

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

Facultad de Psicología. Grado en Psicología



**Las consecuencias del diagnóstico oncológico en los dos sistemas de pensamiento y su relación con la Inteligencia Emocional**

---

Trabajo de Fin de Grado

AUTORA: M. Pilar Vicente Martínez

TUTORA: Ana M<sup>a</sup> Nieto Carracedo

Julio de 2016

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

Declaro que he realizado el trabajo “Las consecuencias del diagnóstico oncológico en los dos sistemas de pensamiento y su relación con la Inteligencia Emocional” para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2015/2016 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

M. Pilar Vicente Martínez

**INDICE:**

<b>I.- Introducción</b>	<b>1</b>
1.1.- Justificación del trabajo	1
1.2.- Fundamentación teórica	2
1.3.- Objetivos e hipótesis	11
<b>II.- Metodología</b>	<b>12</b>
2.1.- Participantes	12
2.2.- Materiales	14
2.3.- Procedimiento	15
<b>III.- Resultados y discusión</b>	<b>16</b>
3.1.- Resultados	16
3.2.- Discusión	20
<b>IV.- Conclusiones y prospectiva</b>	<b>23</b>
<b>V.- Referencias bibliográficas</b>	<b>25</b>
<b>VI.- Anexos</b>	<b>27</b>

## **INDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1:</b> Dos versiones de la teoría dual del razonamiento_____	6
<b>Tabla 2:</b> Descriptivos del REI en los tres grupos_____	17
<b>Tabla 3:</b> Resultados del Anova inter-intra_____	17
<b>Tabla 4:</b> Relación entre IE y Racionalidad_____	18

## **INDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1:</b> Matices del estrés en el cáncer_____	3
<b>Figura 2:</b> Representación del modelo de las dos mentes según Evans_____	8
<b>Figura 3:</b> Modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey_____	9
<b>Figura 4:</b> Distribución de la muestra según el sexo_____	13
<b>Figura 5:</b> Distribución de los tipos de tratamientos en activo_____	13
<b>Figura 6:</b> Interacción entre grupo y sistema de pensamiento_____	18
<b>Figura 7:</b> El Sistema 2 en personas con alta y baja IE pertenecientes al Grupo 1_____	19
<b>Figura 8:</b> El Sistema 2 en personas con alta y baja IE pertenecientes al Grupo 3_____	20

## **RESUMEN**

El diagnóstico de la patología oncológica produce una ruptura con el transcurso de la vida cotidiana, afectando a todos los ámbitos de la persona. El afrontamiento de la enfermedad supone una reorganización a nivel mental, que en este trabajo se ha enfocado desde las teorías duales del pensamiento. Estas teorías defienden que las personas funcionan mediante dos sistemas de pensamiento con características muy diferentes, el Sistema 1 que es rápido y económico y el Sistema 2 que es reflexivo y lento. Se pretende analizar la relación entre éste sistema dual y la Inteligencia Emocional en 110 pacientes oncológicos, divididos en tres grupos en función de la antigüedad de su diagnóstico. A través del TMMS-24 y del REI se ha comprobado que las personas con un diagnóstico más reciente emplean con mayores niveles los dos sistemas de pensamiento, mientras que las personas que llevan más años diagnosticadas muestran menores niveles de activación en ellos. Los resultados también han mostrado que existe relación entre el Sistema 2 y la Inteligencia Emocional.

## **PALABRAS CLAVE**

Sistemas duales de pensamiento; cáncer; diagnóstico; psicooncología; Inteligencia Emocional.

## **I.- INTRODUCCIÓN:**

### **1.1.- JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO:**

Desde los pensadores clásicos se ha estudiado el funcionamiento de la mente, sin embargo, las teorías duales del pensamiento son relativamente recientes. En las últimas décadas ha aumentado notablemente el interés por éstas, según las cuales habría dos sistemas cognitivos: uno más viejo, evolutivamente hablando, rápido e intuitivo y un segundo sistema reflexivo, controlado y consciente. De la misma manera, tanto la psicooncología como la inteligencia emocional se encuentran en un momento de pleno auge.

Este estudio es una aplicación a población clínica de las teorías de psicología básica, concretamente de la psicología del pensamiento. La investigación pretende estudiar en población oncológica los procesos duales del pensamiento, así como su relación con la inteligencia emocional en diferentes momentos temporales de vivencia y afrontamiento de la enfermedad. El objetivo es analizar la influencia que tiene el diagnóstico, afrontamiento y convivencia de la enfermedad de cáncer en el sistema dual, y su posible relación con los cambios en la inteligencia emocional.

Se ha elegido como objeto de estudio población oncológica ya que el diagnóstico de esta enfermedad produce un gran impacto en todos los ámbitos de la persona, por lo que resulta de gran interés estudiar también sus consecuencias a nivel cognitivo y emocional y cómo evolucionan a lo largo del proceso de la misma.

La revisión de la literatura realizada muestra que existe una laguna científica en este campo, ya que no se han encontrado estudios similares. El interés en el tema de esta investigación surge principalmente por tres motivos: la importancia que el sistema dual de razonamiento está adoptando como explicación al funcionamiento de la mente; el aumento de la prevalencia del cáncer; y la ausencia de estudios en población clínica sobre esta teoría de la psicología básica.

Resulta evidente la importancia de este estudio al existir una necesidad de comprender cómo funciona el razonamiento ante situaciones de shock, lo cual es útil posteriormente para explicar el comportamiento de los pacientes; así como conocer la influencia de la inteligencia emocional a lo largo de todo este complejo proceso.

## **1.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:**

El cáncer, según el National Cancer Institute, es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades en las que algunas células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos de alrededor, pudiendo empezar casi en cualquier lugar del cuerpo humano. Generalmente cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan, sin embargo, en el cáncer este proceso se descontrola: las células anormales pueden dividirse sin interrupción formando masas que se llaman tumores.

Las cifras de las Naciones Unidas barajan que en 2020 en España se diagnosticarán 246.714 casos nuevos, y teniendo en cuenta las estadísticas de la OMS en la mayor parte de países desarrollados el cáncer es la segunda causa de mortalidad y en España es la primera causa en hombres. Este aumento en las cifras se debe a un mayor número de población a nivel mundial, mayor fuente de datos, envejecimiento de la población o incluso por un aumento real en las tasas de incidencia (Parkin et al., 2005). Actualmente, el cáncer se ha dejado de considerar una enfermedad mortal, para convertirse según el CIE-10, en una enfermedad crónica por todos los ámbitos de la vida de la persona a los que afecta, como veremos más adelante.

Gracias a las investigaciones los supervivientes de cáncer son cada vez un número mayor, y se prevé que siga aumentando al realizarse diagnósticos más precoces y tratamientos más eficaces. Blasco, Caballero y Camps (2013) afirman que la “población de largos supervivientes, presenta unas secuelas específicas directamente relacionadas con el tipo de tumor, la agresividad de los tratamientos recibidos así como el impacto del diagnóstico en el paciente” (p.27). No existe de manera consensuada una definición de superviviente de cáncer, pero según el NCI (Nacional Cancer Institute) sería toda persona desde el momento del diagnóstico y durante toda su vida.

Pese a lo explicado anteriormente todavía hay un intenso temor, y recibir el diagnóstico de cáncer no es una tarea fácil, no sólo por la enfermedad como tal, sino por el gran impacto sociocultural, y la ecuación de Groddeck sigue presente (cáncer = muerte). El pronóstico de su evolución depende del momento en el que ha sido detectado, ocasionando un gran impacto físico, psicológico y social tanto en la propia persona como en su entorno. Estudiar las consecuencias psicológicas que provoca el cáncer es imprescindible, ya que según Solana (2005) la sorpresa y el impacto que



acompañan a la experiencia del diagnóstico de cáncer, dónde el temor al diagnóstico, el miedo al pronóstico, la trayectoria de posible sufrimiento y dolor de la enfermedad, se explica desde la incertidumbre de lo incomprensible, creando múltiples interrogantes.

Son amplios los estudios sobre las repercusiones del cáncer a nivel emocional y físico, ya que provoca cambios en las relaciones familiares y sociales del enfermo (trabajo, relaciones interpersonales, recursos...) por lo que el diagnóstico de una patología oncológica afecta al individuo por completo. Desde el momento de su localización estos cambios dependen de la situación personal de cada paciente, puesto que cada persona es única. Estos afectarán a todos los ámbitos del sujeto, produciendo en primer lugar negación, aturdimiento, miedo, cólera... Y a lo largo del tiempo surge estrés, rabia, aislamiento, modificaciones en la percepción temporal, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, dependencia y tristeza; los cuales constituyen mecanismos de afrontamiento como se verá más adelante. Tras el diagnóstico se vive una crisis vital en la que sale a relucir la capacidad de adaptación a la nueva situación (Urkuyo et al., 2005).

El cáncer provoca una reacción de estrés con cuatro matices en concreto (Bayés, 1991 citado en Rodríguez, 2006):

<b>INCERTIDUMBRE:</b> La persona no conoce qué pasará en el futuro	<b>SENTIMIENTOS NEGATIVOS:</b> Miedo, angustia y tristeza
<b>PÉRDIDA DE CONTROL:</b> La incertidumbre produce indefensión	<b>AMENAZAS A LA AUTOESTIMA:</b> Cambios corporales, baja laboral...

Figura 1. Matices del estrés en el cáncer. (Bayés, 1991)

Recopilando los estudios de diferentes autores, (Narváez y Rubios, 2008; Morales y Robles, 2009) la ansiedad y la tristeza son las reacciones más comunes en los pacientes oncológicos durante las diferentes fases de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el paso por los diferentes tratamientos y revisiones médicas. Tener cáncer produce un impacto psicológico y emocional derivado de dificultades objetivas (pruebas médicas, tratamiento, síntomas físicos, efectos secundarios...), de la interpretación subjetiva y de sus vivencias anteriores relacionadas con este tema. Según Acevedo (1985) la reacción global del paciente surge de la interacción de condicionantes externos (circunstancias) y de cómo el individuo hace frente a ello en base a sus ideas.

También cabe señalar que al margen de las consecuencias del diagnóstico, los tratamientos oncológicos producen secuelas a nivel cognitivo y emocional. El concepto más conocido y que se está estudiando con mucho ímpetu actualmente es el de *chemobrain*. Entre el 15% y el 50% de los pacientes tratados con quimioterapia presentan alteraciones como resultado del efecto secundario de este tratamiento y estos pueden persistir, según los datos más recientes, bastantes años después de la finalización del tratamiento (Blasco et al., 2013). Algunos efectos secundarios presentes en el deterioro cognitivo por chemobrain inciden en la memoria, el aprendizaje, la concentración, el razonamiento, la función ejecutiva, la atención y la habilidad visoespacial.

Existen multitud de estudios sobre el afrontamiento del cáncer. El primer impacto del diagnóstico implica una reorganización a nivel mental, para lo que son necesarias las estrategias de afrontamiento con el objetivo de tratar de estabilizar lo máximo posible un hecho tan estresante. El concepto de afrontamiento tiene como referencia inequívoca la propuesta por Lazarus y Folkman (1986, p. 164), “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Este concepto se basa en su teoría sobre el estrés psicológico y el proceso de afrontamiento, conocida como el Modelo Transaccional, por ser un proceso dinámico dependiendo de las individualidades de la persona y de las variaciones de la situación. Para este estudio resulta de especial interés señalar una de las características que Soriano (2002) atribuye al afrontamiento: considera que éste no es un rasgo, es decir, no es algo perpetuo en la

persona, ni que forme parte de su personalidad, ya que varía en función de las circunstancias vitales que atraviesa la persona.

En el caso del cáncer, el afrontamiento va cambiando según la fase de la enfermedad en la que el paciente se encuentre y hace referencia a las respuestas de pensamiento y comportamentales que se emplean para intentar minimizar lo máximo posible el desafío que supone el curso de la dolencia. Moorey y Greer (1989) desarrollan un patrón llamado esquema de supervivencia en el que se describe cómo los pacientes ponen en marcha su capacidad de adaptación, las respuestas emocionales y los anteriormente mencionados estilos de afrontamiento.

Como se ha visto, y apoyado por literatura científica, el cáncer tiene efectos sobre toda la persona, y por lo tanto el pensamiento no queda al margen. Aunque existen distintas teorías sobre el pensamiento, unas de las que están recobrando fuerza, son las teorías duales. De acuerdo con estas teorías la cognición está regida no solo por una parte racional, si no que la intuición también es un proceso importante. Mientras que la parte racional y reflexiva de la cognición, históricamente se ha estudiado de manera exhaustiva, sin embargo, la intuición hasta la aparición de estas teorías no había tenido cabida en las investigaciones científicas de la psicología. Como ya se ha mencionado, las Teorías Duales defienden que las personas funcionan mediante dos sistemas de pensamiento con características, utilidades y puntos fuertes y débiles diferentes. Uno de sus objetivos es eliminar la tensión que existe al considerar a las personas como seres totalmente racionales, que deben guiarse únicamente por la razón y superar los errores a los que se ven sometidos por la actuación de la intuición. Existen múltiples maneras de denominar los dos sistemas, y en función del autor, le otorgan pequeños matices, pero el tronco principal es el mismo, una muestra es la siguiente tabla:

Tabla 1. Dos versiones de la teoría dual del razonamiento. Adaptada de García-Campos (2009)

Evans y Over (1996)	Propiedades del Sistema Tácito:	Propiedades del Sistema Explícito:
	Procesos implícitos que operan de modo rápido, probablemente innatos, son más antiguos evolutivamente hablando y son compartidos con algunos mamíferos superiores.	Procesos cognitivos explícitos, que están sujetos a la influencia de instrucciones verbales, son procesos lentos con capacidades limitadas, conscientes y propiamente humanos.
Stanovich y West (2000, 2003)	Propiedades del Sistema 1:	Propiedades del Sistema 2:
	Procesos automáticos, inconscientes en gran medida que demandan relativamente poca capacidad computacional. Son procesos universales, compartidos con todos los seres humanos.	Procesos cercanos a la inteligencia analítica, controlados y que demandan capacidad cognitiva. Es un sistema que puede controlar algunos de los resultados provenientes del sistema 1.

El Sistema 1, implícito o experiencial emplea pensamientos rápidos e intuitivos, son automáticos, por lo que la persona no es consciente de su utilización y demandan poca energía al sujeto, evolutivamente hablando son más ancestrales. Este sistema incluye capacidades innatas que compartimos con otros animales (como son la percepción, orientar la atención y ciertos miedos) y también razonamientos que mediante la práctica habitual y prolongada se convierten en automáticas (Kahneman, 2011).

En el otro bando del razonamiento se encuentra el Sistema 2, explícito o racional, caracterizado por ser reflexivo y analítico, realiza pensamientos conscientes, lo cual hace que sea lento y demande un gran esfuerzo. Se encarga de controlar los razonamientos que emite el sistema 1, de manera que algunos se llevan a cabo directamente y otros los elabora mediante razonamientos más exhaustivos.

Como consecuencia a tener diferentes funciones, sus ventajas y desventajas son distintas. El gran fallo del Sistema 1, estudiado por un gran número de autores (Evans et al., 1983; Frederick, 2005; Kahneman y Tversky, 2011; etc.) son los sesgos, comete errores cuando las exigencias requeridas no se pueden desarrollar de manera rápida; otro fallo es que el Sistema 1 nunca puede ser desconectado por ser nuestra parte más ancestral. En contraposición, un par son las principales desventajas del Sistema 2, como se ha comentado anteriormente, requiere una mayor cantidad de tiempo y consume más

recursos, y en segundo lugar la necesidad de requerir atención hace que si ésta se aparta de la tarea resultará afectada. Respecto a los puntos fuertes, el sistema implícito es rápido, tanto es así que se considera automático, por lo que resulta muy económico. El sistema explícito realiza buenas elaboraciones en tareas complejas y situaciones a las que no estamos habituados, como podría ser la elaboración cognitiva y emocional que conlleva asumir un diagnóstico de una enfermedad crónica.

Las investigaciones (Stanovich, 2009; Kahneman, 2011) muestran que el Sistema 1 es más influyente y está activo más tiempo que su compañero: “Lo que los psicólogos creen es que todos nos pasamos buena parte de nuestras vidas guiados por las impresiones del Sistema 1, y que a menudo no sabemos el origen de esas impresiones” (Kahneman, 2011, p. 90). El hecho de que su activación no requiera control voluntario hace que lo empleemos de manera rutinaria. Sin embargo, ante tareas o situaciones complejas en las que entran en juego las emociones, hay que concentrarse o elegir entre difíciles opciones, el exhaustivo Sistema 2 entra en escena. Por lo tanto, se concluye que de manera natural tenemos activo el sistema experiencial, pero ante una dificultad o situación sorprendente que altera la normalidad el sistema racional entra en acción. Esta última interpretación es la que se pretende investigar en el presente estudio.

Lo mencionado anteriormente es la manera en la que la mayoría de estudios exponen los sistemas duales del razonamiento, sin embargo esta no es una concepción unánime. Evans (2010) pone en duda el sistema dual, al considerar que solamente dos sistemas no pueden realizar un abanico tan amplio de actividades cognitivas. Propone la teoría de las dos mentes (ver figura 2), formadas cada una de ellas por múltiples sistemas. Hogarth (2005) considera que no existe tal subdivisión, la mente es un continuo en la que en cada extremo se encuentra un tipo de razonamiento. Por otro lado, Epstein afirma que son dos sistemas paralelos de procesamiento de la información, mediante su teoría CEST (Cognitive-Experiential Self-theory) y que es la interacción de los dos sistemas lo que determina finalmente la conducta humana. Pero como se puede ver en esta revisión ningún estudio del tema quiere mantener la idea de dos módulos encapsulados y aislados (Carruthers, 2006).

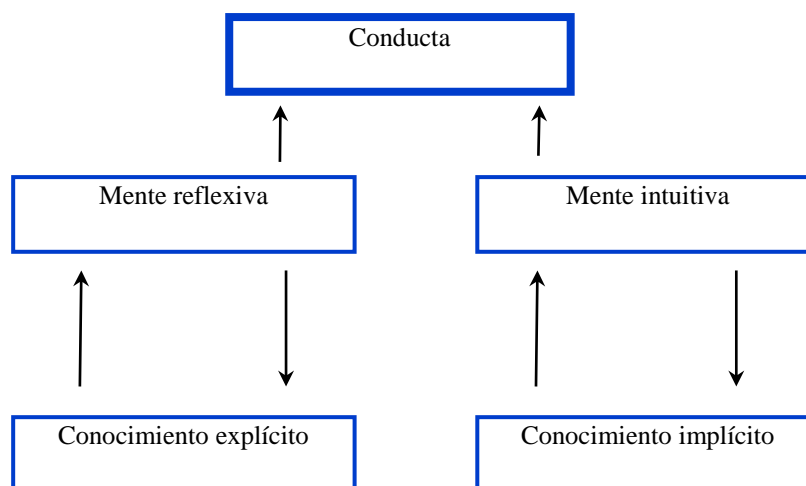


Figura 2. Representación gráfica del modelo de las dos mentes. Evans (2010)

Haciendo referencia de manera más específica a la interacción entre el diagnóstico del cáncer y el empleo de los sistemas de razonamiento, cuando la situación es difícil todo el organismo está en alerta, dedicando más esfuerzos con el fin de cometer menos errores y resolver de la mejor manera posible. Las tareas complejas movilizan el Sistema 2, dejando al margen el modo intuitivo y reflexionando cada decisión de manera meticulosa y analítica. Estudios han comprobado que la mente responde de manera rápida a amenazas aunque sean simbólicas (como puede ser escuchar ciertas palabras) y si estas son negativas de manera más inmediata aún. Aunque la amenaza no exista de manera presente el Sistema 1 lo percibe como algo amenazador y lo deriva al Sistema 2 para analizarlo de manera más precisa (Kahneman 2011).

Cuando se aprende a desarrollar una nueva tarea la energía que necesitamos es muy alta, sin embargo una vez aprendida, esta demanda disminuye; esto se extrapola al sistema dual y ante una nueva y difícil situación vital al principio necesitamos el Sistema 2 lento y reflexivo para que progresivamente vayamos activando el sistema rápido y automático. Existe una relación evidente entre el estado de ánimo y esta teoría (Epstein y Denes-Raj, 1994). Cuando se está incómodo, triste o preocupado (frecuente en el caso de un diagnóstico oncológico) el control lo posee el Sistema 2, dejando de lado la creatividad y la intuición, y pasando a un estado controlado y de reflexión. Con el paso del tiempo, aunque la situación sea complicada, la atención de manera

progresiva disminuye ya que la realidad se va haciendo más familiar. Por el contrario, la alegría implica que la tesitura está controlada y como consecuencia no es necesario emplear toda la energía que el Sistema 2 requiere, dando paso al rutinario Sistema 1.

El sistema dual podría estar implicado en la gestión cognitiva de las emociones, y esto se relaciona con otro concepto importante, la Inteligencia Emocional. Una de las definiciones más aceptadas de inteligencia emocional (IE) es la propuesta por Mayer y Salovey (2007, p. 27), “habilidad para percibir emociones; para acceder y generar emociones que faciliten el pensamiento; para comprender emociones y el conocimiento emocional, y para de forma reflexiva regular emociones que promuevan tanto el conocimiento emocional como el intelectual”.

Las habilidades que incluye la IE son abordadas en el modelo de cuatro ramas (Mayer y Salovey, 1997 citado en Mestre y Fernández, 2007):

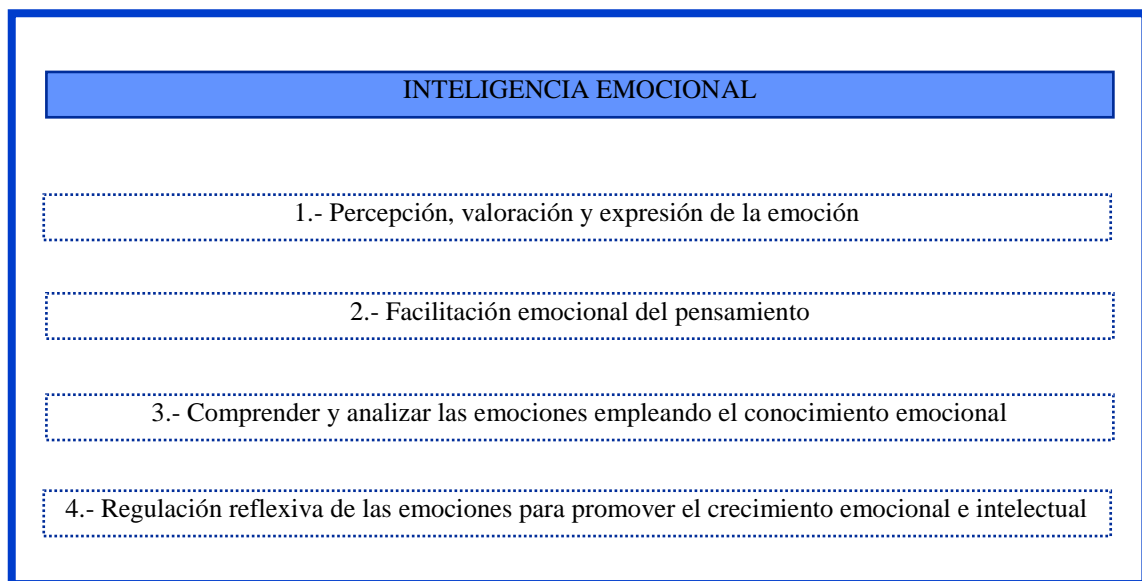


Figura 3. Representación reducida del modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997)

En este modelo se divide la IE en función de los niveles, desde el más básico al más elevado. El primero es la habilidad de percibir emociones tanto en la propia persona como en los demás. La segunda rama es la habilidad de utilizar las emociones y ser conscientes de que son imprescindibles para comunicar. La tercera es la habilidad de comprender las emociones, su evolución, cómo se combinan... Por último la cuarta rama es la habilidad de estar abierto a las emociones y modificarlas con el objetivo de crecer como persona.

Como sucede con cualquier otro conjunto de habilidades, la IE se va automatizando con la práctica. Las emociones facilitan el pensamiento y el uso correcto de ambos está directamente relacionado con comportamientos adaptativos (Mestre y Fernández, 2007). Como se ha visto, el primer paso es la percepción de las emociones y para ello hay que comenzar focalizando la atención en esa emoción. El reconocimiento de los sentimientos incluye también ser capaz de identificar sus características como intensidad y duración. Es importante aclarar el concepto de procesamiento emocional, para Rachman (1980) es un proceso por el que las perturbaciones emocionales son absorbidas y disminuidas hasta el punto de que otras experiencias y comportamientos pueden proceder sin interrupción.

Para adaptarse a experiencias traumáticas, como puede ser el diagnóstico del cáncer, es necesario hacer un correcto procesamiento cognitivo y emocional, y éste puede ser facilitado por la IE. Nolen-Hoeksema (1991, 2000) expone que si los sujetos controlan sus sentimientos y pensamientos en momentos difíciles serán capaces de influir en la duración de los síntomas de una enfermedad, de tal manera que las rumiaciones prolongan la sintomatología depresiva, mientras que las actividades distractoras y la resolución de problemas aminoran los síntomas.

Los resultados de las investigaciones sobre afrontamiento e IE desvelan lo esperado, las personas con más IE se recuperan con mayor rapidez de los eventos negativos ya que amortiguan la tristeza en general con más facilidad. Un estudio reciente en pacientes con cáncer sobre la expresión emocional sugiere que el procesamiento emocional activo y la expresión emocional contribuyen a largo plazo a un mejor ajuste psicológico (Stanton et al., 2000 citado en Schmidt y Andrykowski, 2004).



Como conclusión a todo lo mencionado, se puede decir que en el diagnóstico del cáncer, como momento vital en el que se suele presentar un estado emocional triste, según lo estudiado, se activaría en mayor medida el Sistema 2, caracterizado por ser reflexivo y por estar presente en las reflexiones importantes de la vida. También se ha visto que la Inteligencia Emocional ayuda a un mejor ajuste psicológico en momentos complicados, como es el afrontamiento al diagnóstico del cáncer. Por todo esto, en la presente investigación se intenta estudiar la existencia de una supuesta relación entre el sistema dual como base de la gestión cognitiva de las emociones, y su relación con la Inteligencia Emocional.

### **1.3.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS:**

El objetivo general del estudio es explorar la relación entre el sistema dual de pensamiento y la inteligencia emocional en pacientes oncológicos, así como analizar las posibles variaciones entre estos factores. Éste se puede dividir en los siguientes objetivos específicos:

- 1.- Analizar el funcionamiento de los dos sistemas del pensamiento en situaciones vitales negativas, como es el diagnóstico del cáncer.
- 2.- Analizar la relación y los cambios en los dos sistemas de pensamiento en función del nivel de Inteligencia Emocional, en diferentes momentos de una situación emocional intensa y compleja.

A partir de las revisiones realizadas, se han planteado como hipótesis de partida las siguientes:

- 1.- Si el Sistema 2 se activa ante situaciones emocionalmente impactantes y amenazantes, entonces las personas con un diagnóstico más reciente mostrarán mayor tendencia a dicho sistema de pensamiento.
- 2.- Si el Sistema 1 es el activado principalmente en las personas ante situaciones cotidianas, entonces en las personas que han sido diagnosticadas hace más años predominará más el Sistema 1.

3.- Puesto que el Sistema 2 es el que analiza y razona ante los problemas y situaciones adversas, este sería el sistema que se activaría ante el diagnóstico y afrontamiento de la enfermedad y el que contribuiría a un adecuado y positivo afrontamiento de la misma. De manera, que es probable que las personas con mayor Inteligencia Emocional muestren mayores niveles de Sistema 2.

4.- Si el periodo de afrontamiento conlleva una activación del Sistema 2 para un mejor desarrollo emocional, es probable que en las personas con mayor Inteligencia Emocional la duración de esta etapa de activación del Sistema 2 sea menor, dando antes paso al Sistema 1.

Para llevar a cabo estos objetivos y poner a prueba las hipótesis indicadas se ha realizado una investigación con una muestra de personas que han pasado por las diferentes etapas de afrontamiento de una enfermedad, como es el cáncer. Investigación que pasamos a describir.

## **II. METODOLOGÍA:**

A continuación se pasa a detallar los recursos humanos y materiales que se han empleado en la investigación, el procedimiento de la misma y la descripción de los análisis estadísticos.

### **2.1.- PARTICIPANTES:**

La población en la que se hicieron las mediciones son pacientes adultos oncológicos. Concretamente personas que asisten a la Asociación Española Contra el Cáncer (A.E.C.C.) de Salamanca como voluntarios supervivientes (personas que han tenido cáncer), como pacientes de las terapias psicológicas o como beneficiarios de las variadas actividades que se realizan en la sede. La participación de las personas que han realizado los cuestionarios ha sido voluntaria, habiendo recibido información sobre el propósito del estudio y sobre la confidencialidad del mismo. Se contactó con la muestra gracias a las psicólogas de A.E.C.C. Salamanca que han ayudado a realizar la investigación.

El procedimiento que se ha empleado es no probabilístico, de conveniencia. La muestra inicial fue de 118 participantes, pero ocho participantes tuvieron que ser descartados, siete por dejar en blanco algún ítem, y uno por no indicar su sexo. Finalmente se obtuvo una muestra total de 110 participantes con edades comprendidas entre los 21 y los 72 años, siendo la moda 52 años. Como se puede observar en la figura 4, 94 personas (85,45%) eran mujeres y 16 hombres (14,55%). De la muestra total 61 personas estaban en tratamiento activo en ese momento, en la figura 5 se especifica el tipo de tratamiento.

La muestra se ha dividido en tres grupos en función de la fecha de diagnóstico del cáncer. El primer grupo está formado por 26 participantes cuyo diagnóstico fue realizado hace un año o menos. El segundo grupo está compuesto por 33 sujetos que han recibido el diagnóstico entre uno y tres años. Por último el tercer grupo está formado por 51 pacientes cuyo diagnóstico se hizo hace más de tres años.



Figura 4. Distribución de la muestra según el sexo.

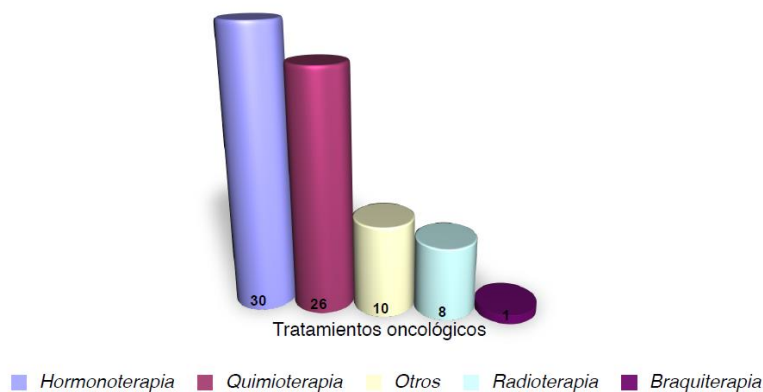


Figura 5. Distribución de los tipos de tratamientos en activo.

## **2.2.- MATERIALES:**

El estudio se ha realizado a través de un cuestionario en el que se recogen datos sobre las variables sociodemográficas, el sistema dual de razonamiento y la inteligencia emocional. En el anexo 1 se muestra el documento que se les entregó a los participantes.

### **1.- Variables sociodemográficas:**

El cuestionario es anónimo pero se recogieron los siguientes datos personales: sexo, edad, fecha de diagnóstico del cáncer, se pregunta si recibe tratamiento actualmente y en caso afirmativo que seleccione el correspondiente (quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, hormonoterapia y otros).

### **2.- Rational-Experiential Inventory (REI):**

Mediante este inventario se pretende medir el funcionamiento de los dos sistemas de pensamiento: el racional y el experiencial. El Rational-Experiential Inventory (Epstein, Pacini y Norris, 1998) es una versión mejorada del anterior REI (1996). Las escalas en el nuevo REI están equilibradas ya que cuentan con 20 ítems cada una (40 ítems en total) y también en el número de ítems redactados de manera afirmativa y negativa. Se utiliza un formato de respuestas tipo Likert de cinco alternativas, con un rango de 1 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”.

Este inventario cuenta con cuatro subescalas: capacidad racional, confianza racional, capacidad experiencial y confianza experiencial. Capacidad racional se refiere a que la persona tiene una gran habilidad de pensar de manera lógica y analítica (por ejemplo “no tengo problemas en pensar las cosas con esmero”). La subescala de confianza racional hace referencia a disfrutar pensando de manera lógica (por ejemplo “me gusta pensar en términos abstractos”). Capacidad experiencial evalúa la habilidad de tener sensaciones intuitivas (por ejemplo “cuando se trata de fiarse de la gente, por lo general, confío en mis instintos”). Por último, confianza experiencial hace referencia a la confianza que se tiene de los intuiciones a la hora de tomar decisiones (por ejemplo

“me gusta confiar en mis impresiones intuitivas”). El alfa de Cronbach del REI en la escala de racionalidad es  $\alpha = .90$  y en la escala experiencial es  $\alpha = .87$ .

### **3.- TMMS-24:**

Esta escala está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS, Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995). En España se ha creado una versión reducida, la TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Es una medida de autoinforme, un índice de Inteligencia Emocional Percibida (IEP) que evalúa las destrezas que tiene la persona en sus propias emociones. Consta de 24 ítems medidos a través de una escala tipo Likert de cinco alternativas, siendo 1 “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”.

La TMMS-24 está formada por tres subescalas: atención emocional (capacidad para atender los sentimientos de forma correcta), claridad emocional (habilidad para comprender el estado emocional) y reparación emocional (ser capaz de regular correctamente el estado emocional). Los puntos de corte para evaluar esta escala son diferentes para hombres y mujeres. La consistencia interna de las tres escalas fue evaluada mediante el alfa de Cronbach para cada una de ellas: atención emocional = .86, claridad emocional = .87 y reparación emocional = .82.

### **2.3.- PROCEDIMIENTO:**

La recogida de datos se realizó durante el mes de abril de 2016 gracias a la ayuda de las psicólogas y de la trabajadora social de la Asociación Española Contra el Cáncer de Salamanca. A cada caso se le informaba del objetivo del estudio, de que era voluntario, anónimo, no tenía límite de tiempo y de que en cualquier momento podía preguntar cualquier duda que le surgiese. También se recalca que no existen preguntas correctas o incorrectas.

Al comienzo se les entregaron impresos los dos cuestionarios. Sin embargo, tras considerar que algunos momentos no eran los más idóneos para que contestasen las preguntas; a los participantes posteriores se les envió vía mail el enlace que contiene el

cuestionario, a través de la plataforma “Formularios de Google”, con el fin de que en un momento de calma pudiesen participar en la investigación. La aplicación se ha realizado en momentos muy variados como terapias individuales, grupales, charlas informativas... bien en el hospital o bien en la sede de la asociación.

### **III.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN:**

Obtenida la muestra se procedió a la corrección de los cuestionarios y se realizó el análisis de los datos a través del paquete estadístico SPSS 19. Sobre los resultados se realizaron las siguientes pruebas estadísticas con el fin de lograr los objetivos y contrastar las hipótesis:

- Un análisis descriptivo de las variables cuantitativas (media, desviación típica y rango de cada variable).
- Un análisis de varianza ANOVA.
- Un análisis de correlación de Pearson para averiguar la relación entre las variables cuantitativas.

#### **3.1.- RESULTADOS:**

En la tabla 2 se muestran las medias y las desviaciones típicas observadas en el REI en pensamiento racional y experiencial, para los tres grupos de antigüedad en el diagnóstico del cáncer. El Grupo 1 incluye a las personas que han sido diagnosticadas de cáncer hace menos de un año, las personas del Grupo 2 entre 1 y 3 años y las personas del Grupo 3 más de 3 años. Como se puede ver la media en racionalidad del Grupo 1 (72,04) y del Grupo 2 (72,21) fueron más altas, ambas muy similares, sin embargo, en el grupo que llevaba más tiempo diagnosticado la racionalidad descendió (67,06). Curiosamente, estos dos grupos también tenían las medias en pensamiento experiencial más altas en comparación con el Grupo 3. Para comprobar si había diferencias significativas se realizó un Anova inter-intra, tomando como factor inter la antigüedad desde el diagnóstico y como intra los dos tipos de pensamiento.

Tabla 2: Descriptivos del REI en los tres grupos

	Racional		Experiencial		Total	
	M	Dt	M	Dt	M	Dt
<b>Grupo 1</b>	72,04	12,37	69,04	11,50	70,53	2,06
<b>Grupo 2</b>	72,21	10,94	71,52	13,81	71,86	1,83
<b>Grupo 3</b>	67,06	14,69	65,39	14,47	66,22	1,47
<b>Total</b>	69,78	13,26	68,09	13,77		

En la tabla 3 se muestra que la interacción no fue significativa, por lo que no se observan diferencias en el estilo de pensamiento usado predominantemente en función de los años de diagnóstico del cáncer, es decir que las dos primeras hipótesis no se cumplen. Solamente fue significativa la diferencia en el uso del pensamiento general entre los tres grupos de antigüedad en el diagnóstico, por lo que el pensamiento no estaba igualmente activado en los tres grupos.

Tabla 3: Resultados del Anova inter-intra

	gl	F	sig
<b>Intra</b>	1,107	1,195	p= 0,27
<b>Interacción</b>	2,107	0,142	p= 0,86
<b>Inter</b>	2,107	3,25	p= 0,04

Tal y como se observa en la figura 6, el grupo recién diagnosticado y los que tienen una antigüedad media, muestran mayores activaciones cognitivas que el grupo de mayor antigüedad. Para detectar entre qué grupos se observan estas diferencias se realizó una prueba post-hoc Bonferroni, que reveló que solamente eran parcialmente distintas las diferencias entre el grupo medio en el diagnóstico y el muy antiguo (p=0.055).

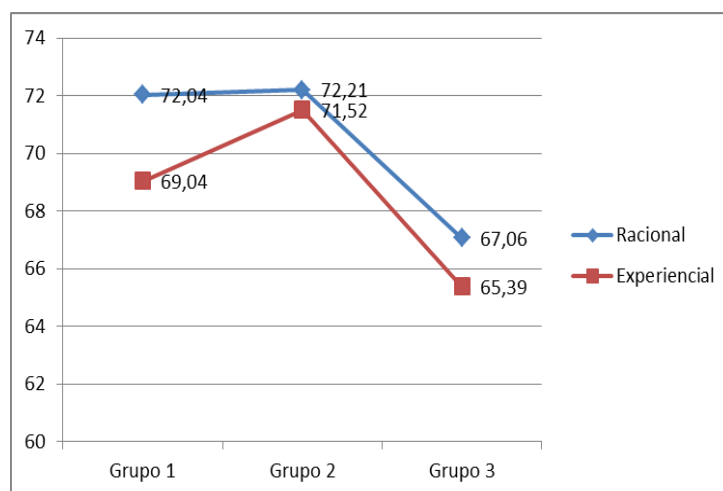


Figura 6: Interacción entre grupo y sistema de pensamiento

En cuanto a la tercera hipótesis que señalaba que las personas con mayor Inteligencia Emocional mostrarían también mayor activación del sistema racional, se ha realizado una correlación de Pearson entre los tres factores de la Inteligencia Emocional que mide el TMMS-24 (atención, claridad y reparación) y el sistema racional de pensamiento.

Tabla 4: Relación entre IE y racionalidad

Variables	Racionalidad
Atención	.003 (p=.976)
Claridad	.542 (p=.000**)
Reparación	.390 (p=.000**)

Como se puede ver en la tabla 3 la relación entre claridad y racionalidad es positiva y además fue significativa ( $r=.542$ ;  $p<.01$ ) lo que indica que los sujetos que han tenido altas puntuaciones en la dimensión claridad de Inteligencia Emocional presentan altas puntuaciones en Racionalidad o Sistema 2. Respecto a la dimensión de reparación se ha encontrado que su relación con la racionalidad también es positiva y significativa ( $r=.390$ ;  $p<.01$ ), lo que parece indicar que las personas que mostraban mayores índices de reparación emocional también mostraban valores altos en Racionalidad o Sistema 2.



Por el contrario la relación entre atención y racionalidad es una relación positiva no significativa ( $r=.003$ ;  $p>.01$ ).

La cuarta y última hipótesis afirmaba que en las personas con mayor nivel de Inteligencia Emocional, la activación del Sistema 2 se producirá durante un periodo de tiempo menor. Con el objeto de contrastarla se han seleccionado a las personas del Grupo 1, se les ha dicotomizado en dos grupos (alta y baja IE). En la figura 9 vemos representadas las medias en pensamiento racional para los sujetos con más reciente diagnóstico, distribuidos en alta y baja IE. Podemos ver que la media en pensamiento Racional es más alta ( $M=76$ ) en los sujetos con IE mayor, que en los sujetos con más baja IE ( $M=68$ ). Para comparar si dichas diferencias eran significativas se ha realizado un contraste t. Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas para poder generalizar el conjunto de la población [ $t_{24}=-1,691$ ;  $p>.05$ ].

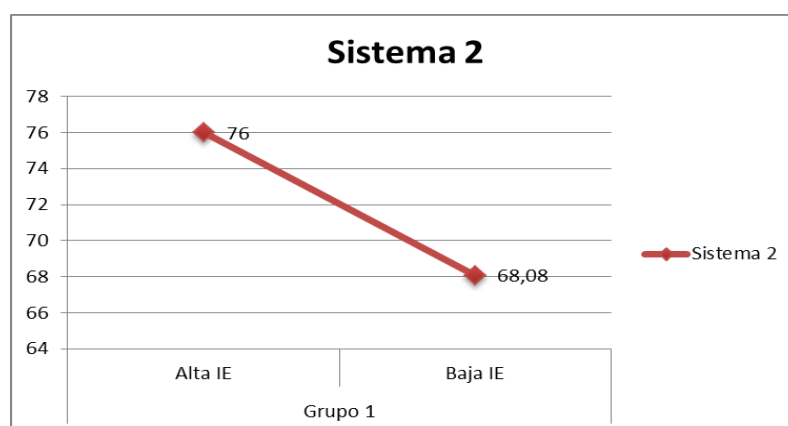


Figura 7: El Sistema 2 en personas con alta y baja IE pertenecientes al Grupo 1

También se han seleccionado a las personas con mayor antigüedad desde el diagnóstico, se les ha dicotomizado en dos grupos (alta y baja IE) y se ha realizado un contraste t para comprobar si hay diferencias entre esos dos grupos en el sistema racional. La idea es explorar si las personas que llevan más tiempo diagnosticadas y que poseen baja IE, aún estarían utilizando el Sistema 2 con la intención de gestionar su emotividad. El grupo de baja IE mostró una media de pensamiento racional más bajo ( $M=61.6$ ) que el grupo con alta IE ( $M=70.58$ ), si bien dichas diferencias no fueron tampoco significativas [ $t_{49}=-2,212$ ;  $p>.05$ ]. Los resultados mostraron lo contrario a lo

esperado, las personas del Grupo 3 con menor nivel de IE tenían menos activado el Sistema 2.

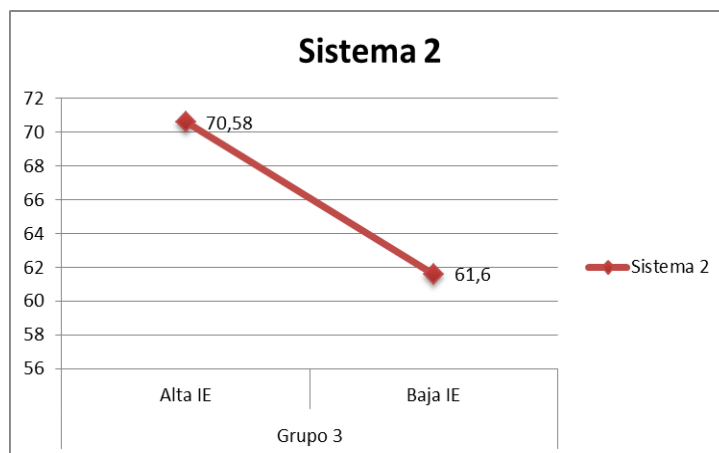


Figura 8: El Sistema 2 en personas con alta y baja IE pertenecientes al Grupo 3

### **3.2.- DISCUSIÓN:**

Al tratarse éste de un trabajo sin antecedentes, resulta complicado compararlo con investigaciones similares con el fin de contrastar los resultados. El objetivo principal de este estudio es analizar la relación entre el sistema dual de pensamiento y la inteligencia emocional en pacientes oncológicos; las hipótesis planteadas se han cumplido de forma parcial.

La primera hipótesis planteaba que si el Sistema 2 se activa ante situaciones impactantes, las personas con un diagnóstico más reciente (Grupo 1) mostrarían mayor tendencia a este sistema. En contra de lo esperado, los resultados no muestran diferencias significativas entre la antigüedad de los participantes y el uso del Sistema 2. Pese a todo esto, hay que señalar que el Grupo 1 y el Grupo 2 en conjunto han obtenido puntuaciones superiores en el uso de los dos sistemas de pensamiento, tanto el racional como el experiencial que el Grupo 3. Por lo tanto, se puede decir que hemos encontrado resultados no tan claros como los que han hallado estudios como el de Epstein y Denes-Raj (1994), en el que se comprobaba que las personas cuando están tristes, como puede ser el diagnóstico de un cáncer, predomina el sistema racional, como ayuda a la toma de decisiones elaboradas y meditadas, dejando a un lado la impulsividad del Sistema 1.

Respecto a la segunda hipótesis, el planteamiento es el mismo pero al contrario que el de la hipótesis anterior, los datos tampoco han sido los esperados. Se esperaba que las personas pertenecientes al Grupo 3 tuvieran activo en mayor medida el Sistema experiencial que los otros dos grupos, pero los resultados han sido incluso contrarios, aunque no de manera significativa. Estos resultados pueden deberse al tiempo estipulado para incluirlos como participantes del Grupo 1 (hasta un año), este periodo no se ha considerado excesivo, pero quizás nuevas investigaciones con un Grupo 1 formado por participantes diagnosticados hace menos tiempo pueda afianzar las teorías predominantes. Según la evidencia teórica disponible, y tal y como ha sido comentado con anterioridad, las personas nos pasamos la mayor parte del tiempo funcionando con el Sistema 1 (Kahneman, 2011) ya que es tan innato y ancestral que no puede ser desactivado. Sin embargo en situaciones de gran impacto como la que se estudia en este trabajo, pese al paso del tiempo, la mente continúa trabajando con cautela y funcionando de manera reflexiva y meditativa.

En vista de los resultados obtenidos en estas dos primeras hipótesis y ante esta contradicción encontrada, se considera necesario seguir profundizando en este tema. Haciendo una síntesis de los resultados obtenidos en éstas puede ser que el Grupo 1 y 2 tengan más activados tanto el Sistema 1 como el 2 por hallarse en una situación de alerta, en el que la mente tiene que trabajar de múltiples maneras para llegar a tomar decisiones importantes. Es una etapa en la que, como se ha visto en el planteamiento del estudio, la persona se encuentra expectante y en continua alerta por depender de los resultados de las pruebas médicas. Sin embargo el Grupo 3 se encuentra en un momento vital un poco más relajado y tranquilo. Queda claro que la activación de un sistema no implica la desactivación del otro, sino que dependiendo del momento vital o el tipo de trabajo mental, se activa en mayor o menor medida cada sistema. Todo esto nos sirve para determinar la relación del sistema dual del pensamiento como base de la gestión cognitiva de las emociones y su relación con la IE en momentos vitales impactantes.

La siguiente hipótesis, la tercera, relaciona la Inteligencia Emocional con el pensamiento racional, ya que si este sistema es el que analiza y razona ante las situaciones complicadas, ante el diagnóstico de esta enfermedad se esperaba que las personas con un buen nivel de Inteligencia Emocional activen en mayor medida este sistema. Los resultados obtenidos parecen apoyar esta hipótesis. Las correlaciones entre las variables claridad y reparación de Inteligencia Emocional y la racionalidad son

significativamente positivas. Teniendo en cuenta que hablamos de correlación, tendrían que usarse pruebas más sofisticadas como por ejemplo un análisis de regresión para poder confirmar realmente los resultados. Éstos son consistentes con las ideas de Nolen-Hoeksema (1991; 2000) que afirma que si los sujetos tienen el control de sus pensamientos y sentimientos en momentos complicados serán capaces de resolver la situación de manera más satisfactoria.

La última hipótesis plantea que las personas con mayor nivel de IE necesitarían emplear el Sistema 2 durante un periodo de tiempo menor que las que tienen menos IE. Los resultados han mostrado que las personas del Grupo 1 (tiempo de diagnóstico menor a un año) con alta IE emplean más el Sistema 2 que las que tiene bajos niveles de IE, por lo que la hipótesis parece cumplirse. Los resultados obtenidos reflejan una de las ideas principales de este trabajo, y es que es probable que las personas con alta IE tengan un Sistema Racional más efectivo que favorece la gestión emocional con mayor calidad. De esta manera se daría por lo tanto paso en un menor periodo de tiempo al Sistema 1, que consume menos energía. Por tanto, podemos intuir que pueda existir una relación entre la capacidad racional y la gestión emocional, de manera que las personas ante una situación emocional dolorosa y duradera puedan reparar mejor sus emociones.

En el Grupo 3 se esperaba que las personas con baja IE tuvieran mayor activación del Sistema 2, por no haber conseguido aún una correcta reparación emocional. Sin embargo, los resultados mostraron lo contrario a lo esperado, que las personas con alta IE empleaban más el Sistema 2 que las que tenían baja IE. Por lo que la hipótesis no se cumple en esta segunda parte. Que no se haya cumplido esta parte de la hipótesis se puede deber a que las personas con baja IE, al margen del tiempo que lleven diagnosticadas, es posible que empleen en menor medida el Sistema 2. El hecho de relacionar un nivel alto de IE y una mayor activación del Sistema 2 con mejorías y avances en el proceso de afrontamiento se debe a que corresponden a un mejor servicio de las emociones a la cognición, teniendo un mejor procesamiento y regulación de la situación del diagnóstico del cáncer.

#### **IV.- CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA:**

El diagnóstico del cáncer, como patología cada vez más presente en la sociedad, conlleva una serie de cambios vitales que repercuten sobre toda la persona, como se ha visto, el pensamiento también se ve afectado. El objetivo del estudio ha sido explorar la relación entre el sistema dual de pensamiento y la inteligencia emocional en pacientes oncológicos, con el fin de investigar la interacción entre ambos. Como se ha expuesto en los apartados anteriores, algunas hipótesis no se han cumplido, obteniendo resultados que no van en la línea de las corrientes teóricas existentes, por lo que no se puede concluir nada con certeza, dejando una nueva puerta abierta a la investigación.

Las personas con un diagnóstico más reciente tenían los dos sistemas de pensamiento más activo, por lo que se podría concluir que al tratarse de una situación de gran alerta y preocupación, la mente tiene activados todos los recursos existentes para lograr los resultados más óptimos posibles. Otra posible conclusión que extraemos de este trabajo es que existe relación entre el sistema que trabaja de forma lenta y reflexiva y el nivel de Inteligencia Emocional. Por último también se ha observado que las personas según va pasando el tiempo desde el diagnóstico van empleando con menor intensidad el Sistema 2 al margen de su nivel de IE.

Por todo lo descrito, se cumple el objetivo principal del trabajo, ya que este experimento, hace que comprendamos mejor la interacción entre los dos sistemas de pensamiento y la Inteligencia Emocional en pacientes oncológicos.

En relación a las limitaciones del estudio cabe señalar que se podrían haber medido otras variables con el fin de conocer de manera más detallada las características de la muestra. De acuerdo a la línea de la investigación, resultaría interesante pasar pruebas para medir el tipo de personalidad, los niveles de depresión, la red de apoyo social y el nivel de estrés. Respecto al cáncer como tal, sería interesante estudiar si existen diferencias entre estar actualmente en tratamiento activo o no, entre diferentes tipos de cáncer en función de un mejor/peor pronóstico o realizar comparaciones con diagnósticos de otro tipo de enfermedades o incluso con otros momentos vitales complicados (duelo, depresión, separación conyugal...). Una de las limitaciones, como ya se señaló anteriormente, son las pruebas estadísticas, por lo que en futuras

investigaciones se recomendaría emplear pruebas más sofisticadas como un análisis de regresión en lugar de correlaciones.

Respecto a la muestra, el experimento podría mejorarse si hubiera un grupo control con el que comparar la población afectada. También resultaría de gran utilidad científica realizar un estudio longitudinal, en el que se tomen diferentes medidas para analizar con más exactitud la evolución de la muestra desde el diagnóstico. Otra limitación es el tamaño de la muestra, el número total es de 110 participantes, suficiente en un primer momento, pero al dividirla en tres grupos, sería un estudio más representativo si la muestra fuese mayor. También hay que destacar que el número de hombres y mujeres ha sido muy desigual, lo cual es una limitación importante de esta investigación (94 mujeres, 16 hombres). En lo que se refiere a los instrumentos de medida, pese a que el REI tiene una alta fiabilidad, los participantes en ocasiones mostraron dificultades a la hora de contestarlo, bien por resultar demasiado abstracto o bien por tener demasiados ítems en negativo. Con el TTMS-24 no hubo ese problema, pero para futuras investigaciones sería recomendable emplear otro test que no sea de autoinforme, ya que los resultados serían posiblemente diferentes.

De este trabajo destaca que es muy novedoso y atrevido por mezclar temas complejos, la interacción resulta muy interesante pero requiere de mucho más tiempo y necesita ser trabajado con mucha profundidad, algo que excede los tiempos del presente estudio. Como ya se ha dicho anteriormente no se encuentran trabajos científicos que aporten información sobre el tema, es por tanto evidente que es imprescindible estudiar más a fondo el campo. Futuras investigaciones son necesarias para replicar estas hipótesis y tener en cuenta la relación entre los sistemas de pensamiento, la inteligencia emocional y momentos vitales de gran impacto.

## **V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Acevedo G. *El modo humano de enfermar. Desde la perspectiva de la logoterapia de Viktor Frankl*. Buenos Aires: Ediciones Fundación Argentina de Logoterapia "Viktor Frankl"; 1985.
- Bayés R. *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
- Carruthers, P. (2006) *The Architecture of the Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Cordellat, A. B., Díaz, C. C., & Herrero, C. C. (2013). Deterioro cognitivo asociado al tratamiento oncológico. *Depresión en cáncer*, 26.
- Denes-Raj, V., & Epstein, S. (1994). Conflict between intuitive and rational processing: When people behave against their better judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 819-829.
- Evans, J. St. B. T. (2010). *Intuition and Reasoning: A Dual-Process Perspective*. *Psychological Inquiry*, 21, 313-326.
- Evans, J. St. B. T., Barston, J. L., & Pollard, P. (1983). On the conflict between logic and belief in syllogistic reasoning. *Memory & Cognition*, 11, 295-306.
- Evans, J. St. B. T. (2010). *Thinking Twice: two minds in one brain*. Oxford: Oxford University Press.
- Evans, J. St. B. T., Handley, S. J., Neilens, H., & Over, D. (2010). The influence of cognitive ability and instructional causal conditional inference. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 63 (5), 892-909.
- Fernández, P. & Mestre, J. M. (2007). *Manual de Inteligencia Emocional*. Madrid: Pirámide.
- Frederick, S. (2005). *Cognitive Reflection and Decision Making*. *Journal of Economic Perspectives*, 19 (4), 25-42.
- García-Campos, J. (2009). Justificación Y racionalidad desde la teoría dual Del razonamiento. *Ideas Y Valores*, 139.
- Hogarth RM. Deciding analytically or trusting your intuition? The advantages and disadvantages of analytic and intuitive thought. In: Betsch T, Haberstroh S, Routines of decision making. Mahwah (NJ): Erlbaum; 2005. pp. 6782.

## *Consecuencias del diagnóstico oncológico: Teorías Duales e Inteligencia Emocional*

- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. (Joaquín Chamorro, trad.). Barcelona: Debate. (Obra original publicada en 2011).
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: American Psychiatric Press.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York: Basic Books.
- Narváez A, Rubiños C, Cortés-Funes F, Gómez R, García A. *Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama*. *Psicooncología* 2008;5:93-102.
- Nolen-Hoeksema, S. y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression a following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality Psychology*, 61, 105-121.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000).The role of rumination in depressive disorders anxiety/depressive symptoms, *Journal of Abnormal psychology*, 109, 504-511.
- Schmidt, J.E. y Andrykowski, M.A. (2004).The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: an internet-based study. *Health Psychology*, 23,259-266.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento de psicooncología. *Boletín de psicología*, (75), 73-85.
- Parkin, D. M., Bray, F., Ferlay, J., & Pisani, P. (2005). Global Cancer Statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55.
- Robles R, Morales M, Jiménez LM, Morales J. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*. 2009;6:191-201.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 2.



## VI.- ANEXOS:

### 6.1.- DOSSIER ENTREGADO A LOS PARTICIPANTES:

Este cuestionario es ANÓNIMO, voluntario y confidencial. Por favor, responda con sinceridad. GRACIAS

A continuación encontrará una serie de afirmaciones. No hay una respuesta buena o mala, correcta o incorrecta. Intente contestar de forma natural y espontánea nada más leer cada afirmación.

Por favor, lea cada frase y rodee con un círculo un número según esté más o menos de acuerdo con cada afirmación, utilizando la siguiente escala de respuesta:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Responda todas las afirmaciones, no deje ninguna sin contestar.

Sexo:  *Hombre*;  *Mujer*

Edad: \_\_\_\_\_ años

Fecha del diagnóstico del cáncer: mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

¿Recibe tratamiento actualmente?  No;  Si; En caso afirmativo, ¿De qué tipo?:

Quimioterapia;  Radioterapia;  Braquiterapia;  Hormonoterapia;  Otros

### Cuestionario REI

1.- Trato de evitar situaciones que requieren pensar en profundidad	1	2	3	4	5
2.- No soy muy bueno calculando problemas difíciles	1	2	3	4	5
3.- Disfruto de los retos intelectuales	1	2	3	4	5

4.- No soy muy bueno resolviendo problemas que requieren mucho análisis lógico	1	2	3	4	5
5.- No me gusta tener que pensar mucho	1	2	3	4	5
6.- Disfruto resolviendo problemas que requieren pensar mucho	1	2	3	4	5
7.- Pensar no me parece una actividad agradable	1	2	3	4	5
8.- No soy un pensador muy analítico	1	2	3	4	5
9.- Razonar las cosas cuidadosamente no es uno de mis puntos fuertes	1	2	3	4	5
10.- Prefiero los problemas complejos a los problemas sencillos	1	2	3	4	5
11.- Pensar mucho y durante mucho tiempo acerca de algo me da poca satisfacción	1	2	3	4	5
12.- No razono bien bajo presión	1	2	3	4	5
13.- Se me da mejor entender las cosas mediante lógica que a la mayoría de la gente	1	2	3	4	5
14.- Mi mente es lógica	1	2	3	4	5
15.- Me gusta pensar en términos abstractos	1	2	3	4	5
16.- No tengo ningún problema en pensar las cosas con cuidado	1	2	3	4	5
17.- Utilizar la lógica me funciona bien para descubrir problemas en mi vida	1	2	3	4	5
18.- Conocer la respuesta sin tener que entender el razonamiento que hay detrás de él es suficiente para mí	1	2	3	4	5
19.- Mis decisiones en general tienen razones claras y que se pueden explicar	1	2	3	4	5
20.- Aprender nuevas formas de pensar me resultaría muy interesante	1	2	3	4	5

21.- Me gusta confiar en mis impresiones intuitivas	1	2	3	4	5
22.- No tengo muy buena intuición	1	2	3	4	5
23.- Usando mi intuición generalmente funciono bien para resolver problemas	1	2	3	4	5
24.- Confío en mis primeras impresiones	1	2	3	4	5
25.- La intuición puede ser una manera muy útil para resolver problemas	1	2	3	4	5
26.- A menudo utilizo mis instintos al decidir sobre algo	1	2	3	4	5
27.- Confío en mis sensaciones iniciales a cerca de las personas	1	2	3	4	5
28.- Cuando se trata de fiarse de la gente, por lo general, confío en mis instintos	1	2	3	4	5
29.- Si tuviera que confiar en mis instintos, cometería errores	1	2	3	4	5
30.- No me gustan las situaciones en las que tengo que confiar en la intuición	1	2	3	4	5
31.- Creo que hay momentos en los que uno debe confiar en su propia intuición	1	2	3	4	5
32.- Creo que es imprudente tomar decisiones importantes en función de sensaciones	1	2	3	4	5
33.- No creo que sea una buena idea confiar en la propia intuición para tomar las decisiones importantes	1	2	3	4	5
34.- Por lo general, no utilizo mis sensaciones para ayudarme a tomar decisiones	1	2	3	4	5
35.- Casi nunca fallo cuando hago caso a mis instintos para encontrar una respuesta	1	2	3	4	5

36.- No confiaría en alguien que se describa a si misma como intuitiva	1	2	3	4	5
37.- Mis juicios rápidos no son probablemente tan buenos como los de la mayoría de personas	1	2	3	4	5
38.- Suelo usar mi corazón para orientarme en lo que hago	1	2	3	4	5
39.- Generalmente puedo sentir cuando una persona está equivocada o cuando tiene razón, incluso sin ser capaz de explicar cómo lo sé	1	2	3	4	5
40.- Sospecho que mis premoniciones son tan inexactas como precisas.	1	2	3	4	5

### **Cuestionario TMMS-24**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre los sentimientos. No hay una respuesta buena o mala, correcta o incorrecta. Intente contestar de forma natural y espontánea nada más leer la afirmación.

Por favor, lea cada frase y rodee con un círculo un número según esté más o menos de acuerdo con cada afirmación, utilizando la siguiente escala de respuestas.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Responda a todas las afirmaciones, no deje ninguna sin contestar.

1.- Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2.- Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
3.- Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5

4.- Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	1	2	3	4	5
5.- Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	1	2	3	4	5
6.- Pienso en mi estado de ánimo constantemente	1	2	3	4	5
7.- A menudo pienso en mis sentimientos	1	2	3	4	5
8.- Presto mucha atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
9.- Tengo claros mis sentimientos	1	2	3	4	5
10.- Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	1	2	3	4	5
11.- Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
12.- Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	1	2	3	4	5
13.- A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	1	2	3	4	5
14.- Siempre puedo decir cuáles son mis emociones	1	2	3	4	5
15.- A veces puedo decir cuáles son mis emociones	1	2	3	4	5
16.- Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
17.- Aunque a veces me siento triste, suele tener una visión optimista	1	2	3	4	5
18.- Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	1	2	3	4	5
19.- Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	1	2	3	4	5
20.- Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	1	2	3	4	5
21.- Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	1	2	3	4	5
22.- Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	1	2	3	4	5

*Consecuencias del diagnóstico oncológico: Teorías Duales e Inteligencia Emocional*

23.- Tengo mucha energía cuando me siento feliz	1	2	3	4	5
24.- Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5

## 6.2.- TABLAS ESTADÍSTICAS:

### Descriptivos:

- De las variables cuantitativas del REI:

**Estadísticos**

	RACIONALIDAD	RE	RA	EXPERIENCIAL	EE	EA
N	Válidos	110	110	110	110	110
	Perdidos	1	1	1	1	1
Media		69,78	34,14	35,65	68,09	33,85
Desv. típ.		13,262	7,038	7,340	13,772	7,746
Mínimo		32	15	16	28	10
Máximo		98	50	50	99	50

- Del TMMS-24:

**Estadísticos de grupo**

	genero	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
ATENCIÓN	hombre	16	27,38	6,742	1,685
	mujer	94	29,23	6,829	,704
CLARIDAD	hombre	16	29,81	5,980	1,495
	mujer	94	30,26	6,661	,887
REPARACIÓN	hombre	16	33,38	5,188	1,297
	mujer	94	31,73	6,630	,684

### HIPÓTESIS 1 Y 2: Anova Inter-intra:

**Pruebas de contrastes intra-sujetos**

Medida: MEASURE\_1

Origen	sistemas_de_pensamiento	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
sistemas_de_pensamiento	Lineal	162,769	1	162,769	1,195	,277
sistemas_de_pensamiento * Antigüedad	Lineal	38,594	2	19,297	,142	,868
Error(sistemas_de_pensamiento)	Lineal	14571,152	107	136,179		

**Pruebas de los efectos inter-sujetos**

Medida:MEASURE\_1  
Variable transformada:Promedio

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Intersección	985046,568	1	985046,568	4430,896	,000
Antigüedad	1448,600	2	724,300	3,258	,042
Error	23787,510	107	222,313		

- Prueba post-hoc:

**Comparaciones múltiples**

Medida:MEASURE\_1

	(I)Antigüedad	(J)Antigüedad	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Scheffe	poco	medio	-1,33	2,765	,892	-8,19	5,54
		mucho	4,31	2,541	,241	-1,99	10,62
	medio	poco	1,33	2,765	,892	-5,54	8,19
		mucho	5,64	2,355	,061	-,21	11,49
	mucho	poco	-4,31	2,541	,241	-10,62	1,99
		medio	-5,64	2,355	,061	-11,49	,21
Bonferroni	poco	medio	-1,33	2,765	1,000	-8,05	5,40
		mucho	4,31	2,541	,277	-1,87	10,49
	medio	poco	1,33	2,765	1,000	-5,40	8,05
		mucho	5,64	2,355	,055	-,09	11,37
	mucho	poco	-4,31	2,541	,277	-10,49	1,87
		medio	-5,64	2,355	,055	-11,37	,09

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática(Error) = 111,157.



**HIPÓTESIS 3: Correlaciones:**

**Correlaciones**

		ATENCIÓN	CLARIDAD	REPARACIÓN	RACIONALIDAD	RE	RA
ATENCIÓN	Correlación de Pearson	1	,183	-,049	,003	,020	-,014
	Sig. (bilateral)		,055	,614	,976	,834	,883
	N	110	110	110	110	110	110
CLARIDAD	Correlación de Pearson	,183	1	,463**	,542**	,417**	,579**
	Sig. (bilateral)	,055		,000	,000	,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110
REPARACIÓN	Correlación de Pearson	-,049	,463**	1	,390**	,291**	,426**
	Sig. (bilateral)	,614	,000		,000	,002	,000
	N	110	110	110	110	110	110
RACIONALIDAD	Correlación de Pearson	,003	,542**	,390**	1	,919**	,926**
	Sig. (bilateral)	,976	,000	,000		,000	,000
	N	110	110	110	110	110	110
RE	Correlación de Pearson	,020	,417**	,291**	,919**	1	,701**
	Sig. (bilateral)	,834	,000	,002	,000		,000
	N	110	110	110	110	110	110
RA	Correlación de Pearson	-,014	,579**	,426**	,926**	,701**	1
	Sig. (bilateral)	,883	,000	,000	,000	,000	
	N	110	110	110	110	110	110

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**HIPÓTESIS 4: Prueba t:**

- Grupo 1:

**Estadísticos de grupo**

Grupos_IE_G1	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
RACIONALIDAD Baja IE en G1	13	68,08	12,339	3,422
Ata IE en G1	13	76,00	11,533	3,199

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
RACIONALIDAD	Se han asumido varianzas iguales	,272	,607	-1,691	24	,104	-7,923	4,684	-17,591	1,745
	No se han asumido varianzas iguales			-1,691	23,891	,104	-7,923	4,684	-17,593	1,747

*Consecuencias del diagnóstico oncológico: Teorías Duales e Inteligencia Emocional*

- Grupo 3:

**Estadísticos de grupo**

Grupos_IE_G3	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
RACIONALIDAD Baja IE	20	61,60	13,371	2,990
Alta IE	31	70,58	14,631	2,628

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
RACIONALIDAD	Se han asumido varianzas iguales	,537	,467	-2,212	49	,032	-8,981	4,060	-17,139	-,822
	No se han asumido varianzas iguales			-2,256	43,320	,029	-8,981	3,980	-17,006	-,955