50, p = .14, \chi^2/gl = 1.24, CFI = .96, FD = 0.41 [FD_{MI} = 2.48], PNCP = 0.08 [PNCP_{MI} = 2.02]$ y $RMSEA = .04$) a adecuados ($GFI = .94, AGFI = .89, NFI = .84$ y $RMS SR = .07$). El modelo tuvo parsimonia alta ($RP = .71$).

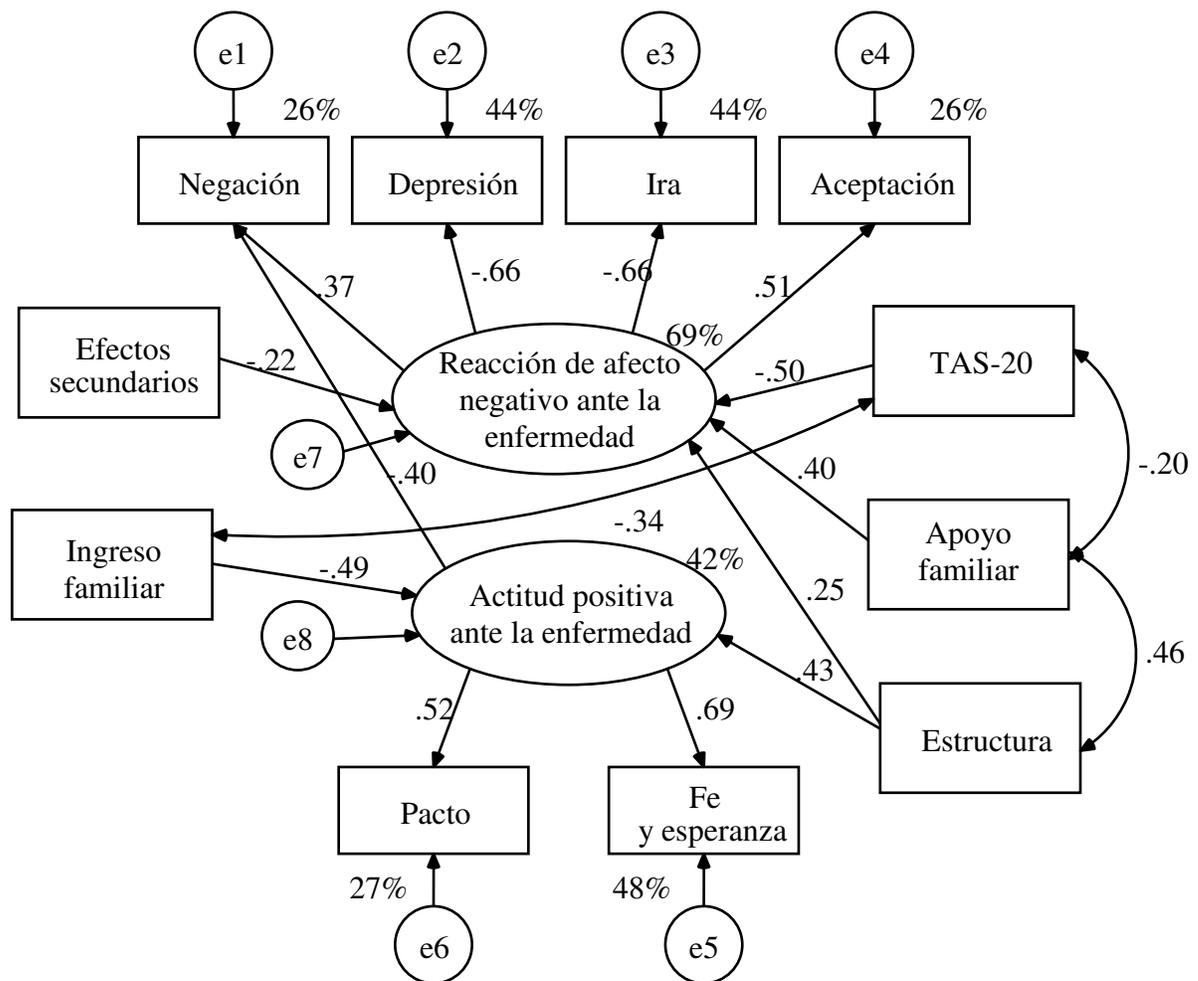


Figura 54. Modelo estandarizado estimado por Máxima Verosimilitud.

La variable latente endógena reacción de afecto negativo tuvo un efecto significativo, directo y grande sobre ira (-.66), depresión (-.66) y aceptación (.51), y mediano sobre negación (.37). Mayor puntuación en esta variable latente refleja menores respuestas de ira y depresión y mayores respuestas de aceptación y negación ante la pérdida de salud; por el contrario, menor puntuación refleja mayores respuestas de ira y depresión y menores respuestas de aceptación y negación (véase Figura 54).

La variable latente endógena actitud positiva ante la enfermedad tuvo un efecto significativo, directo y grande sobre fe y esperanza (.69) y pacto (.52) y mediano con negación (-.40). Mayor puntuación en esta variable latente refleja mayores respuestas de fe y esperanza y pacto, así como menor negación; menor puntuación refleja menores respuestas de fe y esperanza y pacto, así como mayor negación (véase Figura 54).

La variable manifiesta exógena apoyo familiar tuvo un efecto directo, significativo y mediano sobre la variable latente reacción de afecto negativo (.40); asimismo, tuvo un efecto indirecto, significativo y pequeño sobre ira (-.27), depresión (-.27), aceptación (.20) y negación (.15). Mayor apoyo familiar predice directamente menor reacción de afecto negativo, e indirectamente menores respuestas de ira y depresión, y mayores respuestas de aceptación y negación (véase Tabla 130).

La variable manifiesta exógena estructura tuvo un efecto significativo, directo y mediano sobre la variable latente actitud positiva ante la enfermedad (.43) y pequeño sobre la variable latente reacción de afecto negativo (.25); y tuvo un efecto significativo, indirecto y pequeño sobre las variables manifiesta fe y esperanza (.29), pacto (.22), ira (-.17), depresión (-.17) y aceptación (.13). El efecto indirecto sobre negación no fue significativo. Mayor estructura de personalidad predice directamente mayor actitud positiva ante la enfermedad y menor reacción de afecto negativo, e indirectamente mayor fe y esperanza, mayor pacto, menor ira, menor depresión y mayor aceptación (véase Tabla 130).

La variable manifiesta de la puntuación total de la escala de alexitimia TAS-20 tuvo un efecto directo, significativo y grande sobre la variable latente reacción de afecto negativo (-.50). Tuvo un efecto indirecto, significativo y mediano sobre ira (.33) y depresión (.33) y pequeño sobre aceptación (-.25) y negación (-.18). Mayor alexitimia

predice directamente mayor reacción negativa ante la enfermedad, e indirectamente mayor ira y depresión y menor aceptación y negación (véase Tabla 130).

La variable manifiesta de efectos secundarios del tratamiento para el cáncer tuvo un efecto directo, significativo y pequeño sobre la variable latente reacción de afecto negativo (-.22). Tuvo un efecto indirecto, significativo y pequeño sobre ira (.14), depresión (.14), aceptación (-.11) y negación (-.08). Más síntomas de efectos secundarios del tratamiento predicen directamente mayor reacción de afecto negativo, e indirectamente mayor ira y depresión y menor aceptación y negación (véase Tabla 130).

La variable manifiesta ingreso económico familiar al mes tuvo un efecto directo, significativo y mediano sobre la variable latente actitud positiva ante la enfermedad (-.49). Tuvo un efecto indirecto, significativo y mediano sobre fe y esperanza (-.34) y pequeño sobre pacto (-.26) y negación (.20). Mayor ingreso económico predice directamente una actitud menos positiva ante la enfermedad, e indirectamente menor fe y esperanza, menor pacto y más negación (véase Tabla 130).

La alexitimia correlacionó significativamente y con signo negativo con ingreso económico familiar y apoyo familiar, siendo el tamaño de efecto de la primera correlación mediano y pequeño el de la segunda. A mayor alexitimia, menor ingreso familiar y menor apoyo familiar, y viceversa. El apoyo familiar correlacionó significativamente y con signo positivo con estructura personal, siendo el tamaño de efecto mediano. A mayor apoyo familiar, mayor estructura personal y viceversa (véase Tabla 130).

Tabla 130
Tamaño del efecto y significación

Variable destino	Efecto	Variable de origen						
		Apoyo familiar	Estruc.	TAS20	Efectos secund.	Ingresos familiar	APE	RANE
APE	T		.43**					
	D		.43**					
	I							
RANE	T	.40**	.25*	-.50***	-.22*			
	D	.40**	.25*	-.50***	-.22*			
	I							
Pacto	T		.22***			-.26***	.52**	
	D						.52**	
	I		.22***			-.26***		

Fe y esperanza	T		.29**						
	D								.69**
	I		.29**						.69**
Aceptación	T	.20**	.13*	-.25***	-.11*				.51**
	D								.51**
	I	.20**	.13*	-.25***	-.11*				
Ira	T	-.27**	-.17*	.33***	.14*				-.67**
	D								-.67**
	I	-.27**	-.17*	.33***	.14*				
Depresión	T	-.27**	-.17*	.33***	.14*				-.66**
	D								-.66**
	I	-.27**	-.17*	.33***	.14*				
Negación	T	.15**	-.08ns	-.18**	-.08*	.20**	-.40**		.37**
	D						-.40**		.37**
	I	.15**	-.08ns	-.18**	-.08*	.20**			

ns = $p > .05$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. Efecto: T = total, D = directo, I = Indirecto. Tamaño del efecto: 0.1 a 0.29 pequeño, 0.30 a 0.49 mediano y ≥ 0.50 grande (Cohen, 1992). RANE = Reacción de afecto negativo ante la enfermedad, APE = Actitud positiva ante la enfermedad.

Se calculó la potencia del contraste de este último modelo estructural a partir del estadístico RMSEA. El nivel de significación se fijó en .05. Como hipótesis nula se tomó el valor medio del estadístico RMSEA del modelo especificado (.03) y como hipótesis alternativa el valor medio del estadístico RMSEA del modelo independiente (.18). Siendo los grados de libertad del modelo especificado 49 y el tamaño de la muestra de 120 participantes, la potencia fue unitaria ($\phi = 1$).

El cociente entre el tamaño de muestra y el número de parámetros (N:q) a estimar fue 120:29 aproximadamente 4:1, lo que quedó por debajo de un valor mínimo.

DISCUSIÓN

A continuación se interpretan y discuten los resultados encontrados en orden a los objetivos, considerando el marco teórico y estudios publicados. Finalmente se cierra este apartado hablando de las limitaciones y sugerencias del estudio.

Estudio 1

El primer objetivo de esta investigación era conocer el significado psicológico que tienen los pacientes con cáncer y los cuidadores primarios sobre las cinco fases del duelo propuestas por Kübler -Ross (1969) ante la pérdida de la salud, mediante la técnica de redes semánticas naturales.

El significado psicológico de la negación ante la enfermedad

El significado psicológico que se encontró ante la negación de la enfermedad en los pacientes y cuidadores primarios es similar al que propuso Kübler-Ross (1969), considerándolo como la imposibilidad de reconocer el hecho de que se padezca la enfermedad. Moyer y Levine (1998) destacaron la necesidad de distanciarse y evitar pensar y hablar de la enfermedad al estudiar el significado de la negación entre pacientes con cáncer. Precisamente estas definidoras también se encontraron en el presente estudio.

En la mayoría de los estudios la negación inicial cumple con una función amortiguadora y se considera como una defensa provisional para afrontar la situación (Greer, 1992a; Kübler-Ross, 1969; Secoli, Pezo, Rolim & Machado, 2005). Asimismo, varios investigadores señalan que la negación es una estrategia adaptativa para proteger a la persona de eventos, pensamientos, sentimientos o de información dolorosa o amenazante (Rabinowitz & Peirson, 2006; Vos & De Haes, 2007), permitiéndole un mayor tiempo para procesar la situación, lo cual disminuye la ansiedad (Kreitler, 1999).

No obstante, también se encontraron definidoras que hacen énfasis en una negación desadaptativa, la cual se manifiesta en el retraso de la búsqueda de tratamiento médico, en la falta de adherencia al tratamiento y en la ausencia de obtención de información sobre la enfermedad. Otros autores al describir esta fase también han hallado estos mismos contenidos (Greer, 1992a; Kreitler, 1999; Rabinowitz & Peirson,

2006). Debido a todo esto, muchos profesionales de la salud suelen considerar que el uso de la negación predice una mala evolución de la enfermedad (Morley, 1997).

El significado psicológico de la ira ante la enfermedad

Entre las definidoras obtenidas para la ira ante la enfermedad se encontraron reacciones emocionales de rabia, enojo, hostilidad y agresividad por haber perdido la salud. Se halló que la ira estaba dirigida hacia todos en general, hacia la familia, amigos y obstáculos que se encuentran. Kübler-Ross (1969) observó, de forma semejante, que la ira era dirigida contra la persona misma y su entorno tras una fase de negación.

Pérez, Acosta, Megías y Lupiáñez (2010) señalaron que existe una fuerte correlación positiva entre la ansiedad, la depresión y la ira. Para Sandín (2002) estas tres emociones negativas son especialmente dañinas para la salud, ya que incrementan la vulnerabilidad hacia la enfermedad, perturban el funcionamiento del sistema inmune, agravan el dolor e incrementan el riesgo de muerte.

El significado psicológico del pacto/negociación con la enfermedad

Como también refiere Kübler-Ross (1969), a la palabra-estímulo pacto/negociación se asoció el llegar a un acuerdo con Dios, allegados o ellos mismos, prometiendo alcanzar metas personales, para prolongar la vida y recuperación. Asimismo se encontró que los pacientes y cuidadores primarios intentan pensar positivamente, dirigiendo su mirada a la espiritualidad y buscando una alianza con un Ser Supremo.

En este sentido, el pacto/negociación está relacionado con la posibilidad de alcanzar metas, deseos, expectativas y objetivos orientados hacia el futuro, lo cual otorga a los pacientes y parientes una mayor motivación, fuerza y dirección. Los participantes señalan que el pacto proporciona un sentido a la vida y a la existencia, asimismo da más fuerza ante la adversidad, promoviendo una orientación positiva. Como indican algunos autores (De León & Cuetos, 2004; Llantá, Massip & Martínez, 2012) esta orientación se manifiesta a través de mayores expectativas de vida y calidad de vida, esperanza de ser curado del cáncer, mayor control de los síntomas, no tener recaídas, reinserción en la vida social y laboral, disfrutar de la vida y morir con dignidad, entre otros deseos.

El significado psicológico de la depresión ante la enfermedad

Coincidiendo con las características mencionadas por Kübler-Ross (1969) para la fase de depresión ante la enfermedad, se hallaron como definidoras la presencia de tristeza, pensamientos negativos, deseos de muerte, aislamiento social y una actitud de claudicación ante la enfermedad. En este estudio prevalecen los aspectos afectivos, cognitivos y sociales. González y Valdez (2005) señalan, en su estudio de redes semánticas del concepto de depresión, que los psicólogos asocian estas características con más frecuencia que los médicos. Estos últimos dan más énfasis a los aspectos biológicos, como cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora. Así los psicólogos están más próximos a la imagen de la depresión que tienen los pacientes y parientes que los médicos.

González y Valdez (2005) consideran que la falta de fe en salir adelante es uno de los principales síntomas de la depresión. Además señalan que la depresión comienza como una imposibilidad de enfrentar adecuadamente la situación adversa, la cual tiene como base los miedos básicos del ser humano: el miedo a la muerte y a quedarse solo, produciendo un estado de desesperación, que al no ser controlado genera un cierto grado de desesperanza, lo cual constituye el punto de partida hacia la depresión. Afín a esta propuesta se encontraron definidoras como la desesperación y la falta de fe con un peso semántico intermedio dentro del conjunto SAM.

El significado psicológico de la aceptación de la enfermedad

Entre las definidoras obtenidas para la aceptación de la enfermedad se encontró una actitud responsable de lucha y supervivencia, tal como lo menciona Kübler-Ross (1969); es decir, aceptar la enfermedad, pero sin que el paciente se siente a observar pasivamente la misma. En esta fase el hecho de saberse enfermo constituye lo necesario para alcanzar un estado de salud estable (Broche & Medina, 2011).

Kübler-Ross (1969) hacía énfasis en que aceptar la enfermedad no debía confundirse con la resignación; no obstante, entre las definidoras de aceptación se encontró el resignarse. Precisamente, otros autores definen el término *resignación* como una estrategia de afrontamiento emocional pasiva que implica la aceptación de la situación como algo inamovible (Rodríguez et al., 1992) o equiparan el término a

estoicismo, en el cual la máxima o norma a seguir es soportar heroicamente el sufrimiento (Sánchez & Dos-Santos, 2007). Ya sea por la pasividad o aguantar calladamente, el resignarse no permite vivir en paz o armonía con la enfermedad, por el contrario genera gran malestar emocional (Moral, Valdez & Alvarado, 2011).

Por su parte, Isla et al. (2008) señalan que es más realista hablar de *adaptación* a la enfermedad que de aceptación, puesto que los procesos de pérdida son constantes. Los pacientes consiguen adaptarse a la enfermedad y al tratamiento, aunque manifiestan que esta percepción de equilibrio es inestable y que cada complicación crónica genera nuevos procesos de duelo, manifestados por sentimientos de ira y tristeza.

El segundo y tercer objetivo consistió en redactar los reactivos de una escala con un formato tipo Likert para medir las cinco fases del duelo ante la pérdida de la salud considerando los resultados obtenidos del estudio 1 y las definiciones dadas por Kübler - Ross (1969) y someter los reactivos de la escala al juicio de 9 expertos. Con base en las sugerencias fijar el formato inicial de la escala.

Se redactó una escala conformada por 67 ítems y cinco dimensiones, a partir del núcleo central de la red (las 15 definidoras con mayor peso semántico) de cada fase del duelo, y de consideraciones teóricas. Una vez sometidos los 67 reactivos al juicio de los expertos, se optó por eliminar un ítem de la fase de negación. Así, la propuesta inicial de la escala quedó conformada por 66 ítems y cinco dimensiones (una para cada fase del proceso del duelo).

Estudio 2

El primer objetivo consistió en estudiar las propiedades psicométricas de consistencia interna y estructura factorial de un instrumento, aplicable a adolescentes (a partir de los 15 años) y adultos, creado para medir las cinco fases del proceso del duelo desde la teoría de Kübler-Ross (1969).

Se partió de la teoría de las fases del duelo de Kübler-Ross (1969), donde se distinguen cinco fases del duelo: negación, ira, negociación- pacto, depresión y aceptación. En el enfoque analítico por subescalas, se buscó la unidimensionalidad en

cada una de las fases del duelo para poder contrastar la secuencia de las mismas en el segundo objetivo del proyecto. Las fases de negación, depresión y aceptación cumplieron con la expectativa. No obstante, las fases de ira y negociación-pacto tuvieron una estructura bidimensional. Por una parte, la fase de ira se desdobló en ira hacia objetos específicos e ira generalizada. La fase de negociación-pacto se desdobló en pacto, y en fe y esperanza en la recuperación. Kübler-Ross (1969) menciona que la esperanza persiste a lo largo de todas las fases del duelo, y que su función es la de sostener a las personas en momentos de sufrimiento y de darle un sentido a la situación que se está viviendo. La fe y la esperanza han sido señaladas como esenciales en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes y familiares (Ferrellemail & Baird, 2012), así como facilitadores en el proceso del duelo (Damianakisab & Marzialib, 2012). Hsiao, Gau, Ingleton, Ryan y Shih (2011) hacen hincapié en que una de las principales necesidades espirituales en pacientes con cáncer es la necesidad de fomentar la esperanza de sobrevivir.

En el enfoque analítico por conjunto de ítems, se estudió la estructura factorial del conjunto de las subescalas, incluyendo los 43 ítems pertenecientes a las subescalas de negación, ira, pacto-negociación, fe y esperanza, depresión y aceptación. Se optó por eliminar los 3 ítems pertenecientes a la subescala de ira generalizada por considerar que no aportaba información adicional a la subescala de ira hacia objetos específicos.

Inicialmente se pretendía definir y confirmar un modelo de cinco factores correlacionados (un factor para cada una de las 5 fases del duelo). Sin embargo, el modelo de seis factores correlacionados con 38 ítems, incluyendo el factor de fe y esperanza, resultó con una clara reproducción tanto por análisis factorial exploratorio como confirmatorio y con mejores índices de bondad de ajuste.

A partir de los seis factores de primer orden correlacionados se definió, por análisis factorial exploratorio y confirmatorio, un modelo de dos factores de segundo orden independientes. Por una parte, se definió el factor de segundo orden reacción de afecto negativo ante la enfermedad por la suma de los ítems directos de depresión, ira y negación y los ítems inversos de aceptación (falta de aceptación). Este factor refleja una actitud negativa, pasiva o que huye del problema (negación y falta de aceptación), llena de afectos negativos (ira y depresión). Por otra parte, se definió el factor de segundo

orden de actitud positiva ante la enfermedad por la suma de los ítems directos de promesas/negociación y fe/esperanza. Este factor refleja un afrontamiento enfocado hacia la recuperación con apoyo en creencias religiosas. El modelo de dos factores independientes del presente estudio se asemeja al modelo de dos factores de emociones propuesto por Watson (2000): emociones positivas (alegría, optimismo, confianza) y emociones negativas (ansiedad, tristeza, ira), así como al modelo de dos estilos de afrontamiento (Folkman, 2011): activo, constructivo o centrado en el problema (reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, solución de problemas) y estilo pasivo, negativo o centrado en la emoción (evitación, autofocalización negativa, irritabilidad). Debe mencionarse que el afrontamiento basado en la religión dentro de los estudios realizados en México aparece en la dimensión de afrontamiento constructivo (González & Landero, 2007; Moral & Miaja, 2012), lo que es concordante con el factor de segundo orden de actitud positiva del presente estudio. A su vez, el modelo de dos factores independientes de la presente investigación muestra similitud con un modelo propuesto anteriormente para el afrontamiento de situaciones de pérdida de seres queridos (Stroebe & Schut, 1999), en el cual se distingue un factor de afrontamiento enfocado hacia la pérdida (lleno de emoción negativa al aferrarse a la persona perdida) y de afrontamiento enfocado hacia la recuperación o superación de la pérdida (con un afrontamiento más activo).

Los valores de consistencia interna de los seis factores de primer orden y los dos factores de segundo orden fueron altos, mayores que .70, pero menores que .90, lo que es propio de escalas multidimensionales, cuando valores iguales o mayores que .90 son propios de escalas unidimensionales (Cronbach & Shavelson, 2004).

La distribución de los seis factores de primer orden y el factor de segundo orden de actitud positiva ante la enfermedad no se ajustaron a una curva normal, e incluso el factor de reacción de afecto negativo se desvió de la normalidad al aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors, por lo que no se cumplió la expectativa. Los factores de negación, ira y depresión presentaron asimetría positiva; este sesgo hacia los valores de baja frecuencia es propio de las distribuciones de rasgos patológicos o con mucho estigma social, ante los cuales la mayoría de las personas reportan carecer del aspecto enfermo-desadaptativo o desvalorizado socialmente. Los factores de aceptación,

promesas/negociación, fe/esperanza, y actitud positiva ante la enfermedad mostraron asimetría negativa; este sesgo hacia los valores de alta frecuencia es propio de las distribuciones de características básicas de adaptación (que casi todos tienen) o rasgos socialmente muy deseados, ante los cuales la mayoría de las personas reportan poseer el aspecto sano-adaptativo y deseado socialmente (Sartori, 2006). La falta de normalidad indican que las respuestas psicológicas, en estas pacientes oncológicas con una media de más de año transcurrido desde el diagnóstico, se asemeja al de la población general, probablemente debido a que completaron con éxito el proceso de duelo.

El segundo objetivo fue contrastar la secuencia de las cinco fases del duelo propuesta por Kübler-Ross (1969) en personas con cáncer.

Para Kübler-Ross (1969), las cinco fases del duelo duraban diferentes períodos de tiempo y se reemplazaban unas a otras o en ocasiones coexistían. Desde este planteamiento las fases del duelo progresan de forma lineal (negación, ira, negociación-pacto, depresión y aceptación) y siguen un camino secuencial, pudiendo haber desviaciones en la secuencia en algunos casos individuales. Esta secuencia se da con independencia de las diferencias socio-demográficas del paciente (Payás, 2010).

En el presente estudio se contrastaron cuatro modelos utilizando las subescalas unidimensionales de negación, ira, negociación-pacto, depresión y aceptación.

Los dos primeros modelos especificaron la secuencia de las fases del duelo propuesta por Kübler-Ross (1969), en la cual el tiempo transcurrido desde el diagnóstico predice cada una de las fases, y cada fase precede y predice la siguiente: negación predice ira, ira predice promesas/negociación con un Ser Superior, promesas/negociación predice depresión y depresión predice aceptación. En ambos modelos, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico no tuvo ningún efecto sobre las fases de duelo y los índices de ajuste fueron malos; por lo tanto, se refutaron los modelos temporales de secuencia de cinco fases de duelo. Cabe señalar que Kübler-Ross, ya en 1969, señaló que las cinco fases no son estrictamente secuenciales, pueden fluctuar en su orden de sucesión y coexistir. Nunca formuló un mecanismo que determinase de forma

necesaria la secuencia (Kübler-Ross & Kessler, 2001). Su planteamiento fue descriptivo, sin implicar pasividad ante la pérdida y humanista (Haupt, 2005).

Holland y Neimeyer (2010) estudiaron si el tiempo transcurrido desde la pérdida predecía las cinco etapas del duelo. Al igual que en el presente estudio, Holland y Neimeyer encontraron que las etapas del duelo no se sucedían unas a otras con exactitud, y que el tiempo transcurrido desde la pérdida no predecía al duelo. Estos investigadores hallaron que el significado que se le daba a la pérdida es lo que se asociaba a las distintas etapas del duelo.

Se especificó un tercer modelo para las cinco fases del duelo, considerando una curva crecimiento (Stoolmiller, 1995). Este modelo no lineal presupone la existencia de un proceso acumulativo de superación del duelo hasta alcanzar un punto de equilibrio (máximo de crecimiento), iniciando con la etapa de negación (valor más bajo) y finalizando con la aceptación (valor más alto). Los resultados no reflejaron un efecto acumulativo creciente según una curva de crecimiento (con forma de una S inclinada y estirada en los extremos, reflejado por pendientes positivas y acumulativas de 0 a 1) entre las 5 fases hasta llegar a un valor asintótico, sino que mostraron un efecto ondulatorio de subidas y bajadas con crecimiento acumulado o de pendiente ascendente: negación (punto de partida o pendiente nula), ira (pendiente negativa), pacto (pendiente positiva), depresión (pendiente negativa) y aceptación (pendiente positiva con el doble del valor que la anterior positiva). Este modelo de crecimiento ondulatorio tuvo índices de ajuste adecuados a los datos. Debe señalarse que el modelo de crecimiento ondulatorio (partiendo de negación, con bajadas en ira y depresión y subidas en pacto y aceptación, alcanzando el punto máximo en la fase de aceptación) no sólo se ajusta mejor a los datos, sino que es más concordante con la propuesta de Kübler-Ross (1969), que el modelo de curva de crecimiento. Maciejewski et al. (2007), retomando las 5 etapas del duelo de Kübler-Ross, hallaron que la aceptación de la pérdida del cónyuge siguió una curva de crecimiento, mostrando las otras 4 respuestas (negación, ira, anhelo y depresión) un crecimiento en la secuencia de tiempo (24 meses) hasta un punto máximo de intensidad o expresión, previo al punto máximo de la expresión de la aceptación, a partir del cual descendieron (curvas parabólicas); de tal forma que, al alcanzar la aceptación su punto máximo (asintótico), las otras respuestas estaban en su

punto mínimo. La primera respuesta que alcanzó su punto máximo fue negación, la segunda fue anhelo, tercera fue ira y la cuarta fue depresión, lo cual es consistente con la teoría de Kübler-Ross (1969) y con el modelo de crecimiento ondulatorio con ajuste adecuado en el presente estudio. Ambos modelos no lineales indican que la aceptación llega al final tras la aparición y brusco descenso de las respuestas negativas.

Un cuarto modelo se fijó sin una secuencia predeterminada de las fases y sin incluir la variable tiempo. Este modelo tuvo mejores propiedades de estimación e índices de ajuste, que los tres modelos anteriores. Además este último modelo toma sentido teórico desde las críticas de Isla et al. (2008), Holland y Neimeyer (2010), Metzger (1979) y Wortman y Silver (2001), al señalar que no existe una secuencia fija de las fases del duelo.

Este modelo, con buen ajuste a los datos, indica que a mayor presencia de indicadores de negación, mayor presencia de indicadores de ira, pacto y depresión. A mayor presencia de ira, mayor sintomatología depresiva. A mayor pacto, mayor probabilidad de aceptar la enfermedad; por el contrario, a mayor sintomatología depresiva, menor probabilidad de aceptar la enfermedad. Conforme con otros estudios, la negación conduce a más depresión (Nam et al., 2008) e ira (Martin & Dahlen, 2005); a su vez, mayor ira se asocia con mayor depresión (Spielberger et al., 1988). Concordante con la teoría, la aceptación es favorecida por la negociación y dificultada por la depresión. Precisamente, Thompson et al. (2009) hallaron que a mayor dificultad para aceptar la pérdida había mayor depresión, desesperanza y ansiedad.

Contrario a la expectativa, la negación predijo mayor tendencia al pacto. El contenido de la escala de pacto se refiere a negociar o solicitar a un Ser supremo su ayuda para superar la enfermedad. La relación positiva entre negación y pacto se podría entender como un paso previo para alcanzar la aceptación, es decir, al pedir la ayuda a un Ser supremo se está dando un primer paso hacia la aceptación o no negación de la enfermedad. Otra interpretación podría ser que ambas reflejan un estilo de afrontamiento pasivo (Sandín & Chorot, 2003), en el cual la persona evita pensar en la enfermedad, la niega y deja todo en manos de Dios, confiando que se curará sola. Tomando en cuenta que el modelo secuencial trae mal ajuste a los datos y que el tiempo transcurrido desde

el diagnóstico es independiente de las respuestas de duelo, se considera que la segunda interpretación es más acertada.

Debido a que el modelo secuencial no se sostuvo por los datos, se optó por nombrar las fases de duelo como respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de salud. Por lo tanto, la escala anteriormente descrita de seis factores correlacionados de primer orden y dos factores independientes de segundo orden se le denominó Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS38).

El tercer objetivo fue calcular la consistencia interna del conjunto de ítems y factores de las escalas de alexitimia y resiliencia; en caso de problemas de consistencia interna explorar la estructura factorial y contrastar el modelo original y modelos alternativos.

Como se esperaba, se encontraron valores de consistencia interna altos ($\alpha \geq .70$) para el puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M) y los cinco factores que la componen: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura. En el estudio de Palomar y Gómez (2010), la consistencia interna de los 43 ítems fue alta ($\alpha = .93$), al igual que la de los factores, variando de .79 a .92 con media de .86. En el presente estudio, los valores de consistencia interna fueron ligeramente más altos que los de Palomar y Gómez (2010). La consistencia interna de los 43 ítems fue alta ($\alpha = .96$), al igual que la de los factores, variando de .82 a .96 con media de .90.

Debido a que la escala RESI-M ha sido desarrollada en México, en población general, y al contarse con un tamaño de muestra limitado para su validación, se asumió la estructura de 5 factores definida por los autores. No obstante, debe señalarse que unos valores de consistencia interna tan altos ($> .90$) suelen ser indicios de unidimensionalidad (Moral, 2006). Precisamente, en la presente muestra, al aplicar análisis de componentes principales a los 43 ítems, sólo un autovalor fue mayor que 1. Así, sería una escala unidimensional por el criterio de Kaiser. En futuros estudios se sugiere contrastar la multi o unidimensionalidad de la escala RESI-M.

En relación a la escala de Alexitimia de Toronto, se empleó la versión modificada de la escala (TAS-30) con todos los ítems directos, un rango de respuestas de 6 puntos por ítem y la inclusión de 10 ítems para evaluar pobreza de la fantasía. La consistencia interna de los 30 ítems se incrementó fuertemente al excluir los 10 ítems de fantasía, pasando de .85 a .95, lo cual sugirió que eran dos escalas distintas Otro argumento a favor de su separación es la correlación de .38 (14% de varianza compartida) entre el factor de fantasía y de alexitimia (dificultad para identificar los sentimientos, dificultad para expresar los sentimientos y pensamiento externamente orientado). Por lo tanto, se exploró de forma independiente la estructura factorial de los 20 primeros ítems de alexitimia, y los 10 últimos ítems de fantasía.

La estructura factorial exploratoria de los 20 primeros ítems (sin incluir fantasía), fue unidimensional por el criterio de Horn y tridimensional por el criterio de Kaiser. La estructura tridimensional fue propuesta, originariamente, por Bagby et al. (1994), y ha sido validada tanto en México (Moral, 2009), como en otros países (Taylor et al., 2003; Fernández et al., 2013). Sin embargo, en el presente estudio, la estructura de tres componentes no se reprodujo como en el modelo original (Bagby et al., 1994). Tras la rotación oblicua, el primer componente hizo referencia a dificultades para identificar y expresar emociones, y los contenidos de los dos últimos componentes hicieron referencia al pensamiento externamente orientado. Debido a estos resultados, se forzó la solución a dos componentes. El primer componente hizo referencia a dificultades para identificar y expresar emociones, y el segundo componente hizo referencia al pensamiento externamente orientado. Esta solución bidimensional previamente ha sido encontrada en otros estudios realizados en Suiza (Erni, Lotscher, & Modestin, 1997) y Francia (Loas, Otmani, Verrier, Fremaux, & Marchand, 1996; Loas, Parker, Otmani, Verrier, & Fremaux, 1997). Al contrastar por análisis factorial confirmatorio los tres modelos (unidimensional, bidimensional y tridimensional) para los 20 primeros ítems de alexitimia, se encontró que ninguno de los tres modelos tenían un buen ajuste a los datos y que la distinción entre los factores era artificiosa debido a las correlaciones muy altas entre los factores de los modelos bidimensional y tridimensional. Por lo tanto, se optó por utilizar el modelo unidimensional de 20 ítems, en base a estos resultados y al análisis paralelo de Horn.

Debe señalarse que la consistencia interna de los 20 ítems de la TAS-20 suele ser de .80 (Parker, Taylor, & Bagby, 2003), lo cual es propio de una escala multidimensional. En el presente estudio, la consistencia interna fue mayor que .90, lo cual es otro indicio claro de unidimensionalidad (Moral, 2006). La fuerte sugerencia de los presentes datos de unidimensionalidad para los 20 ítems de la escala TAS-20 pudo ser debida al hecho de que todos los ítems estaban redactados en un sentido directo al constructo, cuando en la escala original 5 de los 20 ítems están redactados en sentido inverso. Moral (2011), aplicando el mismo formato de la escala en adolescentes escolarizados, obtuvo una consistencia interna muy alta, mayor que .90 para el total de ítems. Por lo tanto, el tener todos los ítems redactados en sentido directo parece inducir unidimensionalidad en la escala.

La estructura factorial exploratoria de los 10 ítems de fantasía fue unidimensional por el criterio de Horn y bidimensional por el criterio de Kaiser. El primer componente hace referencia a tener una propensión a la fantasía y el segundo componente hace referencia a fantasías sexuales, románticas e interpersonales. Al contrastar por análisis factorial confirmatorio los dos modelos (unidimensional, y bidimensional) para los 10 ítems de fantasía, se encontró que el modelo bidimensional tuvo mejor ajuste a los datos que el modelo unidimensional. Además, el modelo bidimensional tuvo todos sus parámetros significativos y una correlación directa y moderada, lo que permitió discernir claramente entre el componente de propensión a la fantasía y el de fantasías sexuales, románticas e interpersonales.

Debido a estos resultados se empleó de forma independiente la puntuación total de la escala TAS-20 y los dos factores de fantasía. Tal como se esperaba, los valores de consistencia interna fueron altos para el puntaje total de la escala de alexitimia (TAS-20) y los dos factores de fantasía (propensión a la fantasía y fantasías sexuales, románticas e interpersonales).

El cuarto objetivo fue describir el nivel promedio de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, la resiliencia y alexitimia en personas con cáncer.

Los niveles promedios de las respuestas psicológicas de duelo que predominaron fueron fe y esperanza, y la aceptación de la enfermedad. En su estudio, Barragán y Almanza-Rodríguez (2013) hallaron que la fe y las plegarias, y la esperanza en la mejoría de la enfermedad fueron las estrategias de afrontamiento del dolor predominantes en una muestra de pacientes con cáncer. Maciejewski et al. (2007) también encontraron que la aceptación de la pérdida fue el componente más frecuentemente reportado por los deudos. La ira ante la enfermedad fue la respuesta psicológica menos reportada por las pacientes con cáncer de este estudio. Precisamente, Maciejewski et al. (2007) encontraron que la ira fue el componente menos reportado en los tres momentos del estudio: 6, 11 y 19 meses después de la muerte de su ser querido y que la depresión era más reportada que la ira en los tres momentos de aplicación.

El nivel promedio de la resiliencia fue muy alto en el puntaje total de la escala RESI-M, y en los cinco factores de la escala: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura personal. Al compararlo con otros estudios de pacientes oncológicos, se hallaron resultados similares (Kim & Yoo, 2010; Pentz, 2005; Strauss et al., 2007). González-Arratia et al. (2011) encontraron niveles altos de resiliencia en niños y adolescentes con cáncer, y niveles de moderados a altos en sus madres.

La media de la TAS-20 obtenida en el presente estudio coincide con la observada en población general mexicana (Moral, 2009; Ramos, 2014) y en pacientes con cáncer italianos (Messina et al., 2011), es mayor que en estudiantes de psicología mexicanos (Moral, 2008), pero menor que en mujeres mexicanas con fibromialgia (Moral, González, & Landero, 2011). En comparación con los estudios de España y Canadá la media del presente estudio fue mayor, tanto en muestras de población general (Gil & Portellano, 2005; Parker et al., 2003; Parker et al., 2005; Rueda & Pérez, 2007), como en muestras clínicas (Fernández-Jiménez et al., 2013; Gil & Portellano, 2005).

Es importante considerar las diferencias de formato entre los estudios realizados fuera de México que reportan una media más baja que la encontrada en el presente

estudio. Las opciones de respuesta en este estudio fueron 6 y no se tenía la opción de punto intermedio o de neutralidad. La media de alexitimia ubica a estas mujeres en el rango de población general adulta mexicana y de pacientes con cáncer italianos. Si se divide la media de la escala por su número de ítems se obtiene un valor de 2.09 que se ubica en el tercer intervalo [1.67, 2.49] que corresponde a una respuesta de 2 (algo en desacuerdo con la presencia de rasgos alexitímicos). Además se tiene que 21% de las participantes se hallan en los intervalos de puntuaciones altas [3.33, 5] frente a 41% en intervalos de puntuaciones bajas [0, 1.66] y 38% en intervalos de puntuaciones medias [1.67 a 3.32], es decir, la distribución tiene hacia las puntuaciones bajas o de no alexitimia. Coligiendo todos estos datos, se concluye que el nivel de alexitimia no es alto en esta población, sino equiparable a la de población general. Las diferencias con estudios en otros países (España y Canadá) deben atribuirse esencialmente al formato de respuesta.

El quinto objetivo fue estudiar la relación de las variables socio-demográficas, religión, experienciales y clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Variables socio-demográficas

Las relaciones de las variables sociodemográficas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud tuvieron un tamaño de efecto de mediano a pequeño.

Se encontró que la edad de las pacientes fue independiente de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. Este resultado es consonante con el estudio realizado por Zalewska et al. (2007), en donde la edad, y la duración de la enfermedad no tenían ningún efecto sobre la aceptación de la enfermedad. No obstante, estudios realizados en pacientes oncológicos han reportado que a edades más jóvenes se presenta mayor ira (Exline et al., 2011), mayor depresión (Burgess et al., 2005) y menor aceptación de la enfermedad (Thompson et al., 2009). A su vez, Vos y De Haes (2007) hallaron que los pacientes con cáncer de edad avanzada eran más propensos a negar la enfermedad.

Asimismo, se encontró que a menores ingresos económicos y menor escolaridad mayor negación, pacto, fe y esperanza, depresión, reacción de afecto negativo ante la enfermedad y actitud positiva ante la enfermedad. La mayoría de las participantes del estudio (83.3%) tenían entre 40 y 78 años de edad, y un nivel educativo de primaria terminada (24.2%), lo que corresponde con generaciones con un limitado acceso al sistema educativo. En este sentido, la clase social baja y el bajo nivel de escolaridad han sido factores de riesgo en la incidencia del cáncer y el avance progresivo de las neoplasias (Corral, Cueva, Yépez & Montes, 1996). Estas variables se relacionan directamente con desigualdades de salud e indirectamente con comportamientos preventivos para la salud (Martínez & Guevel, 2013). Adler y Snibbe, (2003) también mencionan la fuerte relación positiva entre el status socioeconómico y la salud. Sin embargo, señalan que, en las personas con un bajo status socioeconómico, los factores conductuales, cognitivos y afectivos que se desarrollan en respuesta a una situación adversa pueden aminorar el impacto del status socioeconómico en la salud. Diversos estudios han encontrado como los problemas económicos y una menor escolaridad repercuten en la calidad de vida de los pacientes debido a que son una limitante en el acceso a la atención médica, los tratamientos y la rapidez de acceso a los mismos, por lo que los problemas económicos y baja escolaridad se han relacionado con síntomas de ansiedad y depresión (Terol et al., 2000; Ornelas-Mejorada et al., 2011). No obstante, Mulens, Torres, Gutiérrez, García y Roperó (2000) hallaron que los pacientes con un nivel educativo universitario mostraban mayor negación ante el diagnóstico de cáncer.

En cuanto al estado civil y la reacción de afecto negativo hacia la enfermedad, se encontró que la media de las mujeres casadas fue significativamente menor que las medias de las pacientes separadas/divorciadas, viudas y solteras, siendo pequeño el tamaño de efecto del estado civil sobre la reacción de afecto negativo. En pacientes con cáncer de mama Bulotiene et al. (2008) hallaron que el estar casadas y el trabajar eran factores protectores contra la depresión.

Religión

En pacientes con cáncer el bienestar espiritualidad y la religión tienen un papel importante en el proceso de duelo, debido a que se ha demostrado que brindan una

mayor calidad de vida, sentido de paz y significado a la situación que están viviendo (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003). En la presente muestra, la espiritualidad y religión (creencias, convicción y práctica religiosa) tuvieron un tamaño del efecto de mediano a pequeño con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

La espiritualidad fue independiente de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. No obstante, los dos factores de segundo orden correlacionaron significativamente con la espiritualidad. A mayor reacción de afecto negativo ante la enfermedad menor espiritualidad, y a mayor actitud positiva ante la enfermedad mayor espiritualidad. Nelson, Rosenfeld, Breitbart y Galiotta (2002) hallaron que el bienestar espiritual tenía mucho mayor peso que las prácticas religiosas como factor protector de la depresión en pacientes terminales. Unos resultados similares fueron encontrados por McClain et al. (2003), en donde un menor bienestar espiritual favorecía un mayor deseo de apresurar la muerte, depresión, desesperanza e ideación suicida. Además, la espiritualidad contribuye a una mayor fe y esperanza en los pacientes con cáncer (Mickley, Soeken, & Belcher, 1992). Maliski, Connor, Williams y Litwin (2010) señalan que la fe dirigida hacia Dios ayuda a superar el miedo ante el diagnóstico del cáncer, y favorece el percibir la situación como un nuevo comienzo a través de la aceptación de la enfermedad.

Las prácticas religiosas se realizan con mayor frecuencia ante momentos de pérdida, ayudando a las personas a afrontar los momentos difíciles por lo que están pasando (Pargament & Brant, 1998). Diversos estudios han demostrado que las prácticas religiosas tienen un efecto beneficioso para la salud al aumentar el bienestar físico, mental y espiritual (Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2004; Yoffe, 2012). En el presente estudio, se halló que una mayor frecuencia de rituales y ceremonias religiosas se relacionaba con menor ira, depresión y reacción de afecto negativo ante la enfermedad. En este sentido, diversos autores han encontrado que las personas con una alta participación religiosa reportan menores síntomas depresivos (McCullough & Larson, 1999; Pérez, Sandino & Gómez, 2005). Además, en el presente estudio se encontró que a mayor frecuencia de rituales y ceremonias religiosas mayor negociación-pacto, fe y esperanza, aceptación y actitud positiva ante la enfermedad. Campos et al. (2004) remarcan la importancia de participar en actividades religiosas, como el rezo y

las plegarias, ya que tales actividades religiosas suelen reforzar la afectividad positiva y la satisfacción con uno mismo.

En cuanto a las creencias religiosas, se encontró que las medias de negociación-pacto, fe y esperanza, y la actitud positiva ante la enfermedad de las mujeres que no creen en ninguna religión fueron significativamente menores que las medias de las pacientes católicas, cristianas y que creen en otras religiones, siendo mediano el tamaño de efecto de las creencias religiosas sobre fe y esperanza, y pequeño sobre negociación-pacto y la actitud positiva ante la enfermedad. Por lo tanto, las pacientes que no creen en ninguna religión reportaron menor negociación-pacto, fe y esperanza, y el factor de segundo orden que incluye a ambas respuestas psicológicas de duelo, la actitud positiva ante la enfermedad. Las creencias religiosas pueden valorarse de manera positiva con creencias benevolentes, asociándose con la recuperación de la salud y el bienestar psicológico (Schreiber & Brockopp, 2012), o de manera negativa con creencias malevolentes (como la culpa y el castigo), asociándose con la disminución de la salud (Pargament et al., 2004).

Variables experienciales

En relación a las variables experienciales con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud se encontró que el tamaño del efecto fue de mediano a pequeño. En las pacientes con cáncer del presente estudio, se halló una relación positiva y significativa entre el sentido de vida y fe y esperanza, aceptación y actitud positiva ante la enfermedad; y una relación negativa y significativa entre sentido de vida y la reacción de afecto negativo ante la enfermedad. Feder et al. (2013) encontraron resultados similares, donde el sentido de vida se asoció con niveles más bajos de depresión y estrés postraumático, y niveles más altos de emociones positivas.

En un principio se esperaban correlaciones significativas del cambio en la forma de percibir la vida (que fue definido como una variable con 5 categorías ordinales de respuesta: de 1 “sí, mucho para mal” a 5 “sí mucho para bien”) con las respuestas psicológicas del duelo. Se esperaban correlaciones positivas con pacto, aceptación y fe y

esperanza, y negativas con negación, ira y depresión. Los signos de las correlaciones esperados se cumplieron, salvo en pacto; no obstante, ninguna correlación fue significativa. El cambio en la forma de ver la vida durante el transcurso de la enfermedad fue independiente de las seis respuestas psicológicas de duelo. La mayoría de las participantes percibieron cambio para bien (66%) en concordancia con el hecho de que la mayoría de las participantes mostraron aceptación de la enfermedad (86%). La falta de significación estadística no podría atribuirse a la asimetría negativa o sesgo hacia los valores más altos que presentó la distribución de la percepción del cambio, pues éste no fue extremo (efecto techo) y guardó concordancia con una mayor aceptación y bajo afecto negativo de las participantes. Probablemente se deba al sentido dado a la pregunta. Las participantes, al decir que hubo cambios en sus vidas para bien, no están haciendo referencia a que han aceptado la enfermedad y que no se encuentran irascibles, deprimidas o desesperanzadas, sino a que ha habido realmente cambios en ellas y su entorno, que valoran como positivos y que son independientes a la enfermedad o al menos al proceso de duelo de la enfermedad.

No se encontraron diferencias estadísticas de medias entre el tener o no pérdidas significativas anteriores al diagnóstico de cáncer. Tampoco se encontraron diferencias estadísticas de medias en la elaboración adecuada de las pérdidas significativas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. Estos resultados discrepan con lo encontrado en cuidadores primarios que habían perdido a su ser querido tras el cáncer, en donde el tener duelos anteriores no resueltos estaba vinculado a una pobre resolución del duelo o duelo complicado (Barreto, Yi, & Soler, 2008).

El apoyo social que el paciente recibe o percibe es una de las variables más estudiadas en psicología de la salud, debido a que es un amortiguador del estrés, facilita el afrontar positivamente la situación que se está viviendo, contribuye a la promoción de conductas saludables y tiene influencia en el ajuste a la enfermedad (Barra, 2004). En el presente estudio, se encontró que las pacientes que compartían su experiencia y emociones con otras pacientes con cáncer reportaron mayor negociación-pacto y mayor actitud positiva ante la enfermedad, en comparación con aquellas pacientes que no lo hicieron. En este sentido, diversos estudios en pacientes con enfermedades crónicas han encontrado que los pacientes con menor apoyo social reportan mayor negación de la

enfermedad y menor esperanza (Nam et al., 2008), mayor depresión (Burgess et al., 2005) y menor aceptación de la enfermedad (Nam et al., 2008; Thompson et al., 2009). Por lo tanto, el tener un confidente, mayor participación activa en el entorno social y mayor apoyo social favorece considerablemente las emociones positivas y es un factor protector en el proceso del duelo (Barreto, De la torre, & Pérez-Marín, 2012; Feder et al., 2013; Nam et al., 2008).

El apoyo psicológico, ya sea individual o grupal, ha demostrado su eficacia en reducir reacciones emocionales desadaptativas e incrementar las emociones adaptativas, promoviendo el sentido de control personal y una mayor calidad de vida, y facilitando el proceso de adaptación a las distintas fases de la enfermedad (Bellver, 2007; Páez, Luciano, & Gutiérrez, 2007). Sin embargo, en el presente estudio, no se encontraron diferencias de medias significativas entre recibir o no apoyo psicológico, y entre asistir o no a grupos de apoyo psicológico con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. Estos resultados se podrían deber a que las pacientes reportaron alta aceptación de la enfermedad y resiliencia. Otra posible interpretación es que las intervenciones psicológicas que reciben las pacientes carecen de una adecuada estructura u objetivos a trabajar. Debe señalarse que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue independiente de las etapas de duelo y que la mayoría de las participantes mostraban aceptación de su enfermedad y bajo afecto negativo. Anteriormente se mencionó la independencia de la percepción de cambios para bien en la vida de las pacientes con las respuestas de duelo. Se interpretó que los cambios a los que hacen referencia las pacientes son aspectos valorados como positivos, pero independientes de la enfermedad o del proceso de duelo ante la enfermedad. El hecho de que las intervenciones psicológicas, al igual que la percepción de cambio positivo en la vida, sean independientes del duelo podrían indicar que éste fue muy rápido y exitoso en la mayoría de las mujeres, no requiriendo un cambio de percepción en relación con sus vidas ni intervención psicológica. También debe mencionarse que las intervenciones psicológicas en los centros en los cuales se atendían las participantes estaban centradas en aspectos psicoeducativos y tenía escaso enfoque hacia aspectos emocionales y personales; de ahí que pueden ser de poca ayuda para el proceso de duelo ante la

enfermedad, incluso en los casos que este proceso no está siendo tan rápido y exitoso como en la mayoría.

Ante la pregunta, a raíz de la enfermedad ¿qué ha aprendido?, las pacientes del presente estudio reportaron siete dimensiones de aprendizaje: 1) revalorar la vida y las prioridades de la vida; 2) revalorar las relaciones interpersonales; 3) experimentar cambios personales, como revalorarse a sí mismas y sus cualidades; 4) experimentar un mayor sentido de lucha y tolerancia a la adversidad; 5) aprendieron a tener mayores cuidados físicos y 6) tuvieron un acercamiento con Dios. Unos resultados similares se han encontrado en estudios sobre crecimiento postraumático ante el duelo. Calhoun et al. (2010), y Tedeschi y Calhoun (2004) hallaron que las personas presentaban cambios positivos, como el apreciar el impacto de las relaciones interpersonales, apreciar sus propias fortalezas o cambios en uno mismo, y tener nuevas ideas espirituales o cambios en la espiritualidad y filosofía de la vida.

Además, al estudiar las diferencias de medias entre los grupos de crecimiento postraumático con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, no se encontraron diferencias significativas. No obstante, se esperaba que las dimensiones de crecimiento postraumático se asociaran con la aceptación de la enfermedad (Bussell & Naus, 2010; Costa & Gil, 2008).

Los modelos humanistas más recientes sobre el duelo señalan que la aceptación de la enfermedad no es la resolución final del mismo. El duelo realmente no termina hasta que se da un aprendizaje o transformación positiva del ser persona, es decir, un crecimiento personal a raíz del trauma de la enfermedad (Payás, 2010). Por este motivo, en futuros estudios, se recomienda utilizar el Inventario de Crecimiento postraumático (PTGI) de Tedeschi y Calhoun (1996), usando la adaptación española en pacientes oncológicos de Costa-Requena y Gil (2007). Otra opción sería desarrollar un instrumento que evalué el crecimiento postraumático para poblaciones clínicas, debido a que se han encontrado otras categorías de aprendizaje que describen cambios positivos relacionados a la salud, como son los comportamientos saludables (Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003), o tener mayores cuidados físicos (como se halló en el presente estudio).

La interpretación o valoración que la persona realice sobre su diagnóstico de cáncer conlleva a que reaccione emocionalmente de cierta manera, lo cual a su vez repercute en las estrategias de afrontamiento que utilice para sobrellevar la situación (Moorey & Greer, 1989). Así, para conocer la percepción que tenían las pacientes sobre el cáncer antes de ser diagnosticadas, se les realizó la siguiente pregunta: antes del diagnóstico, ¿qué significaba para usted el cáncer? En orden de porcentaje con mayor respuesta, las pacientes respondieron que el cáncer significaba: 1) muerte o conciencia de la finitud de la vida; 2) tenían una perspectiva negativa de la enfermedad; 3) enfermedad curable; 4) dolor emocional o sufrimiento; 5) desconocían la enfermedad; 6) consideraban que era una enfermedad que no les iba a dar a ellas, es decir, que era una enfermedad que iban a sufrir otros; y 7) era una prueba o desafío con actitud optimista. Asimismo, para conocer la percepción que tenían las pacientes sobre el cáncer en el momento de la aplicación psicológica, se les realizó la siguiente pregunta: actualmente, ¿qué significa para usted el cáncer? En orden de porcentaje con mayor respuesta, las pacientes respondieron que el cáncer significaba: 1) una enfermedad curable; 2) una prueba o desafío con actitud optimista; 3) tuvieron una perspectiva negativa de la enfermedad; 4) percibieron el cáncer como una oportunidad para aprender (crecimiento postraumático); 5) como dolor emocional y 6) como muerte o conciencia de la finitud de la vida. Por lo tanto, la mayoría de las categorías de respuesta sobre la percepción del cáncer en las pacientes fueron consistentes en ambos momentos; sin embargo, en el momento de la aplicación dominó una actitud positiva, con la inclusión de la categoría de percibir la enfermedad como una oportunidad para aprender.

Además, al estudiar las diferencias de medias entre las creencias sobre el cáncer, anteriores al diagnóstico y al momento de la aplicación psicológica con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, no se encontraron diferencias significativas. No obstante, se esperaba que las dimensiones de percibir la enfermedad como un reto potencialmente superable se asociaran con la aceptación de la enfermedad (Moorey & Greer, 1989).

El hallazgo de contenidos positivos antes y durante la enfermedad es concordante, con el alto porcentaje de aceptación de la enfermedad, bajo afecto negativo, pudiendo ser el motivo de que la mayoría de las participantes no requieran un

cambio en la percepción de sus vidas, ni de intervenciones psicológicas para lograr un proceso exitoso de duelo.

Variables clínicas

En relación a las variables clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud se encontró que el tamaño del efecto fue pequeño.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer fue independiente de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. Este resultado es consonante con Zalewska et al. (2007), quienes señalan que la duración y la gravedad de la enfermedad no tienen ningún efecto sobre la aceptación de la enfermedad. Sin embargo, Robles, Morales, Jiménez y Morales (2009) hallaron que un mayor tiempo de evolución de la enfermedad era un factor de riesgo de la depresión en pacientes con cáncer.

El percibir que los efectos secundarios de los medicamentos o tratamientos ocasionan más deterioro físico que la propia enfermedad correlacionó positivamente con la depresión y la reacción de afecto negativo ante la enfermedad. Asimismo, en otros estudios con pacientes con cáncer se ha encontrado que la presencia de síntomas y dolor físico son predictores de la depresión (Gil et al., 2008) e ira (Remor et al., 2006; Schlatter & Cameron, 2010). A su vez, Barreto et al. (2008) hallaron que los síntomas sin control durante todo el proceso de enfermedad del paciente con cáncer predecían el duelo complicado en los deudos de los pacientes.

El recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre la enfermedad, tratamiento, cuidados y el proceso de la enfermedad es un derecho que tienen todos los pacientes (Secretaría de Salud, 2014). En el presente estudio, se encontró que a mayor información (de la enfermedad, del tratamiento y del propio proceso de enfermedad) menores son las puntuaciones en los factores de pacto, depresión y reacción de afecto negativo ante la enfermedad; y mayores son las puntuaciones en el factor de aceptación de la enfermedad. Asimismo, Vinaccia, Quiceno y Remor (2012) encontraron que entre más conocimientos se tenga de la enfermedad y mayor comprensión de la misma se facilita el resistirla, afrontarla y aceptarla de una manera más adaptativa.

El percibir que el tratamiento está teniendo éxito correlacionó negativamente con la depresión y la reacción de afecto negativo ante la enfermedad. Griva, Davenport,

Harrison y Newman (2010) mencionan como las cogniciones de los pacientes con diálisis son determinantes en el estado de ánimo deprimido. Hallaron que la depresión se explicaba por la percepción del tratamiento médico como disruptiva, por las creencias que tenían sobre las consecuencias de la enfermedad y por el grado en que la enfermedad podría ser controlada.

Además se encontró que a mayor adherencia al tratamiento son menores las puntuaciones en los factores de ira y reacción de afecto negativo ante la enfermedad, y son mayores las puntuaciones en los factores de aceptación de la enfermedad y actitud positiva ante la enfermedad. Diversos estudios han señalado que altos niveles de aceptación de la enfermedad favorecen la adherencia al tratamiento médico (Greenhouse et al., 2000; Nam et al., 2008; Zalewska et al., 2007). Además, la fe funciona como un motivador para la participación activa de los pacientes frente a la adherencia al tratamiento (Maliski et al., 2010).

En cuanto a los tipos de tratamiento médico y la fe y esperanza y la actitud positiva ante la enfermedad, se encontró que la media de las pacientes que recibieron quimioterapia fue significativamente menor que la media de las pacientes que recibieron radioterapia, siendo pequeño el tamaño de efecto del tratamiento sobre fe y esperanza, y la actitud positiva ante la enfermedad. Esto podría deberse a la naturaleza del tratamiento. La quimioterapia, por mediación de las citoquinas proinflamatorias, tiene un efecto depresor sobre el sistema nervioso central, el cual no es tan marcado en la radioterapia (Illman et al., 2005). Este efecto depresor podría estar motivando las medias más bajas en fe y esperanza y la actitud positiva, aunque con un tamaño de efecto tan pequeño que finalmente no se refleja en la media del factor de depresión.

Se encontró que las pacientes con antecedentes familiares de cáncer reportaron mayor aceptación de la enfermedad en comparación con pacientes sin antecedentes de cáncer en la familia. En este sentido, Reich y Remor (2011) hallaron una asociación positiva entre el estilo de afrontamiento focalizado en el problema, incluyendo las estrategias de aceptación, reinterpretación positiva y apoyo social, con los antecedentes oncológicos familiares. Por su parte, Ruíz, Garde, Ascunce y Del Moral (1998) encontraron en mujeres con cáncer de mama que la depresión, la ansiedad y la calidad de vida eran independientes de los antecedentes familiares con cáncer.

El sexto objetivo fue estudiar la relación de la resiliencia y alexitimia con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Como se esperaba existe una asociación entre la resiliencia y la alexitimia con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. El tamaño del efecto fue de grande a pequeño, superando el tamaño del efecto con las variables socio-demográficas, de religión, experienciales y clínicas.

Los factores de negación, ira, depresión y reacción de afecto negativo de la enfermedad correlacionaron de manera negativa con la resiliencia; y los factores de fe y esperanza, aceptación y actitud positiva ante la enfermedad correlacionaron de manera positiva con la resiliencia. El factor de pacto resultó independiente de la resiliencia. Como se esperaba la correlación más fuerte aparece entre la resiliencia y la aceptación de la enfermedad (Bonanno et al., 2002). Coutu (2002) remarca que uno de los factores claves de la resiliencia es el aceptar la situación que se está viviendo. A su vez, Vinaccia, Quiceno y Remor (2012) hallaron que una mayor aceptación de sí mismo y de la vida favorece la comprensión de la enfermedad, y una mayor salud mental y emocional. Como se esperaba el factor de apoyo familiar obtuvo correlaciones fuertes con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. Cardoso, Ramos, Vaz, Rodríguez y Fernández (2012) mencionan que cuando se atraviesa por momentos de gran incertidumbre, el apoyo y la cohesión familiar aportan grandes beneficios a nivel físico y mental, como lo es una mejor recuperación.

Como se esperaba los factores de ira, depresión y reacción de afecto negativo ante la enfermedad correlacionaron positivamente con el puntaje total de la alexitimia (escala TAS-20) y los dos factores de fantasía (propensión a la fantasía y fantasías románticas, sexuales e interpersonales). Además, los factores de negación, pacto y actitud positiva ante la enfermedad correlacionaron positivamente con el puntaje total de la alexitimia y con el factor de propensión a la fantasía. Únicamente el factor de aceptación correlacionó negativamente con el puntaje total de la alexitimia. El factor de fe y esperanza en la recuperación resultó independiente de la alexitimia. Las correlaciones más fuertes aparecen entre la alexitimia, y la depresión y la reacción de afecto negativo de la enfermedad. Resultados similares ya habían sido evidenciados en

pacientes con diversas enfermedades crónicas, en donde la dificultad para identificar y expresar los sentimientos predice directamente la ira ante la enfermedad (Rueda, Pérez-García, Sanjuán & Rulz, 2006; Rueda & Pérez-García, 2007; Waldstein et al., 2002), un estado de ánimo depresivo (Rueda et al., 2006; Waldstein et al., 2002) y mayor vulnerabilidad psicológica (Rueda et al., 2006). Por lo tanto, la persona alexitímica, al no ser capaz de diferenciar y modular su estado emocional negativo, mantiene un nivel permanente de anhedonia y de malestar emocional (Lumley, 2004).

El séptimo objetivo fue determinar los factores de riesgo y protección que intervienen en cada una de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Como se esperaba la alexitimia y la resiliencia, y las variables sociodemográficas, religión, experienciales y clínicas intervinieron como factores de riesgo o protección ante las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. El tamaño del efecto del modelo predictivo sobre el criterio por el estadístico f^2 de Cohen fue grande para la reacción de afecto negativo ante la enfermedad, ira, depresión y la aceptación de la enfermedad; mediano para la reacción de actitud positiva ante la enfermedad, negación, y fe y esperanza; y pequeño para pacto-negociación ante la enfermedad.

Los porcentajes de varianza explicada fueron mayores en reacción de afecto negativo ante la enfermedad, depresión e ira, siendo explicados en gran medida por la alexitimia. La aceptación de la enfermedad y la fe y esperanza tuvieron menores porcentajes de varianza explicada, y estos dos factores fueron explicados en gran medida por la resiliencia y el sentido de vida.

La reacción de afecto negativo ante la enfermedad fue pronosticada por mayor alexitimia, menor apoyo familiar, menor estructura personal y mayores efectos secundarios, explicándose el 45% de la varianza del criterio.

La reacción de actitud positiva ante la enfermedad fue pronosticada por menores ingresos económicos familiares, mayor estructura personal y mayor convicción religiosa, explicándose el 23% de la varianza del criterio.

La negación ante la enfermedad fue pronosticada por mayor alexitimia y menores ingresos económicos familiares, explicándose el 16% de la varianza del criterio.

La ira ante la enfermedad fue pronosticada por menor apoyo familiar, mayor alexitimia y menor adherencia al tratamiento médico, explicándose el 31% de la varianza del criterio. La alexitimia también destacó como predictor de la ira ante la enfermedad en estudios clínicos realizados en pacientes con enfermedades cardiovasculares (Rueda, Pérez-García, Sanjuán y Rulz, 2006; Rueda y Pérez-García, 2007; Waldstein et al., 2002).

El pacto-negociación fue pronosticado por menores ingresos económicos familiares y mayor convicción religiosa, explicándose el 12% de la varianza del criterio.

La fe y esperanza fue pronosticada por menor escolaridad, mayor frecuencia de rituales religiosos, mayor resiliencia y mayor sentido de vida, explicándose el 24% de la varianza del criterio.

La depresión fue pronosticada por mayor alexitimia, mayores efectos secundarios de los tratamientos médicos, menor información (de la enfermedad, del tratamiento y del propio proceso de enfermedad) y menor frecuencia de rituales religiosos, explicándose el 34% de la varianza del criterio. La alexitimia también destaca como un factor de riesgo para la depresión en muestras clínicas por Rueda et al. (2006) y Waldstein et al. (2002) en pacientes con enfermedad cardiovascular. Además, el bienestar espiritual ha destacado como un factor protector de la depresión (Johnson et al., 2011). No obstante, en relación a las variables clínicas, Burgess et al. (2005) y Fernández et al. (2011) señalan que los factores de riesgo y protección de la depresión en pacientes oncológicos, están relacionados con el paciente en lugar de la enfermedad o tratamiento. Por su parte, Montoya et al. (2010) en pacientes de cuidados paliativos encontraron que aquellos que se encontraban completamente informados reportaban menor ansiedad percibida y sufrimiento; y que la percepción del paso del tiempo como muy lento estaba relacionada con mayor dolor.

La aceptación fue pronosticada por mayor resiliencia, mayor sentido de vida y mayor información (de la enfermedad, del tratamiento y del propio proceso de enfermedad), explicándose el 27% de la varianza del criterio. A su vez, la aceptación de

la enfermedad también estuvo relacionada con mayor resiliencia (Bonanno et al., 2002), y mayores conocimientos sobre la enfermedad (Artigas, 1999; Vinaccia et al., 2012).

El octavo objetivo fue generar un modelo que prediga las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud por medio de la resiliencia, alexitimia y las variables sociodemográficas, religión, experienciales y clínicas.

En el modelo estructural especificado, las seis respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud quedaron como indicadores de dos factores independientes entre sí: uno de actitud positiva (pacto-negociación y fe y esperanza) y otro de reacción de afecto negativo (ira y depresión, y con signos opuestos a las dos respuestas anteriores negación y aceptación). Esto se retoma desde la estructura factorial de la escala de 38 ítems.

Estos dos factores independientes de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud fueron predichos por dos factores de resiliencia (apoyo familiar y estructura personal), alexitimia (puntuación total de la escala TAS-20 al ser unidimensional), una variable socio-demográfica (ingreso económico familiar) y una variable clínica (efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer).

Estos cinco predictores de los dos factores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud fueron seleccionados desde modelos de regresión lineal calculados para ambos factores y cada una de las seis respuestas psicológicas. Estas variables tuvieron los tamaños de efecto mayores, por lo que entraron y quedaron como predictores significativos en los modelos de regresión.

En el modelo estructural especificado, no entró ninguna variable experiencial, siendo el sentido de vida la única variable vivencial con potencial de ser considerada en el modelo. Se desestimó porque no predijo ninguno de los factores. Aunque fue predictor de dos respuestas psicológicas (fe y esperanza y aceptación), éstas quedaban en distinto factor, disipando el efecto de la variable sentido de vida. Precisamente, al ser incluida en el modelo final, no tuvo peso significativo en ninguno de los dos factores, de ahí que quedó excluida. Tampoco entró ninguna variable de religión en el modelo estructural, siendo convicción religiosa y frecuencia de asistencia a los rituales religiosos las dos variables con potencial de entrar al quedar como predictores significativos en

cuatro modelos de regresión (de actitud positiva, pacto, fe y esperanza y depresión). Inicialmente se consideró la convicción en las creencias religiosas, al ser un predictor del factor de actitud positiva, pero finalmente no tuvo un peso significativo en el modelo estructural, por lo que se eliminó.

La alexitimia fue el predictor con mayor efecto sobre el afecto negativo ante la enfermedad, concordante con la expectativa (Luminet, Rime, Bagby, & Taylor, 2004; Taylor & Bagby, 2013), como también reportan Mantani et al (2007). En este sentido, diversos estudios han señalado la importancia de ofrecer la oportunidad al paciente de expresar sus sentimientos con respecto a la enfermedad y compartir con otras personas la carga emocional que están experimentando para lograr un proceso del duelo exitoso (Kreicbergs, Lannen, Onelov & Wolfe, 2007). En este sentido, Tizón (2004) menciona que el llorar en compañía, le da significado a las lágrimas y que conforme avanza el proceso del duelo, la tristeza va cambiando de significado. No obstante, Coifman, Bonanno, Ray y Gross (2007) hallaron que el expresar las emociones negativas cuando la persona se está recuperando de un acontecimiento adverso no facilita la capacidad de recuperación, sino que el desviar la atención de la experiencia aversiva (afrontamiento represivo) facilita la elaboración del duelo, por lo que cumple con una función protectora.

La alexitimia correlacionó con menor apoyo familiar y menor ingreso económico familiar en el modelo estructural especificado. La correlación negativa entre alexitimia y apoyo familiar confirma que las personas alexitímicas tienen dificultades para relacionarse con otras personas, incluyendo la familia, lo que afecta al apoyo familiar (Bratis et al., 2009). Asimismo, se confirma el resultado de otras investigaciones que reportan una asociación significativa y de signo negativo entre alexitimia y estatus socioeconómico (Kokkonen et al., 2001). En este estudio la asociación fue moderada. Las mujeres con menor ingreso económico familiar son más alexitímicas, mostrando una tendencia a menor identificación, verbalización y consideración del afecto en la comunicación social y toma consciente de decisiones que las mujeres con mayor ingreso económico familiar. Este hallazgo también es concordante con estudios cualitativos de comunicación y clase social en Latinoamérica (Crespo & Rojas, 2010).

Entre los factores de resiliencia, el apoyo familiar destacó como protector de menos afecto negativo ante la enfermedad. En este sentido Cardoso, Ramos, Vaz, Rodríguez y Fernández (2012) mencionan que cuando se atraviesa por momentos de gran incertidumbre, el apoyo y la cohesión familiar aportan grandes beneficios a nivel físico y mental, como lo es una mejor recuperación. Por lo tanto, este resultado confirma que más que el apoyo social, es el apoyo familiar el que aminora las emociones negativas y es un factor protector importante en el proceso del duelo (Barreto, De la Torre, & Pérez-Marín, 2012). También destacó la estructura. Las mujeres que logran mantener el orden en sus vidas tienen tanto una actitud más positiva como menos afecto negativo, lo que se ve favorecido por el apoyo de la familia y, al contrario que la alexitimia, favorece que la familia apoye a la mujer.

La variable de efectos secundarios destacó como predictor entre las variables clínicas de los tratamientos oncológicos, generando más depresión y afecto negativo ante la enfermedad. En otros estudios con pacientes con cáncer se encontró que el dolor físico y la presencia de síntomas eran predictores de mayores síntomas de depresión (Gil et al., 2008) e ira (Remor, Amorós, & Carroble, 2006; Schlatter & Cameron, 2010). Barreto, Yi y Soler (2008) hallaron que los síntomas sin control durante todo el proceso de la enfermedad del paciente con cáncer predecían el duelo complicado en los deudos del paciente. No obstante, en este estudio, no es la percepción del efecto curativo, sino los síntomas secundarios lo que afecta al duelo, probablemente porque estos son más salientes y limitantes en la vida de estas mujeres en tratamiento oncológico.

Entre las variables sociodemográficas claramente destacó el ingreso económico con efecto mayor que el esperado. Tuvo un efecto moderado sobre actitud positiva ante la enfermedad en el modelo estructural y fue predictor de negación y promesas/negociación. Esto puede atribuirse a las desigualdades de salud en México (Aguilera, Marrufo, & Montesinos, 2005). Las mujeres con menor ingreso económico familiar, usualmente con trabajos sin contrato, se enfrentan a una asistencia sanitaria llena de insuficiencias y demoras. Así, parecen buscar refugio en la fe religiosa para compensar la adversidad derivada de los obstáculos para acceder a los procesos diagnósticos, mantener el tratamiento y solventar las cargas económicas que conllevan la atención clínica y su incapacidad para trabajar.

LIMITACIONES

Estudio 1

Como limitaciones del estudio debe señalarse que se trabajó con una muestra reducida intencional. No obstante, la técnica asociativa empleada, al no poner límite de número a las palabras definidoras emitidas, facilita obtener la saturación de contenidos con pocos casos (Valdez, 2005). Además la variedad de familiares participantes fue amplia, entre los cuales había hijos, hermanas, una cuñada y un padre. Aunque en este primer estudio se reporta la exploración del campo semántico por medio de una sólo técnica cualitativa, debe mencionarse que también se obtuvieron datos desde un cuestionario de preguntas abiertas. Debido a la convergencia de resultados y la extensión que requería exponer todo el material obtenido, se redujo el reporte a la técnica más estructurada y, por ende, que facilita el mismo.

Estudio 2

Como limitaciones del estudio debe mencionarse que el diseño fue no experimental transversal, de ahí que no se pueden hacer inferencias de causalidad y sólo se habla de correlatos y predictores.

También este estudio tiene como limitación el carecer de una muestra poblacional, habiéndose realizado en una muestra incidental de mujeres con cáncer bajo tratamiento médico, por lo que los resultados deben manejarse como hipótesis para futuras investigaciones en esta población y otras afines. Todos los datos son de autorreporte, por lo que pueden diferir de otros procedentes de entrevistas, observaciones, pruebas proyectivas o tiempos de reacción.

Inicialmente se pretendía obtener una muestra de al menos 200 participantes, la mitad mujeres y la mitad hombres. Sin embargo, resultó imposible obtener una muestra de 100 hombres, debido a que en los centros en los cuales se aplicaron los cuestionarios y en los cuales se contaba con permiso de las autoridades, acudían mayoritariamente mujeres. Se sugiere que en futuros estudios se obtenga una muestra equivalente de sexos, para poder contrastar la estructura factorial de la escala de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Otra de las limitaciones fue que para contrastar el modelo original de Kübler-Ross (1969) los pacientes debían encontrarse próximos a la muerte (enfermos terminales), y que más que la aceptación de la enfermedad, la fase que la autora halló fue la aceptación del final de la vida (la propia muerte). En el presente estudio, se planteó comprobar el modelo de las fases de duelo de Kübler-Ross siendo la pérdida de la salud el objeto de estudio, y no la pérdida de la vida misma.

El tamaño de muestra superó un mínimo de 100 participantes recomendado para análisis factorial por Gorsuch (1983); no obstante, fue limitado (120 casos). La razón de número de casos por número de ítems fue mayor que 5:1 en los análisis factoriales de cada una de las 5 etapas de duelo, de los 20 ítems de alexitimia y de los 10 ítems de fantasía, superando la razón mínima recomendada (Gorsuch, 1983; Osborn & Costello, 2004). Al extraer los factores del total de ítems de respuestas psicológicas al duelo, la razón de número de casos por número de ítems fue menor que 5:1, siendo el análisis en el cual se pone más en evidencia la limitación del tamaño de muestra.

A pesar de tamaño de muestra limitado, se alcanzó una potencia unitaria o casi unitaria, desde el estadístico RMSEA (Preacher, Cai, & MacCallum, 2007), en los contrastes de análisis factorial confirmatorio, de análisis de senderos y de modelos de regresión estructurales. Desde el criterio de Bollen de la razón entre el tamaño de la muestra y los parámetros a estimar (N:q) para modelamiento de ecuaciones estructurales, se alcanzó el valor mínimo de 5:1 (Bollen, 1989; Jakson, 2003) o se sobrepasó éste en los contrastes de los modelos de uno o dos factores para cada etapa de duelo, en el modelo jerarquizado para los 6 factores de la escala RPDPS-38, en el modelo de dos factores para los ítems de fantasía y en los modelos de análisis de senderos. En el modelo factorial para los 38 ítems de respuestas psicológicas al duelo y en el modelo de regresión estructural, éste cociente sí fue menor a 5:1. Por lo tanto, en la mayoría de los contrastes el tamaño no debe considerarse insuficiente y en ningún caso que limita la potencia. Debe considerarse que el tamaño del efecto o los pesos factoriales fueron altos, lo que disminuye el efecto de la limitación de la muestra en la estimación de parámetros y contraste del ajuste (MacCallum, Widaman, Preacher & Hong, 2001).

Con base en el coeficiente de curtosis multivariada de Mardia no se cumplió el supuesto de normalidad multivariada en ningún modelo; no obstante, su valor fue menor

que 70 en la mayoría de los casos, lo que constituye una desviación tolerable para una adecuada estimación de parámetros en modelos factoriales sencillos (Rodríguez & Ruiz, 2008). Para superar este problema se acudió a los procedimientos de muestreo repetitivo (Kline, 2010; Nevitt & Hancock, 2001). Para estimar la significación de parámetros se usó el método de percentiles libres de sesgo y para contrastar la bondad de ajuste global se usó la prueba de Bollen-Stine. Además, se empleó el método de máxima verosimilitud (ML) que es más robusto que el de mínimos cuadrados generalizados (GLS) y el de mínimos cuadrados ponderados (WLS) o de estimador asintóticamente libre de distribución (ADF), en situaciones de incumplimiento de normalidad multivariada y con muestras de tamaño limitado (Olsson, Foss, Troye, & Howell, 2000). Habría otras opciones como máxima verosimilitud robusta o con la corrección de Satorra-Bentler, pero no son opciones disponibles en el programa estadístico empleado para el cálculo de modelamiento de ecuaciones estructurales (Kline, 2010).

CONCLUSIONES

Estudio 1

Los significados psicológicos de las cinco fases del duelo son afines a los propuestos por Kübler-Ross (1969). No obstante, hay ciertos aspectos diferenciales como el hecho de que algunos pacientes y parientes ven la negación como desadaptativa cuando Kübler-Ross (1969) indica que es una defensa necesaria para la adaptación a la enfermedad; o que la fase final para algunos pacientes y parientes consiste en una resignación estoica en lugar de la actitud de lucha activa que propone Kübler-Ross (1969). Derivada de estos contenidos junto con consideraciones teóricas y sugerencias de expertos, se desarrolla la Escala de las Fases del Duelo conformada por 66 ítems para las cinco dimensiones conceptuales. Los 66 ítems están redactados de manera directa; es decir que a mayor puntuación, mayor es la frecuencia en la que experimentan cada una de las fases del duelo ante la enfermedad. Se propone que el rango de respuesta sea de cinco puntos (de 1 = *nunca* a 5 = *siempre*). Por lo tanto, para las fases de negación y aceptación de la enfermedad (con 15 ítems cada una de las fases), la puntuación variará de 15 a 75 puntos, y para las fases de ira, pacto y depresión ante la enfermedad (con 12 ítems cada una de las fases), la puntuación variará de 12 a 60 puntos.

Estudio 2

Escala RPD-PDS38

En el segundo estudio, partiendo de 66 ítems redactados para las cinco etapas del duelo, en primer lugar, se realizó la selección final de los ítems con base en sus propiedades psicométricas de consistencia interna y peso factorial. Tras esta selección, la escala de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud quedó reducida a 38 ítems (RPD-PDS38).

La escala RPD-PDS38 presentó una estructura de seis factores de primer orden correlacionados (negación, ira, pacto-negociación, fe y esperanza, depresión y aceptación), y dos factores de segundo orden independientes (reacción de afecto negativo ante la enfermedad y actitud positiva ante la enfermedad). El modelo de seis factores correlacionados tuvo un ajuste a los datos de adecuado a malo. Se sostiene

claramente por el análisis paralelo de Horn, los valores de consistencia interna e interpretación de los factores rotados. El modelo de dos factores independientes de segundo orden mostró un ajuste de bueno a adecuado. Debe señalarse que el ajuste a los datos está matemáticamente planteado como una reproducción exacta (con residuos mínimos) de la matriz de varianzas-covarianzas de los datos observados. Con las puntuaciones factoriales se calcula la matriz de varianzas-covarianzas reproducida y al hacer la diferencia entre estas dos matrices se obtienen los residuos que deberían ser nulos en caso de buen ajuste. En la medida que es mayor el número de ítems, se hace muy difícil o no realista lograr residuos muy pequeños y por consiguiente obtener buenos índices de ajuste. Así, el modelo de 6 factores con los 38 ítems tiene problema de ajuste, esto es, reproducción exacta de las varianzas-covarianzas originales, pero no así el modelo de 2 factores con 6 indicadores (puntuaciones de los factores de primer orden). Considerando la dificultad de obtener buen ajuste con 38 ítems, se otorga más importancia al ajuste del modelo factorial de segundo orden, en el cual el ajuste es de bueno a adecuado.

Conforme con la expectativa, los valores de consistencia interna para los seis factores de primer orden y los dos factores de segundo orden fueron altos. La distribución de los seis factores de primer y el factor de segundo orden de actitud positiva ante la enfermedad no se ajustaron a una curva normal, sólo el factor de segundo orden reacción de afecto negativo ante la enfermedad se ajustó a una curva normal. Los factores de primer orden deben ser baremados por medio de puntuaciones de percentil, incluso también con los factores de segundo orden, ya que al usar la corrección de Lilliefors en la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov aplicada a la distribución del factor de segundo orden de reacción de afecto negativo también se rechaza la hipótesis nula de normalidad. Quizá en las primeras semanas tras el diagnóstico sí podría confirmarse la expectativa de normalidad, pero no en pacientes que llevan meses o más de un año viviendo con la enfermedad.

Por lo tanto, la escala de las Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38) quedó conformada por 38 ítems, seis factores de primer orden y dos factores de segundo orden. Los 38 ítems están redactados de manera directa; es decir que a mayor puntuación, mayor es la frecuencia en la que experimentan cada una las

respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. Se utiliza un rango de respuesta de cinco puntos (de 1 = nunca a 5 = siempre). El factor de *negación* quedó conformado por 7 ítems (ítems: 1, 7, 13, 19, 25, 29 y 33). El factor de *ira* quedó conformado por 6 ítems (ítems: 2, 8, 14, 20, 26 y 30). El factor de *pacto* quedó conformado por 7 ítems (ítems: 3, 9, 15, 21, 27, 31 y 35). El factor de *fe y esperanza* quedó conformado por 4 ítems (ítems: 4, 10, 16 y 22). El factor de *depresión* quedó conformado por 4 ítems (ítems: 5, 11, 17 y 23). El factor de *aceptación* quedó conformado por 10 ítems (ítems: 6, 12, 18, 24, 28, 32, 34, 36, 37 y 38) En el anexo puede verse la correspondencia entre los ítems de RPD-PDS-38 y la propuesta de la escala con los 66 ítems originales (véase Anexo 8).

Secuencia de las cinco fases del duelo propuesta por Kübler-Ross (1969) en personas con cáncer

Únicamente en este objetivo, al contrastar la secuencia de las fases del duelo, se utilizaron los 39 ítems que conforman las subescalas unidimensionales de negación con 8 ítems, ira con 6 ítems, negociación-pacto con 7 ítems, depresión con 8 ítems y aceptación con 10 ítems. Se halló que el modelo sin una secuencia predeterminada de las fases tuvo mejores propiedades de estimación e índices de ajuste, que los otros tres modelos contrastados. El modelo mostró que la negación predice mayor ira, mayor pacto y mayor depresión. La ira predice mayor depresión. El pacto predice mayor aceptación; y la depresión predice menor aceptación.

Consistencia interna y estructura factorial de las escalas de alexitimia y resiliencia

Se utilizaron los cinco factores definidos por Palomar y Gómez (2010), al obtenerse valores de consistencia interna altos tanto en el puntaje total de la escala de resiliencia (RESI-M) como en los cinco factores que la componen: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura.

En la escala de Alexitimia de Toronto, la consistencia interna de los 30 ítems incrementó fuertemente al excluir los 10 ítems de fantasía, lo cual sugirió que eran dos escalas distintas. Por lo tanto, se exploró de forma independiente la estructura factorial de los 20 primeros ítems de alexitimia, y los 10 últimos ítems de fantasía. La estructura

factorial exploratoria y confirmatoria de los 20 primeros ítems de alexitimia (sin incluir fantasía), fue unidimensional, y la estructura factorial exploratoria y confirmatoria de los 10 ítems de fantasía fue bidimensional, el primer componente de fantasía hace referencia a la propensión a fantasear y el segundo a tener fantasías sexuales, románticas e interpersonales. Debido a estos resultados se empleó de forma independiente la puntuación total de la escala TAS-20 (unidimensional en este estudio) y los dos factores de fantasía. Los valores de consistencia interna fueron altos para los 20 ítems que integran el puntaje total de la escala de alexitimia (TAS-20) y para los ítems que integran cada uno de los dos factores de fantasía.

Nivel promedio de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud, la resiliencia y alexitimia en las pacientes con cáncer

Conforme con la expectativa, los niveles promedios de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud que predominaron en estas pacientes con cáncer fueron fe y esperanza y aceptación de la enfermedad. Las respuestas psicológicas menos frecuentes fueron ira, depresión y negación. Intermedia quedó promesas/negociación con un Ser Supremo.

El nivel promedio de la resiliencia fue muy alto en el puntaje total de la escala RESI-M, y en los cinco factores de la escala: fortaleza y confianza en sí mismo, competencia social, apoyo familiar, apoyo social y estructura personal.

El nivel promedio de la alexitimia y los dos componentes de fantasía fueron bajos. No obstante, la media de alexitimia reportada por las pacientes fue significativamente mayor en comparación con otros estudios de España y Canadá; lo que podría deberse al formato de respuesta de 6 puntos aplicado. Los resultados muestran que las pacientes con cáncer reportan un bajo nivel de alexitimia y fantasía, lo que es equivalente con población general mexicana, y pacientes con cáncer italianos.

Relación de las variables socio-demográficas, religión, experienciales y clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Se encontró relación de las variables socio-demográficas, religión, experienciales y clínicas con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud (escala

RPD-PS-38). No obstante, el tamaño del efecto de las variables clínicas fue pequeño, en comparación con las variables socio-demográficas, religión y experienciales donde el tamaño del efecto fue de mediano a pequeño.

De las cuatro variables socio-demográficas, sólo tres se asociaron con las respuestas psicológicas de duelo (escolaridad, ingresos económicos familiares y estado civil); la edad resultó independiente.

Todas las variables de religión (creencias, convicción y práctica religiosa) y espiritualidad se asociaron con las respuestas psicológicas de duelo.

De las nueve variables experienciales sólo dos (sentido de vida, y compartir su experiencia y emociones con otras pacientes con cáncer) mostraron asociación con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. El cambio en la forma de percibir la vida, las pérdidas significativas anteriores al diagnóstico de cáncer, la elaboración adecuada de las pérdidas significativas, el apoyo psicológico (grupal e individual), el crecimiento postraumático y las creencias sobre el cáncer anteriores al diagnóstico y durante la fase de tratamiento médico resultaron independientes de las respuestas psicológicas de duelo.

De las siete variables clínicas, sólo el tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue independiente de las respuestas psicológicas del duelo. Las seis variables restantes, el percibir que los efectos secundarios de los medicamentos o tratamientos ocasionan más deterioro físico que la propia enfermedad, tener información (de la enfermedad, del tratamiento y del propio proceso de enfermedad), el percibir que el tratamiento está teniendo éxito, la adherencia al tratamiento, los tipos de tratamiento médico que las pacientes están llevando y los antecedentes familiares de cáncer, sí se asociaron con las respuestas psicológicas de duelo.

Relación de la resiliencia y alexitimia con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

Como se esperaba, los tamaños del efecto de la alexitimia y resiliencia sobre las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud fueron mayores que los tamaños del efecto de las variables socio-demográficas, de religión, experienciales y

clínicas, debido a la relación más directa de la alexitimia y resiliencia con las respuestas psicológicas de duelo.

El puntaje total de la escala de resiliencia y los cinco factores que la componen correlacionaron significativamente con todas las respuestas psicológicas de duelo, salvo con el factor de pacto que resultó independiente. Las correlaciones más fuertes se encontraron entre la aceptación de la enfermedad con el puntaje total de resiliencia y la fortaleza y confianza en uno mismo.

El puntaje total de alexitimia y los dos factores de fantasía correlacionaron significativamente con todas las respuestas psicológicas de duelo, salvo con el factor de fe y esperanza que resultó independiente. Las correlaciones más fuertes se encontraron entre el puntaje total de alexitimia con la depresión y la reacción de afecto negativo.

Factores de riesgo y protección que intervienen en cada una de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

Como se esperaba las variables sociodemográficas, religión, experienciales, clínicas, alexitimia y resiliencia intervinieron como factores de riesgo o protección ante las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

Los tamaños del efecto de las variables predictivas sobre la reacción de afecto negativo ante la enfermedad, ira, depresión y la aceptación de la enfermedad fueron grandes. A continuación se señalan cuales fueron estas relaciones con tamaños del efecto grandes:

- Las pacientes con mayores efectos secundarios provocados por los tratamientos médicos, que cuentan con menor apoyo familiar, que tienen una vida menos estructurada u organizada en momentos difíciles y que tienen dificultades para expresar e identificar sus sentimientos reportan mayor reacción negativa ante la enfermedad, caracterizada por mayor ira y depresión y menor negación y aceptación de la enfermedad.
- Las pacientes que se adhieren menos al tratamiento médico, que cuentan con menor apoyo social y que tienen más dificultades para expresar e identificar sus sentimientos reportan mayor ira ante la enfermedad.

- Las pacientes que acuden con menor frecuencia a las ceremonias religiosas, que sufren de mayores efectos secundarios provocados por los tratamientos médicos, que tienen menor información sobre la enfermedad y que tienen más dificultades para expresar e identificar sus sentimientos reportan mayor depresión ante la enfermedad.
- Las pacientes que perciben que la situación de enfermedad le dio mayor sentido a su vida, que tienen mayor información sobre la enfermedad y mayor resiliencia reportaron mayor aceptación de la enfermedad.

Los tamaños del efecto de las variables predictivas fueron medianos para la actitud positiva ante la enfermedad, negación, y fe y esperanza. A continuación se señalan cuales fueron estas relaciones con tamaños de efecto medianos:

- Las pacientes que cuentan con menores ingresos económicos familiares, que tienen mayor convicción religiosa y que tienen una vida más estructurada u organizada aún en momentos difíciles reportaron una mayor actitud positiva ante la enfermedad.
- Las pacientes que cuentan con menores ingresos económicos familiares y que tienen más dificultades para identificar y expresar sus sentimientos reportaron mayor negación ante la enfermedad.
- Las pacientes con un menor nivel educativo, que acuden con mayor frecuencia a ceremonias religiosas, que perciben que la situación de enfermedad le dio mayor sentido a su vida y con mayor resiliencia reportaron mayor fe y esperanza en la recuperación.

El tamaño del efecto de las variables predictivas fue pequeño para pacto-negociación ante la enfermedad. Las pacientes que cuentan con menores ingresos económicos familiares y que tienen mayor convicción religiosa reportaron mayor negociación-pacto con un Ser superior ante la situación de enfermedad.

Modelo predictivo de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud

El modelo integral mostró que las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud son pronosticadas por aspectos sociodemográficos (ingresos

económicos), clínicos (efectos secundarios de los tratamientos médicos), y por la alexitimia, el apoyo familiar y la estructura personal. A pesar de las relaciones significativas y poder predictivo de las variables religiosas y experienciales con las respuestas psicológicas de duelo, éstas carecieron de poder predictivo en el modelo integral.

En el modelo integrador, menor reacción de afecto negativo ante la enfermedad, caracterizado por menores reacciones de ira y depresión y mayor aceptación y negación, fue predicho por menor alexitimia, mayor apoyo familiar, mayor estructura y menores efectos secundarios del tratamiento. La actitud positiva ante la enfermedad caracterizada por mayores promesas/negociación con un Ser Supremo y mayor fe/esperanza en la recuperación fue predicha por mayor estructura y menor ingreso económico familiar. La alexitimia tuvo el mayor peso significativo al predecir bajo afecto negativo y se asoció a menor apoyo familiar y menor ingreso económico familiar; le siguió el menor apoyo familiar que se asoció, a su vez, a menor estructura en la vida de la paciente. El aspecto de la resiliencia de continuar manteniendo la rutina diaria aún en momentos difíciles fue un factor protector de una mayor actitud positiva y menor afecto negativo ante la enfermedad. Además, se encontró que menor ingreso económico familiar predice la actitud positiva ante la enfermedad basada en creencias religiosas con mayor peso que estructura, probablemente debido al fuerte apoyo en la fe religiosa ante las desigualdades de salud que viven muchas de estas mujeres.

APORTACIONES

A continuación se resumen las principales aportaciones del proyecto, dividiendo éstas en dos apartados: aportaciones teóricas y metodológicas.

Aportaciones teóricas:

Una de las principales aportaciones del proyecto fue corroborar que la teoría de las cinco fases del duelo propuesta por Kübler-Ross no muestra una secuencia lineal. Sino más bien se trata de respuestas psicológicas de duelo que las personas experimentan con mayor o menor frecuencia frente al proceso de enfermedad. Siendo la fe y la esperanza, la respuesta psicológica que experimentan con mayor frecuencia las mujeres con cáncer durante la fase de inducción o tratamiento oncológico.

Aportaciones metodológicas:

Se diseñó y desarrolló una escala desde un enfoque empírico-teórico para medir las fases del duelo ante la pérdida de la salud, siendo ésta válida y confiable. Al no encontrar un modelo secuencial de fases del duelo, se optó por nombrar la escala como Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38).

El proceso de selección de los 38 ítems que conforman la escala final fue riguroso. Se consideraron como buenos ítems aquellos que eran discriminativos entre los grupos de puntuaciones altas y bajas con una diferencia media mayor que 1, y en aquellos ítems donde su eliminación disminuía el valor de alfa de Cronbach, su correlación corregida y comunalidad eran mayores que .30, su distribución se asemejó a la del conjunto, y los que tenían cargas factoriales mayores que .30 en la matriz de configuraciones, formando parte del factor esperado.

Otra de las aportaciones que arrojó el estudio fue la identificación de las variables socio-demográficas, clínicas, religiosas, experienciales y psicológicas que intervienen como factores de riesgo y protección en cada una de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud. Además del desarrollo de un modelo predictivo estructural que integra únicamente aquellas variables con mayor valor predictivo en los dos factores de segundo orden: reacción de afecto negativo ante la enfermedad y actitud positiva ante la enfermedad.

SUGERENCIAS

Se sugiere utilizar la escala de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud en México y estudiar sus propiedades psicométricas en pacientes con otras enfermedades crónicas.

Se recomienda utilizar la escala de las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud para conocer como están elaborando el proceso del duelo por el que están pasando los pacientes con cáncer. De esta manera los profesionales de la salud que trabajan o acompañan a los pacientes en su proceso de enfermedad puedan identificar a las personas que podrían tener problemas al afrontar su duelo, e intervenir en el trabajo de duelo para disminuir los efectos de los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores. Para así prevenir problemas médicos y psicológicos adicionales en las personas con cáncer.

Cada sentimiento cumple con una función que debe de entenderse como un indicador de los esfuerzos que hace la persona para elaborar su mundo de significados tras el cuestionamiento de sus propias construcciones (Neimeyer, 2000), por lo que la expresión de la ira y la aflicción ante la enfermedad cumplen con la función de supervivencia y protección de la persona (Payás, 2010). Por un lado, la ira favorece el proteger el espacio vital en momentos de vulnerabilidad, pone límites y proporciona la energía necesaria para realizar cambios en el presente. Por otro lado, la aflicción, favorece el pedir ayuda, buscar significados ante la pérdida y tener el aislamiento necesario para la introspección (Payás, 2010). Por lo tanto, los resultados del presente estudio demuestran que la tarea propuesta por Worden (2010) sobre trabajar en reconocer las emociones y experimentar el dolor de la pérdida es fundamental para la elaboración adecuada del duelo ante la pérdida de la salud. Una manera de llevar a cabo el reconocimiento de las emociones y la expresión del dolor de la pérdida, es mediante el modelo narrativo que propuso Neimeyer (2000), el cual favorece la expresión de las emociones y la reconstrucción de significados tras la ocurrencia de la pérdida.

Se sugiere trabajar en los recursos cognitivo-emocionales en pacientes con rasgos de alexitimia, lo que hará más probable concluir con éxito el proceso del duelo ante la pérdida de salud. Se recomienda incluir dentro de las intervenciones psicológicas el

fortalecimiento de la red de apoyo familiar, especialmente en pacientes alexitímicas que probablemente requerirán entrenamiento en habilidades sociales. Se sugiere poner énfasis en las metas prioritarias que tienen las pacientes, su manera de planeación a corto, mediano y largo plazo, con la finalidad de que la enfermedad no realice cambios trascendentales en su estilo de vida o sea un obstáculo que le impida continuar haciendo aquellas actividades, proyectos o roles que le dan sentido a su vida. También se insiste en que los profesionales de la salud estén atentos y monitoreen los efectos secundarios que los tratamientos médicos estén produciendo en las pacientes, para poder proporcionar una atención interdisciplinaria que contrarreste dichos efectos. Finalmente se insta a las autoridades sanitarias a que sigan trabajando en los problemas de desigualdad en salud para que las mujeres de bajos recursos no tengan que encomendarse sólo a la voluntad de Dios ante las negativas e insuficiencias de la atención clínica.

Por último, se sugiere realizar intervenciones psicológicas con protocolos debidamente estandarizados y con evidencia sobre la eficacia terapéutica en pacientes oncológicos. En este sentido, diversos estudios (Greer, 1992b; Romero, Ibáñez & Monsalve, 2000; Romero, 2003) han comprobado la efectividad de la Terapia Psicológica Adyuvante (TPA) de Moorey y Greer (1989). Así, se propone utilizar la TPA debido a que 1) identifica y modifica los pensamientos automáticos negativos que las pacientes puedan tener sobre la enfermedad, el tratamiento y todo lo que el proceso de enfermedad conlleva; 2) reduce el malestar psicológico; 3) favorece la estrategia de afrontamiento de espíritu de lucha, es decir, percibir la enfermedad como un reto o prueba, aceptar la enfermedad y mantenerse informada sobre la enfermedad, el tratamiento y su proceso; 4) brinda un sentido de control y mayor participación en el proceso de enfermedad; 5) aborda la prevención de recaídas y la planificación del futuro, es decir mantiene la estructura personal de las pacientes al establecer metas a mediano plazo y alentándolas a continuar con sus proyectos de vida; 6) promueve el soporte emocional de la familia y los seres queridos, y 7) lo más importante, porque favorece la identificación y expresión emocional, en especial la ira ante la enfermedad, ya que como se demostró en el presente estudio la ira es la emoción que más dificultades tuvieron las pacientes en expresar (Greer, 1992b).

FUTUROS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Se propone, en futuros estudios, obtener una muestra equivalente de sexos, para poder hacer un contraste multigrupo de la estructura factorial de primer (6 factores correlacionados) y segundo orden (dos dimensiones independientes) de la escala RPD-PS-38, y una muestra probabilística para estimar los baremos (percentiles).

Se propone estudiar la invarianza del modelo predictivo estructural de este estudio en hombres y mujeres; evaluar la alexitimia en casos de reacción de afecto negativo para abordar terapéuticamente la alexitimia si resulta elevada, ya que su tamaño de efecto fue grande; considerar la cuestión de desigualdades en salud en relación con baja escolaridad y menor ingreso económico familiar en la planificación de la política sectorial.

Como previamente se señaló en la discusión, se recomienda en futuros estudios conocer si la resolución final del duelo es el crecimiento personal. Para medir este constructo se puede utilizar el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) de Tedeschi y Calhoun (1996) desde la adaptación española en pacientes oncológicos de Costa-Requena y Gil (2007), o desarrollar un instrumento que evalúe el crecimiento postraumático para poblaciones clínicas. El desarrollo de una nueva escala se podría justificar en el hecho de haberse encontrado otras categorías que describen cambios positivos relacionados a la salud, como son los comportamientos saludables (Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003), o aprender a tener mayores cuidados físicos, categoría encontrada en el presente estudio.

Los proyectos de investigación propuestos podrían realizarse en pacientes con cáncer u otras enfermedades crónicas, en México u otros países hispanoparlantes.

REFERENCIAS

- Adler, N.E. & Snibbe, A.C. (2003). The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119-123. doi 10.1111/1467-8721.01245
- Aguilera, N., Marrufo, G.M., & Montesinos, A. (2005). *Desigualdad en salud en México: un análisis de sus determinantes*. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana.
- Allen, R., Newman, S.P. & Souhami, R.L. (1997). Anxiety and depression in adolescent cancer: findings in patients and parents at the time of diagnosis. *European Journal of Cancer*, 33(8), 1250-55.
- Almanza-Muñoz, J.J. & Holland, J.C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología*, 46(3), 196-206.
- Alvarado, R. (2013). Duelo y alexitimia. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(2), 1-13. Disponible en: <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Duelo%20y%20alexitima.pdf>.
- Álvarez-Ramírez, L.Y. (2009). Actitudes frente a la muerte en un grupo de adolescentes y adultos tempranos en la ciudad de Bucaramanga. *Aquichan*, 9(2), 156-170.
- Amar, J.J., Kotliarenko, M.A. & Abello, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación & Desarrollo*, 11(1), 162-197.
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (cuarta edición, texto revisado). Barcelona: Masson.
- American Psychological Association [APA] (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychological Association*, 57, 1060-1073. Disponible en: <http://www.apa.org/ethics/>.
- Anarte, M.T., López, A.E., Ramírez, C. & Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de psicología*, 16(2), 133-141.
- Anarte, M.T., Zarazaga, R.E., Ramírez, C., López, A.E. & Amorós, F.J. (2001). Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*, 13(4), 636-642.
- Anthony, E.J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. Anthony, E.J. & Koupernik, C.(Ed). *The child in his family: Children at psychiatric risk*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733.
- Apfel, R.J. & Sifneos, P.E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32(4), 180-190.
- Arbizu, J.P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales*, 24(1), 173- 178.
- Archer, J. & Rhodes, V. (1993). The grief process and job loss: A cross-sectional study. *British Journal of Psychology*, 84(3), 395-410. doi:10.1111/j.2044-8295.1993.tb02491.x
- Artigas, J. (1999). Implicaciones psicológicas y sociales de las epilepsias del adolescente. *Revista de Neurología*, 28(161), 43-49.

- Asociación Española Contra el Cáncer [AECC] (2011). *Cirugía oncológica*. Disponible en:
<https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/cirugia/Paginas/objetivosdelacirugia.aspx>
- Asociación Española Contra el Cáncer [AECC] (2012). Fases de la enfermedad. Actualizado el 3 de mayo del año 2012. Disponible en:
<https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Fasesdelaenfermedad.aspx>
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénétrier, C. & Gély, M.C. (2011). Trastornos psicossomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21(2), 227-237.
- Bagby, R.M, Taylor G.J. & Parker, J.D.A. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A. & Taylor G.J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J. & Atkinson, L. (1988). Alexithymia: A comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(1), 107-116.
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 505-520.
- Barbosa, F., Mota, C., Alves, M., Alcântara, C., Rossiñol, B., Patrício, P., Barbosa, A. & Ferreira, C. (2009). Alexithymia in Systemic Lupus Erythematosus Patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1173, 227-234.
- Bárez, M., Blasco, T., Fernández-Castro, J. & Viladrich, C. (2007). A structural model of the relationships between perceived control and adaptation to illness in women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(1), 21-43. doi:10.1300/J077v25n01_02
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Barragán, J.A. & Almanza-Rodríguez, G. (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3), 322-335.
- Barreto, P., De la Torre, O. & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2), 355-368. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- Barreto, P., Yi, P. & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2), 383-400.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicossocial en los trastornos de la conducta alimentaria: ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 90-101.
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 133-142.
- Benedito, M.C., López, J.A., Serra, I., Harto, M., Gisbert, J., Mulas, F. & Ferrís, J. (2000). Secuelas psicológicas en los supervivientes a largo plazo de cáncer. *Anales Españoles de Pediatría*, 53(6), 553-560.
- Berenbaum, H. & Irvin, S. (1996). Alexithymia, anger, and interpersonal behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(4), 203-208. doi:10.1159/000289076

- Beresnevaite, M. (2000). Exploring the Benefits of Group Psychotherapy in Reducing Alexithymia in Coronary Heart Disease Patients: A Preliminary Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 117–122. doi: 10.1159/000012378
- Beutel, M., Deckardt, R., Rad, M.V. & Weiner, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 517-526.
- Blanco, L., Librada, S., Rocafort, J., Cabo, R., Galea, T. & Alonso, M.E. (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa*, 14(3), 1-5.
- Bleiker, E.M.A. & Van Der Ploeg, H.M. (1999). Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: review of a popular link. *Patient Education and Counseling*, 37(3), 201-214. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00027-0
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley & Sons.
- Boman, K., Lindahl, A. & Bjork, O. (2003). Disease-related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis. *Acta Oncologica*, 42(2), 137-146.
- Bonanno, G.A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00062-3
- Bonanno, G.A. & Mancini, A.D. (2008). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potential Trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369-375.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G.A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135-138. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x
- Bonanno, G.A., Galea, S. Bucciarelli, A. & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186. Doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01682.x
- Bonanno, G.A., Papa, A. & O'Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), 193-206.
- Bonanno, G.A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482-487. doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. & Nesse, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164. doi: 10.1037/0022-3514.83.5.1150
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M.; Sonnega, J., Carr, D. & Nesse, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164. doi: 10.1037/0022-3514.83.5.1150
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-339.

- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo. Apego y pérdida*. Vol. 1 (I. Pardal, Trad.) Buenos Aires: Paidós. (Original publicado en 1969).
- Bowlby, J. (1980). *Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bradley, R.H., Whiteside, L., Mundfrom, D.J., Casey, P.H., Kelleher, K.J. & Pope, S.K. (1994). Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Development*, 65(2), 346-360. doi: 10.1111/j.1467-8624.1994.tb00755.x
- Bragado, C. & Fernández, A. (1996). Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*, 8(3), 625-656.
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, M.J., Sánchez-Bernardos, M.L. & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 20(3), 413-419.
- Bragado, C., Hernández-Lloreda, M.J., Sánchez-Bernardos, M.L. & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 20(3), 413-419.
- Bragado-Álvarez, C. (2010). Ajuste psicológico y resiliencia en niños y adolescentes con cáncer. *INFOCOP: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 47, 37-38.
- Bratis, D., Tselebis, A., Sikaras, C., Moulou, A., Giotakis, K., Zoumakis, E., & Ilias, I (2009). Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Human Resources for Health*, 7(72). Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730051/pdf/1478-4491-7-72.pdf> doi:10.1186/1478-4491-7-72
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. doi: 10.1037/0012-1649.28.5.759
- Broche, Y. & Medina, W.R. (2011). Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicología.com*. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4068/3/psicologiacom_2011_15_17.pdf
- Bulotiene, G., Veseliunas, J., Ostapenko, V. & Furmonavicius, T. (2008). Women with breast cancer: relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 57-62.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-705. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/330/7493/702>
- Bussell, V.A. & Naus, M.J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 61-78. doi: 10.1080/07347330903438958
- Büssing, A. & Koenig, H.G. (2010). Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions*, 1(1), 18-27. Doi: 10.3390/rel1010018
- Butow, P.N., Hiller, J.E., Price, M.A., Thackway, S.V., Kricker, A. & Tennant, C.C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping

- style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychomatic Research*, 49(3), 169-181. doi: 10.1016/S0022-3999(00)00156-2
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176.
- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Cann, A. & Hanks, E.A. (2010). Positive outcomes following bereavement: paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1), 125-143.
- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Cann, A. & Hanks, E.A. (2010). Positive outcomes following bereavement: paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1), 125-143.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S.L. & Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585-599. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001
- CancerQuest(2011). *An Introduction to Cancer Treatments*. Disponible en: <http://www.cancerquest.org/cancer-treatment-types.html>
- Canning, E.H. Canning, R.D. & Boyce, W.T. (1992). Depressive Symptoms and Adaptive Style in Children with Cancer. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1120-24.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Cardenal, V., Cerezo, M.V., Martínez, J., Ortiz-Tallo, M. & Blanca, M.J. (2012). Personality, emotions and coping styles: predictive value for the evolution of cancer patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 756-767. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38887
- Cardoso, M.J., Ramos, M.I., Vaz, F.J., Rodríguez, L., & Fernández, N. (2012). Influencia del apoyo familiar en momentos de gran incertidumbre. *Revista Prisma Social*, 8, 28-47.
- Castro, E.K. & Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*, 12(1), 81-86.
- Celma, A. (2009). Psicooncología infantil y adolescente. *Psicooncología*, 6(3), 285-290.
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) (2007). Cáncer infantil a nivel mundial. Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/interior/cancer/cancermundial.html>
- Chaurand, A., Feixas, G. & Neimeyer, R.A. (2010). El inventario de historia de pérdidas (IHP): presentación y utilidad práctica. *Revista de Psicoterapia*, 21(84), 95-101.
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936-946. doi:10.1016/j.jacc.2008.11.044
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coifman, K.G., Bonanno, G.A., Ray, R.D. & Gross, J.J. (2007). Does repressive coping promote resilience? Affective-autonomic response discrepancy during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 745-758. doi: 10.1037/0022-3514.92.4.745

- Coleman, N. (2008). *¿Qué hacer con un diagnóstico de cáncer? La información para atender, hacerse cargo, elegir tratamientos y lograr la sanación*. México: Pax México.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Cordero, M.A., Palacios, P., Mena, P. & Medina, L. (2004). Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista Chilena de Pediatría, 75*(1), 67-74.
- Corral, F., Cueva, P., Yépez, J. & Montes, E. (1996). La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 121*(6), 511-517.
- Cortés-Funes, F., Abián, L. & Cortés-Funes, H. (2003). Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. *Psicooncología, 1*, 83-92.
- Costa, G. & Gil, F.L. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología, 5*(1), 27-37.
- Costa-Requena, G. & Gil, F.L. (2007). Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 33*(148), 229-250.
- Costello, A.B. & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation, 10*(7). Recuperado el 20 de septiembre de 2014, de <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7>.
- Coutu, D.L. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review, 80*(5), 46-56.
- Crespo, L. & Rivera, M.L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres de Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 23*, 109-126.
- Crespo, N., & Rojas, D. (2010). Clase social y desarrollo de la conciencia metapragmática de los niños. *Estudios filológicos, 46*, 25-41. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0071-17132010000200002&lng=es&tlng=es. doi:10.4067/S0071-17132010000200002
- Cronbach, L.J. & Shavelson, R.J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement, 64*(3), 391-418.
- Crosby, J.F., Gage, B.A. & Raymond, M.C. (1983). The Grief Resolution Process in Divorce. *Journal of Divorce, 7*(1).
- Cubillos, P., Almonte, C. & Empanza, E. (1996). Aspectos vivenciales en adolescentes que sobrevivieron a un cáncer de la infancia. *Revista Chilena de Pediatría, 67*(2), 262-266.
- Cuevas-Urióstegui, M.L., Villasís-Keever, M.A. & Fajardo-Gutiérrez, A. (2003). Epidemiología del cáncer en adolescentes. *Salud Pública de México, 45*(1), 115-123.
- Damianakisab, T. & Marzialib, E. (2012). Older adults' response to the loss of a spouse: The function of spirituality in understanding the grieving process. *Aging & Mental Health, 16*(1), 57-66. doi:10.1080/13607863.2011.609531

- Danhauer, S.C., Case, L.D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Ip, E.H. & Avis, N.E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2676-2683. doi: 10.1002/pon.3298
- De chico, E., Castanheira, L. & García, R.A. (2010). Niños y adolescentes con cáncer experiencias con la quimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5).
- De León, V. & Cuetos, C. (2004). Tanatología: Una perspectiva distinta de la muerte. *Boletín Médico*, 5(1), 13-19.
- Del Moral, E. (2008). Seguimiento en Atención Primaria del niño oncológico: cómo detectar las secuelas tardías. *Pediatría integral*, 12(7), 715-726.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15.
- Desimone, J., O'Mahoney, K. & Hunt, D. (1979). Children of separation and divorce. *Journal of Divorce*, 3(1), 37-42.
- Díaz, V.E. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 155-160.
- Dockerty, J.D., Williams, S.M., McGee, R. & Skegg, D.C. (2000). Impact of childhood cancer on the mental health of parents. *Medical and Pediatric Oncology*, 35(5), 475-483.
- Druss, R.G. & Douglas, C.J. (1988). Adaptive responses to illness and disability: Healthy denial. *General Hospital Psychiatry*, 10(3), 163-168. doi: 10.1016/0163-8343(88)90015-1
- Dyer, J.G. & McGuinness, T.M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(5), 276-282.
- Egeland, B., Carlson, E. & Sroufe, L.A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528. doi: 10.1017/S0954579400006131
- Erni, T., Lotscher, K., & Modestin, J. (1997). Two-factor solution of the 20-item Toronto Alexithymia Scale confirmed. *Psychopathology*, 30, 335-340.
- Espina, A. (2000). Alexitimia y duelo crónico: ¿Factores de riesgo del consumo de drogas? *Clínica y Análisis Grupal*, 83(22), 115-130.
- Espina, A. (2000). Alexitimia y duelo crónico: factores de riesgo del consumo de drogas. *Clínica y Análisis Grupal*, 22(83), 115-130.
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa, I. & Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de psicología*, 17(1), 139-149.
- Evers, A.W.M., Kraaimaat, F.W., Van, W., Jongen, P.J.H., Jacobs, J.W.G. & Bijlsma, J.W.J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036. doi: 10.1037/0022-006X.69.6.1026
- Exline, J.J., Park, C.L., Smyth, J.M. & Carey, M.P. (2011). Anger toward God: social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 129-148. doi: 10.1037/a0021716
- Eysenck, H.J. (1997). *The autobiography of Hans Eysenck*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

- Farber, E.W., Schwartz, J.A.J., Schaper, P.E., Moonen, D.J. & McDaniel, J.S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41(2), 140-146.
- Faschingbauer, T.R., De Vaul, R.A. & Zissok, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134, 696-698.
- Fawzy, F.I. & Greenberg, D.B. (1996). *Oncology. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Feder, A., Ahmad, S., Lee, E.J., Morgan, J.E., Singh, R., Smith, B.W., Southwick, S.M. & Charney, D.S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders*, 147(1), 156-163. doi: 10.1016/j.jad.2012.10.027
- Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (2003). Resilience to childhood adversity: results of a 21-year study. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 130-155). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fernández, B., Llorens, A., Arcos, L., García, R., Zabalza, A. & Jorge, V. (2009). Calidad de vida y estado de salud en niños y en adolescentes supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 6(3), 459-468.
- Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Amigo, I., Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 374-381.
- Fernández, E., Pérez, M.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ayearst, L.E. & Izquierdo, G. (2013). Psychometric properties of a revised spanish 20-item toronto alexithymia scale adaptation in multiple sclerosis patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 226-234.
- Fernández, I., Zubieta, E. & Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En D. Páez & M. M. Casullo (Comps.), *Cultura y Alexitimia: ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 73-98). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Jiménez, E., Pérez-San-Gregorio, M.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ayearst, L.E. & Izquierdo, G. (2013). Psychometric properties of a revised Spanish 20-item Toronto Alexithymia Scale adaptation in multiple sclerosis patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(3), 226-234.
- Ferreiro, J., García, J.L., Barceló, R. & Rubio, I. (2003). Quimioterapia: efectos secundarios. *Gaceta Médica de Bilbao*, 100, 69-74.
- Ferrellemail, B.R. & Baird, P. (2012). Deriving Meaning and Faith in Caregiving. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 256-261.
- Ferrero, J., Toledo, M. & Barreto, M.P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 87-102.
- Figueroa, N; González, E. & Solís, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(3), 447-458.
- Freud, A. (1960). Discussion of Dr. John Bowlby's paper. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 53-62.
- Freud, S. (1895). *Escritos sobre la histeria*. Madrid: Alianza Editorial, 1984.

- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Obras completas: trabajos sobre metapsicología y otras obras. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1), 337-342.
- Freyberger, H., Künsebeck, H.W., Lempa, W., Wellmann, W. & Avenarius, H.J. (1985). Psychotherapeutic interventions in alexithymic patients with special regard to ulcerative colitis and crohn patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 72-81. doi: 10.1159/000287896
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H. & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76. doi: 10.1002/mpr.143
- Fuentes, S. & Blasco, T. (2012). Factores predictores de la adaptación a la enfermedad en pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama que acuden a un servicio de psicooncología. *Anales de Psicología*, 28(3), 736-742. doi: 10.6018/analesps.28.3.156031
- Fukunishi, I. (1992). Psychosomatic problems surrounding kidney transplantation. Incidence of alexithymia and psychiatric disturbance. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(1-2), 42-49.
- Fukunishi, I., Hirabayashi, N., Matsumoto, T., Yamanaka, K. & Kukutake, K. (1999). Alexithymic characteristics of hiv-positive patients. *Psychological Reports*, 85, 963-970. doi: 10.2466/pr0.1999.85.3.963
- Galán, A., Pérez, A. & Blanco, A. (2000). Análisis del uso de estrategias de afrontamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): implicaciones conceptuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(3), 179-189.
- Gallar, M. (2001). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. (3era edición). España: Thompson.
- Garay-Sevilla, M.E., Malacara, J.M., Gutiérrez-Roa, A. & González, E. (1999). Denial of disease in Type 2 diabetes mellitus: its influence on metabolic control and associated factors. *Diabetic Medicine*, 16(3), 238-244. doi: 10.1046/j.1464-5491.1999.00033.x
- García, C., Medina, M.E., Solano, G., Gómez, D. & Gómez, V. (2010). El impacto del diagnóstico: experiencia descrita por mujeres con hipertensión arterial. *Escuela Anna Nery Revista de Enfermería*, 14(1), 33-38.
- García-Conde, A. (2014). *Dimensiones básicas de la personalidad, afrontamiento y adaptación en pacientes oncológicos*. Tesis doctoral: Universidad de Valencia.
- García-García, J.A., Landa, P., Trigueros, M.C. & Gaminde, I. (2005). Inventario de Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 35(7), 353-358.
- García-García, J.A., Landa, V., Trigueros, M.C. & Gaminde, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*, 27(2), 86-93.
- García-Luna, P.P., Parejo, J. & Pereira, J.L. (2006). Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. *Nutrición Hospitalaria*, 21(3), 10-6.

- Garduño, A. & Ham, O. (2006). Atención a los niños con cáncer en etapa terminal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 73(1), 33-38.
- Gaviria, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F. & Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gil, F.L., Costa, G., Pérez, F.J., Salamero, M., Sánchez, N. & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130(3), 90-92.
- Gil, M. & Portellano, J.A. (2005). Evaluación neuropsicológica de la alexitimia y del procesamiento emocional en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 2(1), 33-48.
- Given, B. & Given, C.W. (1992). Patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer. *Journal of the American Medical Women's Association*, 47(5), 201-206.
- González, N.I. & Valdez, J.L. (2013). Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 941-955.
- González, N.I., Valdez, J.L. & Zavala, Y.C. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
- González, P. (2005). Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. *Nure Investigación*, 16, 1-15.
- González, S. & Valdez, J. L. (2005). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y Salud*, 15(2), 257-262.
- González, Y.R. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en Psicología*, 20(107).
- González-Arratia, N.I. (2007). *Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca*. Tesis de doctorado. México: Universidad Iberoamericana.
- González-Arratia, N.I., Nieto, D. & Valdez, J.L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113-123.
- González-Arratia, N.I., Valdez, J.L. & González, S. (2011). Investigación en resiliencia: ¿Qué hemos aprendido? En J. Moral, J.L. Valdez & N.I. González-Arratia (eds.), *Psicología y salud* (pp. 157-172). CUMEX: México.
- González-Arratia, N.I., Valdez, J.L. & Zavala, Y.C. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis* (2nd. ed.). Hillsdale, NY: Laurence Erlbaum Associates.
- Grabe, H.J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Gröger, R., Franke, G.H., Barnow, S., Freyberger, H.J. & Spitzer, C. (2008). Alexithymia and Outcome in Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189-194. doi: 10.1159/000119739
- Grassi, J., Indelli, M., Marzola, M., Maestri, A., Santini, A., Piva, E. & Boccalon, M. (1996). Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12(5), 300-307.
- Green, J. & Shellenberger, R. (1991). *The dynamics of health and wellness. A biopsychosocial approach*. Fort Worth: Holt, Rinehart & Winston.
- Greenhouse, W.J., Meyer, B. & Johnson, S.L. (2000). Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 59(3), 237-241.
- Greer, S. (1992a). The management of denial in cancer patients. *Oncology*, 6(12), 33-36.

- Greer, S. (1992b). Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 36, 71-83.
- Grill, S.S. (2009). Diferencias individuales, crecimiento postraumático y resiliencia ante situaciones traumáticas: el caso de los ex combatientes de Malvinas. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, 6, 264-267.
- Gritti, P., Lombardi, S., Nobile, B., Trappoliere, P., Gambardella, A., Di Caprio, E.L. & Resicato, G. (2010). Alexithymia and cancer-related fatigue: a controlled cross-sectional study. *Tumori*, 96, 131-137.
- Grivaa, K., Davenportc, A., Harrisonb, M. & Newmanb, S. (2010). An evaluation of illness, treatment perceptions, and depression in hospital- vs. home-based dialysis modalities. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 363-370.
- Grootenhuis, M.A. & Last, B.F. (2001). Children with cancer with different survival perspectives: defensiveness, control strategies, and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 10(4), 305-314.
- Grossarth, R. & Eysenck, H.J. (1990). Prophylactic effects of psychoanalysis on cancer-prone and coronary heart disease –prone probands, as compared with control groups and behavior therapy groups. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 21, 91-99.
- Grotberg, E.H. (2003). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y N. Suarez Ojeda (Comp.), *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Guala, S. (2005). De la perturbación psíquica a la adaptación: neurobiología de la Resiliencia. En J. Moizeszowicz (Ed.), *Psicofarmacología Psicodinámica IV: actualizaciones 2005* (pp.47-68). Buenos Aires: Psicofarmacología.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Hjalmarsson, L., Loas, G. & Jeammet, P. (2003). Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 57(7), 292-295. doi: 10.1016/S0753-3322(03)00085-4
- Gulec, H., Sayar, K., Topbas, M., karkucak, M. & Ak, I. (2004). Alexithymia and anger in women with fibromyalgia syndrome. *Turkish Journal of Psychiatry*, 15(3), 191-198.
- Gutiérrez, J. (2009). La respuesta positiva ante la adversidad. *Revista de Criminología y Ciencias Forenses*, 7, 7-12.
- Hagman, G. (1995). Mourning: A review and reconsideration. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76(5), 909-925.
- Harvey, J.H. & Weber, A.L. (1998). Why There Must Be a Psychology of Loss. En J.H. Harvey (Ed.). *Perspectives on Loss: A Sourcebook*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Haupt, S. (2005). *Elisabeth Kübler-Ross. Una mirada de amor. Testimonio de una vida y una enseñanza*. Barcelona: Editorial SIRPUS.
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G. & Dale, G.S. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227-237. doi:10.1207/s15327752jpa5602_4
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G. & Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227-237. doi: 10.1207/s15327752jpa5602_4

- Hernández, S., López, C. & Durá, E. (2009). Indicadores de alteraciones emocionales y conductuales en menores oncológicos. *Psicooncología*, 6(2), 311-325.
- Hockenberry-Eaton, M., Barrera, P., Brown, M., Bottomley, S.J. & O'Neill, J.B. (1999). *Pain management in children with cancer*. Texas: Texas Cancer Council.
- Holland, J. & Rowland, J. (1998). La familia del paciente con cáncer. En J. Holland y J. Rowland, *Manual de Psicooncología* (pp. 585-595) 1º Edición. New York: Oxford University Press.
- Holland, J.M. & Neimeyer, R.A. (2010). An examination of stage theory of grief among individuals bereaved by natural and violent causes: a meaning-oriented contribution. *Journal of Death and Dying*, 61(2), 103-20. doi:10.2190/OM.61.2.b
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. & Viinamaki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104.
- Hopkings, W. G. (2002). A New view of statistics. *A scale of magnitudes for effect statistics*. Consultado el 22 de enero de 2014, de <http://www.sportsci.org/resource/stats/effectmag.html>
- Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis*, 12, 3-9.
- Hsiao, S., Gau, M., Ingleton, C., Ryan, T., & Shih, F. (2011). An exploration of spiritual needs of Taiwanese patients with advanced cancer during the therapeutic processes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7), 950–959. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03278.x
- Illman, J., Corrighan, R., Robinson, D., Davis, H., Ross, J. F., Cella, D., & Trikha, M. (2005). Are inflammatory cytokines the common link between cancer-associated cachexia and depression? *The Journal of Supportive Oncology*, 3(1), 37-50.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2011). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer: datos nacionales*. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/cancer11.asp?s=inegi&c=2781&ep=51>
- Instituto Nacional del Cáncer [INC] (2010). *Estatificación del cáncer*. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/estadificacion>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2011). *Etapafinal de la vida*. Actualizado el 28 de Julio de 2011. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos/apoyo/etapafinal/patient/page1/AllPages/Print>
- Isla, P., Moncho, J., Guasch, O. & Torras, A. (2008). Proceso de adaptación a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kübler-Ross. *Endocrinología y nutrición*, 55(2), 78-83.
- Jacobsen, B.S. & Lowery, B.J. (1992). Further analysis of the psychometric properties of the Levine Denial of Illness Scale. *Psychosomatic Medicine*, 54(3), 372-381.
- Jakson, D.L. (2003). Revisiting sample size and number of parameter estimates: some support for the N:q hypothesis. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 10(1), 128-141. doi:10.1207/S15328007SEM1001_6
- Johnson, K.S., Tulskey, J.A., Hays, J.C., Arnold, R.M., Olsen, M.K., Lindquist, J.H. & Steinhauser, K.E. (2011). Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 751-758.

- Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Julkunen, J., Wilson, T.W. & Salonen, J.T. (1993). Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34(5), 330-335. doi: 10.1016/0010-440X(93)90019-Z
- Kazak, A. E. (2005). Evidence based interventions for survivors of childhood cancer and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 29-40.
- Kelley, T.M. (2005). Natural resilience and innate mental health. *American Psychologist*, 60(3), 265. doi: 10.1037/0003-066X.60.3.265a
- Kerns, R.D., Rosenberg, R. & Jacob, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), 57-67. doi: 10.1007/BF01856882
- Kersum, L.S. & Elia, J. (2007). Depressive symptoms and SSRI use in pediatric oncology patients. *Pediatric Blood & Cancer*, 49(7), 881-887.
- Kim, D.H. & Yoo, I.Y. (2010). Factors associated with resilience of school age children with cancer. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(8), 431-436. doi: 10.1111/j.1440-1754.2010.01749.x
- Kleiger, J.H. & Kinsman, R.A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34(1), 17-24.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 21, 125-153.
- Kline, R.B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3a. ed.), New York, NY: The Guilford Press.
- Koich, F., Haas, J.M., Porto, A.P., Couto, G., Primi, R. & Muniz, M. (2010). Alexitimia e inteligência emocional: estudo correlacional. *Psicología: Teoría e Prática*, 12(3).
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M. R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471-476. doi:10.1053/comp.2001.27892
- Kopper, B.A. (1993). Role of gender, sex role identity, and Type A behavior in anger expression and mental health functioning. *Journal of Counseling Psychology*, 40(2), 232-237. doi: 10.1037/0022-0167.40.2.232
- Kortte, K.B. & Wegener, S.T. (2004). Denial of illness in medical rehabilitation populations: theory, research, and definition. *Rehabilitation Psychology*, 49(3), 187-199. doi: 10.1037/
- Kreicbergs, U. C., Lannen, P., Onelov, E., & Wolfe, J. (2007). Parental grief after losing a child to cancer: impact of professional and social support on long-term outcomes. *Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25, 3307-3312. doi: 10.1200/JCO.2006.10.0743JCO
- Kreicbergs, U.C., Lannen, P., Onelov, E. & Wolfe, J. (2007). Parental grief after losing a child to cancer: impact of professional and social support on long-term outcomes. *Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(22), 3307-3312. doi: 10.1200/JCO.2006.10.0743JCO
- Kreitler, S. (1999). Denial in cancer patients psychosocial issues. *Cancer Investigation*, 17(7), 514-534.
- Kreitler, S., Chaitchik, S. & Kreitlers, H. (1993). Repressiveness: Cause or result of cancer? *Psycho-Oncology*, 2(1), 43-54. doi: 10.1002/pon.2960020107
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2001). *Life lessons: Two experts on death and dying teach us about the mysteries of life and living*. Carmichael, CA: Touchstone.

- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York, NY: Macmillan.
- Kumpfer, K.L. & Hopkins, R. (1993). Prevention: Current research and trends. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 11-20.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A. & Gagnon, A.J. (2004). Clarifying meaning in the context of cancer research: a systematic literature review. *Palliative & Supportive Care*, 2, 291-303. doi: 10.1017/S1478951504040386
- Lemaitre, E. & Puig, G. (2005). *Programa Rueda. Fortaleciendo la resiliencia: una estrategia para desarrollar la autoestima*. Asociación para la Promoción y Desarrollo de la Resiliencia. Disponible en: <http://www.addima.org/Documentos/recursos/programa%20rueda.pdf>
- Levine, J., Rudy, T. & Kerns, R. (1994). A two factor model of denial of illness: a confirmatory factor analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(2), 99-110.
- Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G. Delaney, R., Fontana, A., Gradman, A., Smith, S., Allen, S. & Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 49(2), 109-117.
- Lieberman, M.A. & Goldstein, B.A. (2006). Not all negative emotions are equal: the role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(2), 160-168. doi: 10.1002/pon.932
- Limonero, J.T., Lacasta, M., García, J.A., Maté, J. & Prigerson, H.G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-149.
- Linley, P.A. & Stephen, J. (2005). The human capacity for growth through adversity. *American Psychologist*, 60(3), 262-264. doi: 10.1037/0003-066X.60.3.262b
- Llantá, M.C., Massip, C. & Martínez, Y. (2012). La significación de la esperanza en el paciente oncológico. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 2(3).
- Loas G, Otmani O, Verrier A, Fremaux D, & Marchand, M. P. (1996). Factor analysis of the French version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Psychopathology*, 29, 139-144.
- Loas, G., Parker, J. D., Otmani, O., Verrier, A., & Fremaux, D. (1997). Confirmatory factor analysis of the French translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Perception and Motor Skills*, 85, 1018.
- Lobb, E.A., Kristjanson, L.J., Aoun, S.M., Monterosso, L., Halkett, G.K.B. & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), 673-698. doi: 10.1080/07481187.2010.496686
- Luminet, O., Bagby, R.M. & Taylor, G.J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 254-260. doi: 10.1159/000056263
- Luminet, O., Rime, B., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. A. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and Emotion*, 18, 741-766. doi: 10.1080/02699930341000275
- Luminet, O., Rokbani, L., Ogez, D. & Jadouille, V. (2007). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 641-648.

- Lumley, M.A. (2004). Alexithymia, emotional disclosure, and health: a program of research. *Journal of Personality*, 72(6), 1271–1300. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00297.x
- Lumley, M.A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F. & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 519-530. doi: 10.1016/S0022-3999(96)00227-9
- Lumley, M.A., Stettner, L. & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 505-518. doi: 10.1016/S0022-3999(96)00222-X
- Luthar, S.S. & Zelazo, L.B. (2003). Research on resilience: an integrative review. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-549). Cambridge: Cambridge University Press.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Preacher, K.J., & Hong, S. (2001). Sample size in factor analysis: the role of model error. *Multivariate Behavioral Research*, 36, 611-637. doi:10.1207/S15327906MBR3604_06
- Maciejewski, P.K., Zhang, B., Block, S.D. & Prigerson, H.G. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 297(7), 716-724.
- Maclean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the “visceral brain”. *Psychosomatic Medicine*, 11(6), 338-353.
- Maliski, S.L., Connor, S.E., Williams, L. & Litwin, M.S. (2010). Faith Among Low-Income, African American/Black Men Treated for Prostate Cancer. *Cancer Nursing*, 33(6), 470-478. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181e1f7ff
- Mancini, A.D. & Bonanno, G.A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(8), 971-985. doi: 10.1002/jclp.20283
- Mantani, T., Saeki, T., Inoue, S., Okamura, H., Daino, M., Kataoka, T. & Yamawaki, S. (2007). Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Supportive Care in Cancer*, 15(7), 859-868. doi: 10.1007/s00520-006-0209-4
- Mantani, T., Saeki, T., Inoue, S., Okamura, H., Daino, M., Kataoka, T., & Yamawaki, S. (2007). Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. *Supportive Care in Cancer*, 15, 859-868. doi: 10.1007/s00520-006-0209-4
- Marchesi, C., Brusamonti, E. & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 43-49.
- Marín-Reyes, F., & Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43(4), 336-339.
- Martin, R.C. & Dahlen, E.R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260. doi:10.1016/j.paid.2005.06.004
- Martínez, C. (2011). *Psico-Oncología e indefensión aprendida: un estudio clínico*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada.

- Martínez, F. & Marín, J. (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea stroop. *Psicothema*, 9(3), 519-527.
- Martínez, F., Montero, J.M. & De la Cerra, J. (2002). Sesgos cognitivos en el reconocimiento de expresiones emocionales de voz sintética en la alexitimia. *Psicothema*, 14(2), 344-349.
- Martínez, M.L. & Guevel, C.G. (2013). Desigualdades sociales en la mortalidad por cáncer de cuello de útero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999-2003 y 2004-2006. *Salud Colectiva*, 9(2).
- Marty, P. (1995). *El orden psicossomático: los movimientos individuales de vida y de muerte. Desorganizaciones y regresiones*. Valencia: Promolibro, 1995.
- Marty, P. y de M'Uzan, M. (1963). La pensee operateire. *Revue Francaise de Psychoanalyse*, 27, 345-256.
- Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 32, 57-71. doi: 10.1093/jncimonographs/lgh014
- Masten, A.S. & Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-29). Cambridge: University Press.
- Masten, A.S. (1999). Resilience comes of age: reflections on the past and outlook for the next generation of research. En M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: positive life adaptations* (pp. 281-296). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227
- Masten, A.S., Best, K.M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444. doi: 10.1017/S0954579400005812
- Maté, J., Hollenstein, M.F. & Gil, F.L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(3), 211-230.
- Matziou, V., Perdikaris, P., Galanis, P., Dousis, E. & Tzoumakas, K. (2008). Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *International Nursing Review*, 55(3), 314-319.
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1993). The intelligence if emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.
- McClain, C.S., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361, 1603-1607.
- McCullough, M.E. & Larson, D.B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research*, 2(2), 126-136.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: a Psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90.
- McKenna, M.C., Zevon, M.A., Corn, B. & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520-531. doi: 10.1037/0278-6133.18.5.520
- Merino, H., Godas, A. & Pombo, M.G. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 35-44.
- Messina, A., Fogliani, A.M. & Paradiso, S. (2010). Association between alexithymia, neuroticism, and social desirability scores among Italian graduate students.

- Psychological Reports*, 107, 185-192. doi: 10.2466/02.07.13.15.PR0.107.4.185-192
- Messina, A., Fogliani, A.M. & Paradiso, S. (2011). Alexithymia in oncology disease: association with cancer invasion and hemoglobin levels. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(2), 125-130.
- Messina, A., Fogliani, A.M. & Paradiso, S. (2011). Alexithymia in oncologic disease: Association with cancer invasion and hemoglobin levels. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(2), 125-130.
- Metzger, A.M. (1979). A Q-Methodological Study of the Kubler-Ross Stage Theory. *Journal of Death and Dying*, 10(4), 291-301. doi: 10.2190/LJR7-D5FG-6NF6-DWTL
- Mickley, J.R., Soeken, K. & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 267-272.
- Montoya, R., Schmidt, J., García, M.P., Guardia, P., Cabezas, J.L. & Cruz, F. (2010). Influencia de la comunicación del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. *Revista Medicina Paliativa*, 17(1), 24-30.
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.
- Moral, J. & Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Moral, J. (2005a). Alexitimia, desviación psicopática y depresión. Un estudio en una muestra de población universitaria. *Revista Medicina Universitaria*, 7(28), 105-115.
- Moral, J. (2005b) La alexitimia en relación con el sexo y el rol de género. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15(1), 147-166.
- Moral, J. (2006a). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero & M.T. González (eds.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (eds.) (pp. 445-528). Trillas: México, DF.
- Moral, J. (2006b) Ubicación de la alexitimia en relación con los rasgos psicopatológicos del MMPI. *Revista de Salud Mental*. 29(3), 41-50.
- Moral, J. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 11(2), 97-114.
- Moral, J. (2009). Factor structure and reliability of TAS-20 in Mexican samples. *The International Journal of Hispanic Psychology*, 2(2), 163-176.
- Moral, J. (2009). Factor structure and reliability of TAS-20 in Mexican samples. *The International Journal of Hispanic Psychology*, 2(2), 163-176.
- Moral, J. (2009). Validación en México de Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20) y su aplicación al estudio del alcoholismo. En J. Moral y J. Álvarez (compiladores), *De la salud a la enfermedad. Hábitos tóxicos y alimenticios* (pp. 23-100). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Moral, J. (2011). Aspectos metodológicos de la investigación. En J. Moral, J.L Ybarra, J. Álvarez, J. Zapata y J. González, *Adolescentes escolarizados: sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el noreste de México*. (pp. 33-96). México: Fontamara.

- Moral, J., González, M.T., & Landero, R. (2011). Evaluación de un tratamiento cognitivo-conductual para la fibromialgia. *Ciencia UANL*, 14(2), 153-161.
- Moral, J., Valdez, J.L. & Alvarado, B.G. (2011). Instrumentación métrica del concepto de paz. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 6(1), 11-39.
- Morales, M. & Díaz, D. (2011). Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. *Uaricha Revista de Psicología*, 8(17), 62-77.
- Morley, C. (1997). The use of denial by patients with cancer. *Professional Nurse*, 12(5), 380-381.
- Mota, C. (2007). Guía de intervención psicológica de la paciente que cursa con un embarazo con defecto congénito. *Perinatología y reproducción humana*, 21, 81-87.
- Moyer, A. & Levine, E.G. (1998). Clarification of the conceptualization and measurement of denial in psychosocial oncology research. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 149-160. doi: 10.1007/BF02884955
- Mulens, B., Torres, P., Gutiérrez, J.A., García, M., & Roper, R. (2000). Conocimiento del diagnóstico en pacientes con cáncer antes de recibir tratamiento oncoespecífico en 1997. *Revista Cubana de Oncología*, 2(16), 93-9.
- Muñoz, F., Espinosa, J.M., Portillo, J. & Rodríguez, G. (2002). La familia en la enfermedad terminal (II). *Medicina de Familia*, 3(4), 262-268.
- Nakao, M., Kashiwagi, M. & Yano, E. (2005). Alexithymia and grief reactions in bereaved Japanese women. *Death Studies*, 29(5), 423-433. doi: 10.1080/07481180590932535
- Nam, S.L., Fielding, K., Avalos, A., Dickinson, D., Gaolathe, T. & Geissler, P.W. (2008). The relationship of acceptance or denial of HIV-status to antiretroviral adherence among adult HIV patients in urban Botswana. *Social Science & Medicine*, 67(2), 301-310. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.023
- Neimeyer, R.A. (2000). *Lessons of Loss*. Florida: PsychoEducational Resources.
- Nelson, C.J., Rosenfeld, B., Breitbart, W. & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-220.
- Nemiah, J.C. (1975). Denial revisited: reflections and psychosomatic therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26(3), 140-147. doi: 10.1159/000286923
- Nemiah, J.C. y Sifneos, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill (ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* (Vol. 2) (pp. 26-35). London, England, U.K.: Butterworths.
- Nevitt, J. & Hancock, G.R. (2001). Performance of bootstrapping approaches to model test statistics and parameter standard error estimation in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 8, 353-377. doi:10.1207/S15328007SEM0803_2
- Newman, I., Smith, P., Griffith, D., Maloney, P., Dambrot, F., Sterns, H., Daubney, J. & Stratton, B. (1983). The alpha-omega scale: the measurement of stress situation coping styles. *Ohio Journal of Science*, 83(5), 241-246.
- Noel, G. (2011). Participación de la familia en la adaptación de niños y adolescentes que sobreviven al cáncer. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 11(1), 71-89.
- Noll, R.B., Gartstein, M.A., Vannatta, K., Correll, J., Bukowski, W.M. & Davies, W.H. (1999). Social, emotional, and behavioural functioning of children with cancer. *Pediatrics*, 103(1), 71-78.

- Nygren, B., Alex, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A. & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362. doi: 10.1080/1360500114415
- O'Brien, C.W. & Moorey, S. (2010). Outlook and adaptation in advanced cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 19(12), 1239-1249. doi: 10.1002/pon.1704
- Olsson, U.H., Foss, T., Troye, S.V., & Howell, R.D. (2000). The performance of ML, GLS, WLS estimation in structural equation modeling under conditions of misspecification and non-normality. *Structural Equation Modeling*, 7(4), 557-595. doi:10.1207/S15328007SEM0704_3
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005). *58ª Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y Control del Cáncer*. Informe de la Secretaria.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008). International Agency for Research on Cancer (IARC). *Globocan: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). *Cáncer*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Ornelas-Mejorada, R.E., Tufiño, M.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cancer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Osborn, J.W., & Costello, A.B. (2004). Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 9(11). Consultado el 19/03/2014. Disponible en <http://pareonline.net/getvn.asp?v=9&n=11>
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R., Sprangers, M.A., Oort, F.J. & Hopper, J.L. (2004). The value of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for comparing women with early onset breast cancer with population-based reference women. *Quality of Life Research*, 13(1), 191-206.
- Otero, J. (2000). Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis*, 4, 1699-4825.
- Páez, D., Fernández, I. & Mayordomo, S. (2000). Alexitimia y cultura. En D. Páez & M. M. Casullo (Comps.), *Cultura y Alexitimia: ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 51-71). Buenos Aires: Paidós.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la Escala de Alexitimia de Toronto: un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Páez, M.B., Luciano, C. & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.
- Palomar, J. & Gómez, N.E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Pandey, R., Mandal, M.K., Taylor, G.J. & Parker, J.D.A. (1996). Cross-cultural alexithymia: Development and validation of a Hindi translation of the 20-item Toronto alexithymia scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 173-176.
- Pargament, K.I., & Brant, C. (1998). Religion and coping. En Koenig, H. (ed). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Academic Press, 112-129.

- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology, 9*(6), 713-730. doi: 10.1177/1359105304045366
- Parker, J.D.A., Shaughnessy, P.A., Wood, L.M., Majeski, S.A. & Eastabrook, J.M. (2005). Cross-cultural alexithymia: validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in North American aboriginal populations. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 83-88.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry, 30*(5), 434-441. doi: 10.1016/0010-440X(89)90009-6
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 30*(1), 107-115.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 269-275.
- Parkes, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York: Basic Books.
- Pasini, A., Chiaie, R.D., Seripa, S. & Ciani, N. (1992). Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects. *Comprehensive Psychiatry, 33*(1), 42-46. doi: 10.1016/0010-440X(92)90078-5
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Pedrosa, F., Nickel, M., Ridout., N., Schwarz., M.J. Schoechlin, C. & Schmidmaier, R. (2007). Alexithymia and Interleukin Variations in Somatoform Disorder. *Neuroimmunomodulation, 14*(5), 235-242. doi: 10.1159/000112048
- Peñacoba, C., Velasco, L., Écija, C., Cigarán, M., & McKenney, K. (2013). Anxiety, depression and alexithymia in fibromyalgia: are there any differences according to age?. *Journal of Women & Aging, 25*(4), 305-320. doi:10.1080/08952841.2013.816221
- Pentz, M. (2005). Resilience among older adults with cancer and the importance of social support and spirituality-faith. *Journal of Gerontological Social Work, 44*(3), 3-22. doi:10.1300/J083v44n03_02
- Pérez, A., Sandino, C., Gómez, V. (2005). Relación entre depresión y práctica religiosa: un estudio exploratorio. *Suma Psicológica, 12*(1), 77-86.
- Pérez, A.V. (2006). El proceso tanatológico en pacientes con cáncer en fase terminal y aquellos con posibilidades de curación. *Tan@tos: Revista de la Sociedad Española e Internacional de Tanatología, 8*, 6-17.
- Pérez, C., Acosta, A., Megías, J. & Lupiáñez, J. (2010). Evaluación de las dimensiones de valencia, activación, frecuencia subjetiva de uso y relevancia para la ansiedad, la depresión y la ira de 238 sustantivos en una muestra universitaria. *Psicológica, 31*(2), 241-273.
- Phipps, S. & Steele, R. (2002). Repressive adaptive style in children with chronic illness. *Psychosomatic Medicine, 64*(1), 34-42.

- Phipps, S. (2007). Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(9), 1055-66.
- Phipps, S., Steele, R.G., Hall, K. & Leigh, L. (2001). Repressive adaptation in children with cancer: A replication and extension. *Health Psychology*, 20(6), 445-451.
- Pilowsky, I. & Spence, N.D. (1976). Pain, anger and illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 20(5), 411-416. doi: 10.1016/0022-3999(76)90003-9
- Pinquart, M. & Duberstein, P.R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40(11), 1797-1810. doi:10.1017/S0033291709992285
- Piqueras, J.A., Martínez, A.E., Ramos, V., Rivero, R., García-López, L.J. & Oblitas, L.A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
- Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A.E. & Oblitas, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Pirl, W.F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 32, 32-39. doi:10.1093/jncimonographs/lgh026
- Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, L.E., Rivas, L. & Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 59-73.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G. & Todarello, O. (2007). Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(7), 644-650. doi: 10.1002/pon.1115
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S. & Taylor, G.J. (1995). Alexithymia in inflammatory bowel disease. A case-control study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(1), 49-53.
- Preacher, K.J., & Coffman, D.L. (2006). *Computing power and minimum sample size for RMSEA* [Computer software]. Available from <http://quantpsy.org/>.
- Preacher, K.J., Cai, L., & MacCallum, R.C. (2007). Alternatives to traditional model comparison strategies for covariance structure models. In T. D. Little, J. A. Bovaird, & N. A. Card (Eds.), *Modeling contextual effects in longitudinal studies* (pp. 33-62). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Prigerson, H.G. & Maciejewski, P.K. (2008). Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *BJP: The British Journal of Psychiatry*, 193, 435-437. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053157
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczka A, Frank, E., Doman, J. & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1), 65-79.
- Puig, G. & Rubio, J.L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Gedisa.
- Quintana, A., Montgomery, W. & Malaver, C. (2009). Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia entre pares. *Revista de Investigación en Psicología*, 12(1).
- Quiroz, E.Y. (2011). *Creencias de pacientes diagnosticados con cáncer y en etapa terminal sobre su proceso de muerte*. Tesis: Universidad Católica de Pereira.

- Rabinowitz, T. & Peirson, R. (2006). "Nothing is Wrong, Doctor": Understanding and Managing Denial in Patients with Cancer. *Cancer Investigation*, 24(1), 68-76. doi: 10.1080/07357900500449678
- Ramírez, J.M. & Andreu, J.M. (2006). Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility and impulsivity) Some comments from a research project. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(3), 276-291. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.04.015
- Ramos, S. (2014). *Violencia sufrida y ejercida en la pareja desde una perspectiva ecológica*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Rando, T. (1993). *Treatment of Complicated Mourning*. Illinois: Research Press.
- Reich, M. & Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8(2), 453-471. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37892.
- Remor, E., Amorós, M. & Carrobes, J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.
- Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. doi: 10.1002/jclp.10020
- Richardson, G.E., Neiger, B.L., Jensen, S. & Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency
- Ringdal, G.I., Jordhoy, M.S., Ringdal, K. & Kaasa, S. (2001). Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 1016-1026. doi: 10.1016/S0885-3924(01)00363-3
- Rivero, R., Piqueras, J.A., Ramos, V., García, L.J., Martínez, A.E. & Oblitas, L.A. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1).
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L.M. & Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.
- Rodríguez, M.I. (2006). Afrontamiento del cáncer y sentido de vida: un estudio empírico y clínico. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S., & Pastor, M.A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 59-84.
- Roisman, G.I. (2005). Conceptual clarifications in the study of resilience. *American Psychologist*, 60(3), 264-265. doi: 10.1037/0003-066X.60.3.264
- Rojas, L.M. (2005). *La fuerza del optimismo*. Madrid: Aguilar.
- Romero, R. (2003). La terapia psicológica adyuvante en el enfermo oncológico. En I.C. Gabalda, *Psicoterapias cognitivas: evaluación y comparaciones*. (pp. 77-94). España: Paidós Ibérica.
- Romero, R., Ibáñez, E., & Monsalve, V. (2000). La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: Un estudio preliminar. En F. Gil, *Manual de psico-oncología*. (pp. 115-118). Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Rona, E. & Vargas, L. (1992). Problemas psicológicos en la familia del niño con cáncer. *Revista Chilena de Pediatría*, 63(4), 222-229.
- Rona, R. & Vargas, L. (1994). El impacto psicológico del cáncer en el niño y adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 65(1), 48-55.

- Rueda, B. & Pérez, A.M. (2007). Estudio de la alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 105-116.
- Rueda, B. & Pérez-García, A.M. (2007). Estudio de la alexitimia y de los procesos emocionales negativos en el ámbito de los factores de riesgo y la sintomatología cardiovascular. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 105-116.
- Rueda, B., Pérez-García, A.M., Sanjuán, P. & Rulz, M.A. (2006). Relación entre alexitimia y hostilidad: ¿una asociación influida por el malestar psicológico?. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 263-286.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- Ruíz, M.A., Garde, S., Ascunce, N. & Del Moral, A. (1998). Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 21(3), 119-124.
- Ruiz-Benítez, M.A. & Coca, M.C. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 5(1), 53-69.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631. doi: 10.1016/1054-139X(93)90196-V
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144. doi: 10.1111/1467-6427.00108
- Rutter, S.M. (1995). Psychosocial adversity: risk, resilience & recovery. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 75-88. doi: 10.1080/16826108.1995.9632442
- Salander, P. & Windahl, G. (1999). Does 'denial' really cover our everyday experiences in clinical oncology? a critical view from a psychoanalytic perspective on the use of 'denial'. *British Journal of Medical Psychology*, 72(2), 267-279. doi: 10.1348/000711299159899
- Salas, C. & Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1).
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J.L. & Amayra, I. (2002). Evaluación de la ansiedad y el dolor asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. *Anales españoles de pediatría*, 57(1), 34-44.
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez, I.S. (2001). La emigración como proceso de duelo: protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(82), 57-64.
- Sánchez, R. & Dos-Santos, M.A. (2007). Cáncer de mama, pobreza y salud mental: respuesta emocional a la enfermedad en mujeres de camadas populares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 786-791. doi: 10.1590/S0104-11692007000700012
- Sánchez, R., Gutiérrez, C. & Valencia, J.A. (2011). La muerte de un ser querido: validez y confiabilidad de una medida de regulación emocional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(1), 72-84.
- Sanders, C.M., Mauger, P.A. & Strong, P.N. (1985). *A manual for the Grief Experience Inventory*. North Carolina: The Center for the Study of Separation and Loss.

- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 1-18.
- Sanz, J., Magán, I. & García-Vera, M.P. (2006). Personalidad y el síndrome de AHI (agresión-hostilidad-ira): relación de los cinco grandes con ira y hostilidad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6, 153-176.
- Sartori, R. (2006). The bell curve in psychological research and practice: myth or reality?. *Quality and Quantity*, 40(3), 407-418.
- Satin, J.R., Linden, W. & Phillips, M.J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 115(22), 5349-61. doi: 10.1002/cncr.24561
- Schlatter, M.C. & Cameron, L.D. (2010). Emotional suppression tendencies as predictors of symptoms, mood, and coping appraisals during AC chemotherapy for breast cancer treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(1), 15-29.
- Schreiber, J.A. & Brockopp, D.Y. (2012). Twenty-five years later, what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(1), 82-94.
- Sears, S.R., Stanton, A.L. & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497. doi: 10.1037/0278-6133.22.5.487
- Secoli, S.R., Pezo, M.C., Rolim, M.A. & Machado, A.L. (2005). El cuidado de la persona con cáncer: un abordaje psicosocial. *Index de Enfermería*, 14(51), 34-39.
- Secretaría de Salud (2008). *Programa de acción específico 2007-2012: prevención de la mortalidad infantil*. Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/infancia/pronaremi.pdf>
- Secretaría de Salud (2010). *Programa sectorial: plan estatal de desarrollo 2010-2015*. Disponible en: http://www.nl.gob.mx/pics/pages/programas_sectoriales_base/ps_salud_2010_2015.pdf
- Secretaría de Salud. (2014). Carta de Derechos de los Pacientes. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico. Gobierno del estado de México. Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Sexton, M.C., Sunday, S.R., Hurt, S. & Halmi, K.A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 23(3), 277-286. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X
- Sifneos, P.E. (1967). Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. En Società Italiana di Medicina Psicosomatica (Ed.), *Proceedings of 7th European Conference on Psychosomatic Research*, (pp. 3-11). Rome, Italia: Karger medical and scientific publisher.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Simonsson-Sarnecki, M., Lundh, L., Törestad, B., Bagby, R.M., Taylor, G. & Parker, J. (2000). A Swedish Translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: Cross-

- validation of the Factor Structure. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41(1), 25-30.
- Sirgo, A., Díaz- Ovejero, M.B., Cano, A. & Pérez- Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(3), 259-271.
- Skodol, A.E. (2010). Basic dimensions of resilience. In J.W. Reich, A.J. Zautra & J. Stuart (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 112-145). New York: The Guilford Publications.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL] (2005). *Cuidados paliativos. Bioética en la Red*. Disponible en: http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=297
- Sociedad Mexicana de Psicología [SMP] (2002). *Código Ético del Psicólogo*. México: Editorial Trillas.
- Soler, M.V. (1996). *Afrontamiento y adaptación emocional en padres de niños con cáncer*. Tesis. Alicante. Disponible en: <http://www.reocities.com/CollegePark/library/7893/indice.htm>
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J. & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 365-371. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.03.008
- Spielberger, C. D., Krasner S. S. & Solomon E. P. (1988). The experience, expression and control of anger. En M. P. Janisse (Eds.). *Health Psychology: individual differences and stress*. New York: Springer Verlag Publishers.
- Spielberger, C., Johnson, E., Russell, S., Crane, R., Jacobs, G. & Worden, T. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In M. Chesney & R. Rosenman (Eds.). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, pp. 5-30. Hemisphere, USA: McGraw-Hill.
- Spielberger, C.D., Krasner, S.S., & Solomon, E.P. (1988). The experience, expression, and control of anger. In *Individual differences, stress, and health psychology* (pp. 89-108). New York: Springer.
- Stoolmiller, M. (1995). Using latent growth curve models to study developmental processes. In J.M. Gottman (Ed.). *Analysis of Developmental Change*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Fuller, J., Roehrig, B., Schleussner, C. & Wendt, T.G. (2007). The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 133, 8, 511-518.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. doi: 10.1080/074811899201046
- Szalay, L. & Bryson, J. (1973). Measurement of Psychocultural Distance: A Comparison of Americans Blacks and Whites. *Journal of Personality and social Psychology*, 26(2), 166-177.
- Taylor, E.J. (1993). Factors associated with meaning in life among people with recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20(9), 1399-1405.

- Taylor, G. J. A., & Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, 99-133. doi:10.1177/0003065112474066
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factor validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 277-283.
- Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M. & Acklin, M.W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatics Research*, 36(5), 417-424. doi: 10.1016/0022-3999(92)90002-J
- Taylor, G.J., Ryan, D.P. y Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4): 181-199.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Trauma Stress*, 9(3), 455-71.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards and integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545- 567.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards and integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545- 567.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J.I., Neipp, M.C. & Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología*, 16(2), 111-122.
- Thomas, S.P. (1989). Gender differences in anger expression: Health implications. *Research in Nursing & Health*, 12(6), 389-398. doi: 10.1002/nur.4770120609
- Thompson, G.N., Chochinov, H.M., Wilson, K.G., McPherson, C.J., Chary, S., O'Shea, F.M., Kuhl, D.R., Fainsinger, R.L., Gagnon, P.R. & Macmillan, K.A. (2009). Prognostic acceptance and the well-Being of patients receiving palliative care for cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27(34), 5757-5762. doi: 10.1200/JCO.2009.22.9799
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.
- Todarello, O., La Pesa, M.W., Zaka, S., Martino, V. & Lattanzio, E. (1989). Alexithymia and breast cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(1), 51-55. doi: 10.1159/000288134
- Todarello, O., Taylor, G.J., Parker, J.D.A. & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *Journal of Psychosomatics Research*, 39(8), 987-994. doi: 10.1016/0022-3999(95)00506-4
- Tomarken, A., Holland, J., Schachter, S., Vanderwerker, L., Zuckerman, E., Nelson, C., Coups, E., Ramirez, P.M. & Prigerson, H. (2008). Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 17(2), 105-111. doi: 10.1002/pon.1188
- Trask, P.C. (2004). Assessment of Depression in Cancer Patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 32, 80-92. doi:10.1093/jncimonographs/lgh013
- Trask, P.C., Paterson, A.G., Trask, C.L., Bares, C.B., Birt, J. & Maan, C. (2003). Parent and Adolescent Adjustment to Pediatric Cancer: Associations with Coping,

- Social Support, and Family Function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(1), 36-47.
- Triandis, H. C. (1990). Aproximaciones teóricas y metodológicas al estudio del individualismo y colectivismo. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6, 29-38.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L. & Barrett, L.F. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161–1190. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x
- Valdez, J.L. (1998). *Las redes semánticas naturales en psicología social*. Mexico: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdez, J.L. (2005). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valencia, S.R. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas*, 2(2), 241-257.
- Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2004). Resiliencia y sentido de vida. In A. Melillo, E. Ojeda & D. Rodríguez (Eds.), *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida* (pp.91-101). Buenos Aires: Paidós.
- Varela, L., Vázquez, M.I., Bolaños, L. & Alonso, R. (2011). Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. *Nefrología*, 31(1), 97-106. doi:10.3265/Nefrologia.pre2010.Jun.10279
- Velázquez, A.G., García, M.A., Alvarado, S. & Ángeles, J.A. (2007). Cáncer y psicología. *Gamo*, 6(3), 71-75.
- Veríssimo, R. (2003). Emotional intelligence: from alexithymia to emotional control. *Acta Medica Portuguesa*, 16(6), 407-411.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2, 161-168.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M. & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*, 28(2), 366-377. doi: 10.6018/analesps.28.2.148821
- Vos, M.S. & De Haes, J.C.J.M. (2007). Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-Oncology*, 16(1), 12–25. doi: 10.1002/pon.1051
- Vos, M.S., Putter, H., Van, H.C. & De Haes, H.C.J.M. (2008). Denial in lung cancer patients: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 17(2), 1163–1171. doi: 10.1002/pon.1325
- Vos, M.S., Putter, H., Van, H.C. & De Haes, H.C.J.M. (2010). Denial and physical outcomes in lung cancer patients, a longitudinal study. *Lung Cancer*, 67(2), 237-243. doi: 10.1016/j.lungcan.2009.04.003
- Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Werner, E.E. (1984). Resilient children. *Young Children*, 40(1), 68-72.

- Wheeler, S. & Louann, L. (1999). Denial: A conceptual analysis. *Archives of Psychiatric Nursing, 13*(6), 311-320. doi: 10.1016/S0883-9417(99)80063-6
- Wolin, S.J. & Wolin, S. (1993). *The resilient self: how survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books.
- Worchel, F.F., Nolan, B.F., Willson, V.L., Purser, J.S., Copeland, D.R. & Pfefferbaum, B. (1988). Assessment of depression in children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology, 131*(1), 101-112.
- Worden, J.W. (2010). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (Segunda edición). Barcelona: Paidós.
- Wortman, C.B. & Silver, R.C. (2001). The myths of coping with loss revisited. En M. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, H Schut (Ed), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*, pp. 405-429. Washington, DC: American Psychological Association, xv, 814 pp. doi: [10.1037/10436-017](https://doi.org/10.1037/10436-017)
- Yancey, D., Greger, H.A. & Coburn, P. (1990). Determinants of grief resolution in cancer death. *Journal of Palliative Care, 6*(4), 24-31.
- Yates, T.M. & Masten, A.M. (2004). Fostering the future: resilience theory and the practice of positive psychology. In P.A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp.521-539). New Jersey: Wiley.
- Yoffe, L. (2012). Beneficios de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología, 20*(1), 9-30.
- Zeitlin, S.B., McNally, R.J. & Cassiday, K.L. (1993). Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization?. *The American Journal of Psychiatry, 150*(4), 661-663.

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento escrito de participación voluntaria

(Primera aplicación)

Se le pide participar en un estudio cuyo **objetivo es conocer su forma de sentir, pensar y actuar durante el transcurso de la enfermedad.**

Su participación en la investigación consiste en responder a 35 preguntas abiertas que se tardan en completar aproximadamente 30 minutos.

Toda la información que proporcione será sometida a estricta confidencialidad, garantizándose sus derechos como paciente. Cuando se publiquen los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no lo identificaremos de manera alguna. Si decide no participar, esto no afectará la atención médica o psicológica que está recibiendo en este momento o reciba en el futuro.

Lo único que le solicitamos es que responda a todas y cada una de las preguntas de manera sincera. No hay respuestas buenas o malas, lo importante es que responda lo que usted piensa.

Ante cualquier duda, haga las preguntas necesarias.

He comprendido claramente el objetivo del estudio y en qué consistirá mi participación.

Sí () No ()

Estoy conforme en participar en este proyecto de investigación contestando el cuestionario.

Sí () No ()

Nombre completo del paciente

Nombre completo del familiar
(En caso de que el paciente sea menor de edad)

Nombre completo del testigo 1
Relación con el paciente:

Nombre completo del testigo 2
Relación con el paciente:

Firma del responsable del proyecto
M.C. Melina Miaja Ávila

Lugar de aplicación: _____

Fecha de aplicación: _____

ANEXO 2

Redes semánticas y preguntas abiertas sobre las fases del proceso del duelo (Primera aplicación)

El presente cuestionario es parte de un trabajo de investigación que tiene la finalidad de conocer la opinión de las personas sobre ciertos temas de actualidad.

1. Define cada una de las palabras escribiendo debajo de ellas, **CUANDO MENOS CINCO PALABRAS SUELTAS** que para ti se relacionen de manera importante con el enunciado.
2. A continuación ordena cada una de las palabras que escribiste de acuerdo con su relación de importancia o cercanía a ella. Para esto, escribe el número 1 junto a la palabra que creas que mejor define a esa palabra o la que sea más cercana a ella.

Ejemplo:

Las frutas son:

Sanas	1
Ricas	4
Postres	5
Manzanas	2
Alimentos	3

PARA MI NEGAR LA ENFERMEDAD ES:

- | |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

PARA MI LA IRA ANTE LA ENFERMEDAD ES:

- | |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

PARA MI NEGOCIAR CON LA ENFERMEDAD ES:

- | |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

PARA MI LA DEPRESIÓN ANTE LA
ENFERMEDAD ES:

- | |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

PARA MI ACEPTAR LA ENFERMEDAD ES:

- | |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

b. ¿Con **quién** **estas** **enojado(a)?**

c. ¿Qué piensas cuando estás enojado(a)?

d. ¿Qué sientes cuando estas enojado(a)?

e. ¿Qué haces cuando estas enojado(a)?

6. ¿Has realizado promesas o súplicas con la intención de tener un presente más favorable?

Sí, mucho A veces No, en lo absoluto

En caso de responder que sí,

a. ¿a qué crees que se deba?

b. ¿Hacia quién están dirigidas esas súplicas o promesas?

c. ¿Cuáles son esas promesas o súplicas?

d. ¿Qué sientes cuando realizas esas promesas o suplicas?

7. ¿Te has deprimido por el hecho de tener cáncer? Sí, mucho A veces No,
en lo absoluto

En caso de responder que sí,

a. ¿a qué crees que se deba?

b. ¿Qué piensas cuando estás deprimido(a)?

c. ¿Qué sientes cuando estás deprimido(a)?

d. ¿Qué haces cuando estás deprimido(a)?

8. ¿Has aceptado el hecho de tener cáncer? Sí, mucho A veces No, en lo absoluto

En caso de responder que sí,

a. ¿a qué crees que se deba?

b. ¿Qué pensaste cuando aceptaste el cáncer?

c. ¿Qué sentiste cuando aceptaste el cáncer?

d. ¿Qué hiciste cuando aceptaste el cáncer?

9. Durante el transcurso de la enfermedad, ¿qué otras emociones has sentido con más frecuencia?

ANEXO 3

Consentimiento escrito de participación voluntaria

(Segunda aplicación)

Se le pide participar en un estudio cuyo **objetivo es conocer su forma de sentir, pensar y actuar durante el transcurso de la enfermedad.**

Su participación en la investigación consiste en responder a tres cuestionarios que se tardan en completar aproximadamente 45 minutos.

Toda la información que proporcione será sometida a estricta confidencialidad, garantizándose sus derechos como paciente. Cuando se publiquen los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no lo identificaremos de manera alguna. Si decide no participar, esto no afectará la atención médica o psicológica que está recibiendo en este momento o reciba en el futuro.

Lo único que le solicitamos es que responda a todas y cada una de las preguntas de manera sincera. No hay respuestas buenas o malas, lo importante es que responda lo que usted piensa.

Ante cualquier duda, haga las preguntas necesarias.

He comprendido claramente el objetivo del estudio y en qué consistirá mi participación.

Sí () No ()

Estoy conforme en participar en este proyecto de investigación contestando el cuestionario.

Sí () No ()

Nombre completo del paciente

Nombre completo del familiar
(En caso de que el paciente sea menor de edad)

Nombre completo del testigo 1
Relación con el paciente:

Nombre completo del testigo 2
Relación con el paciente:

Firma del responsable del proyecto
M.C. Melina Miaja Ávila

Lugar de aplicación: _____

Fecha de aplicación: _____

ANEXO 4

Variables socio-demográficas y clínicas

Sexo: () Hombre () Mujer

Edad: _____

Estado civil: _____

Ingreso familiar mensual promedio en el último año:

- () Menos de 3,000 pesos () De 3,000 a 5,999 () De 6,000 a 11,999
() De 12,000 a 23,999 () De 24,000 a 47,999 () De 48,000 a 91,999
() Más de 92,000

Escolaridad:

- () Leer y escribir
() Primaria trunca () Primaria terminada
() Secundaria trunca () Secundaria terminada
() Media superior trunca () Media superior terminada
() Licenciatura trunca () Licenciatura terminada
() Posgrado trunco () Posgrado terminado

¿Te consideras una persona espiritual?

- () Poco () Algo () Bastante () Totalmente

¿Pertenece o te sientes afín a alguna creencia religiosa?

- () Sí, Católica () Sí, Cristiana () Sí, Otra ¿Cuál? _____
() No, a ninguna

En caso de responder que sí, ¿En qué grado te consideras creyente?:

- () Poco () Algo () Bastante () Totalmente

¿Con qué frecuencia sigues los rituales y ceremonias?

- () Sólo en eventos especiales, como bodas, bautizos, etc.
() Aparte de eventos especiales en raras ocasiones
() Con frecuencia
() Con mucha frecuencia

Pérdidas significativas anteriores al diagnóstico:

Antes de ser diagnosticado(a) con cáncer. ¿Tuviste alguna pérdida significativa (como el fallecimiento de algún ser querido, un aborto, la pérdida del trabajo, etc.)?

- () No () Si

En caso de responder que sí:

¿Qué tipo de pérdida fue? _____

¿Cuánto tiempo antes del diagnóstico de cáncer tuviste la pérdida? _____

¿Consideras que has elaborado adecuadamente la pérdida? () No () Si

Antecedentes de cáncer en la familia:

¿Existen antecedentes de cáncer en la familia? () No () Si
 ¿Qué integrante de la familia tuvo cáncer anteriormente? _____
 ¿Qué tipo de cáncer tuvo tú familiar? _____

Sobre ti:

Sitio donde se localiza el tumor (tumor primario): _____

¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde el diagnóstico? _____

Etapas del cáncer _____

Estatificación del cáncer: T__ N__ M__

T = tamaño del tumor primario, N grado de propagación a los ganglios linfáticos y M determina si el cáncer ha creado metástasis en otra parte del cuerpo.

Tratamientos:

Actualmente, ¿Qué tratamientos médicos estás llevando?

Cirugía	Radioterapia	Quimioterapia	Otros tratamientos: ¿Cuál? _____
---------	--------------	---------------	-------------------------------------

¿Consideras que los efectos secundarios de los medicamentos o tratamientos te han ocasionado mas deterioro físico que la propia enfermedad?

No, nada	Algo	Sí, mucho
----------	------	-----------

¿Qué tan informada(o) estás sobre la enfermedad?

Nada informado	Poco informado	Algo	Muy informado	Demasiado informado
----------------	----------------	------	---------------	---------------------

¿Qué tan informada(o) estás sobre el tratamiento?

Nada informado	Poco informado	Algo	Muy informado	Demasiado informado
----------------	----------------	------	---------------	---------------------

¿Qué tan informada(o) estás sobre tu proceso de enfermedad?

Nada informado	Poco informado	Algo	Muy informado	Demasiado informado
----------------	----------------	------	---------------	---------------------

¿Sientes que el tratamiento está teniendo éxito?

No, nada	Algo	Sí, mucho
----------	------	-----------

¿Sigues al pie de la letra todas las indicaciones que el doctor te da?

No	A veces	Si
----	---------	----

¿Sigues adecuadamente el tratamiento?

No	A veces	Si
----	---------	----

Antes de ser diagnosticado(a) con la enfermedad, ¿Qué significaba para ti el cáncer?

Actualmente, ¿Qué significa para ti el cáncer?

¿Con quién(es) sueles compartir tus emociones (miedo, tristeza, enojo, alegría, etc.)?

¿Con que frecuencia compartes tus emociones con otra persona?

Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------	--------------	---------

¿Quién(es) es la persona que te ha acompañado durante el proceso de enfermedad?

¿Compartes tu experiencia y emociones con otras personas que tienen la misma enfermedad? () No () Si

¿Has recibido apoyo psicológico? () No () Si
¿Dónde? _____

¿Has asistido a grupos de apoyo psicológico? () No () Si
¿A cuál? _____

Sentido de vida

1. ¿Qué le da sentido a tu vida?

2. ¿Tu forma de ver la vida cambio durante el transcurso de la enfermedad?

No, nada	Algo	Sí, mucho
----------	------	-----------

3. ¿De qué forma cambio?

4. Consideras que esta situación, le dio mayor sentido a tu vida.

No, nada	Algo	Sí, mucho
----------	------	-----------

5. ¿Por qué?

6. A raíz de la enfermedad ¿Qué has aprendido?

7. ¿Cómo consideras que ha sido tu vida? y ¿por qué?

8. ¿Cuáles son tus principales metas/propósitos en la vida?

ANEXO 5

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M) de Palomar y Gómez (2010)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones. Por favor circula la opción de respuesta que mejor te caracterice. No dejes de contestar ninguna de ellas.

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos.	1	2	3 4
2. Sé dónde buscar ayuda.	1	2	3 4
3. Soy una persona fuerte.	1	2	3 4
4. Sé muy bien lo que quiero.	1	2	3 4
5. Tengo el control de mi vida.	1	2	3 4
6. Me gustan los retos.	1	2	3 4
7. Me esfuerzo por alcanzar mis metas.	1	2	3 4
8. Estoy orgulloso de mis logros.	1	2	3 4
9. Sé que tengo habilidades.	1	2	3 4
10. Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles.	1	2	3 4
11. Creo que voy a tener éxito.	1	2	3 4
12. Sé cómo lograr mis objetivos.	1	2	3 4
13. Pase lo que pase siempre encontraré una solución.	1	2	3 4
14. Mi futuro pinta bien.	1	2	3 4
15. Sé que puedo resolver mis problemas personales.	1	2	3 4
16. Estoy satisfecho conmigo mismo.	1	2	3 4
17. Tengo planes realistas para el futuro.	1	2	3 4
18. Confío en mis decisiones.	1	2	3 4
19. Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores.	1	2	3 4
20. Me siento cómodo con otras personas.	1	2	3 4
21. Me es fácil establecer contacto con nuevas personas.	1	2	3 4
22. Me es fácil hacer nuevos amigos.	1	2	3 4
23. Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.	1	2	3 4
24. Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.	1	2	3 4
25. Es fácil para mí hacer reír a otras personas.	1	2	3 4
26. Disfruto de estar con otras personas.	1	2	3 4
27. Sé cómo comenzar una conversación.	1	2	3 4
28. Tengo una buena relación con mi familia.	1	2	3 4
29. Disfruto de estar con mi familia.	1	2	3 4
30. En nuestra familia somos leales entre nosotros.	1	2	3 4
31. En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.	1	2	3 4
32. Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.	1	2	3 4
33. En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos	1	2	3 4

importante en la vida.				
34. Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.	1	2	3	4
35. Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.	1	2	3	4
36. Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.	1	2	3	4
37. Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.	1	2	3	4
38. Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades.	1	2	3	4
39. Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.	1	2	3	4
40. Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.	1	2	3	4
41. Prefiero planear mis actividades.	1	2	3	4
42. Trabajo mejor cuando tengo metas.	1	2	3	4
43. Soy bueno para organizar mi tiempo.	1	2	3	4

ANEXO 6

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-30) adaptada por Moral (2011)

A continuación te vamos a hacer unas preguntas referentes a tus sentimientos y pensamientos. Por favor circula la opción de respuesta que mejor te caracterice.

0	1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. A menudo estoy confuso(a) con las emociones que estoy sintiendo	0 1 2 3 4 5
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos	0 1 2 3 4 5
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden	0 1 2 3 4 5
4. Me es difícil expresar mis sentimientos	0 1 2 3 4 5
5. Prefiero sólo describir los problemas que dar interpretaciones	0 1 2 3 4 5
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado(a) o enfadado(a)	0 1 2 3 4 5
7. A menudo estoy confundida con las sensaciones de mi cuerpo	0 1 2 3 4 5
8. Me choca las personas que se quiebran la cabeza con motivos y emociones en vez de aceptar las cosas como son	0 1 2 3 4 5
9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar	0 1 2 3 4 5
10. Estar en contacto con las emociones carece de importancia	0 1 2 3 4 5
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas	0 1 2 3 4 5
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos	0 1 2 3 4 5
13. No sé qué pasa dentro de mí	0 1 2 3 4 5
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado(a)	0 1 2 3 4 5
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos	0 1 2 3 4 5
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos	0 1 2 3 4 5
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos	0 1 2 3 4 5
18. Me incomoda mucho el silencio en momentos de intimidad	0 1 2 3 4 5
19. Considero de escasa utilidad examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	0 1 2 3 4 5
20. Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos	0 1 2 3 4 5
21. Cuando alguien se burla de mí, fantaseo terribles venganzas	0 1 2 3 4 5
22. Cuando estoy haciendo algo aburrido el tiempo se me va en fantasías	0 1 2 3 4 5
23. Tengo fantasías de grandes éxitos y poderes	0 1 2 3 4 5
24. He fantaseado con amores que sólo pueden tener lugar en mi	0 1 2 3 4 5

imaginación	
25. A veces huyo de la realidad a través de la imaginación	0 1 2 3 4 5
26. Con frecuencia tengo fantasías sobre mi futuro	0 1 2 3 4 5
27. Soy una persona que fantasea mucho	0 1 2 3 4 5
28. Tengo fantasías sexuales	0 1 2 3 4 5
29. Paso mucho tiempo soñando despierto cuando no tengo nada que hacer	0 1 2 3 4 5
30. Cuando conozco a alguien que me gusta, tengo muchas fantasías sobre nuestra relación	0 1 2 3 4 5

ANEXO 7

Escala de las Fases del Duelo (EFD-66)

Instrucciones: Encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.

	1	2	3	4	5
	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre

F.E.	Ítem	Frecuencia				
1N	1. No creo que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
1I	2. Hago corajes por todo.	1	2	3	4	5
1P	3. Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	1	2	3	4	5
1D	4. Me siento triste.	1	2	3	4	5
1A	5. Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	1	2	3	4	5
2N	6. Niego completamente que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
2I	7. Cualquier cosita me enoja.	1	2	3	4	5
2P	8. Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	1	2	3	4	5
2D	9. Lloro más de lo que solía llorar.	1	2	3	4	5
2A	10. Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	1	2	3	4	5
3I	11. Lloro de coraje.	1	2	3	4	5
3P	12. Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	1	2	3	4	5
3D	13. Siento que nadie me apoya.	1	2	3	4	5
3A	14. El apoyo de mi familia me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
4N	15. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
4I	16. Siento impotencia al no comprender la enfermedad.	1	2	3	4	5
4P	17. Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
4D	18. Me aísló de las demás personas.	1	2	3	4	5
4A	19. Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	1	2	3	4	5
5N	20. No voy al doctor, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
5I	21. Actué de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	1	2	3	4	5
5P	22. Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	1	2	3	4	5
5D	23. Deseo estar muerta(o).	1	2	3	4	5
5A	24. Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	1	2	3	4	5
6N	25. Les oculto la enfermedad a los demás.	1	2	3	4	5
6I	26. Me enojo con el Ser Supremo por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
6P	27. Prometo ser mejor persona, si me recupero.	1	2	3	4	5
6D	28. Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	1	2	3	4	5
6A	29. Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	1	2	3	4	5
7N	30. Me engaño al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
7I	31. Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
7P	32. La fe me ayuda a pensar positivamente.	1	2	3	4	5
7D	33. Siento que no hay nada por lo que luchar.	1	2	3	4	5
7A	34. Acepto el hecho de tener la enfermedad.	1	2	3	4	5

8N	35. Tengo miedo de hacerle frente a mi situación.	1	2	3	4	5
8I	36. Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
8P	37. Pienso que mi fe mejorará mi salud.	1	2	3	4	5
8D	38. Tengo pensamientos negativos.	1	2	3	4	5
8A	39. Acepto con resignación la enfermedad.	1	2	3	4	5
9N	40. Suelo ignorar que tengo la enfermedad.	1	2	3	4	5
9I	41. Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
9P	42. Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	1	2	3	4	5
9D	43. No tengo ganas de hacer nada.	1	2	3	4	5
9A	44. Tomo las cosas como son.	1	2	3	4	5
10N	45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	1	2	3	4	5
10I	46. Pienso por qué a mí.	1	2	3	4	5
10P	47. Creo que el doctor me va a curar, si sigo todas sus indicaciones	1	2	3	4	5
10D	48. Pienso que la enfermedad es un castigo por algo que hice.	1	2	3	4	5
10A	49. Siento que voy a superar la enfermedad.	1	2	3	4	5
11N	50. Me siento incapaz de aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
11I	51. Siento que es injusto tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
11P	52. Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	1	2	3	4	5
11D	53. Siento que se me acaban las fuerzas.	1	2	3	4	5
11A	54. El apoyo de mis seres queridos me ayuda a aceptar la enfermedad.	1	2	3	4	5
12N	55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	1	2	3	4	5
12I	56. Me enoja el no poder hacer mi vida normal.	1	2	3	4	5
12P	57. Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	1	2	3	4	5
12D	58. He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	1	2	3	4	5
12A	59. Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	1	2	3	4	5
13N	60. Me siento mejor al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
13A	61. Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	1	2	3	4	5
14N	62. No quiero enterarme de lo que me sucede.	1	2	3	4	5
14A	63. Pienso que voy a salir pronto de esto.	1	2	3	4	5
15N	64. No puedo creer que tenga esta enfermedad.	1	2	3	4	5
15A	65. Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	1	2	3	4	5
16N	66. Necesito la opinión de otros doctores porque no creo en el diagnóstico.	1	2	3	4	5

F.E: Factor esperado: N = Negación, I = Ira, P = Pacto, D = Depresión y A = Aceptación.

ANEXO 8

Escala Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38)

Instrucciones: Encierre en un círculo con qué frecuencia experimenta estas acciones, sentimientos y pensamientos en relación a su proceso de enfermedad.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre

	Ítem	Frecuencia				
1	6. Niego completamente que estoy enferma(o).	1	2	3	4	5
2	21. Actuó de manera agresiva con las demás personas; por ejemplo, les insulto.	1	2	3	4	5
3	3. Realizo promesas o súplicas a un Ser Supremo con la intención de tener un presente más favorable.	1	2	3	4	5
4	32. La fe me ayuda a pensar positivamente.	1	2	3	4	5
5	28. Tengo ganas de estar todo el día acostada(o).	1	2	3	4	5
6	5. Aceptar la enfermedad le da un sentido positivo a mi vida.	1	2	3	4	5
7	15. No necesito cuidarme, pues no estoy enfermo.	1	2	3	4	5
8	31. Me enojo con la vida por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
9	8. Busco una alianza con un Ser Supremo para que me cure.	1	2	3	4	5
10	37. Pienso que mi fe mejorará mi salud.	1	2	3	4	5
11	43. No tengo ganas de hacer nada.	1	2	3	4	5
12	10. Aceptar la enfermedad me permite estar bien.	1	2	3	4	5
13	45. Me resulta tan dolorosa la realidad que prefiero negarla.	1	2	3	4	5
14	36. Me enojo con conmigo misma(o) por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
15	17. Prometo portarme mejor para mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
16	42. Pienso que mi fe me ayudará a salir adelante.	1	2	3	4	5
17	53. Siento que se me acaban las fuerzas.	1	2	3	4	5
18	19. Me he adaptado a los cambios que involucra la enfermedad.	1	2	3	4	5
19	55. Niego la enfermedad por miedo a que me tengan lástima.	1	2	3	4	5
20	41. Siento mucho coraje por tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
21	12. Negociar con un Ser Supremo me da fuerzas.	1	2	3	4	5
22	57. Pienso que mi fe me ayudará a tener un mejor futuro.	1	2	3	4	5
23	58. He perdido el interés en casi todas las actividades de mi vida.	1	2	3	4	5
24	24. Estoy aprendiendo a vivir con la enfermedad.	1	2	3	4	5
25	60. Me siento mejor al negar la enfermedad.	1	2	3	4	5
26	46. Pienso por qué a mí.	1	2	3	4	5
27	22. Me siento mejor al realizar promesas o súplicas a un Ser Supremo.	1	2	3	4	5
28	29. Al aceptar la enfermedad, siento que me quiero más.	1	2	3	4	5
29	62. No quiero enterarme de lo que me sucede.	1	2	3	4	5
30	51. Siento que es injusto tener la enfermedad.	1	2	3	4	5
31	27. Prometo ser mejor persona, si me recupero.	1	2	3	4	5
32	34. Acepto el hecho de tener la enfermedad.	1	2	3	4	5

33	64. No puedo creer que tenga esta enfermedad.	1	2	3	4	5
34	44. Tomo las cosas como son.	1	2	3	4	5
35	52. Realizo promesas u ofrecimientos esperando una curación.	1	2	3	4	5
36	59. Pienso que hay algo bueno que aprender de la enfermedad.	1	2	3	4	5
37	61. Aceptar la enfermedad, me hace sentir más tranquila(o).	1	2	3	4	5
38	65. Aceptar la enfermedad, me brinda bienestar.	1	2	3	4	5