

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 13 No.3 - 2016

Análisis psicométrico de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

Psychometric Analysis of Positive and Negative Affection Scale (PANAS) in Women Who Survived Breast Cancer

MSc. Vanessa Esperanza Montiel Castillo,^IDra. C. Annia Esther Vizcaíno Escobar,^{II}Dra. C. Vivian Margarita Guerra Morales,^{III}MSc. Evelyn Fernández Castillo,^{IV}

I Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Médica. Profesora Auxiliar. Departamento de Psicología. Universidad Central de Las Villas. Villa Clara, Cuba

II Licenciada en Psicología. Doctora en Ciencias Psicológicas. Máster en Psicopedagogía. Profesora Titular. Departamento de Psicología. Universidad Central de Las Villas. Villa Clara, Cuba

III Licenciada en Psicología. Doctora en Ciencias Psicológicas. Máster en Psicología Médica. Profesora Titular. Departamento de Psicología. Universidad Central de Las Villas. Villa Clara, Cuba IV Licenciada en Psicología. Máster en Psicopedagogía. Profesora asistente. Departamento de Psicología. Coordinadora del Centro de Bienestar Universitario. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara. Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Objetivo: Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS), en una muestra de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

Métodos: Se trabajó con una muestra no probabilística intencional conformada por 115 personas. Se realizó el análisis de la confiabilidad y validez del instrumento. Para el procesamiento de los datos se empleó la estadística descriptiva, pruebas no paramétricas (Tau-b de Kendall, U de Mann Whitney), así como técnicas específicas para el análisis factorial exploratorio.

Resultados: Se obtuvieron dos factores (afecto positivo y afecto negativo) que, agruparon los ítems correspondientes a una y otra escala de modo claro y diferenciado. Dos ítems obtuvieron bajas cargas factoriales (temeroso y alerta). La confiabilidad para la escala estado, fue: afecto positivo = .91 y afecto negativo = .82, y para rasgo: afecto positivo = .91 y afecto negativo = .84.

Conclusiones: La Escala de Afectos Positivos y Negativos, mostró excelentes propiedades psicométricas que coinciden con reportes de estudios similares, así como la versión original. Se recomienda que los ítems que obtuvieron bajas cargas factoriales sean modificados con vistas a otros procesos de adaptación y validación.

Palabras clave: afecto positivo, afecto negativo, sobrevivientes, cáncer de mama, escalas, propiedades psicométricas

ABSTRACT

Objective: Determine the psychometric qualities of Positive and Negative Affect Scale (PANAS) in a sample of women who survived breast cancer.

Methods: The current study used a non-probabilistic intentional sample composed of 115 people. The analysis of reliability and validity of the instrument was carried out. Descriptive statistics, non-parametric tests (Kendall's Tau-b, Mann Whitney's U), as well as specific techniques for the exploratory factorial analysis were used for data processing.

Results: Two factors (positive affection and negative affection) were found, which put the correspondent items of each scale into groups, in a differentiated clear way. Two items got low factorial associations (frightened and alert). The reliability for the state scale was: positive affection = .91, and negative affection = .82, and for feature: positive affection = .91, and negative affection = .84.

Conclusions: The Positive and Negative Affect Scale showed excellent psychometric qualities which coincide with similar studies reported, as well as with the original version. It is recommended that those items which got low factorial associations should be modified with a view to other adaptation and validity processes.

Keywords: Positive affection, negative affection, survivors, breast cancer, scales, psychometric qualities

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades crónicas no trasmisibles ocupan el primer lugar de los cuadros epidemiológicos a nivel mundial, el cáncer es expresión de esta realidad.¹ Los avances científicos en la medicina relacionados con la detección precoz de la enfermedad, la efectividad de los tratamientos y el acceso a los servicios de salud entre otros factores, han hecho posible que a nivel mundial en el cáncer de mama se eleven a 85% las tasas de supervivencia a cinco años después del diagnóstico,² (Jemal, 2009 #445; Jemal, 2009 #445) estimándose en 4,4 millones la cifra de sobrevivientes.³

Cuba presenta indicadores de salud similares a las naciones desarrolladas, un estudio realizado por CONCORD Working Group⁴ publicado recientemente estimó a nivel nacional tasas de supervivencia que ascienden al 77%, especialmente en las pacientes diagnosticadas de forma precoz. En las últimas décadas, la investigación sobre la expresión de emociones y el bienestar ha alcanzado un vertiginoso desarrollo en la Psicooncología, constituyendo un tema actual de interés para el estudio de los procesos implicados en la salud.⁵⁻¹⁰

Se plantea que un número considerable de las sobrevivientes regresan a su funcionamiento normal y son capaces de vivir libres de síntomas, incluso que no existen diferencias significativas con población normal, sin embargo queda otro grupo en el que persisten dificultades físicas, sociales y psicológicas, que no remiten con el tiempo, se considera que más del 40% presentan síntomas relevantes de malestar psicológico.^{11,12}

Ha sido ampliamente estudiada la afectividad negativa, por ejemplo la depresión ha sido estimada entre 0 y 58%^{13, 14} y la ansiedad entre 6 y 23%.^{15,16} Las mujeres deben lidiar con síntomas físicos asociados a las secuelas de la enfermedad como fatiga, insomnio, neuropatía y dolor, otras afectaciones incluyen: alteraciones sexuales como la menopausia inducida por el tratamiento, función gonadal alterada, y desfiguración quirúrgica significativa.^{17,18}

Las investigaciones sobre el afecto positivo, han sido mucho más escasas que las primeras, sin embargo comienzan a poner de manifiesto el importante papel que tiene para la salud, pues no solo contribuye a disminuir el riesgo de enfermedad sino que parece facilitar la recuperación de

la misma, por lo que resulta esencial identificar y potenciar los mecanismos que garantizan el bienestar emocional para optimizarlo y con ello mejorar la salud humana.¹⁹⁻²¹

Sears, Stanton y Danoff-Burg²² identificaron en un estudio que el 83% de las pacientes con cáncer de mama durante su experiencia, encontraron beneficios que se expresaron en cambios positivos en sus estilos de vida. Otros estudios han diagnosticado altas puntuaciones en "disfrute", así como que una mayor tendencia al optimismo predice un mejor ajuste a la enfermedad,^{23;24} mientras que otras investigaciones han mostrado que un mayor afecto positivo se asocia a una mayor calidad de vida percibida de los pacientes.^{17;25;26}

El modelo bifactorial del afecto²⁷ plantea la existencia de dos grandes factores dominantes en las experiencias emocionales. El afecto positivo (AP) representa la dimensión de emocionalidad positiva, refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante, mientras que el afecto negativo (AN) representa una dimensión general de diestres subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo, nerviosismo.²⁸

Los términos afecto positivo y negativo, pudieran sugerir que constituyen dos factores opuestos e inversamente correlacionados entre sí, sin embargo varios autores coinciden en la existencia de una estructura ortogonal e independiente entre ambos, quizás sea este el punto más discutido en la

actualidad. Por tanto, se consideran dos dimensiones independientes entre sí, lo cual indicaría que elevadas puntuaciones en una escala no implicarían bajas puntuaciones en la otra. La AN se relaciona con altos niveles de estrés, pobre capacidad de afrontamiento y enfermedades físicas, mientras que la AP se encuentra relacionada con una rica vida social y altos niveles de satisfacción vital.²⁹

Hoy día se identifican en la literatura varios instrumentos para evaluar estas dos dimensiones del afecto^{30;31} en el caso de los pacientes con cáncer de mama se conoce el Profile of Moods States (versión corta) que ha sido validada³² y la Escala de Afecto Positivo y Negativo validada en España.³³ La Escala de afecto positivo y negativo (Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) desarrollada por Watson, Clark y Tellegen, es el instrumento más difundido y utilizado para evaluar la afectividad.²⁷ En la literatura se encuentran referentes de su utilización en muestras europeas^{34;35} y latinoamericanas,^{36;39} tanto en población clínica como no clínica, también ha sido utilizada en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.⁴⁰⁻⁴²

En su versión original es un instrumento que consta de 20 reactivos, diez de los cuales evalúan afecto positivo y los restantes diez, afecto negativo. Los ítems consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones, la persona las califica teniendo en cuenta el grado en que las experimenta, para ello se propone una escala de cinco puntos, donde 1 significa "muy poco o nada", y 5 "extremadamente".

Las propiedades psicométricas del PANAS han sido estudiadas para diferentes instrucciones de tiempo (Momento presente, Hoy, Últimos días, Semana pasada, Últimas semanas, Último año y En general). La confiabilidad de la subescala de AP varía en el rango de .86 a .90, mientras que la de AN se encuentra entre .84 y .87. La validez factorial ha mostrado la existencia de una estructura bifactorial definida, con cargas adecuadas de los diferentes ítems en su respectiva dimensión.²⁷

Su popularidad se debe en gran medida a su brevedad y por ser una medida de fácil aplicación, pero mucho más importante ha sido su aporte para la diferenciación entre ansiedad y depresión, contribuyendo a la creación del modelo tripartito.⁴³ Ambas son fenomenológicamente distintas, no obstante ha resultado muy difícil su diferenciación a través de diversos instrumentos de evaluación psicológica, debido a que todas estas medidas comparten un factor común, la afectividad negativa.²⁸

El modelo tripartito plantea que en adición a este factor común de afectividad negativa, existen componentes específicos en la ansiedad y la depresión que permiten su diferenciación. En el caso de la ansiedad este componente específico es la hiperactivación fisiológica y en el caso de la depresión es el bajo afecto positivo (anhedonia), posteriormente este modelo ha sido probado.⁴⁴

En Cuba no se han identificado referentes de investigaciones en el ámbito nacional de la aplicación de este instrumento en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, pero si con adultos mayores,⁴⁵ a ello se une que no existe un instrumento válido y confiable dirigido únicamente a obtener información diagnóstica sobre las emociones positivas y negativas. La atención y el seguimiento psicosocial de los pacientes con cáncer constituye prioridad del sistema sanitario cubano, por tanto comprender las particularidades de la afectividad de estas mujeres y sus potencialidades de riesgo/beneficio, hacen de este, un tema de gran significación para la práctica clínica-asistencial de los profesionales que se encargan de los cuidados integrales de estas pacientes y la salud pública.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto **el objetivo** de este estudio se centra en determinar las propiedades psicométricas de la versión mexicana de la Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS) en una muestra de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de evaluación tecnológica orientada a determinar las propiedades métricas de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS).

Se asumió como población a las mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad (N=312) pesquisadas por el Registro Provincial del Cáncer en los municipios de Santa Clara y Cifuentes. Por razones de factibilidad fueron seleccionadas dos áreas de salud de ambos municipios. La muestra estuvo conformada por 115 mujeres. La selección se hizo de manera no probabilística e intencional, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Los criterios de inclusión fueron: haber sido diagnosticada con cáncer de mama no metastásico en estadio 0, I o II, tiempo de evolución entre cinco y diez años, no estar actualmente en tratamiento, edades comprendidas entre los 45 y 75 años, ausencia de alteraciones psíquicas y consentimiento informado, fueron excluidas las que no cumplían con los criterios antes expuestos.

Las participantes tuvieron una media de edad de 61 años ($DE=8.36$). Predominan las mujeres casadas (65.2%), seguida de las divorciadas (16.5%), las viudas (12.2%) y las solteras (6%). En cuanto a las variables médicas, la media para el tiempo de evolución fue de 7.2 años ($DE=1.99$). El 73% fue sometida a cirugía radical y el 27% a conservadora, en cuanto a los tratamientos adyuvantes el 53% recibió quimioterapia, el 42% radioterapia y el 100% fue medicada con tamoxifeno como medida preventiva durante los primeros cinco años.

Instrumentos

Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) versión mexicana.³⁹ Se selecciona este instrumento por estar más cercano a la comprensión semántica de Cuba y porque evalúa el afecto en su dimensión de rasgo y estado a través de las dos instrucciones de tiempo que propone, lo cual se ajusta más a los fines de esta investigación. Es un instrumento autoaplicable que consta de dos apartados de veinte reactivos cada uno, diez de los cuales miden el afecto positivo y diez el afecto negativo. En el primer apartado se evalúa la presencia de los afectos "en las últimas semanas" (afecto como estado), y en el segundo apartado se les evalúa "generalmente" (afecto como rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos y están diseñadas de acuerdo al formato de respuesta tipo Likert. Se contestan indicando un número en un rango del 1 al 5, donde 1 significa "muy poco o nada", y 5 "extremadamente". La confiabilidad para "últimas semanas" fue para AP=.85 y AN=.81, y para "generalmente", AP=.90 y AN=.85.

Procedimientos

Esta investigación forma parte de un estudio más amplio sobre intervención psicológica en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama y comprendió el periodo comprendido entre los meses de septiembre y diciembre de 2014. Primeramente, fue realizada una evaluación de jueces, en la que participaron tres especialistas de Filología y nueve profesionales de psicología. En relación a estos últimos, cinco son del sexo femenino y cuatro del masculino. La experiencia profesional promedio fue de 23.1 años, siete (78%) se encuentran en el rango de 20 a 40 años, mientras que dos (22%) están en el rango de 10 a 15 años. En cuanto al grado científico, seis

(67%) ostentan el grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas, mientras que los restantes tres (33%), son Máster en Ciencias.

En cuanto a la categoría docente seis (67%) son profesores titulares, los restantes (33%) son auxiliares. En cuanto al lugar donde trabajan, cinco laboran en la Universidad Central de Las Villas, uno en la Universidad de La Habana, dos en la Universidad de Ciencias Médicas y uno en el Hospital Docente "Celestino Hernández Robau", todos vinculados al diagnóstico y la intervención psicológica.

Todo ello con el objetivo de evaluar los ítems, la utilidad del instrumento, su aplicación y comprensión. Se empleó una entrevista semiestructurada y una encuesta de evaluación. Respetando la versión original se le realizaron modificaciones a algunos ítems que parecían resultar ambiguos, así como las instrucciones. Posteriormente la versión final de la escala (anexo 1) fue aplicada en un estudio piloto a 30 mujeres diferentes de la muestra y a las participantes en el estudio.

El reclutamiento de las pacientes se realizó a través de los coordinadores del programa del control del cáncer en cada una de las áreas de salud y se le solicitó autorización para la aplicación de las pruebas al Comité de Ética municipal. Antes de la participación en el estudio las mujeres dieron su consentimiento informado (véase anexo 2), fueron informadas sobre los objetivos del estudio y la confidencialidad de los resultados obtenidos. Seguidamente, se procedió a aplicar el instrumento.

Para evaluar la factibilidad del análisis factorial exploratorio se aplicó el Índice de adecuación muestral KMO (Káiser-Meyer-Olkin) y el test de esfericidad de Bartlett. Posteriormente se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio (método de componentes principales, rotación de factores Varimax y cálculo de las puntuaciones factoriales) y además se calculó la consistencia interna a partir del alfa de cronbach. Los datos fueron recogidos durante una sesión de trabajo en las salas de rehabilitación de los respectivos policlínicos con adecuadas condiciones de iluminación y privacidad, se contó con una duración de aproximadamente 20 minutos para la aplicación.

RESULTADOS

Evaluación de los jueces y estudio piloto

La evaluación de jueces comenzó con una entrevista semiestructurada teniendo en cuenta los indicadores: posibilidades de adaptar la prueba y cambios a realizar en el instrumento. Se obtuvo que la totalidad considera oportuno adaptar el instrumento y a su vez contar en los servicios de psicología, con un instrumento de evaluación como el PANAS. Dentro de las razones que ofrecieron se ubican que no se identifica en el país un instrumento corto que ofrezca de manera rápida información válida y confiable sobre la afectividad positiva y negativa, otros elementos que señalan son las características de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, en su mayoría mayores de 60 años, por lo que es de fácil comprensión y aplicación.

Las sugerencias, estuvieron enfocadas en el cambio de algunos ítems que no se corresponden con los significados culturales (100%), así como preocupaciones sobre si esas eran las emociones que representaban la afectividad de las mujeres con cáncer de mama (75%), por lo que se sugieren construir los ítems de acuerdo a las particularidades de estas mujeres. De igual manera se hicieron sugerencias (100%) en función de las instrucciones para delimitar rasgo (frecuencia) de estado (intensidad).

Una vez concluida la entrevista se les entregó el instrumento, acompañado de una Encuesta de Evaluación. En cuanto a la compresión de las instrucciones el 44% las considera acertadas, mientras que el 56%, plantea que las orientaciones deben cambiarse en función de diferenciar el rasgo del estado. Dentro de las principales sugerencias se encuentran:

- En la instrucción de últimas semana debe perfilarse en función de la intensidad.
- Para la instrucción cómo se siente regularmente sustituirla por algún término que indique frecuencia.

En relación a la pregunta que indaga sobre si los ítems tributan a la evaluación de la afectividad se constataron criterios elevados en este sentido, pues el 78% (7) marcaron criterios entre 4 y 5 puntos, mientras que el restante 22% (2), entre 3 y 4. Los ítems que obtuvieron puntuaciones más bajas que se le sugirieron hacerles modificaciones por resultar ambiguos para el contexto cubano se encontraban:

Ítem a sustituir	Alternativa
Molesto	Disgustado
De mala	Frustrado
Firme	Fuerte
Atento	Amable
Emocionado	Alegre
Avergonzado	Triste

Todas estas sugerencias quedaron reflejadas en las modificaciones que se le hicieron a los ítems, en el caso de atento que se ofrecieron dos alternativas se tomó amable y en el caso de emocionado se tomó alegre. Se eliminó también avergonzado y se ubicó triste.

En la pregunta 5 relacionada con la pauta de calificación se sugirió cambiar la pauta de calificación para la escala que evalúa el afecto como estado, en función de que se evalúe la frecuencia con que se vivencian estos estados.

1 = Casi nunca

2 = Pocas veces

3 = Unas veces sí y otras no

4 = Muchas veces

5 = Casi siempre.

Con respecto a la última pregunta no se hicieron sugerencias.

Estudio piloto

Con el objetivo de darle continuidad al proceso evaluativo, se sometió a un estudio piloto en el que participaron 30 mujeres diferentes a la muestra, a las que se le entregó el cuestionario para llenarlo. Como parte de este proceso no se presentaron dificultades para la comprensión de cada uno de los ítems y el instrumento de manera general. Finalmente, se procedió a elaborar la versión final de la PANAS, para mujeres con cáncer de mama.

Análisis Factorial del PANAS

Factibilidad del Análisis Factorial

En el estudio de la adecuación de la muestra al modelo, se pudo comprobar que la adecuación muestral a este análisis resulta deseable y presenta muy buena adecuación a los datos, ya que el estadístico de KMO que indica la proporción de la varianza que tienen en común las variables analizadas muestra el valor de 0.82 coeficiente muy cercano a la unidad que es lo más deseable para este tipo de análisis.

La prueba de esfericidad de Bartlett ($c2=1467.9$; $gl=190$; $p = 0.000$) mostró una intercorrelación adecuada para la realización del Análisis Factorial Exploratorio. En este estudio la significación es perfecta y se rechaza la hipótesis nula de esfericidad, por tanto es posible continuar con el análisis factorial.

La totalidad de los ítems del PANAS fueron sometidos al análisis factorial mediante el método de extracción, Análisis de componentes principales. Como resultado de este análisis se obtuvieron cinco factores que explicaban el 74% de la varianza total del instrumento. Los 5 primeros valores autovalores obtenidos para el análisis fueron: 8.08, 2.41, 1.54, 1.14, 1.044, se puede constatar que solo dos alcanzan valores elevados. Posteriormente es aplicado el test de sree (gráfico de sedimentación de las componentes), lo que trae como resultado que se decida retener los dos primeros factores, pues después del segundo factor el resto de los componentes comienzan a tener una pendiente fuerte, resultando ser residuales.

Posterior a la extracción de dos factores y la rotación Varimax, se evidencia que el Factor 1 y el Factor 2 explican el 55% de la varianza total del instrumento. La Tabla 1 presenta los resultados que reflejan las comunidades finales de cada variable que permanecen inalteradas con la rotación.

Tabla 1. Saturación factorial de los reactivos del PANAS

I Reactivos del PANAS	Factor	
	Afectividad positiva	Afectividad negativa
Motivada	1.01	
Entusiasmada	.97	
Inspirado	.93	
Alegre	.85	
Fuerte	.88	
Orgullosa	.77	
Decidida	.69	
Activa	.42	
Amable	.47	
Alerta	.19	
Desgustada		.65
Irritada		.60
Insegura		.52
Agresiva		.47
Nervioso		.38
Triste		.35
Inquieto		.33
Culpable		.31
Frustrado		.11
Temeroso		-.11

Se puede constatar que ambos factores agruparon los ítems correspondientes a una y otra escala de modo claro y diferenciado, con valores que de manera general mostraron una tendencia a ser elevados. Solo el ítem “temeroso” se mostró con dificultades, pues en ambos factores las cargas fueron inferiores a 0, mientras que el ítem “alerta” y “frustrado” obtuvieron puntuaciones bajas.

Para realizar el análisis de la consistencia interna se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach para cada una de las escalas tanto para la última semana (estado) como para generalmente (rasgo). Se puede constatar en la tabla 2 que la consistencia interna obtiene valores elevados.

Tabla 2. Análisis de la consistencia interna de las subescalas del PANAS

Subescalas del PANAS	En general	Última semana
	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach
Afectividad positiva	.91	.91

DISCUSIÓN

Los avances en la ciencia afectiva⁴⁶ han venido a ampliar el debate sobre las estrechas y complejas relaciones entre salud y afecto,⁴⁷ permitiendo comprender el rol de múltiples variables asociadas al estrés y las emociones que pudieran contribuir a atenuar esta enfermedad, que hoy día constituye un problema de salud pública mundial. La población de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama irá en aumento en las próximas décadas, ^{48;49} anticiparnos a conocer sus necesidades y ofrecerles atención psicológica en correspondencia con las mismas.¹⁴ debe ser prioridad para los sistemas sanitarios y en especial para el personal de salud que se encarga de su atención.

Los resultados presentados constituyen un paso de avance para la población de mujeres cubanas sobrevivientes de cáncer de mama, permitiendo identificar las potencialidades de riesgo y beneficio de las emociones con un alto valor preventivo,⁵⁰ y de esta manera estimular la posibilidad real de proteger la salud y promover eficazmente el bienestar.^{52;52} De igual manera el resultado obtenido aporta datos para la validación posterior del PANAS en población cubana y oncológica en general.

Tomando en consideración los elementos anteriormente expuestos, unido al hecho de que en nuestro contexto existe un vacío de instrumentos correctamente adaptados de acuerdo a las normas internacionales de psicometría, que permitan evaluar las emociones positivas y negativas de forma válida y confiable en población oncológica, resulta de vital importancia desarrollar el presente estudio.

Los resultados obtenidos en el análisis de factibilidad permitieron proseguir con el análisis factorial que indica que la versión del PANAS aquí presentada evidencia un óptimo nivel de consistencia interna para las ventanas de tiempo “última semana” y “generalmente”, que resulta adecuada para su utilización en este estudio. La estructura factorial mostró dos factores agrupados en afecto positivo y afecto negativo. Estos resultados apoyan los obtenidos con muestras norteamericanas,²⁷ chilenas,³⁸ españolas³⁴ e inglesas³⁵ y la mexicana³⁹ esta última adaptada para este estudio.

De particular interés resulta el valor obtenido para el ítem “motivado” que supera mínimamente a la unidad, no obstante por su puntuación, pudieran derivarse inferencias de su valor para la intervención psicológica con estas mujeres, en tanto pudiera identificarse como un indicador estable y característico de la afectividad positiva en estas mujeres que pudiera ser potenciado y asumirse como variable resiliente. En la literatura revisada, si bien se encontraron valores cercanos a 1 en relación a este ítem, no se encontraron referentes de resultados similares por lo que pudiera representar un resultado novedoso.

Los ítems “temeroso” y “alerta” obtuvieron bajas saturaciones factoriales que no cumplieron con las normativas internacionales⁵³, para el resto de los ítems las cargas fueron adecuada. Se considera que las bajas cargas factoriales para las últimas tres pudieran estar relacionadas con sesgos culturales. Resultados similares encontró³⁶ con “alerta”. En cuanto a este ítem, ya los jueces habían manifestado preocupación con respecto a su diferenciación, por lo que estos resultados lo confirman.

En este sentido en función de mejorar las cargas factoriales de estos reactivos, se sugiere sustituirlos, lo cual pudiera contribuir a elevarlas. Un elemento que atenta contra la diferenciación en los ítems, es el hecho de que la versión utilizada en nuestro contexto es la adaptación que se hizo de la mexicana, es válido aclarar que esta situación con los ítems no se presenta en el estudio realizado por Robles,³⁹ por lo que pudiera sugerirse para próximas experiencias la traducción directa del instrumento por especialistas del país.

En cuanto al ítem “temeroso”, quizás las dificultades encontradas se deben a la comprensión semántica, pues diversos estudios han reportado que el temor, expresado como miedo a la recurrencia, es un indicador bastante frecuente de afectividad negativa en estas mujeres,^{49,54,55} quizás para próximos estudios deba ser sustituido por “miedo”. Con respecto a este ítem, Duffey y Fernández,³⁶ también reportaron dificultades, las cuales atribuyeron a que no constitúa un descriptor de dicha dimensión del afecto negativo en el grupo de mujeres participantes, o que podía estar sesgado por las características culturales de la muestra, esto último parece que es lo que sucede en el presente estudio.

A partir de los resultados obtenidos se concluye que el instrumento adaptado evidencia excelentes propiedades psicométricas para evaluar la afectividad positiva y negativa en esta muestra de mujeres con cáncer de mama. Las cargas factoriales de los tres ítems que obtuvieron bajas puntuaciones deben ser modificadas, que a nuestro juicio pudieran estar determinadas por sesgos culturales. La mayor potencialidad de este instrumento y que en buena medida puede contribuir a elevar la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes, es la posibilidad que abre a estudiar las emociones positivas, hasta ahora un ámbito prácticamente inexplorado en nuestro contexto, en tanto nos permitirá asumir la intervención psicológica con enfoque salutogénico y preventivo.

Es válido señalar algunas limitaciones del presente estudio, la primera está relacionada con la selección de la muestra que fue realizada de manera intencional, por tanto los resultados aquí obtenidos no son posibles generalizarlos a la población de sobrevivientes de cáncer de mama en el país. Es por ello que se invita a especialistas del ámbito de la Psicooncología y de la psicología clínica y de la salud en el país, a realizar estudios con poblaciones más amplias de mujeres con esta enfermedad. Otra limitación es que la escala aquí analizada es una adaptación de la versión mexicana, por tanto presenta algunos sesgos culturales que deben ser tenidos en cuenta para próximas aplicaciones. Otra limitación es que no fue posible tomar como referencia para este análisis resultados de otros estudios psicométricos que hayan aplicado el PANAS en esta población y se hizo con resultados de población normal. Pese a estas dificultades señaladas el instrumento mostró ser válido y confiable, por tanto se considera como un avance en la comprensión de la afectividad en este grupo de mujeres y puede servir de punto de referencia para otros estudios. Se sugiere a los investigadores interesados en el campo a seguir esta línea aquí iniciada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lorenzo A. La relación profesional de ayuda personal psicológica y los modelos de acción interrelacionados en la clínica y la salud en Cuba. *Alternativas cubanas en Psicología*. 2013; 1(2):68-78.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. *Cancer statistics*, 2009. *CA Cancer J Clin.* 2009; 59: 225-49.
3. Howell D, Hack TF, Oliver TK, Chulak T, Mayo S, Aubin M, et al. Survivorship services for adult cancer populations: a pan-Canadian guideline. *Curr Oncol.* 2011 Dec; 18(6): e265–e281.
4. Allemani C, Weir HK, Carrerira H, Harewood R, Spika D, Wang X, et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 678 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* [Internet]. 2014; [citado 23 2015]; 385(9972): 977-1010.
5. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequence. *Psychophysiology*. 2002 May; 39(3): 281-91.
6. Sirgo A, Díaz-Ovejero M, Cano-Vindel A, Pérez-Manga G. Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*. 2001; 7(2-3): 259-71.
7. Cano-Vindel A, Sirgo A, Díaz-Ovejero MB. Control, defensa y expresión de emociones:

Relaciones con salud y enfermedad. En: Fernández-Abascal EG, Palmero F, editores. Emociones y Salud. Madrid: Ariel; 1999.

8. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. En: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007. p. 3-24.
9. Gross JJ. Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. En: Gross JJ, editor. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007.
10. Porro ML, Andrés ML, Rodríguez-Espinola S. Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. Avances en Psicología Latinoamericana. 2012;30(2):341-55.
11. García-Torres F. Los síntomas somáticos-motivacionales de la depresión, el psicoticismo y la ansiedad en situaciones cotidianas: nuevas vías para entender problemas clásicos en las supervivientes al cáncer de mama [tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2014.
12. Cano-Vindel A, del Rosal MA, Miguel-Tobal JJ, Sirgo A, Pérez G, García R. Evaluación del estilo represivo de afrontamiento y su posible influencia sobre variables hematológicas en mujeres con cáncer de mama. Revista Internacional de Psicología[Internet]. 1999[citado 24 Agos 2016]; 3(2). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/644/>
13. Zuraida N, Ruzyanei N, Baharudin A, Ahmad Z, Guan C. Prevalence of Depression in Breast Cancer Survivors: a Systematic Review of Observational Studies. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(4):2649-56.
14. Reyes-Gibby CC, Anderson KO, Morrow PK, Shete S, Hassan S. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *J Womens Health (Larchmt).* 2012 Mar; 21(3): 311-18.
15. García-Torres F, Alós FJ. Anxiety in common situations of everyday life in breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2014 Aug; 23(8):953-55.
16. García-Torres F, Alós FJ. Identification of different depressive symptoms after mastectomy. *Psychooncology.* 2013 Dec; 22(12):2857-59.
17. Ward MA, Steinke EE. Factors Affecting Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *GRASP.* 2013; 9: 10-1.
18. Shapiro S, Lopez A, Schwartz G, Bootzin R, Figueiredo A, Braden C, et al. Quality of Life and Breast Cancer: Relationship to Psychosocial Variables. *J Clin Psychol.* 2001 Apr; 57(4):501-19.
19. Vázquez C, Castilla C. Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología.* 2007; 4(2-3):385-404.
20. Fredrickson BL. The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *Am Psychol.* 2001 Mar; 56(3): 218-26.
21. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychol Bull.* 2005 Nov; 131(6):925-71.
22. Sears SR, Stanton A, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol.* 2003 Sep; 22(5):487-97.
23. Levy S, Huberman R, Lipman M, d'Angelo T. Correlation of stress factors with sustained depression of natural killer cell activity and predicted prognosis in patients with breast cancer. *J Clin Oncol.* 1987 Mar; 5(3):348-53.
24. Levy SM, Lee J, Bagley C, Lippman M. Survival hazard analysis in first recurrent breast cancer patients: Seven- year follow-up. *Psychosom Med* 1988; 50:520-8.
- 25.Forgas JP. Belief and affect: On the mental pre-cursors of health-related cognition and behaviour. *J Health Psychol* January 2013; 18(1): 3-9.
26. Yeung N, Lu Q. Affect mediates the association between mental adjustment styles and quality of life among Chinese cancer survivors. *J Health Psychol.* 2014 Nov; 19(11):1420-927.
27. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988 Jun; 54(6):1063-70.
28. Watson D, Wiese D, Vaidya J. The Two General Activation Systems of Affect: Structural Findings, Evolutionary Considerations, and Psychobiological Evidence. *J Pers Soc Psychol.* 1999; 76(5):820-38.
29. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull.* 1985 Sep; 98(2):219-35.
30. Diener E, Emmons R. The independence of positive and negative affect. *J Pers Soc Psychol.* 1984 Nov; 47(5):1105-17.

31. Russell JA. A circumplex model of affect. *Psychol Bull*. 1985 Sep; 98(2):219-35.
32. Shacham N. A shortened version of the profile of mood states. *J Pers Assess*. 1983; 47:305-6.
33. Sánchez-Cánovas J. El bienestar psicológico subjetivo escalas de evaluación. *Boletín de Psicología*. 1994; 43:23-45.
34. Sandín B, Chorot P, Lostao L, Joiner TE, Santed MA, Valiente RM. Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*. 1999; 11(1):37-51.
35. Crawford JR, Henry JD. The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2004 Sep; 43(Pt 3):245-65.
36. Dufey M, Fernández AM. Validez y confiabilidad del Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) en estudiantes universitarios chilenos. RIDEP. 2012; 34(1): 157-73.
37. Moral J. La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA*. 2011; 18-2(julio-octubre):117-25.
38. Moriondo M, De Palma P, Medrano LA, Murillo P. Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica*. 2012; 11(1):187-96.
39. Robles R, Páez F. Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Salud Mental*. 2003; 26(1):69-75.
40. Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Desmond KA. Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results Cancer Res*. 1998; 152:396-411.
41. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long term, disease-free survivors of breast cancer: a follow up study. *J Natl Cancer Inst*. 2002 Jan 2; 94(1):39-49.
42. Tomich PL, Hegelson VS. Five years later a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology*. 2002; 11:154-69.
43. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomy implications. *J Abnorm Psychol*. 1991 Aug; 100(3):316-36.
44. Watson D, Weber K, Assenheimer JS, Clark LA, Strauss ME, McCormick RA. Testing a tripartite model. I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995; 104:3-14.
45. Torres L, Martín M, Pérez R, Riquelme A. Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin sintomatología depresiva, ansiosa o mixta. *Rev Hosp Psiq [Internet]*. 2013 [citado 21 Jul 2016]; 10(2). Disponible en <http://www.revistahph.sld.cu/hph2-2013/hph%2001213.html>
46. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clin Psychol Sci*. 2014; 2(4):387 -401.
47. DeSteno D, Gross JJ, Kubzansky L. Affective Science and Health: The Importance of Emotion and Emotion Regulation. *Health Psychol*. 2013 May; 32(5):474-86. doi: 10.1037/a0030259.
48. Janz NK, Fries CR, Li Y, Graff JJ, Hamilton AS, Hawley ST. Emotional well-being years post-treatment for breast cancer: prospective, multi-ethnic, and population-based analysis. *J Cancer Surviv*. 2014 Mar; 8(1):131-42.
49. Mehner A, Berg P, Henrich G, Herschbach P. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivor. *Psychooncology*. 2009; 18:1273-80.
50. Roca MA. Psicología Clínica una mirada desde la salud humana. La Habana: Félix Varela; 2013.
51. Grau JA, Infante OE, Díaz JA. Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. *Pensamiento Psicológico*. 2012; 10(2):83-101.
52. Morales F. La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. *Estudios de Psicología*. 2011; 16(1):23-30.
53. Muñiz J, Elosua, P, Hambleton, RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*. 2013; 25(2): 151-57.
54. Gibson LM, Thomas S, Parker V, Mayo R, Wetsel MA. Breast Cancer Fear in African American Breast Cancer Survivors. *Cultural Diversity*. 2014; 21(4):135-44.
55. Lebel S, Rosberger Z, Edgar L, Devins GM. Emotional distress impacts fear of the future among breast cancer survivors not the reverse. *J Cancer Surviv*. 2009; 3: 117-27.

ANEXOS

Anexo 1. Escalas de Afectividad Positiva y Negativa, para mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, PANAS

Instrucciones: esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Diga con qué intensidad se ha sentido así en las últimas semanas. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en LA ÚLTIMA SEMANA usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5				
motivada _____		irritable _____		
disgustada _____		alerta _____		
alegre _____		triste _____		
frustrada _____		inspirada _____		
fuerte _____		nerviosa _____		
culpable _____		decidida _____		
temerosa _____		amable _____		
agresiva _____		inquieta _____		
entusiasmada _____		activa _____		
orgullosa _____		insegura _____		

Instrucciones: esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Diga la frecuencia con que usted se siente así habitualmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en GENERAL O REGULARMENTE usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5				
motivada _____		irritable _____		
disgustada _____		alerta _____		
alegre _____		triste _____		
frustrada _____		inspirada _____		
fuerte _____		nerviosa _____		
culpable _____		decidida _____		
temerosa _____		amable _____		
agresiva _____		inquieta _____		
entusiasmada _____		activa _____		
orgullosa _____		insegura _____		

Anexo 2. Consentimiento informado de las participantes

Estimada señora:

Un grupo de profesionales de la Facultad de Psicología de la Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas en conjunto con el Programa Integral para el Control del Cáncer en su municipio, están desarrollando una investigación para conocer cómo afrontan la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama que llevan entre cinco y nueve años conviviendo con la enfermedad.

Tomando en consideración los datos ofrecidos por su médico de familia, usted ha sido seleccionada para participar en este estudio. Es por ello que le solicitamos su cooperación voluntaria para participar. Asumimos el compromiso de tratar la información que nos proporcione con la máxima confidencialidad y solo será utilizada con fines científicos,

permitiendo incrementar el conocimiento sobre la temática estudiada y de este modo contribuir a la atención de sus necesidades y las de otras mujeres afectadas. Es completamente libre para decidir si participa o no en el estudio. Si en algún momento desea dejar de colaborar, podrá hacerlo sin dar ninguna explicación al respecto y sin que ello le genere algún daño.

Declaratoria de voluntariedad: He entendido el propósito del estudio y la información que me brindaron, teniendo la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma. Acepto voluntariamente participar en la investigación. Si ha comprendido, y acepta, haga su declaración a continuación.

Yo _____ acepto cooperar, brindando con sinceridad y responsabilidad la información que se me solicite.

Nombre y apellidos del participante Firma Fecha

Nombre y apellidos del investigador Firma Fecha

Recibido: 01 de febrero de 2016
Aceptado: 04 de octubre de 2016

Vanessa Esperanza Montiel Castillo. Departamento de Psicología. Universidad Central de Las Villas. Villa Clara, Cuba. Carretera a Camajuaní Km 51/2. Dirección electrónica: vanesae@uclv.edu.cu