

**ESTUDIO PILOTO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO BRIEF COPE  
INVENTORY EN SU VERSIÓN EN ESPAÑOL PARA EVALUAR ESTRATEGIAS  
DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES CON CÁNCER DE SENO.**

**GINA PAOLA HERRERA OLAYA**

**LAURA RODRIGUEZ GARCIA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA CLINICA**

**BOGOTA**

**2009**

**ESTUDIO PILOTO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO BRIEF COPE  
INVENTORY EN SU VERSIÓN EN ESPAÑOL PARA EVALUAR  
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES CON CÁNCER DE  
SENO.**

**GINA PAOLA HERRERA OLAYA**

**LAURA RODRIGUEZ GARCIA**

**Tesis de Grado**

**Asesora**

**Gloria Judith Sepúlveda Carrillo**

**Enfermera, magíster en Epidemiología Clínica  
Docente de la Pontificia Universidad Javeriana**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA CLINICA**

**BOGOTÁ**

**2009**

## DEDICATORIAS

“A nuestros padres quienes con sus esfuerzos y dedicación nos brindarán la oportunidad y el apoyo para formarnos como profesionales, brindar lo mejor de nosotras a la sociedad y a las personas que necesiten de nuestra atención y cuidado permanente”.

## AGRADECIMIENTOS

Para lograr el objetivo de nuestro trabajo de tesis de grado, fue necesaria la colaboración de varias personas, las cuales nos brindaron un apoyo verdadero e incondicional, es por esto que queremos dar los más sinceros agradecimientos a:

Dios, por acompañarnos en cada paso que damos en nuestras vidas, por fortalecer e iluminar nuestra mente cada día y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido mi compañía durante todo nuestro proceso de formación profesional.

A Gloria Judith Sepúlveda Carrillo Enfermera, magíster en Epidemiología Clínica y Docente de la Pontificia Universidad Javeriana, quien con su apoyo y dedicación nos guió durante todo el proceso de nuestro trabajo logrando los objetivos esperados que desde el inicio fueron propuestos.

Al Director y equipo de profesionales que laboran en el Centro Oncológico Javeriano, quienes nos colaboraron durante el desarrollo de la fase de recolección de datos, para cumplir el objetivo general de nuestro trabajo de Grado.

A la Pontificia Universidad Javeriana por formarnos integralmente a nivel académico, profesional y personal; lo cual se vera reflejado en nuestro ejercicio profesional en el día a día.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
LISTA DE TABLAS	1
LISTA DE ANEXOS	2
INTRODUCCION	3
1. PLANEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	5
2. DEFINICION CONCEPTUAL DE TERMINOS	17
3. OBJETIVOS	24
3.1. OBJETIVO GENERAL	24
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
4. MARCO TEORICO	25
4.1. CONTEXTO HISTORICO DEL CANCER	25
4.2.1. FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE SENO	34
4.2.2. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	35
4.2.3. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	39
4.2.4. FACTORES DE RIESGO INCIERTOS	42
5. EFECTOS DEL CANCER DE SENO	47
5.1. EL CANCER DE SENO Y LAS POLITICAS	52
6. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL DIAGNOSTICO DE CANCER DE SENO	56
6.1. CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO	56
6.1.1. ETAPAS Y ESTRATEGIAS DE AFROTAMIENTO	59
6.1.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR AFRONTAMIENTO	68
7. PROCESO DE VALIDACION DE UN INSTRUMENTO DE MEDICION	72

<b>7.1. INSTRUMENTO DE MEDIDA</b>	<b>72</b>
<b>7.2. TIPOS DE VARIABLES</b>	<b>73</b>
<b>7.3. CONSTRUCCION Y VALIDACION DE UN INSTRUMENTO</b>	<b>74</b>
<b>7.3.1. VALIDEZ DE UN INSTRUMENTO</b>	<b>78</b>
<b>7.3.2. CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO</b>	<b>81</b>
<b>8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE SENO.</b>	<b>89</b>
<b>9. METODOLOGIA</b>	<b>92</b>
<b>9.1. TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>92</b>
<b>9.2. POBLACION Y MUESTRA</b>	<b>92</b>
<b>9.3. CRITERIO DE INCLUSION</b>	<b>93</b>
<b>9.4. CONSIDERACIONES ETICAS</b>	<b>93</b>
<b>9.5. INSTRUMENTO</b>	<b>93</b>
<b>9.6. PROCEDIMIENTO</b>	<b>96</b>
<b>9.7. ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>96</b>
<b>10. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>97</b>
<b>10.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION</b>	<b>98</b>
<b>11. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO BRIEF COPE INVENTORY</b>	<b>109</b>
<b>12. CONCLUSIONES</b>	<b>123</b>
<b>13. RECOMENDACIONES</b>	<b>125</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>127</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>144</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Características socio-demográficas de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno según edad – escolaridad – estado civil.	98
<b>Tabla 2.</b> Características socio-demográficas de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno según personas con quien vive - ocupación - estrato socio económico.	102
<b>Tabla 3.</b> Características socio-demográficas de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno según personas según seguro de salud – lugar de residencia.	106
<b>Tabla 4.</b> Alfa de Cronbach general para el instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español.	110
<b>Tabla 5.</b> Peso factorial de los ítems del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español.	111
<b>Tabla 6.</b> Datos descriptivos para cada dimensión del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español	113

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo 1.</b> Consentimiento Informado	144
<b>Anexo 2.</b> Instrumento en su versión original (ingles)	148
<b>Anexo 3.</b> Cuestionario Brief Cope Inventory traducido	150

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de seno es una patología frecuente en la mujer, con una incidencia de más de un millón de casos diagnosticados anualmente; siendo esta la causa más común de muerte relacionada con cáncer entre mujeres de todo el mundo, es importante destacar el papel que tienen los aspectos psicosociales que pueden afectar el curso de la enfermedad, al igual que las estrategias de afrontamiento y estilos conductuales que pueden emplear las personas en el pronóstico de la enfermedad de cáncer de seno.

El validar instrumentos que midan afrontamiento es importante ya que en la literatura no hay evidencia de la validación de un instrumento que evalúe afrontamiento al cáncer de seno en población colombiana, la validación de este instrumento va a permitir conocer las estrategias y tipos de afrontamiento utilizados por los pacientes, las cuales influyen en el proceso de enfermedad, éxito del tratamiento y finalmente en la calidad de vida de las mujeres.

Por esta razón el objetivo general de esta investigación es: *Establecer los indicadores de validez y confiabilidad del cuestionario Brief Cope Inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno a nivel de estudio piloto.*

La muestra estuvo conformada por 95 mujeres con diagnóstico de cáncer de seno en cualquier estadio de la enfermedad que asistieron a control ambulatorio en un centro oncológico en Bogotá.

El análisis psicométrico del instrumento Brief Cope Inventory dio como resultado un Alfa de Cronbach de 0.733 por lo que se concluye que este instrumento presenta buen indicador de validez interna, que son comparables a los encontrados por otros investigadores.

## 1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION

El cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, a cualquier persona sea joven o mayor, rica o pobre, hombres o mujeres y representa una enorme carga sobre los pacientes, las familias y las sociedades.

Esta es una enfermedad de la cual no se conoce su causa exacta, sin embargo en la actualidad se tiene conocimiento sobre las características, los factores de riesgo tanto internos como externos que predisponen a desarrollar la enfermedad, el tratamiento y posterior seguimiento, lo cual ha contribuido como una herramienta para prevenir aproximadamente el 30 % de los casos de cáncer<sup>1</sup> que ocurren en la sociedad; sin embargo la batalla contra esta enfermedad se ha abordado de diferentes formas en todos los países del mundo .

Mientras que en los países con altos índices de inversión en salud, los presupuestos se han dirigido al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, se evidencia una poca o nula inversión y dedicación a la prevención; en los países tercermundista o en vías de desarrollo hay poca o derogada inversión en ciencia y tecnología en cuanto al cáncer, por lo tanto hay una dependencia del desarrollo tecnológico de otros países; situación que ha llevado a que el cáncer se extienda como una pandemia global.

---

<sup>1</sup> World Health Organization (WHO). Programmes and projects. Cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/en/> [consultado 10 de abril de 2008]

Aunque se han ganado batallas en cuanto al control del cáncer a nivel molecular y celular, incorporación de terapias y medios diagnósticos que han hecho alcanzar niveles de supervivencia inimaginables hace unas décadas, no se ha realizado la incorporación necesaria de los avances sobre las causas y prevención de la enfermedad, temas que harían que la victoria sobre el cáncer fuera completa y definitiva.

Ésta es una de las enfermedades que más afecta a la población mundial; de los 58 millones de muertes que se registraron en el mundo en 2005, 7,6 millones (13%) se debieron al cáncer; siendo los tipos de cáncer más prevalentes el cáncer de pulmón con 1,3 millones de muertes, cáncer de estómago casi un millón de muertes, cáncer de colon 655.000 muertes, cáncer de hígado 662 000 muertes anuales y cáncer de seno con 502.000 muertes<sup>2</sup>.

El cáncer de seno es una patología frecuente en la mujer, con una incidencia de más de un millón de casos diagnosticados anualmente; siendo esta la causa más común de muerte relacionada con cáncer entre mujeres de todo el mundo. En relación a las estadísticas de incidencia y mortalidad por cáncer de seno, se observa gran diferencia entre los países desarrollados y países en vías de desarrollo; según el National Cancer Institute (Surveillance Epidemiology and End Results) en Norteamérica para el 2005 hubo una incidencia total de cáncer de 1,437.180 casos, de los cuales 692.000 son reportados en mujeres; en cáncer de seno específicamente hay una incidencia total de 184.450 casos, siendo 182.460

---

<sup>2</sup> Ibid

casos en mujeres y 1.990 casos de cáncer de glándula mamaria en hombres, , con una mortalidad total por ésta misma causa de 40.930 casos de los cuales 40.840 casos se presentaron en mujeres y 450 casos en hombres<sup>3</sup>.

En el reino unido se reportaron 35.000 nuevos casos de cáncer de seno y 13.000 fallecimientos por esta causa, en el norte de Europa igualmente hay evidencia de cifras elevadas para esta patología, por ejemplo en los países Escandinavos hay una incidencia de 129 casos por 100.000 mujeres, en Italia 110 casos por 100.000 mujeres, en Holanda 95 casos por 100.000 mujeres<sup>4</sup>. En países asiáticos como Japón se presenta una incidencia menor con 30 a 40 casos por 100.000 mujeres en el 2002 y una mortalidad de 9 casos por 100.000 mujeres en 2005<sup>5</sup>.

Para Latinoamérica mas de un millón de casos de cáncer de seno son diagnosticados al año, mas de 370.000 muertes ocurrieron en el 2001 por esta causa (World Health Organization Databank, 2000) siendo considerada esta enfermedad como un importante problema de salud pública, sin embargo esto no es aplicable a todos los países del sur de América, porque se encuentran variaciones en la incidencia.

---

<sup>3</sup> National Cancer Institute. Contents of the Surveillance Epidemiology and End Results Cancer Statistics Review 1975- 2005. Disponible en: [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2005/sections.html](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005/sections.html). [Consultado 22 de agosto de 2008]

<sup>4</sup> PERALTA, Octavio. Cáncer de mama en Chile: datos epidemiológicos. En: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol.67, No.6 (2002) p.439-445. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000600002&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600002&Ing=es&nrm=iso) [Consultado 23 Agosto 2008],

<sup>5</sup> World Health Organization, the impact of cancer in your country. Japan. Disponible en: <http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=119&iso=JPN&generateReport=Generate+Report> [Consultado 22 de agosto de 2008]

En Chile según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 la incidencia de esta patología fue de 25 casos por 100.000 mujeres, con una mortalidad de 13.5 casos por 100.00 mujeres, siendo este el tipo de cáncer el mas diagnosticado y por el que mas fallecen las mujeres en ese país; por grupo de edad la incidencia es de 31.5 por 100.00 mujeres en mayores de 15 años, de 41.2 por 100.000 mujeres en mayores de 25 años y 57,6 por 100.000 mujeres en mayores de 35 años.

En Argentina según la OMS en el 2002 el tipo de cáncer que represento mayor número de casos nuevos fue el cáncer de seno, con 47 a 48 casos por cada 100.000 mujeres, al igual que para el año 2005 donde se reportaron 25 casos por cada 100.000 mujeres.<sup>6</sup> El Ministerio de salud estima que en la provincia de Buenos Aires el cáncer de seno afecta a 1 de cada 8 mujeres con un diagnostico entre 15.000 y 18.000 casos al año, estando ubicado en el cuarto lugar entre los cánceres que afectan a la mujer, precedido por el cáncer de cuello uterino.

En Brasil según la OMS en el 2005 el cáncer represento la mortalidad de 190.000 personas constituyendo esto el 33% del total de las muertes en ese país. Para ese mismo año la incidencia de cáncer de seno fue de 35 casos por cada 100.000 mujeres y la mortalidad de 19 casos por cada 100.000 mujeres, siendo esta la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres, seguido por el cáncer de tráquea, bronquios y pulmones<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Ibid. Argentina.

<sup>7</sup> Ibid. Brasil.

Para Colombia, la situación no es muy favorable, según los indicadores de salud en Colombia para el año 2007, la tasa de mortalidad general en mujeres fue de 366.0 (79.481 casos) por cada 100,000 habitantes. De estas muertes, la tasa de mortalidad por neoplasia maligna de seno, fue de 22.3 (1.793 casos) que corresponde a 5 – 6 mujeres por cada 100.000 habitantes mujeres de 35 y mas años. Sin embargo al observar las causas de mortalidad por genero y por edad por cada 100,000 habitantes; en las mujeres de 45 a 64 años el tumor maligno de seno ocupa el cuarto lugar con 899 casos, seguido por Neoplasias malignas del útero con 887 casos.<sup>8</sup>

En el Distrito Capital la gravedad del problema se evidencia al igual que en otras ciudades del país y del mundo; se diagnostican anualmente cerca de 10.000 casos de cáncer, de los cuales el 59% corresponden a mujeres y el 41% restante a hombres. Según el Instituto Nacional de Cancerología, en el 2005 se diagnosticaron 2.578 casos nuevos de cáncer en población residentes en la ciudad, y fallecieron por cáncer 2.366 personas. Para cáncer de seno específicamente, a partir del año 2000 las muertes por esta causa se han incrementado de forma importante pasando de 271 muertes en el año 2000, a 359 en el año 2005 y 441 en el año 2007 evidenciándose un incremento relevante en los últimos siete años; esta patología paso de ser la tercer causa de muerte en mujeres en el año 2000 al segundo lugar en el 2005 y a la primer causa de muerte en las mujeres para el 2007 en la ciudad de Bogotá<sup>9 10</sup>.

---

<sup>8</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Situación de salud en Colombia, Indicadores básicos, 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3> [consultado 27 de abril de 2007]

<sup>9</sup> ALCALDIA DE BOGOTA. Cáncer de mama, segunda causa de muerte en Bogotá. Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/decide.php?patron=01.0103050701> [consultado 16 de abril de 2008]

<sup>10</sup> ALCALDIA DE BOGOTA. Bogota se une al día mundial de la lucha contra el cáncer de seno. Disponible en: [http://www.samuelalcalde.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2420%3Abogota-se-une-al-dia-mundial-de-la-lucha-contra-el-cancer-de-seno&Itemid=82](http://www.samuelalcalde.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2420%3Abogota-se-une-al-dia-mundial-de-la-lucha-contra-el-cancer-de-seno&Itemid=82) [consultado 7 de Febrero de 2009]

Estas cifras motivan a incentivar aún más las campañas de prevención del cáncer seno y a ofrecer atención integral a las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad, principalmente para prevenir la aparición de la patología y también para que aquellas mujeres que ya presentan el cáncer, tengan herramientas suficientes para combatir la enfermedad y no morir a causa de ella<sup>11</sup>. La mortalidad por esta enfermedad en los países desarrollados está en descenso gracias a los avances en el tratamiento y en la instauración de programas organizados de tamizaje.

En los países Latinoamericanos, la situación es muy diferente ya que las mujeres de menor nivel socioeconómico se encuentran en menor riesgo de desarrollar la enfermedad, pero tienden a tener una peor o menor supervivencia en comparación con mujeres de mayor nivel socioeconómico. La diferencia social en el cáncer se ha atribuido a diferencias en el comportamiento reproductivo; ya que en general las mujeres de mayor nivel socioeconómico tienen menor paridad, mayor edad al nacimiento de su primer hijo, una corta duración de la lactancia materna y una edad mas avanzada en la menopausia; siendo estos los factores que se conocen aumentan el riesgo de cáncer de seno<sup>12</sup>. Incluyéndose en este aspecto la educación, ya que las mujeres con un nivel educativo medio (secundaria 10 a 12 años) se les asocia con un menor riesgo de muerte por el cáncer de seno en comparación con mujeres con nivel bajo de educación (escuela primaria < o = 9

---

<sup>11</sup>SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Mano al Pecho" porque el primer paso para detectar en cáncer de seno esta en tus manos. Disponible en: [http://74.125.47.132/search?q=cache:mYnL\\_WU-hUJ:www.bogota.gov.co/portel/libreria/doc/Pecho.doc+cifras+cancer+de+seno+%2B+bogota&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=co](http://74.125.47.132/search?q=cache:mYnL_WU-hUJ:www.bogota.gov.co/portel/libreria/doc/Pecho.doc+cifras+cancer+de+seno+%2B+bogota&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=co) [consultado 7 de Febrero de 2009]

<sup>12</sup> LAGERLUND, Magdalena. BELLOCCO, Rino. KARLSSON, Per. TEJLER, Goran. LAMBE, Mats. Socio-economic factors and breast cancer survival a population based cohort study (Sweden). En: Cáncer Causes & Control. Vol 16, No. 4( May 2005) Pág.: 419-430. Disponible en: database OVID <http://www.springerlink.com/content/gx12n67v221120w3/fulltext.pdf?page=1> [consultado 28 agosto 2008]

años)<sup>13</sup>. Siendo las mujeres de mayor nivel socioeconómico las que tienen un mejor pronóstico.

Como se observa en las estadísticas, el cáncer de seno también está determinado por los factores de riesgo o factores predisponentes no modificables y modificables<sup>14</sup> como: genéticos o familiares, edad, raza, riesgos reproductivos, terapia de reemplazo hormonal, factores dietarios y factores ambientales. The American Public Health Association y otras investigaciones publicadas determinan otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida como: obesidad, inactividad física y el consumo de alcohol<sup>15 16</sup>.

Así como existen factores de riesgo o pre disponentes no modificables; si se observa la situación respecto a esta enfermedad, varía considerablemente entre los distintos países del mundo lo que tiene de igual forma relación con el nivel de desarrollo de cada país<sup>17</sup>, factores culturales y de educación<sup>18</sup> los cuales intervienen en la promoción y prevención de la enfermedad.

El cáncer de seno es una enfermedad progresiva, de la cual se disponen amplios conocimientos acerca de sus causas; por esta razón es indispensable encaminar

---

<sup>13</sup> *Ibíd.*, p. 422

<sup>14</sup> DEAN, Antonia. Primary Breast Cancer: risk factors, diagnosis and management. *En:* Nursing Standar Career and Technical Education. Vol 20, No. 40 (Jun 11- Jun17, 2008) Pag 47. Disponible en: database Pro Quest. [consultado agosto 26 de 2008]

<sup>15</sup> WISEMAN, Richard. Breast Cancer Hypothesis: a single cause for the majority of cases. *En:* Journal of Epidemiology & Community Health. Vol 54, No. 11 (November 1, 2000) Pag: 851-858. Disponible en: database OVID <http://jech.bmj.com/cgi/reprint/54/11/851> . [consultado agosto 26 de 2008]

<sup>16</sup> SINGLETARY, Eva. Rating the Risk actors for Breast Cancer. *En:* Annals of Surgery. Vol 237, No. 4 (April 2003) pag: 474 – 482. Disponible en: database OVID <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1514477> [consultado 27 agosto de 2008]

<sup>17</sup> Oficina de Salud Mundial de las Minorías (OMH). Health Topics. Cáncer. Disponible en: <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=20> [consultado 10 abril de 2008]

<sup>18</sup> LAGERLUND, Op.cit., p. 427

los esfuerzos hacia la detección temprana, a través del desarrollo de programas de prevención y control de la enfermedad y educación a la población, que incluya el auto examen, el examen clínico de seno y el tamizaje con mamografía; medidas que posibilitan reducir y controlar el cáncer aplicando estrategias basadas en datos probatorios destinadas a la prevención, así como a la detección precoz y al tratamiento.

El cáncer de seno, dada su naturaleza, progresión y tratamiento provoca diversas modificaciones en la vida de las pacientes, tanto a nivel personal, familiar, social, económico, etc. Por lo que es de vital importancia que el paciente desarrolle habilidades para hacer frente a todas las demandas abrumadoras o desbordantes que traiga consigo la enfermedad; y así poder dar una respuesta positiva y efectiva que le proporcione alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio a su vida.

A partir de la influencia tanto fisiológica como psicológica y emocional que tiene el afrontamiento en la resolución de cualquier situación que ponga a prueba la estabilidad humana, se han desarrollado estudios que han demostrado que, el afrontamiento es una variable que puede afectar positiva o negativamente ya que la manera en que las personas manejan los estresores asociados a la enfermedad crónica en este caso al cáncer de seno y a los tratamientos médicos, puede jugar un importante papel en la adaptación a esos problemas que trae el proceso de salud- enfermedad y en el mantenimiento de la calidad de vida subjetiva vinculada al estado de salud<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> FONT, Antoni. Cáncer y Calidad de Vida. En: Anuario de Psicología. No. 61 (1994) Pág. 41-50. Disponible en: database OVID <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61119/88853> [consultado 11 septiembre de 2008]

En el afrontamiento están relacionadas múltiples categorías y procesos asociados a la estabilidad psíquica y al modo de vida de individuos y grupos, este término expresa el papel activo del ser humano ante los desafíos de la vida cotidiana; y se ha comprobado según estudios realizados sobre afrontamiento, que este puede influir en los efectos negativos y positivos que produce un problema de salud en la persona, incluso teniendo efectos sobre la competencia inmunológica del individuo lo que influye en la aparición de otras consecuencias fuera de las propias del cáncer de seno, las cuales aumentan el riesgo de decaer o agravar la enfermedad poniendo en peligro la vida de la persona<sup>20</sup>. Ayudando así al paciente a “defenderse de la enfermedad”, física y psicológicamente, ya que “aunque nosotros no podamos evitar soportar una larga espera, podemos aprender acerca de cómo guardar este drama con efectos mínimos de angustia”<sup>21</sup>

A nivel mundial se han desarrollado investigaciones donde se ha podido comprobar la importancia del afrontamiento frente a gran variedad de situaciones que afectan a los grupos poblacionales (niños, adolescentes y adultos) en los diferentes aspectos de la vida, con respecto a esto se han desarrollado estudios en Estados Unidos, Europa y Suramérica, aunque estas investigaciones provienen de orientaciones teóricas diferentes, apuntan a poner de manifiesto la forma en que las personas manejan y afrontan diferentes situaciones<sup>22</sup> y su resolución.

---

<sup>20</sup> LEDON Loraine, AGRAMONTE Adriana, MENDOZA Madelín *et al.* Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. *En:* Revista Cubana Endocrinol . Vol. 18, No. 2 (mayo-agosto 2007) Pág.: Disponible en: database SCIELO [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532007000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532007000200001&script=sci_arttext) [consultado 26 de agosto de 2008]

<sup>21</sup> *Ibid.*, p. 12

<sup>22</sup> VARELA, Berta. DELGADO, Lucía. VIERA, Mercedes *et al.* Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *En:* Ciencia y Enfermería. Vol.13, No.2 (Dic 2007)Pag:33-40. Disponible en: database SCIELO <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n2/art05.pdf> [consultado 25 de agosto de 2008]

Para Colombia específicamente se han realizado estudios sobre afrontamiento relacionados con la calidad de vida y estrategias utilizadas en población adulta en relación con enfermedades crónicas; también se han hecho investigaciones de tipo cualitativo acerca del afrontamiento ante el cáncer de útero y cáncer de seno, un trabajo de investigación realizado por la Psicóloga Clara Pérez, demuestra que existen herramientas que permiten asumir el proceso oncológico con las menores consecuencias emocionales negativas posibles, lo cual contribuye a llevar la enfermedad de manera mas natural, creando menos situaciones de estrés durante el tratamiento<sup>23</sup>, las herramientas utilizadas o estrategias de afrontamiento, permiten de manera efectiva responder a las necesidades reales y sentidas por la paciente durante el proceso de la enfermedad propiciándole un espacio en donde se desarrolla su vida y su enfermedad, donde sienta el apoyo que necesita y en el momento en que lo necesita. Otros estudios de tipo cualitativo demuestran que las pacientes con cáncer de seno utilizan estrategias de afrontamiento para evitar la ansiedad, el desamparo y fatalismo que siente mientras tienen la enfermedad, el uso de las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales van a determinar un estilo de afrontamiento, el cual va ser útil durante todo el proceso de la enfermedad<sup>24</sup>.

En estudios cuantitativos sobre afrontamiento existen diversos instrumentos para medir afrontamiento pero cuatro de los más utilizados son el cuestionario Modos de Afrontamiento (del inglés *Ways of Coping instrument*, WCI), COPE (El Cuestionario Multidimensional de Afrontamiento) de Carver, Scheier y Weintraub,

---

<sup>23</sup> PEREZ.Clara. Propuesta de intervención en pacientes con cáncer de mama en la atención primaria de Salud.

<sup>24</sup> RODRIGUEZ. Beatriz, BAYON.Carmen, ORGAZ.Pablo,TORRES.Guadalupe, MORA.Fernando, CASTELO, Beatriz. Adaptación individual y Depresión en una muestra de pacientes oncológicos. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 4, Núm. 1, 2007, pp. 7-19. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0707120007A.PDF> [consultado 11 de abril de 2009]

Indicador de Estrategias de afrontamiento (*The Coping Strategy Indicator*, CSI) y la escala *Multidimensional Coping Inventory* (MCI) estos con una particularidad, que están derivados de la teoría de Lazarus y Folkman (1984).

A pesar de los instrumentos existentes, la mayoría han sido utilizados para medir afrontamiento en diferentes poblaciones y ante distintas situaciones, pero en Colombia no existen investigaciones o estudios donde se evidencie la validación de un instrumento que evalúe el tipo de estrategias de afrontamiento y el tipo de afrontamiento que tienen las mujeres colombianas diagnosticadas con cáncer de seno, en cualquiera de sus estadios.

Por el impacto que tiene el afrontamiento, como clave psicológica para el alivio del sufrimiento; en la integración o participación activa de la paciente en su proceso terapéutico, su posterior éxito y finalmente la repercusión positiva en su calidad de vida como factor propiciador de sobrevida, se hace necesario tener un instrumento que evalúe estrategias de afrontamiento el cual este validado en población colombiana teniendo en cuenta las características culturales y socio demográficas propias de la población.

Este instrumento será de gran importancia para los profesionales de enfermería dado que se podrá evaluar la capacidad y tipo de afrontamiento que tiene la mujer diagnosticada con cáncer de seno y, a partir de ese reconocimiento realizar intervenciones de forma oportuna que lleven a reforzar aquellas prácticas, actitudes y aptitudes que favorecen el afrontamiento activo; además de ser una guía para orientar la educación e información que necesita la paciente como medio de apoyo en la aceptación, adaptación y afrontamiento de su enfermedad y

así por medio de estas intervenciones realizar de manera conjunta acciones más efectivas e integrales para que la mujer alcance su destino como ser humano de la mejor manera posible.

Por las razones expresadas anteriormente, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la validez y confiabilidad del cuestionario Brief Cope Inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno en población colombiana?

## 2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

**AFRONTAMIENTO:** es el esfuerzo tanto cognitivo como conductual, que hace el individuo para hacer frente al estrés o a una situación específica, para manejar las demandas tanto internas como externas y los conflictos entre ambas<sup>25</sup>; también se puede hallar que es un patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado<sup>26</sup>. Según Lazarus y Folkman (1986) definen afrontamiento como las exigencias internas y/o externas creadas para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes<sup>27</sup>.

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO:** son herramientas que permiten el cuidado de la salud de una manera integral, que pueden ser evaluadas para verificar su efectividad al ser aplicadas, dependiendo del patrón en el que se vaya a implementar, estas estrategias definen un beneficio estandarizado para la salud<sup>28</sup>.

Según los autores Cristina Puerta, Sara Posada, Diana Arango y Daniel Aguirre, basados en los autores Lazarus & Folkman, definen las estrategias de

---

<sup>25</sup> SANCHEZ, P. afrontamiento del estrés. confederación de organizaciones de psicopedagogía y orientación de España [artículo de internet]: <http://www.copoe.org/node/285>

<sup>26</sup> Etiquetas diagnosticas de NANDA según patrones funcionales de salud (M.Goron). Actualización en Enfermería. [artículo de internet] <http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/index.htm>

<sup>27</sup> VLINAS, F. Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática auto informada en un grupo de estudiantes universitarios 2004 (1). Disponible en <http://www.copoe.org/node/285>

afrontamiento como el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación.<sup>29</sup> La utilización de determinada estrategia de afrontamiento depende de la situación, la evaluación cognitiva y el control percibido, las emociones y/o la activación fisiológica. (Muller & Spitz, 2003; Vinaccia, Tobón, Sandín & Martínez, 2001; Garrido, 2000).

**DIAGNÓSTICO DE CANCER:** es la determinación de la naturaleza de la enfermedad por cáncer de seno por medio de un examen físico, test de laboratorio y pruebas confirmatorias que permite tomar una decisión para dar inicio a un tratamiento oportuno y continuo para la recuperación total de la salud<sup>30</sup>.

**CÁNCER DE SENO:** Es una enfermedad que principalmente ocurre en mujeres a causa de una proliferación anormal de las células del seno, inicialmente se originan en las células que recubren los conductos (cáncer ductal), pero también se puede desarrollar en los lobulillos y en el resto de tejido. Cuando hablamos de carcinoma nos referimos al cáncer que se está desarrollando en la capa de revestimiento del seno como en los conductos o lobulillos. Mientras que adenocarcinoma se refiere al cáncer presentado en el tejido glandular del seno.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> LONDOÑO, N. PUERTA I. POSADA S. ARANGO D. AGUIRRE DI. Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una Muestra Colombiana 2006; 5 (2) Pág 327-349 [consultado 25 de agosto de 2008]

<sup>30</sup> National Library of Medicine and the National Institutes of Health. Care Reform Terms 1996. En línea [MesH]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

<sup>31</sup> Sociedad Americana de Cáncer. ¿Qué es el cáncer? Disponible en: <http://www.cancer.org>

Cuando las células del seno envejecen, mueren y son reemplazadas por nuevas células. Sin embargo, cuando las células crecen y el cuerpo no las necesita pueden unirse, formando una masa denominada tumor que puede ser benigno, cuando no es canceroso y se pueden operar y nunca más volver a aparecer, sin invadir otros órganos del cuerpo o maligno cuando si es canceroso y a pesar de su extirpación existe el riesgo de que vuelva a formarse o invade otros tejidos u órganos.<sup>32</sup>

**ESTUDIO PILOTO:** es un ensayo preliminar mediante el cual se pone a prueba instrumentos o procesos con el fin de adecuarlos o ajustarlos en el futuro en una población específica.

**VALIDEZ:** es una característica que permite establecer si realmente la medida utilizada en un momento dado sirve para describir las características del fenómeno de salud que se va a observar y a medir, y si los efectos que se obtienen se pueden atribuir al factor estudiado o a la aptitud que se capta<sup>33</sup>.

Otro concepto define que es el grado en que una medida o conjunto de medidas representa correctamente el concepto que se estudia, es decir, el grado en que se esta libre de errores sistemáticos o no aleatorios, la validez se refiere a la bondad con que las medidas definen el concepto<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Instituto Nacional de cáncer. Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de seno. Disponible en: <http://www.cancer.gov>

<sup>33</sup> LOZANO, Diana. Principios de Epidemiología. Centro Editorial Javeriano. Pág 29

<sup>34</sup> HAIR. Joseph, ROLPH. Anderson, TATHAM. Ronald, BLACK. William. Analisis multivariante. Quinta edicio: p. 787

Otros autores definen la validez como la capacidad de la escala para medir lo que se dice medir y no otros aspectos distintos a los que se pretenden<sup>35</sup>, Campbell y Russo definen la validez como el grado de concordancia entre medidas cuyos métodos son distintos<sup>36</sup>, Nunnally define la validez como el grado en el cual se logra el propósito con el cual fue elaborada la prueba<sup>37</sup>.

**CONFIABILIDAD:** es el grado en que la variable observada mide el valor (verdadero) o esta libre de error, por lo tanto es lo opuesto al error de medida<sup>38</sup>, Lamprea afirma que la confiabilidad permite observar si el instrumento mide lo que dice medir y si esta medición es estable<sup>39</sup>.

Otro autor define la confiabilidad como la razón entre el autentico nivel de medida y la medida realizada es decir , la confiabilidad es la proporción de verdad en medida, en este caso queremos medir la confiabilidad de la escala del instrumento Brief Copy Inventory, en estos términos la confiabilidad de una escala es la capacidad que tiene esta para medir de forma consistente y precisa las características que pretende medir, una escala es fiable si cada vez que se mide a los mismos sujetos se obtiene el mismo resultado<sup>40</sup>.Campbell y Russo definen la confiabilidad como el grado de coincidencia arrojado por varias medidas que son parecidas en procedimiento o método<sup>41</sup>.Según Carmines y Zeller la confiabilidad es el grado en el cual se consiguen resultados similares en ocasiones

---

<sup>35</sup> HERNANDEZ, Rene, GONZALES, Monica. Estadística con SPSS y metodología de la investigación. Edit. Trillas. 2006. p.155.

<sup>36</sup> Ibid., p 156

<sup>37</sup> Ibid., p. 165

<sup>38</sup> Opcit., HAIR.,p 774

<sup>39</sup> Opcit., LANDERO; p 166

<sup>40</sup> Opcit., LANDERO; p. 166

<sup>41</sup> Opcit., LANDERO; p 167

consecutivas; esto gracias a una prueba, experimento o instrumento de medición<sup>42</sup>.

También se entiende por confiabilidad que es el porcentaje de la varianza del constructo debido a la calificación verdadera<sup>43</sup>.

**VALIDACIÓN:** es un proceso en el cual se busca hallar la confiabilidad y la importancia de un procedimiento de carácter investigativo, el cual será aplicado con un propósito específico una población definida<sup>44</sup>.

**INDICADORES:** valor observado, utilizado como una medida de un concepto o constructo, que no puede ser medido directamente. El investigador debe especificar que indicadores están asociados con cada constructo<sup>45</sup>, estos nos permiten inferir propiedades o características no directamente observables, es decir se utilizan para señalar algo que representa lo que ocurre en otro nivel.

**CONSTRUCTO:** es un concepto que el investigador puede definir en términos conceptuales, pero que no puede ser directamente medido, los constructos son las bases para formar relaciones causales, en la medida en que son las representaciones más posibles de un concepto, un constructo puede definirse con diversos grados de precisión, que van desde los conceptos más simples hasta los

---

<sup>42</sup> Opcit., LANDERO: p. 172

<sup>43</sup> Opcit., LANDERO: p. 1173

<sup>44</sup> Dictionary of Health [en línea]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

<sup>45</sup> Opcit. HAIR.,p. 778

mas complejos, un constructo no puede ser medido directamente, debe medirse con los indicadores<sup>46</sup>.

**VARIANZA:** es un concepto estadístico de dispersión de los valores alrededor de una medida.

**VARIABLE:** Característica o propiedad de un objeto de evaluación que tiende a cambiar al desarrollarse en ambientes o contextos diferentes y que puede tener diversos valores.

**ANALISIS FACTORIAL:** es una técnica de reducción de las dimensiones para examinar la interdependencia de variables, en donde se busca identificar los factores no observables que expliquen las variables directamente observadas, perdiendo la mínima información para que sean fáciles de interpretar, este análisis trata de encontrar variables sintéticas, latentes, inobservables y aun no medidas cuya existencia se sospecha en las variables originales y que permanecen a la espera para ser halladas<sup>47</sup>.

**ALFA DE CRONBACH:** es un tipo de modelo de consistencia interna, que se basa en la correlación inter-elementos, también es una estimación del límite inferior de la fiabilidad poblacional y que asume que una escala es fiable cuando la variabilidad de las puntuaciones observadas es atribuible a las diferencias

---

<sup>46</sup> Opcit.,HAIR.,p. 770

<sup>47</sup> Opcit.,HAIR.,p. 772

existentes entre los sujetos, este coeficiente depende del número de elementos de la escala<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> Opcit.,HAIR.,p. 772

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Establecer la validez y confiabilidad del cuestionario Brief Cope Inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno en población colombiana a nivel de estudio piloto.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir las características socio demográficas de un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer seno en una unidad oncológica de Bogotá.
- Determinar la consistencia interna del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español para identificar estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico de cáncer de seno en población colombiana a nivel de estudio piloto.
- Determinar la validez de contenido y de constructo del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español para identificar las estrategias de afrontamiento frente al diagnóstico de cáncer de seno en población colombiana a nivel de estudio piloto.

## 4. MARCO TEORICO

### 4.1. CONTEXTO HISTORICO DEL CÁNCER

El cáncer es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo y los seres humanos han batallado contra esta enfermedad a través de su existencia. Gracias a la recopilación de diversos momentos importantes de la historia y evolución del cáncer, se pueden describir los siguientes eventos con respecto a esta patología<sup>49</sup>

Las primeras descripciones sobre el cáncer fueron encontradas en el año 3000 a.C. en un *papiro* (soporte de escritura fabricado a partir de planta acuática llamada *papiro*, muy común en épocas antiguas y precedente del papel para escritura actual) escrito por los egipcios donde se encontró los primeros signos de cáncer en huesos de momias del antiguo Egipto, también se encontró la descripción de ocho casos de cáncer de seno tratados con cauterización, sin embargo el documento resalta la no existencia de un tratamiento. Luego hacia el año 300 a.C Hipócrates, quien es considerado el padre de la medicina describió su teoría humoral de la medicina, la cual dice que el cuerpo está constituido por cuatro fluidos: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, atribuyendo la presencia del cáncer a un exceso en la bilis negra, también fue el primero en usar la palabra carcinoma para referirse al cáncer.

---

<sup>49</sup> Emory University. Historia del Cáncer. Cronograma del Cáncer. Disponible en: <http://translate.google.com.co/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.cancerquest.org/&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3Dcancerquest.org%26hl%3Des%26sa%3DX%26pwt%3D1> [consultado 27 agosto de 2008]

En el año 657 d.C Paúl de Aegina uno de los más prominentes médicos bizantinos, describió el cáncer de seno y útero como los más comunes, en aquella época. Para esos momentos se inicio la descripción del tratamiento para el cáncer, el cual consistía en cirugías y extirpación de los tumores. En 1990 Moisés Mainomides médico, científico y filósofo continuó con la descripción de procedimientos quirúrgicos, como tratamiento para el cáncer.

Ya hacia 1713 se inicio el descubrimiento de factores de riesgo o predisponentes para el cáncer, estas observaciones fueron hechas por Rammazinni quien describió que había ausencia de cáncer cervicouterino entre las monjas y una alta incidencia de cáncer de mama dentro de la misma población, el atribuyo esto a la diferencia en su estilo de vida y a su abstinencia. Esta observación señaló el camino para descubrir la importancia de los factores hormonales en el cáncer. Seguido por John Hill en 1761 quien fue el primero en reconocer los peligros del uso del tabaco, como factor de riesgo para el cáncer a partir de la identificación de estos riesgos se implementaran medidas de salud pública.

Es a partir de estas implicaciones políticas que en 1779, se fundó el primer hospital de cáncer en Francia pero este fue trasladado de la ciudad de Due hacia Widespread por las creencias y miedos generalizados sobre el cáncer como una enfermedad contagiosa. Luego entre 1829 y 1867 Joseph Claude Anthelm Recamier Rudolph Virchow reconocieron que el cáncer podría hacer metástasis y que el cáncer se extendía por el cuerpo igual que un líquido.

En 1890 William Stewart Halsted, profesor de cirugía en Johns Hopkins, Harvard y Yale, llevó a cabo la mastectomía radical (extirpación completa de la mama, los músculos del pecho y el sistema linfático de la mama) como tratamiento contra el cáncer de mama. Luego continuó la investigación para la identificación de las causas del cáncer, en 1915 el cáncer fue provocado en animales de laboratorio por primera vez, aplicando alquitrán de carbón a la piel de conejos, señalando así el camino para los actuales métodos de investigaciones científicas de cáncer.

En 1939, Charles Brendon Huggins, a través de sus estudios sobre los niveles de andrógenos y el cáncer de la próstata en perros, descubrió que las hormonas eran necesarias para el crecimiento de ciertos tipos de cánceres y estableció así la base para la terapia hormonal contra ciertos tipos de cánceres. Hacia 1946 Louis Goodman, estudió agentes químicos de guerra durante la Segunda Guerra Mundial descubriendo que las mostazas nitrogenadas podían ser utilizadas en el tratamiento contra el cáncer, siendo este el momento del descubrimiento y descripción los primeros agentes quimioterapéuticos contra algunos tipos de cánceres como la enfermedad de Hodgkin, el linfosarcoma y las leucemias.

En las investigaciones y descubrimientos posteriores, se dio a conocer avances sobre las causas y desarrollo del cáncer; en 1986 Stephen H. Friend aislaron el primer gen supresor de tumores de retinoblastoma, convirtiéndose este gen en uno de los primeros genes asociados con una forma de cáncer hereditario. Finalmente en 1999, se indujo por primera vez en un laboratorio la formación de células cancerosas en el epitelio humano y los fibroblastos humanos, los cuales fueron transformados a células tumorales.

Durante todo el desarrollo histórico de la enfermedad esta ha tenido modificaciones tanto en su definición como causas, factores de riesgo y tratamiento. Hoy en día según el National Cancer Institute el cáncer es definido como “El cáncer no es una enfermedad, sino más bien muchas enfermedades”<sup>50</sup> según la OMS “Cáncer es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, siendo las características definitorias, el crecimiento o generación anárquica de células anormales mas allá de sus límites normales y que tienen la capacidad de invadir órganos adyacentes”<sup>51</sup> habiendo varios tipos de cáncer, siendo los más comunes el cáncer de la piel, colorrectal, vejiga, endometrio, pulmón, páncreas, próstata, tiroides y seno entre otros.

En la actualidad el cáncer es la primera causa de muerte alrededor del mundo y se le atribuyen 7.9 millones de defunciones en el 2007 siendo la mayoría de los casos atribuidos al cáncer de pulmón con 1.4 millones de defunciones, estomago 866.000 defunciones, hígado 653.000 defunciones, colon 677.000 defunciones y el cáncer de seno con 548.999 defunciones<sup>52</sup>.

El cáncer de seno es una patología frecuente en la mujer con una incidencia de más de 1 millón de casos diagnosticados anualmente; siendo esta la causa más común de muertes relacionadas con cáncer entre mujeres en todo el mundo. Las tendencias respecto a esta patología han tenido algunas variaciones con los años debido a diferentes causas entre las que se encuentran los cambios en los estilos

---

<sup>50</sup> National Cancer Institute. ¿Qué es el cáncer?. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es> [consultado 27 agosto de 2008]

<sup>51</sup> Organización mundial de la salud (OMS). Cáncer notas descriptivas. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> [consultado 1 de septiembre de 2008]

<sup>52</sup> Organización Mundial de la Salud. Cáncer Datos y Cifras. nota descriptiva No. 297 julio de 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> [consultado 1 septiembre de 2008]

de vida, cambios ambientales y personales de la población, además de la influencia del nivel de desarrollo del país en el que reside cada mujer.

Según American Cancer Society en su reporte *Cancer Facts and Figures 2008* para Norteamérica, para cáncer de seno se estima una incidencia de 184.450 casos de los cuales 1.990 casos corresponden a hombres y 182.460 corresponden a mujeres; para mortalidad se estima es de 40.930 casos de los cuales 450 casos corresponden a hombres y 40.480 casos corresponden a mujeres<sup>53</sup>.

De los tipos de cáncer mas diagnosticado, excluyendo al cáncer de piel, el cáncer de seno es el tipo de cáncer más diagnosticado en mujeres norteamericanas; luego de un continuo aumento de las tendencias de esta patología durante más de dos décadas, la incidencia disminuyo en un 3,5% por año del 2001 al 2004 esto posiblemente debido a la disminución del uso de terapia de remplazo hormonal, la cual según estudios se evidencio que aumentaba el riesgo de sufrir cáncer de seno y riesgo de enfermedades coronarias. Según el National Health Interview Survey, también se refleja una ligera disminución en la utilización de la mamografía como medio diagnóstico, viéndose esto reflejado en las tasas de uso mamografía, en las cuales en los dos últimos años en las mujeres de 40 años y más edad se redujo de 70,1% en 2000 a 66,4% en 2005<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2008*. Disponible en: [http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT\\_1x\\_Cancer\\_Facts\\_and\\_Figures\\_2008.asp](http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Cancer_Facts_and_Figures_2008.asp) [consultado 9 de septiembre de 2008]

<sup>54</sup> American Cancer Society. *Ibid.*

La variabilidad en la incidencia del cáncer de seno es debido al control y disminución de los factores de riesgo, a pesar de que el uso de la mamografía como medio diagnóstico haya tendido hacia la disminución, se considera de igual forma que la reducción de la mortalidad por esta enfermedad es debido a la combinación de mejores tratamientos y la detección temprana por medio de la mamografía. Según el American Cancer Society en su reporte datos y estadísticas del cáncer en los años 2006-2008 para la población latina, muestra que la probabilidad que tienen los latinos de desarrollar cáncer de seno durante toda su vida aumenta dependiendo el grupo etario en el que se encuentre, por ejemplo desde el nacimiento hasta los 39 años la probabilidad de sufrir cáncer de seno es de un caso en 268 mujeres, de los 40 a 59 años la probabilidad es de 1 caso entre 34 mujeres, y de los 70 años en adelante la probabilidad es de un caso entre 21 mujeres entre los años 2001 a 2003.<sup>55</sup>

Durante el periodo de 1992 a 2003 para la población latina, la incidencia tuvo una variación entre 90 casos por 100.00 habitantes en 1992 siendo esta la tasa más alta a 80 casos por 100.00 habitantes en el 2003 la tasa más baja, con un predominio de altas tasas entre 1996 y el año 2000. Para mortalidad durante este mismo periodo los datos muestran un cambio hacia la disminución, ya que en el año 1992 la tasa de mortalidad por cáncer de seno fue de 20 casos por 100.00 habitantes mientras que para el 2003 fue de 14 a 15 casos por 100.00 habitantes, indicando poca variación en la incidencia pero, si un descenso importante de la mortalidad ya que la tasa anual de mortalidad entre 1994- 2003 fue de 2,2% comparando con el descenso anual para las mujeres no latinas del 2,4%<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> American Cancer Society. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer en los Hispanos/Latinos 2006-2008. Disponible en: <http://www.cancer.org/downloads/STT/F862302SpTMRcvdNov07acspdf2006.pdf> [consultado 24 de Febrero de 2009]

<sup>56</sup> American Cancer Society. Cancer Facts and Figures for Hispanics/Latinos 2006-2008. Disponible en: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2006HispPWSecured.pdf> [consultado 9 septiembre de 2008]

De acuerdo con el reporte Datos y Estadísticas del Cáncer en los años 2006-2008 del American Cancer Society, se estimaba que para el año 2006 el total de casos de cáncer diagnosticados en mujeres (incidencia) sería de 42,140 casos (100%), de los cuales se esperaba que el cáncer de seno estuviera en primer lugar dentro de las localizaciones tumorales principales, con 14.300 casos (34%); en cuanto a mortalidad total por esta misma causa se esperaban 11.000 casos(100%), de los cuales se esperaba que la principal causa de muerte fuera por cáncer de seno con 1.740 casos (16%) para ese mismo año. Respecto a la supervivencia, luego de 5 años del diagnóstico la supervivencia es de 83% en mujeres latinas y de 87.5% en mujeres no latinas; siendo factores contributivos posibles para esta situación la utilización de la mamografía como medio diagnóstico, el retraso en el seguimiento de los resultados anormales al momento del diagnóstico y el poco acceso a un tratamiento oportuno y de calidad<sup>57</sup>.

La mortalidad por cáncer de seno en Colombia ha mostrado un incremento constante en las dos últimas décadas. De acuerdo con las bases de datos de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) paso de una tasa de 3,5 por 100.000 en 1981 a una tasa de 6,8 por 100.000 en el año 2000, situándose como la tercera causa de muerte por cáncer entre las mujeres en ese año<sup>58</sup>. A continuación se muestra una breve descripción de las tendencias en mortalidad desde el año 2001 hasta el 2007 basados en los Indicadores de Salud en Colombia, reportes presentados por el Ministerio de Protección Social<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> *Ibíd.*, p. 7

<sup>58</sup> HERNANDEZ, Gustavo, HERRAN Santiago, CANTOR Luis F. Análisis de las tendencias de mortalidad por cáncer de mama en Colombia y Bogotá, 1981-2000. *En:* Revista Colombiana Cancerología. Vol 11, No. 1 (2007). Pág.: 32-39. Disponible en: [http://www.incancerologia.gov.co/documentos/1\\_22\\_2008\\_2\\_04\\_06\\_PM\\_rccv11n1a05.pdf](http://www.incancerologia.gov.co/documentos/1_22_2008_2_04_06_PM_rccv11n1a05.pdf). [consultado 10 septiembre de 2008]

<sup>59</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Situación de Salud en Colombia Indicadores Básicos 2000 - 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3> [consultado 10 septiembre de 2008]

**Tasas de mortalidad en mujeres colombianas entre los años 2001- 2007.**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Tasa de Mortalidad General para Mujeres</b> <i>Por 100.000 habitantes</i>	331.4	349.1	346.3	331.8	343.7	341.9	366.0
<b>Tasa de Mortalidad por Neoplasia Maligna de Seno en mujeres de 35 años y mas de edad</b> <i>Por 100.000 habitantes</i>	3.4	6.6	20.5	21.1	21.5	24.2	22.3
<b>Mortalidad por Genero y por Edad en mujeres de 45 a 64 años</b> <i>Por 100,000 habitantes</i>	No se encontró datos	666 casos Quinto Lugar	780 casos Quinto Lugar	774 casos Quinto Lugar	820 casos Quinto Lugar	910 casos Quinto Lugar	899 casos Cuarto Lugar

Fuente: MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Situación de Salud en Colombia Indicadores Básicos 2001 – 2007

Estos datos estadísticos evidencian que durante el periodo del 2001 al 2007 la mortalidad general en la mujer aumento al igual que la mortalidad por neoplasias maligna de seno en el grupo de mujeres de 35 años viéndose mas afectado el

grupo entre los 45 a 65, razón que explica directamente el aumento en las muertes de la mujer colombiana<sup>60</sup>.

Sumado a los datos anteriores se encuentra el registro de incidencia y mortalidad de cáncer de seno, específico para la ciudad de Bogotá, entre el año 2004 y 2005 establecido en el Informe Estadístico Anual del Instituto Nacional de Cancerología, informes basados en la revisión de historias clínicas. Datos que se resumen a continuación.

**Distribución de la Incidencia de cáncer de seno entre los años 2004 a 2005 en Bogotá.**

<b>Distribución Incidencia</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<i>Por grupo de edad</i>		
<b>15 – 44 años</b>	174 casos	195 casos
<b>45 – 64 años</b>	377 casos	392 casos
<b>Mas de 65 años</b>	136 casos	157 casos
<b>TOTAL</b>	<b>687 casos</b>	<b>708 casos</b>

**Fuente:** INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Anuario Estadístico 2004-2005.

---

<sup>60</sup> *Ibíd.*, p.25

Con respecto a la distribución de mortalidad por cáncer de seno en Bogotá en los años 2003 y 2005 según el Instituto Nacional de Cancerología se presentaron 113 casos en el año 2003 y 142 casos en el año 2005<sup>61</sup>.

Basado en los anteriores datos se puede decir que las tendencias del cáncer de seno han ido en aumento, en cuanto a la incidencia debido posiblemente al cambio en los estilos de vida de la población y la prevalencia en los factores de riesgo; y en cuanto a mortalidad las evidencias muestran un claro aumento de mortalidad por esta causa, siendo esto corroborado con las evidencias arrojadas por el Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia para el 2004 en el que presenta a Bogotá con las tasas más altas de mortalidad en todo el país relacionado con el bajo impacto de las estrategias de prevención y los cambios en la exposición de los factores de riesgo<sup>62</sup>.

#### **4.1.1. FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE SENO**

El cáncer de seno es de origen multifactorial, existen factores de riesgos tanto personales como ambientales que predisponen a esta enfermedad. Entendiendo factor de riesgo como cualquier acción, determinante o situación que afecta la posibilidad de sufrir o contraer una enfermedad. Dentro de los factores encontramos:

---

<sup>61</sup> Instituto Nacional de Cancerología. El Cáncer en cifras. Anuario estadístico 2003-2004.2005. Disponible en: [http://www.incancerologia.gov.co/publicaciones.aspx?cat\\_id=154](http://www.incancerologia.gov.co/publicaciones.aspx?cat_id=154) [consultado 28 marzo de 2009]

<sup>62</sup> *Ibíd.*, p. 38

#### 4.1.2. Factores de riesgo no modificables

Existen varios Factores de Riesgo, cuantos más factores de riesgo se tengan más probabilidades de desarrollar cáncer de seno, sin embargo cualquier persona sin factores de riesgo igual puede tener cáncer de seno, aunque es mucho menos probable que lo desarrolle. Los factores de riesgo no modificables son aquellos que acompañan consigo a la persona durante toda su vida y sobre los que es prácticamente imposible actuar, estos son:

El género, el ser mujer es el principal riesgo para cáncer de seno; sin embargo siendo esta una patología de mayor prevalencia en la mujer, en el hombre se presenta pero con una menor incidencia, ocurre casi 100 veces más a menudo en las mujeres que en los hombres; La Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society) calculo que en el año 2007 se diagnosticarían aproximadamente 2.030 nuevos casos de cáncer invasivo del seno a hombres en Estados Unidos. Según esta misma fuente se calculaba que para el año 2007 se producirán aproximadamente 40.910 muertes por cáncer del seno en Estados Unidos, de las cuales 40.460 serian mujeres y 450 en hombres<sup>63</sup>.

- Factores genéticos e historia familiar, La historia familiar de cáncer de seno en parientes consanguíneos cercanos, como madre, hermana o hija, duplica el riesgo ya que las pruebas pueden mostrar algunas veces la

---

<sup>63</sup> University of Virginia Health Systems. La Salud del seno. Factores de Riesgo para Cáncer de Seno. Disponible en: [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_breast\\_sp/risks.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_breast_sp/risks.cfm). [consultado 24 de Febrero de 2009]

presencia de cambios genéticos específicos<sup>64</sup>; sin embargo esto no es aplicable a todas las pacientes que cursan con la enfermedad ya que el 70 a 80% no tienen antecedentes familiares. Los cambios en ciertos genes aumentan el riesgo de sufrir esta enfermedad. Investigaciones realizadas por Hanahan y Weinber demostraron que alrededor del 5 al 10% de los casos de cáncer de seno están relacionados con cambios en los genes BRCA1 y BRCA2 (Breast Cancer 1 y Breast Cancer 2)<sup>65</sup>, las mujeres con cambios en estos genes tienen hasta un 80% de posibilidad para desarrollar la enfermedad, es decir existe evidencia patológica en la que demuestran que las mutaciones responsables de la hiperplasia de las células de mama, hiperplasia atípica, carcinoma in situ, cáncer micro invasor comienzan de forma temprana en la fase reproductiva de la mujer.

- La edad, a mayor edad aumenta el riesgo de sufrir la enfermedad; 2 de cada 3 mujeres con cáncer de seno tienen más de 55 años al momento del diagnóstico<sup>66</sup>; el 78% de los casos de este tipo de cáncer ocurre en mujeres de más de 50 años, y 86% de las muertes por esta misma causa ocurren en las mujeres mayores de 66.9 años grupo de edad que representa mayor riesgo<sup>67</sup>. En Colombia el tumor maligno de mama representa la cuarta causa de muerte en mujeres que se encuentran entre los 45 a 64 años de

---

<sup>64</sup> Instituto Nacional de Cáncer. Lo que Usted Necesita Saber sobre el Cancer de Seno. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/seno/page4> . [consultado 7 de Febrero de 2009]

<sup>65</sup> University of Virginia Health System. síndrome hereditario de cáncer del seno y de ovario (BRCA1 / BRCA2). La salud del Seno. Disponible en: [http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult\\_breast\\_sp/herbrov.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_breast_sp/herbrov.cfm). [consultado 5 de mayo de 2008]

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 1066

<sup>67</sup> CAULEY, Jean. SONG Jingli. DOWSETT Sherie. MERSHON Jhon. CUMMINIGS, Steven. Risk factors for breast cancer in older women: the relative contribution of bone mineral density and other established risk factors. *En*: Breast Cancer Research and Treatment. Vol 102, no. 2 (abril 2007) Pag: 181–188. Disponible en: database OVID <http://www.springerlink.com/content/gh514588446230hn/fulltext.pdf?page=1> [consultado 27 agosto de 2008 ]

edad con 899 muertes por 100.000 habitantes en el 2005.<sup>68</sup> Sin embargo en estudios recientemente realizados se ha encontrado que la edad, en todos los casos de cáncer de seno no es un factor determinante, ya que se han presentado casos de cáncer de seno en mujeres desde los 25 a 26 años en adelante.

- La raza, muchos reportes sobre las características del cáncer de seno en los diferentes grupos étnicos, muestran que cuando se compara la población blanca con las mujeres afro americanas, americanas nativas, y mujeres hispanas estas tres últimas presentan con más agresividad la enfermedad, en etapas más avanzadas y con una disminución de las tasa de supervivencia<sup>69</sup>, al parecer por que en esta raza en crecimiento del tumor es mucho más rápido<sup>70</sup>. En Estados Unidos entre 1996-2000 la tasa anual de incidencia de cáncer de seno fue de 140,8 por 100,000 mujeres en las mujeres blancas y de 89,9 por 100,000 mujeres entre las mujeres hispanas; durante este mismo periodo la tasa anual de mortalidad por cáncer de seno fue de 27,2 por 100,000 mujeres en mujeres de raza blanca en comparación con 17,9 por 100,000 mujeres en mujeres hispanas<sup>71</sup>. Entre mujeres blancas y afro americanas la edad media de muerte entre ambos grupos es de 72.6 y 73.7 años respectivamente. En mujeres pos menopausias con esta enfermedad las tasas de muerte fueron mayores en las mujeres afro americanas que en las mujeres blancas con una diferencia

---

<sup>68</sup> Ministerio de la protección social, Op.cit., p 7

<sup>69</sup> MENES, Tehillah, OZAO Junco, UNSUP Kim. Breast Cancer and Ethnicity: Strong Association between Reproductive Risk Factors and Estrogen Receptor Status in Asian Patients A Retrospective Study. *En: Breast Journal*. Vol 13, No. 4 (July/August 2007) Pag: 352-358. Disponible en: database OVID <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118544430/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> [consultado 27 agosto de 2008]

<sup>70</sup> American Cancer Society. What Causes Breast Cancer?. Disponible en : [http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_2\\_2X\\_What\\_causes\\_breast\\_cancer\\_5.asp](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_2X_What_causes_breast_cancer_5.asp) [consultado 27 agosto de 2008]

<sup>71</sup> LUQUIS, Raffy.VILLANUEVA, Irma. Knowledge, attitudes and perceptions About breast cancer and breast cancer Screening among Hispanic women residing in South central Pennsylvania. *En: Journal of Community Health*, Vol. 31, No. 1,(February 2006) Pag: 25-42. disponible en: database OVID <http://www.springerlink.com/content/p16776175386nt26/fulltext.pdf?page=1> [consultado 27 agosto de 2008]

de 5 años de vida en cada grupo de edad<sup>72</sup>, demostrándose así que las características de cada raza determinan, la magnitud de la enfermedad, la etapa de diagnóstico y la supervivencia frente a la enfermedad.

- Factores relacionados con el periodo menstrual: menarquía temprana, según una serie de estudios realizados por *Brinton et al*, las mujeres cuya primera menstruación fue antes de los 12 años de edad representaron un riesgo relativo para cáncer de seno invasivo de 1.3 en comparación con aquellas mujeres que iniciaron después de los 15 años. En el otro extremo del periodo reproductivo aquellas mujeres que no alcanzan la menopausia hasta los 55 años de edad o más, presentaron un riesgo relativo de 1,22 en comparación con aquellas mujeres que experimentaron la menopausia antes de los 45 años de edad<sup>73</sup>; otros estudios indican que en mujeres posmenopáusicas mayores, el riesgo de cáncer de seno se incrementa con el aumento de los niveles endógenos de estradiol; el re-análisis de 9 estudios prospectivos, demostraron que las mujeres con los más altos niveles (> 10 pmol/l) de estradiol en suero, tienen 2 veces más riesgo de cáncer de mama en comparación con las mujeres con los niveles más bajos de estradiol<sup>74</sup>.
- Factores reproductivos: los estudios de *Brinton et al*. demuestran que el riesgo para desarrollar cáncer de seno también aumenta si una mujer es nulípara o si la edad en que tuvo su primer hijo fue igual o mayor a los 30

---

<sup>72</sup> HALL, Ingrid. MOORMAN, Patricia. MILLIKAN, Robert. NEWMAN, Beth. Risk Factors for Fatal Breast Cancer in African-American Women and White Women in a Large US Prospective Cohort. *En: American Journal of Epidemiology*. Vol 161, no.1 (October 2005 ) Pag: 40 - 51. Disponible en: database OVID <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/161/1/40> . [consultado 27 agosto de 2008]

<sup>73</sup> BRINTON, La, SCHAIERE C, HOOVER RN, et al. Menstrual factors and risk of breast cancer. *En: Cancer Investigation*. Vol 6 (1988) Pag: 145-154. Disponible en: database PubMed <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1514477&blobtype=pdf> [consultado 1 de septiembre de 2008]

<sup>74</sup> *Ibíd.*, p.145

años de edad, comparando con mujeres edad de nacimiento de su primer hijo fue menor de 20 años, para este ultimo grupo de mujeres el riesgo relativo para cáncer de seno fue de 1,67 mientras que para mujeres de 30 años o más el riesgo relativo fue de 2,23<sup>75</sup>.

#### **4.1.3. Factores de riesgo modificables**

Estos componentes representan los objetivos a los que deben ser encaminados los proyectos y programas de prevención del cáncer de seno, ya que son las variables en las que se pueden tomar medidas preventivas, para cambiar su progreso y por tanto sus desenlaces estos son:

- Terapia de reemplazo hormonal: hasta 1995 alrededor del 40% de las mujeres pos menopáusicas en Estados Unidos usaban la terapia de reemplazo hormonal como tratamiento para el manejo de los síntomas de la menopausia y como prevención de la osteoporosis. Sin embargo luego de largos estudios de investigación realizados por The Women's Health Initiative, el uso de esta terapia combinando estrógenos y progesterona demostró que usuarias de esta terapia durante 5 o más años y que dejaron su uso hace 1 a 4 años atrás tuvieron un aumento del riesgo relativo de 1.3 de desarrollar cáncer de seno.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> Ibid., p.147

<sup>76</sup> SINGLETARY, Op.cit., p. 476

Las estadísticas actuales sobre los efectos de la TRH en el aumento del riesgo de seno se aplican más hacia los regímenes de estrógeno- progesterona únicamente. Aunque los estudios epidemiológicos indican que el régimen de estrógenos también puede aumentar el riesgo de esta enfermedad, sin embargo hay todavía estudios en realización.

- Factores dietarios: esta evidencia sugiere que una ingestión alta en grasas y dieta rica en alimentos procesados incrementa el riesgo. La mayoría de los estudios han encontrado que el cáncer del seno es menos común en países donde la dieta típica es baja en grasa; por otro lado, muchos estudios realizados en mujeres de Estados Unidos no han encontrado que exista una relación entre el riesgo del cáncer del seno y la cantidad de grasa que consumen, es necesario realizar más investigaciones para entender mejor el efecto de los tipos de grasa consumidos y el riesgo de cáncer del seno. Sin embargo la Sociedad Americana del Cáncer recomienda comer alimentos saludables que incluyan cinco o más porciones de vegetales, verduras y frutas al día, optando por granos integrales en lugar de granos procesados (refinados), y limitar el consumo de carnes rojas y procesadas<sup>77</sup>.

The American Public Health Association y otras investigaciones publicadas determinan otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida como: la obesidad, sobrepeso<sup>78</sup> inactividad física, y el consumo de alcohol<sup>79</sup>.

---

<sup>77</sup> AMERICAN CÁNCER SOCIETY. Cáncer de Seno Factores de Riesgo. Disponible en: [http://www.cancer.org/docroot/ESP/ESP\\_0.asp](http://www.cancer.org/docroot/ESP/ESP_0.asp) [consultado 10 septiembre de 2008]

<sup>78</sup> WISEMAN., Op. cit., p.854

<sup>79</sup> SINGLETARY , Op.cit., p.477

En cuanto al peso hay relación de este con el cáncer de seno en dos aspectos. Primero, hay estudios que relacionan a las mujeres obesas que tienen una menor actividad física y una mayor ingesta de calorías y grasas con el aumento del cáncer de seno, en comparación con mujeres no obesas, siendo esta relación ansiada mas a mujeres de raza negra. Segundo, el alto peso o alto IMC (Índice de Masa Corporal) esta relacionado de igual forma con procesos fisiológicos ya que la obesidad interviene en cambios hormonales que promueven el desarrollo del cáncer de seno, incluyendo los estrógenos, andrógenos, insulina y factores de crecimiento<sup>8081</sup>. Estos hallazgos son determinantes para la población Colombiana ya que en el 2007 la prevalencia de sobrepeso en población femenina entre 18 a 64 años fue de 33,0%<sup>82</sup>, lo que demuestra que la condición de obesidad en las mujeres colombianas está aumentando y por tanto el riesgo de desarrollar cáncer de seno.

- Estudios han demostrado que realizar ejercicio reduce el riesgo de cáncer del seno. A pesar de esto surge la pregunta sobre ¿cuánto ejercicio es necesario? un estudio reveló que desde una hora y quince minutos hasta dos horas y media de caminata a la semana puede reducir el riesgo de desarrollar cáncer de seno en un 18%. El caminar diez horas a la semana redujo el riesgo un poco más. La recomendación que da la Sociedad Americana del Cáncer es realizar ejercicio por cinco o más días por semana durante 45 a 60 minutos<sup>83</sup>.

---

<sup>80</sup> *Ibíd.*, p. 54

<sup>81</sup> CHLEBOWSKI, Rowan. Obesity and Early-Stage Breast Cancer. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. Vol.23 (7) MARCH 2005. Disponible en: <http://jco.ascopubs.org/cgi/reprint/23/7/1345> [consultado 24 de Febrero de 2009]

<sup>82</sup> Ministerio de la protección social., *Op.cit.*,

<sup>83</sup> American Cancer Society, Cáncer de Seno Factores de Riesgo *Op.cit.*.

- En cuanto al consumo de alcohol como factor de riesgo para cáncer de seno, se han propuesto varios mecanismos, entre estos la influencia del alcohol en el metabolismo de agentes carcinógenos como el Acetaldehído y la disminución en la eficiencia de la célula para reparar su ADN en la fase de promoción celular, sin embargo la documentación del efecto del consumo de alcohol en la incidencia de cáncer de seno, es modesto. En un estudio de meta-análisis de 42 estudios realizado por Ellison et al , demostró que el consumo de una bebida por día aumenta 1,1 el riesgo relativo de desarrollar cáncer de seno, el consumo de dos bebidas por día aumenta 1.21 el riesgo relativo y personas que consumen tres bebidas al día el riesgo relativo aumento en 1.4 en comparación con las personas que no consumieron ningún tipo de bebida alcohólica, tampoco se encontraron diferencias en el riesgo relativo en cuanto a los diferentes tipos de alcohol<sup>84</sup>.

#### **4.1.4. Factores de riesgo inciertos**

Existen otros factores que se han estudiado para tratar de determinar si tienen una posible relación con el desarrollo del cáncer de seno, siendo estos factores más de tipo externo o exógeno de la mujer, sin embargo hasta ahora ninguno de estos factores se ha relacionado de forma conclusiva; por lo que hace falta más investigación sobre el tema, estos factores son:

- Factores ambientales y contaminación ambiental: exposición a radiación, aunque los conocimientos sobre los efectos carcinógenos de este tipo de

---

<sup>84</sup> SINGLETARY, Op.cit., p.476

exposición son recientes y están derivados de los estudios de los sobrevivientes de la bomba atómica, la exposición terapéutica a la radiación como parte del monitoreo o tratamiento de una enfermedad, es en la actualidad una de las más significativas causas de radiación-inducción de carcinogénesis<sup>85</sup>. La exposición a radiación se presenta durante los tratamientos con rayos-X y fluoroscopia en la tuberculosis, también en el tratamiento con radioterapia para el Linfoma de Hodgkin, siendo las personas sometidas a estos tratamientos quienes tiene un mayor riesgo. También se está llevando a cabo varias investigaciones para determinar cómo el ambiente podría afectar el riesgo de cáncer del seno. Pero por ahora, los resultados no muestran una relación clara entre el cáncer del seno y los contaminantes ambientales, como la exposición a pesticidas y a sustancias químicas tóxicas.

- Exposición al humo de tabaco<sup>86</sup>: aunque no se ha encontrado una relación directa entre el fumar y el cáncer del seno, algunos estudios sugieren que fumar podría aumentar el riesgo de cáncer del seno, particularmente en las mujeres que comienzan a fumar durante la adolescencia. The American Cancer Society incluye este factor como factor de riesgo incierto, controversial y del cual no se ha probado su efecto sobre el cáncer de seno; la mayoría de estudios no han encontrado relación directa entre fumar cigarrillos y desarrollar cáncer de seno, sin embargo actualmente la investigación se esta enfocando sobre el humo de tabaco de segunda mano (fumador pasivo) como factor de riesgo.

---

<sup>85</sup> *Ibíd.*, p. 477

<sup>86</sup> PARKIN, Maxwell . Use of Statistics to Assess the Global Burden of Breast Cancer. *En*: Breast Journal. Vol. 12 (Ene- feb. 2006 ) Pág.: 70-80 . disponible en: database OVID [http://fhcrc.com/science/phs/bhqi/guidelines/2005/bj\\_selected\\_topics.pdf](http://fhcrc.com/science/phs/bhqi/guidelines/2005/bj_selected_topics.pdf) [Consultado 10 abril de 2008]

Investigaciones han demostrado que el humo de segunda mano contiene sustancias químicas que en altas concentraciones han producido cáncer de seno en roedores, sin embargo en humanos esto sigue siendo muy controversial por que los fumadores no han demostrado tener un mayor riesgo pudiendo tener esto otra explicación y es que: el humo del tabaco puede tener diferentes efectos sobre el riesgo de cáncer de mama en los fumadores y en aquellos que están expuestos al humo de tabaco, hallando otras investigaciones que refuerzan la hipótesis, Un informe de la Agencia de Protección Ambiental de California en 2005 concluyó que la evidencia sobre el humo de segunda mano y el cáncer de mama es "compatible con una asociación causal" en jóvenes, principalmente mujeres premenopáusicas<sup>87</sup>.

- El trabajo nocturno: algunos estudios recientes han sugerido que las mujeres que trabajan durante la noche (como enfermeras en horario nocturno,) presentan un riesgo mayor de cáncer del seno, pero esto aún no se ha demostrado. Estos son hallazgos recientes de los cuales hace falta más investigación a cerca de su relación con el cáncer<sup>88</sup>.

En la revisión de la literatura se evidencia la existencia de factores de riesgo relacionados con los estilos de vida de la mujer, pero si se observa la situación respecto a esta enfermedad, esta varía considerablemente entre los distintos países del mundo lo que tiene de igual forma relación con factores culturales y de

---

<sup>87</sup> American Cancer Society. Detailed Guide: Breast Cancer What Are the Risk Factors for Breast Cancer?. Disponible en: [http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_4\\_2X\\_What\\_are\\_the\\_risk\\_factors\\_for\\_breast\\_cancer\\_5.asp](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_breast_cancer_5.asp) [consultado 25 Febrero de 2009]

<sup>88</sup> AMERICAN CÁNCER SOCIETY. Cáncer de Seno Factores de Riesgo. Op.cit.

educación el nivel de desarrollo de cada país aspectos que intervienen en la promoción y prevención de la enfermedad<sup>89</sup>.

La cultura entendida como el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos inherentes a un grupo social<sup>90</sup>, en la que se haya desarrollado la mujer diagnosticada, influye en gran medida, ya que se enfrentan retos como el idioma, y la gran variedad de culturas dentro de un mismo país. Un ejemplo: en Sudáfrica el cáncer es diagnosticado en una tasa mucho menor entre mujeres negras en comparación con las mujeres blancas, siendo diagnosticado el cáncer en la mayoría de casos en etapas avanzadas, esto debido a la connotación que tiene sobre la enfermedad como un acto maléfico realizado por alguien mas por medio de la brujería.<sup>91</sup> También se ve en los grupos indígenas y los grupos de habitantes rurales en los cuales a pesar de tener un sistema de atención en salud universal, el primer grupo tiene peor acceso a los servicios de salud<sup>92</sup>

El nivel de desarrollo de un país es un factor determinante frente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que, según el nivel de desarrollo los países hacen una mayor inversión en la educación y en la prevención de enfermedades (ejemplo: cáncer de seno), si los componentes de promoción y prevención estuvieran presentes en las políticas públicas se observaría una tendencia de disminución en la incidencia y mortalidad por esta causa, por lo que

---

<sup>89</sup>Oficina de Salud Mundial de las Minorías (OMH). Health Topics. Cancer. Op.cit.

<sup>90</sup>Real academia española. Diccionario de la lengua española, 22 edición. Disponible en: <http://buscon.rae.es/draef/SrvltGUIBusUsual?LEMA=cultura> [consultado 11 de septiembre de 2008]

<sup>91</sup> Oficina de Salud Mundial de las Minorías (OMH)., Op.cit.,

<sup>92</sup> SARFATI, Diana.BLAKELY, Tony . SHAW, Caroline.CORMACK, Donna. ATKINSON, June. Patterns of Disparity: Ethnic and Socio-economic Trends in Breast Cancer Mortality in New Zealand. En: Cáncer Causes & Control. Vol 17, no. 5(June 2006) Pág. 671-678. Disponible en: database OVID <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=17767387> [consultado 28 agosto 2008]

es fundamental que los encargados de la formulación e implementación de las políticas públicas en este campo tengan en cuenta la existencia de diferentes factores que evitan a las personas el uso de servicios, pues el acceso al servicio no es sólo un asunto económico sino también está asociado con restricciones del sistema de salud<sup>93</sup>. En la literatura se encuentra la existencia de marcadores de mal pronóstico para la supervivencia de mujeres con esta patología dentro de estos están: los grandes tumores, enfermedad avanzada, el número de ganglios positivos, tumores de grado III, receptor de progesterona positivo, la mala situación socioeconómica y los perfiles de tratamiento variable; estos marcadores fueron superiores en los países con bajo desarrollo en comparación con los países desarrollados, debido a la mayor carga tumoral y menor posibilidad de acceder a un tratamiento óptimo<sup>94</sup>.

Como se expuso anteriormente las tendencias del cáncer de seno van en aumento, a raíz de esta situación más mujeres han tenido que enfrentarse a la noticia de un diagnóstico confirmado, que las lleva desde ese momento a vivir ciertos sentimientos, reacciones y experiencias que transforman la cotidianidad de su vida. En la trayectoria de la enfermedad se plantean varios retos para la mujer primero adaptarse a la noticia de la enfermedad, seguido por la planificación y recuperación de cualquier tipo de tratamiento, ya sea quirúrgico o químico; cuestionar la opción más adecuada del tratamiento adyuvante; superar los efectos secundarios del tratamiento; y por último estar a la expectativa y espera de saber si la enfermedad ha desaparecido o ha habido reincidencia y como instancia final la paciente con este tipo de patología, entra en un proceso de preparación para la

---

<sup>93</sup> CHARRY, Ligia, CARRASQUILLA, Gabriel, ROCA, Sandra. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. Rev. salud pública. 10 (4):571- 582. 2008. disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n4/v10n4a07.pdf>. [consultado 25 Febrero 2009]

<sup>94</sup>AZIZ, Zeba.IQBAL, Javaid. AKRAM, Mohammad. Predictive and prognostic factors associated with survival outcomes in patients with stage I-III breast cancer: A report from a developing country. En: Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology. Vol. 4, no.2 (June 2008 )Pag: 81-90,. Disponible en: database OVID <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/ajco/2008/00000004/00000002/art00004;jsessionid=fd7q17hbsgd33.alexandra?format=print> [ consultado 28 agosto 2008]

muerte en el caso de la progresión de la enfermedad<sup>95</sup>, estas experiencias y emociones son vividas de forma diferente por cada mujer lo que trae consigo ciertas consecuencias que pueden llegar a ser negativas o positivas.

## 5. EFECTOS DEL CÁNCER DE SENO

El ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente en él que influye un sin número de características biológicas, psicológicas, sociales y culturales<sup>96</sup>; la enfermedad se convierte en un proceso que rodea sus diferentes características, esto hace que la influencia negativa de alguna de estas dimensiones, características o aspectos, afecte por consiguiente a la persona en su totalidad y al ambiente que la rodea.

Los efectos del cáncer de seno se evidencian desde el mismo momento del diagnóstico ya que la experiencia de un primer diagnóstico es una experiencia sumamente estresante; Los estudios realizados hasta la fecha indican que lo que se le dice a una paciente en este momento puede influir en: su sentido del bienestar es decir la paciente hace una reflexión negativa sobre el sentido de la vida y de su propia existencia, la manera de afrontar la noticia relacionado con un afrontamiento negativo lo que puede determinar parcialmente tanto su tiempo de supervivencia como su calidad y su recuerdo del momento<sup>97</sup>; es a partir de ese

---

<sup>95</sup> FARIBA, Taleghan, ZOHREH, Yekta, ALIREZA, Nikbakht. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. En: Journal of Advanced Nursing. Vol 54,no.3 (2005) Pag. 265–273 . Disponible en:

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118563351/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> [consultado 11 septiembre de 2008]

<sup>96</sup> PALACIO,Luz. ESCORCIA, Isabel. El Ser Humano como una Totalidad. En: Salud Uninorte. Vol 17(2003) Pag:3-8. Disponible en:

[http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/17/1\\_El\\_ser\\_humano.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/17/1_El_ser_humano.pdf) [consultado marzo 8 de 2008]

<sup>97</sup> LOCKHART K, DOSSER I, CRUICKSHANK S, KENNEDY C. Métodos de comunicación del diagnóstico primario de cáncer de mama a las pacientes En: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. disponible en: database Cochrane <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab006011.html> [consultado agosto 24 de 2008]

momento que las mujeres y sus familias viven en incertidumbre sobre el futuro, con el peso del tratamiento y la constante posibilidad de morir; pero, además sufren conflictos psicológicos y emocionales, existenciales, y sociales que les provoca la enfermedad<sup>98</sup>, efectos sobre la apariencia y rendimiento físico. En cuanto a los efectos psicológicos, los estudios revelan que hasta un 30% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno desarrollaran cierta morbilidad psicológica, ya sea ansiedad o trastorno depresivo, en el transcurso de un año<sup>99</sup>, situación que también se observa ya que la mayoría de las mujeres percibe un diagnóstico de cáncer de seno como algo potencialmente mortal y con gran impacto en su calidad de vida (Galloway 1997)<sup>100</sup>.

A la morbilidad psicológica se suma los cambios en la imagen corporal (en lo relacionado con la posibilidad o pérdida de uno o ambos senos) y la sexualidad; según varios estudios hay informes sobre un sentimiento de menos atracción sexual, efecto sobre las relaciones sexuales, efectos adversos en relación con la feminidad y cambios que van de moderados o negativos en la imagen corporal<sup>101</sup>; estando esto en algunas ocasiones relacionado con las alternativas de tratamiento coadyuvante, ya que las alternativas terapéuticas traen a la vez efectos secundarios, como efectos tóxico sistémicos, gastrointestinales, psicosexuales, aumento de peso, disfunción cognitiva y fatiga, entre otros; siendo esta última definida por la National Comprehensive Cancer Network como un "sentido persistente y subjetivo del cansancio relacionado con el cáncer o su tratamiento lo

---

<sup>98</sup> Edwards AGK, Hailey S, Maxwell M. Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastático (Cochrane Review). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. Disponible en: database Cochrane <http://www.update-software.com/abstractsEs/AB004253-ES.htm> [consultado agosto 24 de 2008]

<sup>99</sup> *Ibid.*, p.152

<sup>100</sup> GALLOWAY S, GRAYDON J, HARRISON D, Evans-BOYDEN B, Palmer-Wickham S, BURLEIN-Hall S. Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: development and initial testing of a tool. En: Journal of Advanced Nursing. Vol. 25, No.11 (1997) Pag: 75-83. [consultado agosto 24 de 2008]

<sup>101</sup> LOSTUMBO L, CARBINE N, WALLACE J, EZZO J. Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. disponible en: database Cochrane <http://209.211.250.105/reviews/es/ab002748.html> [citado agosto 24 de 2008]

que dificulta el funcionamiento habitual"<sup>102</sup>, es decir esta fatiga provoca o aumenta el impacto de los efectos propios de la enfermedad. La familia al igual que la mujer diagnosticada con cáncer de seno y su consecuente tratamiento, pueden llevar a la familia a sufrir cambios e irrumpir la dinámica normal, también puede afectar el bienestar, las relaciones y la estabilidad y unidad de esta<sup>103</sup>.

La familia pasa a ser cuidadora y según la literatura estos reportan problemas de comunicación con los profesionales de la salud, un elevado nivel de angustia emocional, y altos niveles de incertidumbre<sup>104</sup> ya que ellos pasan a tener una substancial necesidad de información a cerca de la situación de su ser querido<sup>105</sup>, a vivir la experiencia como propia, y se ha demostrado que existe una influencia mutua entre el paciente y su familia en la adaptación tanto del uno como del otro, a la situación<sup>106</sup>. Dentro de esta adaptación se encuentra de igual forma la visión e influencia de la comunidad ya que en muchas familias el diagnóstico de cáncer de seno en algunas de sus mujeres es manejado en silencio, como una situación a esconder y manejar bajo un " código secreto" ya que se tiene el temor de que tanto la mujer como su familia sean aislados, juzgados y estigmatizados si el diagnóstico se comparte con otros. Los miembros de la familia atribuyen el manejo del código secreto a ideas erróneas, temores y mitos acerca del cáncer de seno,

---

<sup>103</sup> BALNEAVES, Lynda . BOTTORFF, Joan. GREWAL, Sukhdev. NAIDU, Paromita. JOHNSON, Joy. HOWARD, Fuchsia. Family Support of Immigrant Punjabi Women With Breast Cancer. *Family & Community Health*. En: *Culture and Family and Community Health*. Vol. 30, No. 1(January-/March 2007) Pag: 16-28. Disponible en: <http://www.familyandcommunityhealth.com/pt/re/fch/abstract.00003727-200701000-00004.htm?sessionid=L7IGhVgjd34wKvWLn8FRi8y7hwG2QG780tzY5ycnYVxmrhmJl-13751299341181195629!8091!-1> [citado agosto 24 de 2008]

<sup>104</sup> KERSHAW , Trace. NORTHOUSE Laurel. KRITPRACHA Charuwan. SCHAFENACKER Ann. MOOD Darlene. Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *En: Psychology and Health* Vol. 19, No. 2,( April 2004.) Pag: 139-155. Disponible en: database OVID. [consultado agosto 28 de 2008]

<sup>105</sup> REES, Charlotte. BATH, Peter. The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. *En: Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31, No. 4. Pág: 833-841, April 2000.disponible: database OVID. [citado agosto 28 de 2008]

<sup>106</sup> NORTHOUSE, Laurel, MOOD, Darlene, KERSHAW, Trace, SCHAFENACKER, Ann, MELLON, Suzanne, WALKER, Julie, GALVIN, Elizabeth, DECKER, Veronica. Quality of Life of Women With Recurrent Breast Cancer and Their Family Members. *En: Journal of Clinical Oncology*. Vol. 20, no. 19 (October 1, 2002) Pag: 4050-4064,. Disponible en: database OVID. [consultado agosto 28 de 2008]

que maneja la comunidad como ideas principalmente de contagio y relación con la muerte<sup>107</sup>.

A nivel social también se dan reacciones muy marcadas frente al diagnóstico de cáncer de seno, debido a la percepción que se tiene de la enfermedad ya que el cáncer es visto con una perspectiva negativa y asociada a algo cruel y destructivo<sup>108</sup>, por lo que las personas que rodean a la mujer inician a su vez un proceso de duelo y pensamientos sobre el futuro y las consecuencias para su integridad, haciendo mayor énfasis en las consecuencias físicas y las limitaciones por las que va a tener que atravesar. Aunque se pueden encontrar percepciones negativas, también se encuentra que a nivel social en muchos casos se inicia un proceso de acompañamiento en conjunto, con las relaciones previamente establecidas y con relaciones establecidas a partir del diagnóstico; estas interacciones incluyen la dimensión emocional como el brindar amor, amistad y solidaridad, la dimensión práctica en la que se incluye la cercanía física relacionada con la ayuda en tareas que pueden dificultarse en momentos específicos del proceso de cáncer de seno (por ejemplo ayuda en el hogar) como en las etapas tempranas y después de un procedimiento quirúrgico; por último se encuentra la dimensión informativa que incluye el brindar información, asesoramiento y orientación. Siendo estos aspectos proveedores de fuerza y de influencia en la mujer diagnosticada hacer frente a la tensión de vivir con el cáncer de seno<sup>109</sup>.

---

<sup>107</sup> Op.cit., BALNEAVES., p. 25

<sup>108</sup> *Ibíd.*, p. 25

<sup>109</sup> LANDMARK, B., STRANDMARK, M. Breast cancer and experiences of social support: In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 16, No. 3 (September 2002)Pag: 216-223. Disponible en: database OVID. [consultado 15 septiembre de 2008]

A nivel económico el aumento en la incidencia de cáncer y la sobrevivencia a esta enfermedad, implica que a la carga económica se le debe atribuir tanto costos directos como indirectos de la enfermedad, los costos atribuibles de médicos, el tratamiento y el seguimiento tanto del tumor inicial como del riesgo de reincidencia, sumado a esto se encuentra un tercer componente en cuanto a las consecuencias económicas, esto se refiere a la carga de morbilidad/ discapacidad, factores que pueden inclinar la balanza en cualquier dirección, la compensación de los cambios en la mortalidad y los costos directos<sup>110</sup>.

Las pérdidas económicas se refieren a que, una persona con problemas de salud, tiene también consecuencias en el mercado laboral, tanto el cáncer de seno como otras enfermedades crónicas hacen que se presente una reducción en el tiempo dedicado al trabajo, disminución de la capacidad de ingresos independiente de la cantidad de tiempo dedicado al trabajo y reasignación de trabajos. En la actualidad estas pérdidas están aumentando debido a los cambios en este escenario, como el aumento de la supervivencia y la edad del diagnóstico relacionado, con el constante crecimiento en la participación de la mujer en la fuerza laboral a edades más tempranas, es decir el aumento en la supervivencia hace que tanto el tratamiento como el control de la enfermedad sea realizado por más tiempo y las consecuencias negativas de estos procesos sean más prolongados e interrumpen el itinerario normal de la mujer en el que incluye la jornada laboral, jornadas que están siendo incluidas a la vida de una mujer a edades más jóvenes, debido a la capacidad de educación y de competir en el mercado laboral<sup>111</sup>.

---

<sup>110</sup> CHIRIKOS, Thomas N. RUSSELL-JACOBS, Anita. CANTOR, Alan. Indirect Economic Effects of Long-Term Breast Cancer Survival. *En: Cáncer Practice*. Vol.10, no. 5 (September/October 2002) Pag: 248-255. Disponible en: database OVID. [consultado 15 septiembre de 2008]

<sup>111</sup> *Ibíd.*, p. 250

El cáncer de seno es una enfermedad que trae consigo una gran carga para la mujer, los sistemas de salud, a nivel económico, social y familiar; efectos que son cuantificables y en los cuales se puede realizar una intervención objetiva mejorando el acceso a los servicios de salud, las cargas de enfermedad y las redes de apoyo social. Pero, también existen otros efectos que no son cuantificables como el dolor, efectos psicológicos y emocionales, situaciones de sufrimiento y ansiedad que no son entendidos por todas las personas lo que lleva a un aumento en las vivencias de soledad<sup>112</sup> en la mujer; momentos en los que se debe hacer intervenciones de promoción y prevención donde se pueden fortalecer ciertas acciones que permitan, a pesar de la situación de salud por la que está atravesando la mujer, mantener un estado óptimo tanto físico como emocional y evitar posibles complicaciones. Los costos de esta enfermedad se pueden disminuir ya que el cáncer de seno es una patología de la cual se conoce mucha información en cuanto a prevención, detección y tratamiento, por lo que es importante instaurar políticas públicas y programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud para así disminuir su impacto sobre la mujer, las sociedades y los sistemas de salud.

## **5.1. EL CANCER DE SENO Y LAS POLITICAS PÚBLICAS**

Las políticas públicas son un conjunto de directrices garantizadas por ley, que posibilitan la promoción y garantía de los derechos del ciudadano y en su formulación se encuentra la oportunidad para la solución de las problemáticas de

---

<sup>112</sup> VIEIRA, Carolina. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *En: Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol: 41, no.2(2007) Pag: 19- 30 2007. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf> [consultado abril 10 de 2008]

las comunidades<sup>113</sup> en relación con el cáncer actualmente existe políticas públicas preventivas y terapéuticas que tienen como finalidad contribuir de manera efectiva, al mejoramiento de las condiciones de las pacientes con esta enfermedad.

En cuanto a prevención del cáncer existe tanto a nivel mundial como nacional políticas y estrategias que buscan disminuir tanto la incidencia como la mortalidad por esta causa, como ejemplo están: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio los cuales tienen como base la búsqueda de un compromiso universal para alcanzar el desarrollo, en su quinto (5to) objetivo busca mejorar la salud sexual y reproductiva dentro de lo que se incluye disminución de mortalidad materna, incrementar el uso de métodos de anticoncepción y disminución de la mortalidad por cáncer cervico-uterino entre otros<sup>114</sup>; aunque en este informe no se mencionan metas para el cáncer de seno específicamente, si lo hace para el cáncer cervico-uterino, haciendo énfasis en estrategias preventivas dirigidas a la búsqueda de la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, así como estimular los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas y lo más importante a nivel nacional, incrementar el acceso de la población a métodos de tamizaje, mejorar la adhesión de la mujer hacia los métodos detección precoz y su tratamiento, pudiendo ser adaptadas estas metas al cáncer de seno como en enfermedad crónica que actualmente tiene gran impacto sobre la salud de la población mundial femenina.

Dentro del ámbito de la prevención del cáncer también se encuentran involucradas organizaciones comprometidas con el mejoramiento de la salud y las condiciones

---

<sup>113</sup> Secretaria Distrital de Integración Social. Políticas Públicas. Disponible en: <http://www.integracionsocial.gov.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=516> [consultado 25 Febrero de 2009]

<sup>114</sup> Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> [consultado septiembre 15 de 2008]

de vida de la población mundial. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud desde el departamento de enfermedades crónicas y promoción de la salud, tienen como visión “ la promoción de la salud es igual a un mundo libre de enfermedades crónicas” <sup>115</sup>, el cáncer de seno como enfermedad crónica se puede detectar tempranamente y según el enfoque de estas organizaciones, busca promover una vida sana y sociedades saludables, especialmente para los pobres y los que viven en las poblaciones desfavorecidas, prevenir las muertes prematuras innecesarias y evitar la discapacidad debido a enfermedades crónicas ya que actualmente las soluciones existen, están presentes y muchas de las cuales son simples, de bajo costo y rentables; hay que tratar las enfermedades crónicas de manera eficaz, utilizando los conocimientos más recientes disponibles y poniendo a disposición de todos estos tratamientos, especialmente aquellos en los entornos más pobres<sup>116</sup>.

A nivel nacional se encuentra el Plan Nacional de Salud de 2007 el cual recoge los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, con el propósito de mejorar el estado de la salud de la población colombiana, evitar la progresión y desenlaces adversos de la enfermedad y disminuir las inequidades en salud de la población colombiana, teniendo en cuenta estrategias dirigidas a diferentes líneas políticas para el manejo, control y prevención de las enfermedades que más afectan a la población, estando en ese grupo incluidas las enfermedades crónicas no trasmisibles como el cáncer.

---

<sup>115</sup> World Health Organization. Programmes and Projects, Chronic Diseases and Health Promotion. Disponible en: <http://www.who.int/chp/en/> [consultado 25 Febrero 2009]

<sup>116</sup> *Ibíd.*

En este plan se pueden encontrar estrategias, formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida. A nivel de prevención de riesgos se busca definir, desarrollar, dar seguimiento y evaluación de las políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, medio ambiente, laboral, sanitario y fitosanitarios. En cuanto a la recuperación y superación de los daños en la salud este plan busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social.

Estos planes, políticas, proyectos y programas implementados por el gobierno nacional y gobiernos mundiales para la prevención del cáncer de seno, demuestran el compromiso de estos para mejorar la salud de la población, mejorar sus condiciones de vida y por tanto su calidad, como base para un desarrollo equitativo, en igualdad y justo para todos. Sin embargo el compromiso de los gobiernos y organizaciones no es suficiente, ya que la mujer es la que tiene la mayor responsabilidad en la prevención; por lo que es indispensable su empoderamiento, encaminado al ejercicio de la autonomía y al mejoramiento de su situación de salud, económica, social y cultural, y su participación activa en la creación, implementación y desarrollo de políticas públicas que beneficien su propia salud.

Hoy, la prevención del cáncer de seno es una prioridad de la salud femenina en el mundo, el objetivo es lograr una detección temprana, disminución de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores para la enfermedad.

## 6. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE SENO

### 6.1. CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO

El término afrontamiento a través del tiempo ha tenido diferentes definiciones, en el año 1986 Lazarus y Folkman definieron el afrontamiento como un mediador entre los procesos afectivos frente a sucesos estresantes, este proceso se activa cuando se percibe la amenaza con el fin de regular el conflicto emocional, disminuir los sentimientos de perturbación y eliminar la amenaza<sup>117</sup>, por medio de “esfuerzos intrapsíquicos y orientados a la acción, la persona se dirige a manejar las demandas internas y ambientales y los conflictos que existen entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona”<sup>118</sup>; estos esfuerzos utilizados por la persona están en constante cambio, es por esto que el afrontamiento empieza a ser un proceso continuo que varía en función de los resultados que el individuo obtiene ante cada situación estresante. En efecto, no constituye una respuesta automática o fisiológica sino más bien aprendida, y requiere de un esfuerzo para manejar la situación y restablecer la homeostasis hasta lograr la adaptación<sup>119</sup> y un mecanismo primario de adaptación a la enfermedad para neutralizar la situación amenazante eficazmente a partir de pensamientos y comportamientos específicos, la paciente puede manejar su dolor

---

<sup>117</sup> KRZEMIEN, Daisy. URQUIJO, Sebastian. Estrategias de Afrontamiento. *En: revista interdisciplinaria* Vol 22 (2). 2002; 183-210. 2005. Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272005000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272005000200004&lng=es&nrm=iso). ISSN 1668-7027. [consultado 12 septiembre 2008]

<sup>118</sup> FONT; Op cit., p 91.

<sup>119</sup> HEREDIA, Daniel. PIEMONTESI, Sebastián. BURLAN, Luis. Adaptación de la escala de afrontamiento ante la ansiedad y la incertidumbre. *En Avaliação Psicológica* [on line]. Vol 7( 1) 2008; Pag 1-91. Disponible en [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000100003](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100003) [consultado 12 septiembre 2008]

o sus reacciones emocionales de su sufrimiento, y a la vez aprende y distingue el éxito o la no evolución de la enfermedad<sup>120</sup>. Otro autor como Freud define el afrontamiento como un mecanismo de defensa que es más saludable o menos negativo que otros y este mecanismo está en igualdad a los estilos de afrontamiento asociados con una respuesta saludable”<sup>121</sup>. Flor & Turk en 1988, definen afrontamiento como los pensamientos específicos y comportamientos usados por las personas para manejar su dolor o sus reacciones emocionales ante el sufrimiento<sup>122</sup>.

Tunks y Bellisimo en 1988, hablan de afrontamiento como un concepto que contribuye a una construcción psicológica que incluye comportamientos y eventos cognoscitivos, que permite aprender al paciente y ayuda a distinguir un éxito o no en la evolución de la enfermedad<sup>123</sup>. Reeve en 1994 define el afrontamiento como: “un método que incluye cualquier esfuerzo, sea sano o no, consciente o inconsciente que prevenga, elimine o debilite un acontecimiento estresante” en este caso el acontecimiento estresante sería la enfermedad (cáncer de seno) y sus tratamientos, el afrontamiento desde este punto de vista son todas las actividades que el individuo puede realizar, tanto a nivel cognoscitivo como conductual, para enfrentarse a una determinada situación<sup>124</sup>. Más recientemente Millar en el 2000, define el afrontamiento como la forma en que los individuos responden a situaciones estresantes. Es el intento cognoscitivo y comportamental

---

<sup>120</sup> HEATHER., Op.cit., p. 756

<sup>121</sup> CHRISTENSEN, maj. KESSING, Lars Vedel. Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the Literature.[ artículo de internet ]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez> [ Consultado 12 septiembre 2008]

<sup>122</sup> Nursing and Health Sciences 2006. [artículo en internet]. Disponible en <http://www.sandiego.edu/ACADEMICS/nursing/theory/> [ consultado 20 septiembre 2008]

<sup>123</sup> Ibid., p. 30

<sup>124</sup> BAQUERO, Alejandra.BAQUERO, Lucia,LONDOÑO, Cheryl. LOW, Carolina.Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. En : Rev de Internet [ en línea],Pag 2 – 3. Disponible en <http://www.amese.net/cancer/descargas/Estrategias%20de%20afrontamiento%20y%20estilos%20conductuales.pdf> .consultado [ 24 de febrero de 2009]

de un individuo para manejar las situaciones internas y externas, que el individuo está percibiendo y por lo tanto requieran su demanda y actuación frente a estas<sup>125</sup>.

Teniendo en cuenta las anteriores definiciones se puede decir que el afrontamiento es un proceso que impone el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes, por medio de sus pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que le permitirán conseguir los mejores resultados, aunque aun no tenga éxito la persona siempre intentara hasta lograr sentirse mejor ante la situación estresante, pero si al contrario la persona tiene éxito para solucionar el problema presente, repetirá el mismo proceso cuando se presenten situaciones similares<sup>126</sup>.

A pesar que existen muchas definiciones acerca del afrontamiento, estas solo se limitan a lo interno de la persona y “ninguna responde a la vida externa para prevenir, evitar o controlar las emociones de angustia, pues constantemente hay un cambio en las conductas cognitivas confortables para manejar específicamente las exigencias externas, que son evaluadas pudiéndose exceder la respuesta de la persona a la enfermedad”<sup>127</sup>. Es por esto que el afrontamiento refleja un proceso que incluye un involucramiento activo en un periodo de tiempo<sup>128</sup>, incluyendo

---

<sup>125</sup> Ibid., p. 60

<sup>126</sup> TURKEY, Affiliation school of nursing ataturk University Erzurum Turkey. Social Support and coping in Turkish patients with cancer. [ artículo de Internet]. Disponible en <http://www.ku.edu.tr/files/annualreport/KUAnnualReport0506.pdf> Scien Direct. [ Consultado mayo 11 de 2008]

<sup>127</sup> Ibid., p. 50

<sup>128</sup> HOYBRÅTEN, Hanne. ASBJØRG, Stray-Pedersen. FROLAND, Stig S. Coping, quality of life, and hope in adults with primary antibody Deficiencies. En: University Hospital Oslo, Norway. Department of Special Needs Education, University of Oslo, Norway, Department of Medical Genetics, Clinical Immunology. Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1177979> [on line]. [ consultado 20 septiembre 2008]

actividades de esfuerzo que serán confortables, viendo nuevos cambios y creando nuevas oportunidades<sup>129</sup>.

### **6.1.1. ETAPAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Según (Folkman y Lazarus, 1985; Carver y Scheier, 1995). El afrontamiento como un proceso continuo está conformado por 4 fases/etapas:

La primera etapa denominada anticipatoria constituye un periodo caracterizado por la proximidad de la situación estresante, en esta etapa es cuando la paciente está cerca al resultado de un examen, la persona se preocupa por las demandas, posibilidades y restricciones relacionadas con el mismo y piensa en cómo prepararse y regular los sentimientos y emociones amenazantes y/o desafiantes asociadas a esta situación<sup>130</sup>, la persona tiene una mirada al futuro, esta etapa de afrontamiento es directa y puede generar males o pérdidas porque no le permite a la paciente generar expectativas favorables en relación a su salud, pero esto se puede solucionar con el uso de las estrategias de afrontamiento que ayudan a que la persona tenga nuevas perspectivas, superando y dejando atrás los momentos estresantes del proceso de su enfermedad<sup>131</sup>. La segunda etapa es la confrontación esta se desarrolla durante el afrontamiento a la situación estresante; como por ejemplo recibir un resultado de un examen, en este caso la ansiedad es

---

<sup>129</sup> ROE, David. YANOS, Philip T. LYSAKER, Paul H. Coping With Psychosis: An Integrative Developmental Framework. vol. 194,(12) pp. 917-924. Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1177979> [on line]. [consultado 20 septiembre 2008]

<sup>130</sup> Ibid. p. 920.

<sup>131</sup> HEATHER S. Jim. RICHARDSON, Susan. GOLDEN-KREUTS, Deanna. ANDERSEN, Barbara.L Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. En The Ohio State University Health Psychol. Vol.25 (6). 2006; Pag. 753-761. Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2151209> [consultado 20 septiembre 2008]

el principal componente emocional y a nivel cognitivo la preocupación<sup>132</sup>, la paciente siente ansiedad por saber qué es lo que sucede pero le preocupa el saber que lo que le sucede es grave y que quizás pone en peligro su vida y muchas de las cosas rutinarias que solía hacer. La tercera etapa es la espera, y es el periodo de “post-examen”, es cuando la paciente ya tiene los resultados de un examen pero aún no le ha sido comunicado el resultado por parte del médico tratante, la incertidumbre en la persona acerca de la naturaleza del examen ya ha sido resuelta o significativamente reducida, pero aun no comprende que resultados pueden aparecer y como pueden influir en su quehacer diario<sup>133</sup>.

La cuarta y última etapa es la de resultados, una vez la paciente conoce el resultado de los exámenes, la incertidumbre se resuelve y las preocupaciones de la persona se orientan hacia el significado e importancia de los resultados obtenidos<sup>134</sup>, la persona empieza a formar respuestas y resistencias con una causa justificada a la situación estresante creando cosas desde ya que le permitan afrontar la enfermedad, y es aquí donde las estrategias de afrontamiento se hacen más útiles.<sup>135</sup>

Para saber qué estrategia utilizara la persona y qué tipo de afrontamiento utilizara en su enfermedad es necesario conocer el concepto de estrategias de afrontamiento que comienza a tener importancia en los años 1940 y 1950 con las que se busca que la persona que está frente a una situación estresante tenga la

---

<sup>132</sup> WONGHONGKUL, Tipaporn. DECHAPROM., Nitaya. PHUMIVICHUVATE., Laddawan. LOSAWATKUL, Samaporn. Uncertainty Appraisal Doping and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. En :Cancer Nursing. Vol 29 ( 3) 2006; p 36 -37. Disponible en <http://jco.ascopubs.org/cgi/content/abstract/24/9/1350> [ consultado 20 septiembre 2008]

<sup>133</sup> ROE, Op. cit., p. 917-924

<sup>134</sup> Ibid., p. 922

<sup>135</sup> COLLYAR, Deborah E. Breast Cancer: A Global Perspectives. En Journal of Clinical Oncology. Vol 19 (6) 2001; p. 101-105. Disponible en <http://www.press.uillinois.edu/books/subject/WSS.html> [ consultado 20 septiembre 2008]

capacidad de enfrentar y llevar mejor la enfermedad, por medio de recursos o elementos, que le permiten llegar a un objetivo final<sup>136</sup>.

Según Genovard, el término estrategia son las actividades necesarias que realiza la persona en cualquier situación, con el fin de llegar a la meta de un “plan”, previamente ideado<sup>137</sup>. Las estrategias incluyen motivos, planes y decisiones que requieren el uso de capacidades cognitivas en donde la persona rutinariamente empieza a utilizar las estrategias dependiendo de lo que quiere que se modifique ya sea porque le hace daño o la perturba a cada momento<sup>138</sup>.

Las estrategias son generalmente deliberadas, planificadas, y conscientemente la persona siente un compromiso de superarse es por esto que el objetivo que se planea con las estrategias debe ser cumplido por la paciente sin pensar en lo más mínimo sino siempre anhelar a lo más grande<sup>139</sup>. Teniendo en cuenta lo anterior se puede afirmar que en el campo del afrontamiento las estrategias constituyen un conjunto de procedimientos o actividades intencionales utilizadas por la persona estratégicamente permitiéndole adaptarse a cada situación, el contar con estrategias de afrontamiento no es suficiente, se debe conocer cómo, cuándo y para qué utilizarlas, controlar su mayor o menor eficacia, así como modificarlas en función de las necesidades que le generen cada situación estresante<sup>140</sup>

---

<sup>136</sup> KRZEMIEN, Op. Cit., p. 1-3

<sup>137</sup> Ibid., p. 4

<sup>138</sup> Ibid., p. 5

<sup>139</sup> Ibid., p. 6,7

<sup>140</sup> KRZEMIEN, Op.cit., p. 3

En relación a lo anterior según Pozo y Postigo, afirman que las estrategias de afrontamiento exigen de planificación y aplicación deliberada y están relacionadas con el autoconocimiento que tiene la persona, implican una decisión y selección de recursos de afrontamiento alternativos en función de las exigencias del quehacer; el manejo de éstas supone un conocimiento acerca del modo de utilizarlas es decir, un uso reflexivo y no automático de las mismas, incluyendo aspectos afectivos que lleven a la persona al cambio<sup>141</sup>.

Lazarus realizó 3 clasificaciones de las estrategias de afrontamiento<sup>142</sup>. La primera clasificación incluye estrategias dirigidas a la solución de un problema en donde se realizan y se utilizan actividades enfocadas a la modificación y minimización de una situación estresante (enfermedad), buscando la definición del problema, soluciones alternativas, su elección y utilización; dentro de ésta clasificación existen estrategias que hacen referencia al entorno que buscan modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc., y el otro tipo, son las estrategias que se refieren al sujeto, encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos como; la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación, la búsqueda de nuevas formas de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta y el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos<sup>143</sup>.

Una segunda clasificación permite conocer el tipo de afrontamiento que tienen las personas. Este afrontamiento puede ser activo (adaptativo) y de evitación o pasivas (desadaptativas). La forma activa se refieren a los esfuerzos

---

<sup>141</sup> Ibid., p. 6

<sup>142</sup> Ibid., p. 8

<sup>143</sup> WONGHONGKUL, Op.cit., p. 32 -33

conductuales, cognitivos o afectivos para manejar directamente la situación conflictiva, las estrategias que van a definir este tipo de afrontamiento son (afrontamiento activo, planeamiento, reformulación positiva, humor, aceptación, apoyo emocional y apoyo instrumental). La forma evitante (desadaptativa) consiste en la falta de interés para enfrentar el problema o reducir la tensión que genera la situación estresante<sup>144</sup>, dentro de esta forma de afrontamiento están las estrategias (renuncia, auto distracción, apoyo emocional, negación, religión, uso de sustancias, auto culpa y descarga emocional).

La tercera clasificación hace referencia al afrontamiento de tipo cognitivo, conductual o emocional. El afrontamiento conductual o dirigido al problema se presenta cuando la persona hace un esfuerzo para controlar la situación desde la fuente original de donde se produce el problema, creando y cambiando conductas o condiciones del ambiente que le permitan una mejor forma de afrontar la enfermedad dirigidas a confrontar la realidad de la crisis que está manejando y sus consecuencias, e intenta construir una situación más satisfactoria; en este tipo de afrontamiento interviene el estado marital, la educación, seguro de salud, estrato socio – económico entre otros<sup>145</sup>. El afrontamiento emocional o conductual son los esfuerzos que la paciente realiza para controlar sus emociones evitando así una situación estresante y reconstruyendo el contexto cognoscitivo, a partir de la percepción que tiene de su enfermedad, este tipo de afrontamiento está determinado por el soporte social que le permitirá intentar mantener tener un equilibrio afectivo<sup>146</sup>.

---

<sup>144</sup> Ibid., p. 34,35

<sup>145</sup> WONGHONGKUL, Op.cit., p. 33 -35

<sup>146</sup> HEATHER S. Jim. RICHARDSON, Susan. GOLDEN-KREUTS, Deanna. ANDERSEN, Barbara.L Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. En The Ohio State University Health Psychol. Vol 25 (.6) 2006; p. 753–761. Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2151209> [consultado agosto 26 de 2008]

Varios autores han definido y planteado diferentes estrategias de afrontamiento, para efectos de éste estudio se tomaran las definiciones dadas por Carver en la versión abreviada del COPE(cuestionario multidimensional de afrotamiento), estas estrategias son<sup>147</sup>: auto distracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, apoyo emocional, apoyo instrumental, abandono de resolución o renuncia, descarga emocional, reformulación positiva, planeamiento o planificación, humor, aceptación, religión y autocrítica.<sup>148</sup>

- 1. Auto distracción:** Es la forma en que la persona centra la atención en otras tareas o actividades diferentes al problema real y se ocupa de otras situaciones en las que se pretende olvidar el problema, que contribuyen a tolerar el problema, eliminar o neutralizar las emociones generadas por las mismas.
- 2. Afrontamiento Activo:** Son las actividades o esfuerzos internos que hace la persona con el fin de dar solución al problema o disminuir sus consecuencias dando prioridad al problema y no evadiéndolo, por ejemplo la persona busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo.

---

<sup>147</sup> LONDOÑO, Op.cit ., p. 327-349.

<sup>148</sup> CARVER, Charles. You want to measure coping But Your Protocols Too Long. Consider the Brief Copy . En International Journal of Behavioral Medicine. Vol. 4 ( 1) 2000; p. 92 – 100. Disponible en: [http://www.ssc.wisc.edu/wlsresearch/pilot/P01-R01\\_info/aging\\_mind/Aging\\_AppB18\\_BriefCopeScale.pdf](http://www.ssc.wisc.edu/wlsresearch/pilot/P01-R01_info/aging_mind/Aging_AppB18_BriefCopeScale.pdf) [consultado agosto 26 de 2008]

- 3. Negación:** Es una forma de evitación cognitiva en la que no se cree lo que se está viviendo o por lo que se está atravesando, ya que la persona no cree lo que le está sucediendo, intenta eliminar o neutralizar los pensamientos negativos o perturbadores que el recuerdan que esta “enferma”.
- 4. Uso de sustancias:** Es un tipo de evitación conductual en la que se pretende olvidar el problema o acontecimiento a través del consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.
- 5. Apoyo Emocional:** La paciente expresa la emoción y busca alternativas para solucionar el problema con otras personas, buscando apoyo y afecto para afrontar adecuadamente el problema, creando una nueva red de soporte basada en el amor y comprensión.
- 6. Apoyo Instrumental:** Con esta estrategia la paciente busca analizar la causa del problema y generar soluciones que estén a su alcance, esta estrategia está limitada, pues solamente la paciente entiende a su manera la causa de su enfermedad, basándose en reportes médicos utilización de material o guías de ayuda que describen la situación problema por la que se está atravesando.
- 7. Abandono de resolución/Renuncia:** A través de un desinterés y poca preocupación la paciente pretende dejar el problema tal como está sin realizar ningún tipo de actividad para resolverlo o afrontarlo. La persona

solo se limita a que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo.

- 8. Descarga Emocional:** Es la manera en la que se reacciona agresivamente tratando de eliminar los sentimientos negativos que provoca el problema. La paciente expresa su ira y hostilidad como consecuencia de la frustración y desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos.
  
- 9. Reformulación Positiva:** Es la manera en la que la persona reevalúa el problema y se aprende de él, tratando de encontrarle un nuevo sentido y una nueva solución a través del aprendizaje de la experiencia vivida. La paciente tolera el estrés que le produce estar enferma, adaptándose y resignándose a su nueva situación.
  
- 10. Planeamiento/Planificación:** Es la manera en la que se crea el proceso o pasos a seguir para resolver el problema, determinando que es una situación controlable y predecible, la persona busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema, esta estrategia es de optimismo, contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que le favorecen al enfrentar la situación.
  
- 11. Humor:** Se observa la situación crítica de manera diferente, restándole importancia y efectos críticos, haciendo actividades de diversión y creando chistes o bromas que le hacen más “placentera” su enfermedad.

**12. Aceptación:** La persona reconoce que la situación debe ser asumida de manera responsable y actuando de manera pasiva o activa.

**13. Religión:** Expresa a través del rezo y la oración sus expectativas y pretende tolerar o solucionar las emociones que se generan ante el problema, la paciente busca apoyo a través de las creencias religiosas.

**14. Autocrítica:** Es la manera como la paciente reconoce las limitaciones para resolver la situación problema y no se siente capaz o cree que lo que ha hecho no ha sido suficiente ni lo será para solucionar el problema, la persona se siente culpable y además la angustia, la tristeza y el desespero le hacen más difícil manejar el estrés.

Las estrategias de afrontamiento son muy importantes en personas que han estado expuestas a situaciones estresantes, ya que le permiten llevar la enfermedad de una manera más fácil; con el uso de las estrategias la persona está más tranquila pues sus pensamientos están dirigidos a realizar actividades que le permiten un esparcimiento y a la vez un autoconocimiento de sus fortalezas y debilidades frente a la enfermedad, que podrán ser empleadas en situaciones estresantes que se le presenten en el momento de la enfermedad<sup>149</sup>.

---

<sup>149</sup> KRZEMIEN, Op.cit., p. 8

Dependiendo del uso de estrategias se definirá el tipo de afrontamiento, lo ideal es que la persona maneje un afrontamiento activo frente a la enfermedad, ya que le permite aceptar y adaptarse a los cambios al inicio, durante y después de la situación estresante, de una forma directa dejando atrás pensamientos negativos que día a día harán más difícil y posiblemente crearan en la persona una perspectiva más negativa, limitándola a buscar actividades o cosas que le permitan un mejor manejo de la enfermedad.

### **6.1.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MEDIR AFRONTAMIENTO**

En la literatura se encuentran diversos cuestionarios para evaluar el afrontamiento, cuatro de los más utilizados son: el Cuestionario Modos de Afrontamiento (del inglés *Ways of Coping instrument*, WCI), El COPE (El Cuestionario Multidimensional de Afrontamiento) de Carver, Scheier y Weintraub , El Indicador de Estrategias de afrontamiento (*The Coping Strategy Indicator*, CSI) y la Escala Multidimensional Coping Inventory (MCI) estos con una particularidad, que están derivados de la teoría de Lazarus y Folkman (1984).

El cuestionario Modos de Afrontamiento (del inglés *Ways of Coping instrument*, WCI) de Lazarus y Folkman (1984), que fue construido para evaluar estrategias de afrontamiento, este instrumento permite que las personas reconstruyan situaciones estresantes recientes y describan lo que piensan, este cuestionario incluye 67 ítems y utiliza cuatro opciones de respuesta: (0) en absoluto, (1) en alguna medida, (2) bastante, (3) en gran medida, las escalas derivadas del WCI

han sido ampliamente empleadas en diferentes investigaciones, este instrumento tiene una consistencia interna que oscila entre 0,61 y 0,79<sup>150</sup>.

La Escala Multidimensional Coping Inventory (MCI) es otro de los instrumentos que miden afrontamiento, esta escala fue construida por Endler y Parker en 1990, consta de 72 ítems que evalúan 18 tipos de estrategias, con respuesta tipo Likert donde (0 = nunca y 3 = siempre). Este instrumento tiene una consistencia interna de 0.76 a 0.91<sup>151</sup>.

El instrumento Indicador de Estrategias de afrontamiento (The Coping Strategy Indicator, CSI), fue construido por Amirkhan en 1994, este instrumento tiene 33 ítems y 11 escalas y por cada escala hay 3 sub-escalas en las que se encuentra el tipo de estrategia utilizada por la persona, el tipo de respuesta es tipo Likert donde 1 es todo, 2 un poco, 3 no todo. Este instrumento tiene una consistencia interna de 0.76 a 0.93<sup>152</sup>.

Otro de los instrumentos utilizados para medir afrontamiento es el COPE (Cuestionario Multidimensional de Afrontamiento) de Carver, Scheier y Weintraub en 1989 y validado por Muller y Spitz en el año 2003, está compuesto por 60 ítems, 15 escalas, con opción de respuesta tipo Likert donde 1 = usualmente no hago todo esto, 2 = usualmente hago esto poco, 3 = por lo general hago esto medianamente y 4 = por lo general hago mucho esto, este cuestionario fue

---

<sup>150</sup>LONDOÑO Op.cit., p. 50

<sup>151</sup> Ibid., p. 329

<sup>152</sup> AMIRKLHAN, James. Coping Strategy Indicator. *En* journal of personality assessment, Vol 62 (2).1994; p, 242 – 261. Disponible en <http://www.informaworld.com/smpp/content-content=a785037060?words=coping%7cstrategy%7cindicator&hash=3880376786> [consultado 25 de febrero 2009]

validado en la población francesa, y útil para identificar que las estrategias de afrontamiento son útiles en el desarrollo de alguna situación estresante, teniendo este instrumento una confiabilidad de 0.8<sup>153</sup>.

Existen diversos instrumentos que miden afrontamiento, pero para efectos de este estudio se utilizara el Brief Cope Inventory (Inventario de las Estrategias de Afrontamiento) compuesto por 14 dimensiones cada una con 2 ítems, este cuestionario nos permite la evaluación de los diversos estilos de afrontamiento, es la versión abreviada de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver (1987), y fue adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997), además este instrumento ha sido utilizado en países como: Francia, para determinar el tipo de afrontamiento utilizado por estudiantes universitarios en situaciones estresantes en los últimos dos meses del año escolar; en Estados Unidos fue aplicado a una comunidad afectada por un desastre natural (Huracán Andrew) y en Argentina utilizado para evaluar el afrontamiento activo y la adaptación al envejecimiento en la mujer; en estos estudios el instrumento mostró un alfa de cronbach entre 0.60 y 0.90.

El instrumento original en la versión en inglés mostró un alfa de Cronbach total de 0.72 y un alfa de Cronbach por dimensión: la dimensión afrontamiento activo obtuvo un ( $\alpha=0.68$ ), planificación y planeamiento ( $\alpha=0.73$ ), reformulación positiva ( $\alpha=0.64$ ), aceptación ( $\alpha=0.57$ ), humor ( $\alpha=0.73$ ), religión ( $\alpha=0.82$ ), uso de apoyo emocional ( $\alpha=0.71$ ), uso de apoyo instrumental ( $\alpha=0.64$ ), auto distracción ( $\alpha=0.71$ ), negación ( $\alpha=0.54$ ), Descarga emocional ( $\alpha=0.50$ ), consumo de

---

<sup>153</sup> Ibid., p. 250

sustancias ( $\alpha=0.90$ ), abandono de resolución/renuncia ( $\alpha=0.65$ ), autocrítica ( $\alpha=0.65$ ).

El instrumento Brief Cope Inventory evalúa las siguientes formas de afrontamiento: conductual, cognitivo y emocional, y el tipo de afrontamiento utilizado: activo o pasivo, el tipo de respuesta es tipo Likert, en donde 1. = usualmente nunca lo hago, 2. = pocas veces hago esto, 3. = con frecuencia hago esto, 4. = siempre hago esto. Se aplicó la versión disponible de esta escala, la cual consta de 28 ítems con un rango de puntuaciones que oscilan entre cuatro puntos (1: no me ocurre casi nunca o no lo hago y 4: me ocurre con mucha frecuencia o lo hago casi siempre).

El análisis factorial permitió obtener 14 factores de primer orden que son: afrontamiento activo, planificación o planeamiento, reformulación positiva, aceptación, humor, religión, apoyo emocional, apoyo instrumental, auto distracción, negación, descarga emocional, consumo de sustancias, abandono de resolución o renuncia y autocrítica y los factores de segundo orden que corresponden a cinco modos básicos de afrontamiento: conductual, cognitivo, emocional, escape cognitivo y conductual<sup>154</sup>.

---

<sup>154</sup> KRZEMIEN, Op.cit., p. 183 – 210

## 7. PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Un instrumento puede definirse como una colección de ítems que pretenden revelar diferentes niveles de determinadas características no observables directamente y se desarrollan para medir fenómenos que se supone que existen pero que no se pueden evaluar directamente. Los dos propósitos por los que se realiza una medición con instrumentos es en primer lugar incluir al individuo o paciente dentro de una categoría para detectar diferencias entre los participantes del estudio en cierto momento específico y en segundo lugar establecer la magnitud del cambio a lo largo del tiempo con el fin de efectuar bien sea el seguimiento de una condición clínica o la modificación de esta condición a lo largo del tiempo.<sup>155</sup>

### 7.1 INSTRUMENTO DE MEDIDA

Para analizar los datos se debe realizar la separación, identificación y medida de la variación de un grupo de variables, bien sea una por una o entre ellas, para lo cual es necesario tener claro el concepto de medición, el cual se define como “el proceso mediante el cual se asignan números a los atributos o características de las personas, objetos o eventos de acuerdo a unas reglas o indicadores claramente establecidos”<sup>156</sup>, lo que permite al investigador representar con

---

<sup>155</sup> SANCHEZ, P.R. GOMEZ, R.C. Conceptos básicos sobre validación de escalas. En: Revista Colombiana Psiquiatría, Vol. 27 No. 2, 1998. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642004000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642004000300006&script=sci_arttext). [consultado abril 27 de 2009]

<sup>156</sup> Universidad Interamericana de Puerto Rico. Conceptos básicos de investigación y estadística. Disponible en: [http://ponce.inter.edu/cai/reserva/vera/CONCEPTOS\\_BASICOS.pdf](http://ponce.inter.edu/cai/reserva/vera/CONCEPTOS_BASICOS.pdf). [Consultado 22 de abril de 2009]

precisión el concepto de interés y escoger el método de análisis multivariante, que se va utilizar para el análisis de los datos obtenidos durante el estudio.

Teniendo en cuenta lo anterior, los datos pueden ser de tipo no métrico que hacen referencia a un atributo o característica del sujeto o los de tipo métrico que representan cantidades relativas y son adecuadas para casos que involucran cantidad o magnitud.

En este caso, este trabajo de investigación se desarrollo bajo un instrumento de medida no métrica tipo likert que es una escala ordinal que hace referencia a un procedimiento de escalamiento en el que el sujeto asigna los estímulos a un conjunto específico de categorías o cuantificadores lingüísticos, en su mayoría, de frecuencia (*siempre, a veces, nunca, etc.*) o de cantidad (*todo, algo, nada, etc.*),<sup>157</sup> donde las variables se ordenaron con escalas ordinales en relación con la cantidad del atributo poseído. Por ejemplo, para la variable “*me niego a creer lo que está pasando*” 1 es igual a nunca, 2 es igual a veces, 3 igual a casi siempre y 4 igual a siempre, lo que permite definir de acuerdo a la respuesta el tipo de característica que posee el sujeto que está participando en el estudio.

## **7.2 TIPO DE VARIABLES**

En un trabajo de investigación lo que finalmente se intenta determinar en un individuo son las variables, establecidas por datos que son los valores que toma la

---

<sup>157</sup> CAÑADAS, I. y SANCHEZ, A. Categorías de respuesta en escalas tipo likert. En: Psicothema, 1998. Vol 10 no. 3. Pag. 623 – 631 Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/191.pdf> Consultado [ 22 de abril de 2009]

variables dependiendo del caso. De este modo, los dos tipos de variables pueden ser de tipo cuantitativo, aquellas que se pueden medir o expresar numéricamente y pueden ser continuas que son el resultado de medir, y pueden contener decimales (temperatura, peso, altura) o discretas que son el resultado de contar y sólo toman valores enteros (número de hijos)<sup>158</sup> representadas en números reales o variables de tipo cualitativo las cuales representan una cualidad o atributo que clasifica a cada caso en una de varias categorías,<sup>159</sup> las cuales son las utilizadas en este trabajo y cuya medida depende de la percepción del participante con respecto a su situación y que se miden por medio de la anteriormente nombrada escala tipo likert.

### 7.3 CONSTRUCCION Y VALIDACION DE INSTRUMENTOS

El proceso de validación de un instrumento implica dos componentes; validez que se refiere a si la cuantificación es exacta y confiabilidad que hace referencia a si el instrumento mide realmente lo que dice medir.<sup>160</sup> Estos dos componentes se deben medir para la construcción y validación de un instrumento, el cual está conformado por cierto número de ítems que pretenden revelar diferentes características de una población que no pueden observarse directamente<sup>161</sup>, para definir éste tipo de características es necesario utilizar la medición, que es un procedimiento mediante el cual se asignan numerales a características o atributos

---

<sup>158</sup> Universidad de la República. Estadística: Nociones generales. Uruguay. Disponible en <http://www.liccom.edu.uy/bedelia/cursos/metodos/materiales/estadistica/estadistica.html> Consultado [22 de abril de 2009]

<sup>159</sup> PITA, S. Uso de la estadística y la epidemiología en atención primaria. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Universidad de Alicante. Madrid, Jarpyo Editores, S.A. 1997; 115-161. Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/10descriptiva/10descriptiva.asp> Consultado [22 de abril de 2009]

<sup>160</sup> Sánchez R., Gómez C. Conceptos Básicos sobre Validación de Escalas. Rev. Coloma. Psiquiat.; 1998;27(2):121-130

<sup>161</sup> HARI Opcit, p. 8

de un objeto o proceso a través de un conjunto de reglas definidas, en donde se busca conocer la magnitud de los fenómenos que en un trabajo investigativo se desea encontrar<sup>162</sup>.

Por otro lado, se debe tener en cuenta en el momento de realizar el proceso de validación de un instrumento de medición, aquellos factores que pueden llegar a afectar la confiabilidad y validez del instrumento a validar. Estos factores son los siguientes<sup>163</sup>:

- Improvisación. Se debe conocer correctamente la variable, el dominio o la dimensión que se pretende medir y estar sustentado en una teoría.
- El no estar validados en el contexto en el que se aplican. Validar un instrumento no implica exclusivamente traducirlo, sino que se debe realizar una investigación extensa y completa de todos los instrumentos que se han utilizado para evaluar el fenómeno.
- El instrumento no es adecuado o no es empático. Si el instrumento consta de lenguaje muy avanzado que le impida al participante entender lo que se él está preguntando pueden resultar errores de validez y confiabilidad.
- Las condiciones en que se aplica el instrumento deben ser favorables para que el entrevistado pueda responder el instrumento de manera tranquila y sin sobrecarga y de esta manera se encuentre más motivado a colaborar en el proceso.

---

<sup>162</sup> Glosario de términos estadísticos. [Artículo de internet]. Disponible en: <http://www.uca.edu.ni/direcciones/pea/Doc1.htm> [ Consultado abril 27 de 2009]

<sup>163</sup> Universidad Andres Bello. Medición – Requisitos – Procedimiento para construir un instrumento de medición. Resumen Cap. 8 del libro Introducción a la Investigación Pedagógica de Ary, Jacobs y Razavieh y cap 9. del libro Metodología de la investigación de Hernández S. y otros. Facultad De Educación. Escuela de Educación. Disponible en: <http://mey.cl/apuntes/medicionunab.pdf> [Consultado 14 de abril de 2009]

- Los aspectos mecánicos hacen referencia a que al entrevistado se le hayan brindado las instrucciones precisas para contestar el instrumento, que no le falten páginas o preguntas o que tenga buena imagen de impresión.

Es importante tener en cuenta los aspectos mencionados anteriormente del proceso de validación de un instrumento pues están directamente relacionados con el objetivo de este trabajo de investigación que es determinar la validez y confiabilidad que tiene el instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español. Para dar inicio al proceso de validación de un instrumento, se incluyen los siguientes pasos:

- Seleccionar el mejor instrumento posible para medir el fenómeno: para esto es necesario realizar una búsqueda en la literatura acerca de las escalas de medición comúnmente utilizadas para evaluar un fenómeno determinado, para su utilización se debe tener en cuenta el diseño de estudio que se va utilizar, el tipo de instrumento, el número de ítems, posibles sesgos, confiabilidad y validez del instrumento<sup>164</sup>.
- Traducción: este paso se debe realizar cuando el instrumento hallado esta en otro idioma, es necesario someterlo a un proceso de traducción directa (de un idioma a otro), por un especialista en el idioma, ya que su mala traducción puede cambiar la escala y por lo tanto generar errores de medición, se deben realizar por lo menos tres traducciones del instrumento original que luego van a ser analizadas por un grupo de expertos para seleccionar la traducción más adecuada, luego traducir nuevamente al

---

<sup>164</sup> LAMPREA, Opcit., p. 341

idioma original con el fin que las dos versiones tanto de inglés y español sean lo más parecidas posibles, realizando los respectivos ajustes de acuerdo a las características socioculturales de la población de estudio

165 166

- Determinar la validez del instrumento, a partir de evaluación por jueces expertos en el área; quienes determinan si el instrumento cuenta con los tres tipos de validez: validez de apariencia, validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo, siendo este último el que determina si los ítems del instrumento evalúan el fin para el que fueron definidos<sup>167</sup>.
- Prueba piloto: el objetivo de esta prueba es evaluar los ítems y la utilidad del instrumento, identificar como las personas interpretan y comprenden la pregunta, con el fin de realizar nuevas modificaciones en la morfología y semántica del ítem antes de su aplicación; el instrumento traducido debe aplicarse a un grupo de pacientes aproximadamente de 10 a 15, que cumplan con los criterios de inclusión, previamente establecidos en el estudio<sup>168</sup>.
- Recolección de datos: en este paso se inicia la aplicación del instrumento ya con las correcciones de los ítems que en la prueba piloto fueron identificados. Posteriormente a la recolección de datos se da inicio al análisis estadístico de la información. Para esto existen diversos programas utilizados, dentro de los que encontramos: XLispStat, Yorick, Vista y SPSS, entre otros<sup>169</sup>.

---

<sup>165</sup> *Ibíd.* p.342

<sup>166</sup> SANCHEZ. *Opcit.* p. 124-129

<sup>167</sup> *Ibíd.* p.342

<sup>168</sup> *Ibíd.* p.343

<sup>169</sup> *Ibíd.* p.343

- Análisis estadístico de confiabilidad: este se puede realizar a partir de la determinación del alfa de cronbach y la varianza de los elementos; este último punto será determinado a partir del índice de rotación de factores o también llamado rotación ortogonal por medio del método VARIMAX. En este análisis estadístico, se engloba un conjunto de procedimientos que incluyen la selección de datos, su descripción y posteriormente las conclusiones de los resultados; permite extraer conclusiones de tipo general a partir de los datos recolectados y exige la utilización de procedimientos que permiten garantizar que los datos recolectados son confiables y válidos<sup>170</sup>.

### 7.3.1. VALIDEZ DE UN INSTRUMENTO

El concepto de validez tiene diversas definiciones; según Gómez y Sánchez (1998), la validez es el grado de confianza que se tiene de que la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo<sup>171</sup>; otra definición encontrada afirma que es el grado en el cual la evidencia y la teoría soportan las interpretaciones obtenidas de los resultados de las pruebas (escalas, inventarios, etc.)<sup>172</sup>, según Campbell y Russo la validez se refiere al grado de concordancia entre medidas cuyos métodos son distintos, Nunnally y Kelinger la definen como el grado en el cual se logra el propósito para el cual fue elaborada la prueba; con esto se puede concluir que la validez es la capacidad de la escala para medir lo que pretende medir y no otros aspectos distintos de los pretendidos<sup>173</sup>.

---

<sup>170</sup> Ibid. p .343

<sup>171</sup> Ibid. p .343

<sup>172</sup> Ibid.,p.342

<sup>173</sup> PARDO, Antonio. RUIZ. Miguel. Análisis de datos con SPSS 13 Base. España. Editorial Mc Graw Hill.2005.

Del mismo modo, Balestrini (1997), plantea: “ Una vez que se han definido y diseñado los instrumentos y Procedimientos de recolección de datos, atendiendo al tipo de estudio de que se trate, antes de aplicarlos de manera definitiva en la muestra seleccionada, es conveniente someterlos a prueba, con el propósito de establecer la validez de éstos, en relación al problema investigado.” Rusque M (2003) habla que “la validez representa la posibilidad de que un método de investigación sea capaz de responder a los interrogantes formulados y designa la capacidad de obtener los mismos resultados de diferentes situaciones”.<sup>174</sup> Por lo cual las pruebas de validez deben estar encaminadas a medir la utilidad del instrumento y su exactitud.

Existen aspectos importantes dentro de la validez de un instrumento, estos son:

- Validez de apariencia: su objetivo es determinar si la escala aparentemente mide lo que debe medir, este tipo de validez no es un concepto estadístico sino que depende del juicio que los expertos hagan sobre la pertinencia de los ítems de la escala. Pretende lograr mayor aceptabilidad entre los sujetos que responden el instrumento y se evalúa a través de un grupo conformado por pacientes y expertos en el tema<sup>175</sup>.
- Validez de contenido: se refiere a si el número de ítems para cada categoría es suficiente para evaluar de forma adecuada la misma, es decir que los ítems de la escala deben abarcar adecuadamente todas las dimensiones que se pretenden evaluar. En este caso, un grupo de expertos certifican

---

<sup>174</sup> Universidad de Málaga. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos. grupo de investigación eumednet (SEJ-309) de la Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2008b/402/Validez%20y%20confiabilidad%20de%20los%20Instrumentos%20de%20Recoleccion%20de%20Datos.htm> [Consultado 14 de abril de 2009]

<sup>175</sup> LAMPREA. Opcit., p 343

que cada categoría, dominio o dimensión este adecuadamente representado por uno o varios ítems<sup>176</sup>.

- Validez de criterio: consiste en comparar los puntajes obtenidos en una escala contra un forma de medición ya establecida (patrón de oro), con el fin de establecer si los puntajes obtenidos son validos, y si existe una adecuada correlación entre el instrumento (prueba de oro) y el instrumento aplicado por los investigadores, el instrumento (prueba de oro), debe haber demostrado ser el mejor instrumento para medir la condición o circunstancia planteada. A este proceso se le denomina validez concurrente y el método estadístico de comparación utilizado es el coeficiente de Correlación de Pearson, si el coeficiente es mayor de 0.8 no vale la pena aplicar el instrumento porque significa que funciona igual que el patrón de oro y si es menor de 0.3 tampoco porque implica que el instrumento puede medir un fenómeno diferente.<sup>177</sup>
- Validez de constructo: es un procedimiento que permite probar la estructura conceptual o teórica del instrumento<sup>178</sup>, Messick (1980) afirma que este tipo de validez es la principal de los tipos de validez, pues esta es el concepto que integra las consideraciones de validez de contenido y de criterio en un marco común para probar una hipótesis acerca de relaciones teóricamente importantes<sup>179</sup>, Cronbach (1984) señala que el objetivo final de la validación

---

<sup>176</sup> LAMPREA. Opcit., p 343

<sup>177</sup> SANCHEZ. Op. Cit p. 129

<sup>178</sup> TAMAYO.Monica,PIÑA.Julio. Construcción y Validación de un Instrumento para la Evaluación de la Calidad de Vida en Personas con VIH. Ter Psicol [online]. 2008, vol. 26, no. 1, pp. 27-37.

<sup>179</sup> PEREZ. Jose Antonio, MOSCOSO.Salvador, MORENO. Rafael. Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez.Rev Pshicotema; Vol. 12, Supl. nº 2, (2000). p. 442-446. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/601.pdf> [consultado 28 marzo 2009]

es la explicación y la comprensión, por lo tanto todo el proceso de validación es validación de constructo. La validación de constructo permite evaluar pertinencia del ítem, relevancia del ítem, redacción del ítem y suficiencia de los ítems<sup>180</sup>.

### 7.3.2 CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO

La confiabilidad se refiere a la capacidad del instrumento para medir de forma consistente, precisa y sin errores la característica que se desean medir, autores como Campbell y Russo definen la confiabilidad como el grado de coincidencia arrojado por varias medidas que son parecidas en procedimiento o método, Carmines y Zeller definen la confiabilidad como el grado en el cual se consiguen resultados similares en ocasiones consecutivas, gracias a un prueba, un experimentos o un instrumento.

Así mismo, Anastasi (1982) y Aiken (1995) afirman que la confiabilidad es la precisión con que el instrumento mide lo que mide, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación.<sup>181</sup> Implica que el instrumento repite los mismos resultados cuando se repite su aplicación en las mismas circunstancias y nos dice que tan consistentes, exactos y estables son los resultados alcanzados al aplicar el instrumento. Se puede verificar de diversas maneras<sup>182</sup>:

---

<sup>180</sup> COHEN, R., Swerdlik M. Pruebas y Evaluación Psicológicas Introducción a las Pruebas de medición. Santa fe de Bogotá. McGRAW-HILL; 2001.

<sup>181</sup> ALIAGA, J. Psicometría : Test psicométricos, confiabilidad y validez. Disponible en:

<http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos/documentos2007/libro%20eap/05LibroEAPAliaga.pdf> . [Consultado 14 de abril de 2009]

<sup>182</sup> GRAJALES, T. La recolección de Información. Disponible en: <http://tgrajales.net/invesrecolecta.pdf> [Consultado 14 de Abril de 2009]

- Aplicar el mismo instrumento a los mismos sujetos en ocasiones diferentes y luego medir el grado de correlación que existe entre los resultados de las dos aplicaciones, a mayor correlación mayor grado de confiabilidad.
- Tener dos versiones equivalentes de la misma prueba, aplicarlas ambas y luego correlacionarlas, siempre en las mismas condiciones de trabajo.
- Aplicar la prueba, dividirla en dos mitades comparativas, según los ítems impares y pares para luego correlacionarlas.

Para determinar la confiabilidad de una escala se deben tener en cuenta aspectos importantes como:

- El tiempo en relación con la capacidad del instrumento de obtener los mismos resultados cuando el instrumento es aplicado a los mismos sujetos, pero en dos situaciones diferentes, es decir, la estabilidad de la medición cuando no ha existido cambio alguno. Una forma de medir esta capacidad es la aplicación test-retest, el objetivo de esto es asegurar que las respuestas no varían demasiado a lo largo de periodos temporales, lo que demuestra que una medida tomada con ese instrumento en cualquier momento del tiempo es certera<sup>183</sup>.
- Consistencia interna, esto se refiere a la consistencia entre las variables de un instrumento, es decir la correlación adecuada que debe existir entre ítem con ítem, entre ítem y factor (dimensión) y entre ítem y escala, lo que le

---

<sup>183</sup> HAIR, Joseph. ANDERSON, Rolph. TATHAM; Ronald. BLACK, William. 5ª Edición. Madrid, España. Editorial Pearson Educación 1999. Pag. 799

brinda estabilidad a la escala. Los ítem que miden una misma categoría deben estar más correlacionados entre sí que los que miden dominios diferentes, aunque un puntaje alto ( $> 0.90$ ) de correlación indica que los ítems miden una misma cosa o que con un solo ítem puede medir la categoría.<sup>184</sup>

Para valorar o medir la consistencia interna y buscar un punto de correlación preciso se hace uso de las medidas de homogeneidad o medidas de consistencia interna, dentro de las cuales están la Fórmula Kuder- Richardson (KR-20)<sup>185</sup> y la más utilizada el coeficiente de fiabilidad o modelo Alfa de Cronbach, esta medida valora la consistencia interna de un instrumento en su totalidad en función de dos términos: el número de ítems (ítem-total) es decir la correlación de un ítem con la puntuación total de la escala y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítem- ítem) es decir la correlación entre los ítems. Lo que significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems<sup>186 187</sup>.

En este sentido, es necesario aclarar el concepto variación que indica que tanto varían los valores entre sí, encontrando que la varianza es una medida de dispersión que permite reconocer que tanto se dispersan cada uno de los datos alrededor del punto central o media, mediante un valor numérico que representa el

---

<sup>184</sup> SANCHEZ. Op. Cit p. 127

<sup>185</sup> Ibid. p. 127

<sup>186</sup> HAIR . Opcit.; pag 625

<sup>187</sup> LEDESMA, Rubén . IBAÑEZ, Gabriel. VALERO, Pedro. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. Psico-USF (Jul./Dic) 2002, Vol. 7, No. 2, Pág.: 143-152. Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v7n2/v7n2a03.pdf> [consultado 28 de Marzo de 2009]

promedio de dispersión de los datos.<sup>188</sup> Mientras que la covarianza es una medida de la variación común a dos variables y, por tanto, una medida del grado y tipo de su relación, midiendo la asociación estadística entre dos variables y si cada una de sus puntuaciones están relacionadas entre sí.<sup>189</sup> Por lo tanto, la varianza está relacionada con la variación entre las respuestas y la covarianza entre cada una de las variables.

Un aspecto a tener en cuenta en la valoración del alfa de Cronbach es la relación positiva que existe con el número de ítems del instrumento; ya que al aumentar el número de ítems se incrementara el valor de la fiabilidad. Los valores para determinar el Alfa de Cronbach se establecen entre cero (0 ) y uno (1) donde cero equivale a que el instrumento cuenta con muy baja confiabilidad y uno a que cuenta con una alta confiabilidad, siendo los límites recomendados entre 0,70 y 0,90. Valores bajos sugieren que el instrumento puede estar midiendo varios fenómenos y que no muestra consistencia frente a su aplicación en situaciones diferentes y valores elevados sugieren la posibilidad de que existan ítems redundantes para medir una característica. Sin embargo en investigaciones piloto o validaciones de constructo iniciales el límite inferior puede llegar hasta 0,60<sup>190</sup>.

Así mismo, para el análisis de la fiabilidad de un instrumento se han utilizado diferentes programas que permiten analizar los datos después de ingresarlos en una base de datos, dentro de estos encontramos: XLispStat, Yorick, Vista, SPSS, entre otros. Para efectos de este estudio el análisis de datos se realizara en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), este es un

---

<sup>188</sup> HAIR. Op. Cit p 351

<sup>189</sup> QUINTIN, Martín. Tratamiento estadístico de datos con SPSS prácticas resueltas y comentadas. International Thomson Editores 2008 Madrid, España. Pág. 596

<sup>190</sup> HAIR. Opcit.; Pág. 632

aplicativo de Windows, que sirve como herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico<sup>191</sup>.

En este análisis es necesario entender el término fiabilidad y fiabilidad de un instrumento; la fiabilidad de una medida es la razón entre el auténtico nivel de la medida y la medida realizada, es decir, la fiabilidad es la proporción de verdad, en medida la fiabilidad de un instrumento se refiere a la capacidad del mismo para medir de forma consistente y precisa las características que pretende medir, una escala es fiable si cada vez que se mide a los mismos sujetos se obtiene, el mismo resultado<sup>192</sup>.

El análisis de fiabilidad se ocupa de los errores incontrolables, inevitables e imprescindibles asociados a todo proceso de medida (es la precisión del instrumento), permite estudiar las propiedades de los instrumentos de medición y los elementos que las constituyen, calcula un número de medidas de fiabilidad del instrumento que son utilizadas normalmente, proporcionando información acerca del grado de relación que tienen los elementos entre sí, y permite obtener un índice global de la consistencia interna del instrumento en su conjunto, identificando los elementos problemáticos que deberían ser excluidos. Este análisis asume que los elementos del instrumento se combinan y la puntuación general es el resultado de la suma de todos estos elementos, sin embargo en instrumentos multidimensionales como la del instrumento Brief Cope Inventory, el cálculo de la fiabilidad debe hacerse para cada dimensión. Dentro del análisis de fiabilidad se encuentra: el coeficiente de fiabilidad, que es la proporción de

---

<sup>191</sup> PARDO. Opcit.; Pág. 17

<sup>192</sup> HAIR. Opcit.; Pág. 639.

varianza de las puntuaciones observadas que se atribuye a la variabilidad de las puntuaciones verdaderas y el índice de fiabilidad, que es la correlación existente entre las puntuaciones observadas y las verdaderas.

Dentro del análisis de fiabilidad existen distintos modelos de fiabilidad estos son: el modelo dos mitades, en donde se divide la escala en dos partes y se observa la correlación de estas dos, el modelo de Guttman en donde se calculan los límites inferiores para la fiabilidad verdadera, el modelo paralelo que asume que todos los elementos tienen varianzas iguales y varianzas de error iguales, y el modelo de alfa de cronbach que para este estudio será el utilizado; este modelo se basa en la correlación ínter elementos, asume que la escala está compuesta por elementos iguales que miden la misma característica, entonces el instrumento puede evaluarse mediante la correlación existente entre todos sus elementos, este coeficiente depende de los elementos y su varianza promedio, el análisis de fiabilidad se calcula por medio de un análisis descriptivo para cada variable y para el instrumento total, el análisis de fiabilidad incluye los siguientes pasos:

1. Creación de una base de datos: en la ventana editor de datos de SPSS, aparecen dos hojas en la parte inferior la primera denominada vista de datos, en esta están los datos extraídos de la base de Excel y la otra hoja que se denomina vista de variables en esta aparecen filas que representan las variables y columnas que representan las características de las variables estudiadas, en la vista de variables se va a definir el nombre de cada variable.

2. Etiquetar las variables: contribuye a describir las variables, esta información es opcional y se etiqueta ingresando directamente en la celda, enseguida aparece un cuadro de diálogo con una casilla denominada valor y etiqueta del valor, en la casilla valor se ingresa el numero que tiene la variable y en etiqueta de valor se escribe la etiqueta de dicha categoría, a continuación se muestra un ejemplo de una de las variables de este estudio: la edad, para el rango entre 18 y 37 años el valor de la etiqueta es igual a 1, para el rango de edad entre 38-47 el valor de la etiqueta es igual a 2, para el rango de edad entre 48-57 años el valor de la etiqueta es igual a 3 , para el rango de edad entre 58-67 el valor de la etiqueta corresponde a 4 y el ultimo rango que se encuentra entre 68 años y mas el valor de la etiqueta corresponde a 5, en este caso el valor seria 1 y la etiqueta correspondería al rango de edad; cuando las categorías de las variables es más de una se le da “añadir” para que de la opción de etiqueta de las siguientes variables.

3. Exploración de datos: etiquetadas las variables, en la ventana abierta Editor de datos, desde el menú se ingresa la función “analizar”, se despliega esta ventana, elegimos estadísticos descriptivos y a continuación lo que se desea es que este programa analicé (frecuencias, razones, medias, moda, entre otros)

3.1 Rotación ortogonal: Posteriormente a la exploración de datos, se realiza la rotación de factores; una herramienta que sirve para determinar las cargas factoriales, es decir determinar las correlaciones entre cada variable y el factor. Las cargas indican el grado de correspondencia

entre cada variable y el factor al cual corresponden o evalúan; haciendo a una variable con mayor carga representativa del factor. Para efectos de este estudio se utilizó la rotación ortogonal a través del método de aproximación rotacional VARIMAX; este método maximiza la suma de las varianzas de las cargas requeridas de la matriz de factores, en este método siempre tiende a haber altas cargas factoriales, es decir cercanas a -1 o +1 indicando claramente una asociación positiva o negativa entre la variable y el factor o cercanas a 0 señalando una clara ausencia de asociación. Para el análisis de la carga factorial se considera que cargas factoriales mayores a +/- 0,30 se considera que están en el nivel mínimo; las cargas de +/- 0,40 se consideran más importantes y las cargas de +/- 0,50 se consideran prácticamente significativas<sup>193</sup>.

4. Determinación Alfa de Cronbach: inicialmente se comprueba el alfa de cronbach total para el instrumento, lo que determina si el instrumento tiene o no un nivel adecuado de confiabilidad es decir, si está evaluando o no el fenómeno que se desea evaluar. Posteriormente se comprueba el alfa de cronbach por dimensión el cual permite determinar si la dimensión estudiada evalúa las características que se pretenden evaluar en una persona; finalmente se determina el alfa de cronbach por ítem esto permite saber si la presencia o no del ítem en el instrumento contribuye a que haya variaciones en el alfa de cronbach total y por lo tanto que haya necesidad de eliminar el ítem del instrumento para mejorar el nivel de confiabilidad.

---

<sup>193</sup> Ibíd.; Pág. 564

Los parámetros arrojados por la validez y la confiabilidad de un instrumento son los que determinan si la escala puede o no ser validada en determinadas circunstancias y tiempo.

## **8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE SENO.**

El cáncer es reconocido como una enfermedad crónica y dolorosa, que genera incapacidad, mutilación y que puede llegar a ser mortal, es en este proceso en el que se hacen necesarias las intervenciones de enfermería que apoyen a las pacientes para hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias; el afrontamiento es la clave psicológica para el alivio del sufrimiento, además permite la integración o participación activa de la paciente en su proceso terapéutico determinado el éxito y finalmente la repercusión positiva en su calidad de vida<sup>194</sup>, siendo este aspecto la razón y la motivación para que el enfermero (a) identifique y profundice en las necesidades de atención a estas pacientes, teniendo en cuenta la relación bio-sico-social de cada una de ellas<sup>195</sup>, a partir de esto, la asistencia de enfermería en pacientes con cáncer de seno debe ir dirigida a la paciente, a la familia y a la comunidad, teniendo como objetivo la educación, apoyo psicosocial, la posibilidad de recibir terapia adecuada, seleccionando y administrando intervenciones que disminuyan los efectos colaterales de la terapia

---

<sup>194</sup> MENEZES, María. CAMARGO. Teresa, GUEDES. María , ALCANTARA. Llaisa. Cáncer, Pobreza y desarrollo humano: Desafíos para la Atención en Enfermería Oncológica. *En\_Rev Latino-am Enfermagem* Vol 15(número especial)2007; p. 120 . Disponible en [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) [consultado 25 de febrero de 2009]

<sup>195</sup> Ibid. Pag.. 5-6

propuesta y permitiendo un mejor afrontamiento a esta situación<sup>196</sup>, todo esto a través de la comunicación. Según Johnson, Rudolph y Hartmann (1979), demostraron que la mayoría de pacientes junto con sus familias sienten “incertidumbre” por la situación que están viviendo, es por esto que la comunicación juega un papel importante en el afrontamiento de la enfermedad ya que el profesional de enfermería además de establecer un contacto directo con el paciente es el puente de comunicación entre este y el médico tratante, esto hace que escuche activamente al paciente haciéndole más fácil identificar que es lo que la afecta y de qué forma y así poder implementar y enseñar el uso de estrategias<sup>197</sup> efectivas para un afrontamiento activo.

En el área de la salud, hay evidencia en donde se menciona la importancia de las estrategias de afrontamiento orientadas a tener el control de la situación; las estrategias centradas en la resolución de problemas y las estrategias cognoscitivas parecen ser de especial relevancia en el entorno rehabilitador durante la enfermedad<sup>198</sup>. Lo anterior indica que las pacientes con cáncer de seno que empleen estas estrategias de afrontamiento tendrán un mayor control de la situación, tendrán más claras las decisiones concernientes al tratamiento y constantemente buscarán soluciones a los problemas que se presenten en una situación determinada y relacionada con la enfermedad<sup>199</sup>, por el contrario si la paciente utiliza estrategias negativas que no le permiten un progreso asertivo de la enfermedad, el profesional podrá identificarlas y redireccionarlas, mejorando el

---

<sup>196</sup> TORRES, Alexandra. SANHUEZ, Amanda. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *En* Ciencia enfermería. vol.12 (1). 2006; p.9-17. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000100002&script=sci_arttext) [consultado 11 septiembre de 2008]

<sup>197</sup> *Ibid.* Pág. 2 -3

<sup>198</sup> MENEZES; Op. Cit., p. 6

<sup>199</sup> *Ibid.* Pág. 5 -6

afrontamiento frente al diagnóstico y las etapas que se desarrollan durante la enfermedad<sup>200</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior se hace necesario que el profesional de enfermería que brinda cuidado al paciente oncológico cuente con una herramienta validada en población colombiana que le permita evaluar e identificar, el tipo de afrontamiento que utilizan las mujeres frente al diagnóstico de cáncer de seno, para conocer a la paciente no solo en el aspecto biológico sino en el aspecto psicológico y emocional, y así poder planear y ejecutar un proceso de atención de enfermería integral.

En este pensamiento el cuidado y las intervenciones de enfermería se abren como una posibilidad de atender las demandas de las pacientes con cáncer de seno, no solo basándose en un modelo biomédico, sino dirigiendo sus acciones en el proceso de salud-enfermedad, con un enfoque en la promoción del bienestar y la salud<sup>201</sup>.

---

<sup>200</sup> DUARTE, Fabio. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes Oncológicos. [artículo de Internet]. Disponible en: scielo [consultado 22 de septiembre 2008]

<sup>201</sup> MENEZES; Op.cit., p. 7

## **9. METODOLOGIA**

### **9.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizo un estudio psicométrico para determinar la validez y confiabilidad del Cuestionario Brief Cope Inventory en su versión adaptada al español para evaluar las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno.

### **9.2. POBLACION Y MUESTRA**

Se realizo un muestreo no probabilístico por conveniencia en mujeres con diagnóstico de cáncer de seno en cualquier estadio de la enfermedad que asistieron a control ambulatorio en una unidad oncológica de Bogotá en los meses de Diciembre de 2008 a Enero del presente año.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvo en cuenta los autores Woods, Habers y Cohan que recomiendan, realizar de 5 a 7 aplicaciones por cada ítem o elemento del instrumento, para tener un buen poder estadístico<sup>202</sup>, según esto el tamaño muestral para este estudio se determino teniendo en cuenta 5 aplicaciones por cada ítem que compone el instrumento, lo que es igual a 140 participantes; para el presente análisis preliminar será presentado el análisis de 95 aplicaciones realizadas.

---

<sup>202</sup> CROKER, Linda. ALGINA, James. Introduction to classical and modern test theory., Ed 12, 1986. p 16

### **9.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

El cuestionario se aplicó a mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico de cáncer de seno en cualquier estadio de la enfermedad, que aceptaron participar en el estudio a través del diligenciamiento del consentimiento informado y además que tenían capacidad física y mental para dar respuesta al cuestionario.

### **9.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La investigación realizada es considerada según la resolución 003084/ 1993 como una investigación de riesgo mínimo para la población sujeto de estudio.

A los participantes que cumplían con los criterios establecidos para la inclusión se les informó de forma verbal y escrita la descripción de los objetivos, riesgos, beneficios y su autonomía para continuar o retirarse del estudio cuando lo consideraran pertinente, así como la confidencialidad de la información recolectada. Todos estos aspectos quedaron registrados en la autorización que fue firmada por el paciente y el investigador que desarrolló este proceso.

### **9.5. INSTRUMENTO**

El instrumento incluyó preguntas de variables socio demográficas como: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de residencia, seguro de salud y

personas con quien vive. También se aplicó el cuestionario Brief Cope Inventory (ANEXO 1) que fue traducido al español y aplicado en población argentina(sin haber realizado el proceso de validación del instrumento) por los autores Deisy Krzemien, Alicia Monchietti y Sebastián Urquijo; se estableció contacto con estos autores para que nos permitieran la utilización del instrumento en la versión en español. La versión original en inglés fue extraída de la página oficial del autor Charle S. Carver.

Antes de la aplicación del instrumento se determinó la validez de contenido y de constructo, por medio de la evaluación por 3 jueces expertos en el tema, para determinar el contenido, pertinencia y redacción; después de las observaciones realizadas por los jueces, se procedió a realizar una prueba piloto con 4 pacientes, las cuales cumplieran con los criterios de inclusión, con el fin de confirmar que los ítems si eran comprensibles y así poder realizar la aplicación del instrumento en la población establecida (140). Posterior a la aplicación se organizaron los datos (95 aplicaciones) en el aplicativo Excel; el análisis estadístico se realizó en el programa SPSS 16.0.

El instrumento consta de 28 ítems con opción de respuesta tipo Likert (1 = nunca, 2 = a veces, 3 = casi siempre, 4 = siempre) en el que se evalúan y se describen 14 escalas de afrontamiento.

Esta escala de afrontamiento está determinada por los siguientes ítems:

<b>DIMENSIONES DE AFROTAMIENTO</b>		<b>Ítems</b>
1	Afrontamiento activo	2 - 7
2	Planeamiento/Planificación	14 - 25
3	Reformulación Positiva	12 - 17
4	Aceptación	20 - 24
5	Humor	18 - 28
6	Religión	22 - 27
7	Apoyo emocional	5 - 15
8	Apoyo Instrumental	10 - 22
9	Auto distracción	1 - 19
10	Negación	3 - 8
11	Descarga Emocional	9 - 21
12	Consumo de Sustancias	4 - 11
13	Abandono de Resolución/Renuncia	6 - 16
14	Autocrítica	13 - 26

## 9.6. PROCEDIMIENTO

La validación de un instrumento incluye los siguientes pasos:

- Se selecciono el mejor instrumento posible encontrado en la literatura para medir el fenómeno del afrontamiento al diagnostico del cáncer de seno
- Se realizo una traducción del instrumento original en ingles por una especialista en el idioma y en el tema de oncología.

- Se realizó una prueba piloto a cuatro pacientes con diagnóstico del cáncer de seno para identificar el cómo interpretaban y comprendían las preguntas que componen el instrumento con el fin de realizar las modificaciones tanto morfológicas como semánticas para la realización de las aplicaciones al número de muestra establecido

Los parámetros arrojados por la validez y la confiabilidad de el instrumento son los que determinan si este puede o no ser validado.

## **9.7. ANALISIS DE DATOS**

- Se organizaron los datos obtenidos en el aplicativo Excel, ósteriormente se realizó el análisis estadístico utilizando el aplicativo SPSS 16.0.
- Para el análisis estadístico y establecimiento del nivel de confiabilidad o consistencia interna del instrumento se utilizó el modelo de coeficiente de Alfa de Cronbach.

## **10. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS**

En el presente estudio se muestran resultados de 95 aplicaciones del instrumento Brief Cope Inventory, en su versión en español en mujeres colombianas con de cáncer de seno.

Para el proceso de validación inicialmente se hizo una traducción y retro traducción del instrumento, la cual fue realizada por personas expertas en el área con domino del idioma ingles y español, posteriormente tres enfermeras especialistas en el área de oncología revisaron el contenido, la redacción y la pertinencia de cada ítem del cuestionario; teniendo en cuenta las observaciones realizadas se realizaron ajustes al cuestionario previa a su aplicación.

Posteriormente se realizo una prueba piloto, la cual fue realizada a cuatro pacientes para confirmar que el contenido y la redacción fueran lo suficientemente claras, luego el cuestionario fue aplicado a 95 pacientes, que asistieron al Centro Oncológico Javeriano durante el periodo de diciembre de 2008 a enero del actual año.

Aplicado el instrumento se procedió a realizar un análisis de resultados, en donde se utilizo el aplicativo Excel para el ordenamiento de datos y luego él aplicativo SPSS 16.0 para el análisis estadístico.

## 10.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

Las características socio demográficas son útiles para evaluar el comportamiento demográfico y social de una población.

En la tabla 1. Se presentan los resultados obtenidos en relación con las variables sociodemográficas: edad, la escolaridad y el estado civil.

**Tabla1. Características socio-demográficas de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno según edad – escolaridad – estado civil.**

<b>Variables</b>	<b>No de Pacientes (95)</b>	<b>% (100)</b>
<b>EDAD</b>		
18-37	4	4.2%
38- 47	24	25.3%
48- 57	30	31.6%
58- 67	28	29.5%
68 y mas	9	9.5%
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria	9	9.5%
Secundaria	31	32.6%
Técnico	11	11.6%
Universidad	33	34.7%
Otros	5	5.3%
Ninguno	6	6.3%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	20	21.1%
Casada	50	52.6%
Divorciada	6	6.3%
Viuda	8	8.4%
Unión libre	11	11.6%

**Fuente:** Resultados obtenidos en el estudio

En relación con la edad a pesar de haberse tomado como criterio de inclusión pacientes mayores de 18 años la edad mínima de la población estudiada es de 25 años, con un promedio de edad de 48 años, una moda de 52 años y una mediana de 42.5. Perteneciendo el mayor número de personas al rango de edades entre 48 a 57 con 31.6%(30) y entre 58 a 67 con 29.5%(28), el menor número de personas pertenecen al rango de edad entre 18 y 37 años con 4%(4).

La literatura describe un claro enlace entre edad e incidencia de cáncer de seno, según cifras del Instituto Nacional de Cancerología la edad de mayor incidencia para cáncer de seno en mujeres colombianas fue entre los 45 y 64 años de edad con 769 casos entre 2004 y 2005; de igual forma en otras investigaciones realizadas a nivel mundial, el 78% de los casos de este tipo de cáncer ocurre en mujeres de más de 50 años,<sup>203</sup> lo que indica que la población estudiada se encuentra dentro de rangos similares a nivel mundial, teniendo una variación mínima de tres años para la edad mínima de inicio y de tres años para la edad máxima de incidencia a nivel nacional.

En relación con el afrontamiento, según la literatura no existe una clara evidencia acerca de si el afrontamiento se modifica en forma básica en los distintos momentos del ciclo vital, sin embargo algunos autores afirman que aparentemente cuando las personas envejecen pasan de un estilo de afrontamiento activo a otro más pasivo<sup>204</sup>.

---

<sup>203</sup> CAULEY, Jean. SONG Jingli. DOWSETT Sherie. MERSHON Jhon. CUMMINIGS, Steven. Risk factors for breast cancer in older women: the relative contribution of bone mineral density and other established risk factors. *En: Breast Cancer Research and Treatment*. Vol 102, ( 2 ) (2007); p. 181-188. Disponible en: database OVID <http://www.springerlink.com/content/gh514588446230hn/fulltext.pdf?page=1> [consultado 27 agosto de 2008 ]

<sup>204</sup> DORINA, Stefani. Gender and Coping in Old Age. *En Rev. INTERDISCIPLINAR*, (no esp). (2004); p.109-125. Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272004000300008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272004000300008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1668-7027. [consultado 18 febrero 2009 ]

El nivel de escolaridad es un dato socio-demográfico que determina el conocimiento, el desarrollo y el avance de la población, existen tres tipos de grado de escolaridad, educación básica, media y superior y otro tipo de estudios (postgrado, maestría, doctorado); los resultados en este estudio mostraron que el 34,7% (33) del total de la muestra han realizado estudios de tipo universitario y el 5,3% (5) formalizaron otro tipo de estudios. El nivel de escolaridad, tiene una gran influencia en relación a los conocimientos y prácticas que realizan las mujeres, ayudando a promover e incrementar las capacidades para obtener los conocimientos y habilidades necesarias para la realización adecuada de actividades que sirvan para prevenir la enfermedad y mantener la salud. Según la literatura, por cada nivel la escolaridad logrado hay un aumento del 30% en la frecuencia de la realización de la mamografía<sup>205</sup>, esto demuestra que el tener un nivel de escolaridad superior influye en el conocimiento que tiene la mujer acerca de la importancia del autocuidado y las consecuencias que trae el no realizarlo.

Otros estudios evidencian que el nivel educativo además de estar relacionado con las practicas preventivas, también tiene relación con el tipo de afrontamiento que la mujer puede desarrollar frente al diagnóstico del cáncer de seno, muestra de esto es que las pacientes con mayor nivel educativo tienen la capacidad de comprender mejor la información proporcionada sobre el diagnóstico, el tratamiento y las complicaciones que tiene esta enfermedad, el entender la situación por la que están pasando les facilita planear, realizar y adoptar medidas para tratar de mejorar su situación; lo que lleva a establecer un afrontamiento de tipo mas activo que pasivo. Situación contraria se presenta en las mujeres con bajo nivel educativo, quienes en muchos casos no comprende la totalidad de la

---

<sup>205</sup> Disparidades en el tamizaje del cáncer cervicouterino y mamario en mujeres latinas y no latinas en Estados Unidos. En Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 16(3),(2004):p. 208-209. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23093.pdf>. [consultado 12 de Febrero de 2009]

información que se le proporciona, por el uso de un lenguaje desconocido para ellas a esto se le suma la aceptación de creencias populares que difieren mucho de lo que realmente es el cáncer de seno como proceso patológico, lo que hace que se tomen medidas incorrectas para el manejo de la enfermedad, los resultados no son los esperados y por esto la mujer empieza a vivenciar temores y angustias disminuyendo su capacidad de implementar actividades que favorezcan el afrontamiento activo.

En relación con el estado civil los resultados obtenidos muestran que el 52,6%(50) de las mujeres son casadas, el 21.1% (20) son solteras, el 11.6% (11) viven en unión libre, el 8.4% (8) son viudas y el 6,3% (6) son divorciadas, esto es importante ya que el matrimonio proporciona la ayuda específica contra los efectos de la enfermedad y actúa como un intermediario que neutraliza la tensión producida por la situación estresante<sup>206</sup>. Según Reynolds y Kaplan (1990) las personas casadas se adaptan mejor a la enfermedad y tienen una calidad de vida más elevada que las personas solteras o sin pareja<sup>207</sup>; ya que la relación consolidada brinda estabilidad emocional, física y psicológica concediendo avances significativos e importantes en la salud, lo que favorece un afrontamiento de tipo más activo.

También se ha demostrado que la calidad de la relación conyugal empeora tras el diagnóstico del cáncer, lo que se refleja en la disminución de acuerdos entre la pareja, disminución de la satisfacción en cuanto a la relación y disminución en la expresión emocional, provocando que la enfermedad no sea afrontada en pareja

---

<sup>206</sup> BAIDER. Lea. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. En Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, Vol. 3.,( 1) (2004); p. 505-520. Disponible en [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-85.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf) [ Consultado 13 de febrero de 2009]

<sup>207</sup> Ibid., p. 509 – 510

sino de forma individual<sup>208</sup>, haciendo más lenta la recuperación física y emocional lo que provoca el desarrollo de un afrontamiento poco beneficioso para el mejoramiento de su salud.

En la tabla 2. Se presentan los resultados obtenidos en relación con las personas con quien vive la paciente, ocupación y estrato socio-económico.

**Tabla 2. Características socio-demográficas de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno según personas con quien vive - ocupación - estrato socio económico.**

<b>Variables</b>	<b>No de Pacientes</b>	<b>% (100)</b>
<b>PERSONAS CON QUIEN</b>		
Esposo	50	52.6 %
Hijos	25	26.3 %
Mama	8	8.4 %
Otros	12	12.6 %
<b>OCUPACION</b>		
Hogar	48	50,5 %
Estudiante	1	1.1 %
Empleada	21	22.1 %
Desempleada	1	16.8 %
T. independiente	16	8,4 %
Jubilado	8	8.4 %
<b>ESTRATO</b>		
Uno	2	2,1 %
Dos	19	20 %
Tres	51	53.7 %
Cuatro	17	17.9 %
Cinco	2	2,1 %
Seis	2	2,1 %
Otros	2	2.1 %

**Fuente:** Resultados obtenidos en el estudio

<sup>208</sup> CERVERA, Salvador, AUBA, Enrique. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. Boletín de Psicología, No. 85, Noviembre 2005. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N85-1.pdf> [consultado 26 de febrero de 2009]

Las personas con quien convive la paciente diagnosticada con cáncer seno juegan un papel importante durante el proceso de la enfermedad, involucrándose de manera positiva como red de apoyo o de forma negativa alterando la dinámica familiar. En relación con los resultado obtenidos para este estudio, se observa que el 52,6% (50) de las pacientes convive con el esposo, el 26,5% (25) convive con los hijos y el 8,4% (8) convive con la mamá.

Como se menciona anteriormente el esposo juega un papel fundamental en el afrontamiento de la enfermedad, sin embargo otras personas que pertenecen a la familia (hijos, madre, etc.) también participan en este proceso. A partir del momento en que en la familia conoce el diagnóstico de una enfermedad oncológica en uno de sus miembros se produce una crisis que genera alteración en la estructura y dinámica familiar<sup>209</sup>. Autores como Friedman y Cols (1988) estudiaron el papel de la adaptabilidad y cohesión familiar previas al diagnóstico del cáncer, y encontraron que las pacientes que tenían niveles más altos de cohesión familiar antes del diagnóstico presentaron una mejor adaptación al cáncer<sup>210</sup>, al cumplimiento y adherencia a los tratamientos.

Por otro lado hay que tener en cuenta que no todas las familias responden de manera similar a este tipo de acontecimientos, por lo que hay momentos en que la familia es incapaz de ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y

---

<sup>209</sup> CARDENAS, Clara, HERRERA, Fidelina. Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar [artículo de Internet] Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-81-afrontamiento-de-la-enfermedad-oncologica-por-el-grupo-familiar.pdf> [consultado 26 de febrero de 2009]

<sup>210</sup> Ibid., p. 7

necesidades de la paciente, lo que disminuye su motivación para afrontar activamente la enfermedad<sup>211</sup>.

Conocida la importancia que tiene la familia en el afrontamiento al cáncer de seno, se continúa con el análisis de la variable ocupación la cual se refiere a la tarea o función que desempeña la paciente. Cuando se da un diagnóstico de cáncer de seno se altera la estabilidad emocional, física y cognitiva lo que impiden a la mujer continuar con su rutina laboral lo cual se ve reflejado en los resultados de este estudio donde el 50,5% (48) de las pacientes se dedican al hogar, el 22.1% (21) son empleadas y el 1%(1) son estudiantes y desempleadas con el mismo porcentaje.

En la literatura se evidencia que gran parte de las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad están dedicadas al hogar (60%) por varias razones: posiblemente por que la totalidad de la muestra la conforma el sexo femenino<sup>212</sup> y por la pérdida del puesto de trabajo ya sea por voluntad propia, jubilación prematura o por decisión del empleador, esta situación se convierte en un agente estresor, al cual la paciente le da un valor cognitivo es decir atribuye gran parte de sus pensamientos; esto causa una disminución de su autoestima, dilemas ambivalentes que repercuten finalmente en la estabilidad física teniendo que atravesar por un proceso de vulnerabilidad y desamparo que en algunos casos lleva hasta la depresión. Según la literatura cuando una mujer tiene cáncer de

---

<sup>211</sup> NORTHOUSE, Laurel, MOOD, Darlene, KERSHAW, Trace, SCHAFENACKER, Ann, MELLON, Suzanne, WALKER, Julie, GALVIN, Elizabeth, DECKER, Veronica. Quality of Life of Women With Recurrent Breast Cancer and Their Family Members. *En:* Journal of Clinical Oncology. Vol. 20, (19), p. 4050-4064., Disponible en: [http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm\\_vol\\_7num\\_2/rhcm15208.htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_2/rhcm15208.htm) [ Consultado 13 de febrero de 2009]

<sup>212</sup> BAÑUELOS, Patricia, BAÑUELOS, Yolanda, ESQUIVEL, Martha, MORENO, Vanessa. Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama. *En:* Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc: Vol 15(3) (2007): p.129-134. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/F2FD3D1A-4594-4F67-970D-C5E76996E96F0/RevEnf3032007.pdf> [ Consultado 13 de febrero de 2009]

seno y tiene la posibilidad de seguir su rol como trabajadora piensa menos en la situación estresante ocupando su mente en otras actividades que se le presentan, permitiendo un afrontamiento más activo a la enfermedad<sup>213</sup>; sin embargo esto no ocurre en todos los casos pues solo el 44% de las mujeres que trabajaban antes de la enfermedad se reincorporan al actividad laboral y la mitad de estas se desincorporan totalmente por problemas físicos, secuelas de los tratamientos y trastornos emocionales generando altos niveles de estrés<sup>214</sup>, situación que repercute de forma negativa sobre el proceso de afrontamiento.

La ocupación va de la mano con el estrato socioeconómico puesto que los ingresos son el resultado del cargo laboral que se desempeña la mujer, esto le da la posición económica dentro de la sociedad. El estrato socio – económico es la depende en gran medida del nivel de ingresos, entre mayor sea el nivel de ingresos mayor posibilidad de acceder a un servicio de salud de calidad. Los resultados en este estudio mostraron que el 53.7% (51) de las mujeres pertenecen al estrato-socioeconómico tres, el 20 % (19) pertenecen al estrato dos, el 17.9% (17) pertenecen al estrato 4, y el 2.1% (2) de las mujeres pertenecen al estrato socio-económico uno, cinco, seis y otros, siendo este porcentaje para cada uno.

En base a estos resultados se puede observar que mayoría de las mujeres pertenecen a la clase media y alta y una minoría pertenecen a la clase baja, esto en relación con el afrontamiento determina; que las mujeres que pertenecen a una clase media y alta van afrontar de manera más activa la enfermedad, pues son ellas las que tienen mayores posibilidades para acceder a servicios de salud con

---

<sup>213</sup> BAQUERO, Op.cit., p. 16-17.

<sup>214</sup> Ibid., p.16-17.

calidad, y por consiguiente van a obtener los tratamientos completos y apoyo necesario durante el proceso de su enfermedad, esto proporciona una estabilidad emocional y psicológica en la mujer, generando seguridad y mayor certeza de que los servicios que esta recibiendo son los mejores que se le pueden brindar para su situación , generando en la mujer una actitud positiva que la motiva a utilizar herramientas para afrontar activamente la enfermedad.

Por ultimo en cuanto al análisis de datos socio-demográficos en la Tabla 3. Se presentan los resultados obtenidos en relación con seguro de salud y lugar de residencia.

**Tabla 3. Características socio-demográficas de las pacientes con diagnostico de cáncer de seno según personas según seguro de salud – lugar de residencia.**

<b>Variables</b>	<b>No de Pacientes</b>	<b>% (100)</b>
<b>SEGURO DE SALUD</b>		
Contributivo	90	94,8%
Subsidiado	5	5,3%
<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>		
Bogota	77	81%
Fuera de Bogotá	18	19%

**Fuente:** Resultados obtenidos en el estudio

La afiliación al sistema de seguridad social en salud es obligatoria y el tipo de afiliación depende de la situación económica y laboral de las pacientes. Los resultados de este estudio mostraron que del total de la muestra el 95% (90) de las pacientes esta afiliada a seguro de salud de tipo contributivo y el 5% (5) restante están afiliadas a seguro de salud de tipo subsidiado, aclaramos que de este 95% (90) el 76.7%(69) son beneficiarias de personas que están afiliadas al régimen contributivo. Las personas afiliadas al régimen subsidiado no tienen la misma capacidad de pago, debido a esta condición tienen menor posibilidad de

recibir un servicio de salud oportuno y de calidad, que contribuya a disminuir los factores de riesgo modificables, establecer un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado para la patología, según American Cancer Society afirma que los pacientes de cáncer sin seguro de salud tenían un 60 por ciento más de probabilidad de morir que los pacientes que tenían seguro<sup>215</sup>. Esto está muy relacionado con la manera en que la mujer enfrenta la situación, ya que las mujeres afiliadas al régimen contributivo, saben que podrán recibir los servicios de salud adecuados para el tratamiento de su enfermedad, lo que les brinda una esperanza de vida, es decir una razón por la cual seguir luchando. Esta situación no se presenta de igual forma en las mujeres afiliadas a régimen subsidiado, a quienes no se les garantiza el acceso a los servicios de salud, lo que significa una menor posibilidad de tratamiento y por tanto de vida, llevando a la mujer a que cese los esfuerzos que realiza para sobrevivir, es decir deja de manejar las demandas tanto internas como externas propias de la enfermedad generando un afrontamiento poco saludable.

También se ha encontrado que así como el seguro de salud que tienen las mujeres benefician o no el afrontamiento, el lugar de residencia tiene ese mismo efecto, ya que en el afrontamiento activo se incluye las acciones y conductas dirigidas hacer todo lo posible para resolver la situación, la ubicación de las pacientes en algunas ocasiones imposibilita o dificulta la realización de las acciones que le beneficien en su proceso de afrontamiento. Los datos mostraron que el mayor número de mujeres vive en Bogotá 78,9% (75) característica

---

<sup>215</sup> REINBERG, Steven. San Diego's Health Care Leader. El diagnóstico oportuno del cáncer se relaciona con la situación del seguro [artículo de Internet]. Disponible en: <http://www.sharpenespanol.com/news/newsArticle.cfm?articleID=5996&channelID=24> [consultado 12 de Febrero de 2009]

importante que contribuye a desarrollar un afrontamiento más adecuado, ya que vivir en la ciudad facilita el acceso a tecnología, servicios de salud especializados, la asistencia a los controles médicos y por lo tanto mejor adherencia al tratamiento. Esta situación no es igual en las mujeres que viven fuera de la ciudad,

En este estudio esta población represento el 21,1% (20) de las mujeres, las que refirieron presentar dificultades desde el inicio de la enfermedad como la falta de que la tecnología y de servicios de salud especializados en el lugar donde residen lo que imposibilito el diagnóstico temprano y como consecuencia a esto la evolución de la enfermedad, haciendo más difícil la aceptación de la enfermedad por su pronóstico negativo.

## **11. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO BRIEF COPE INVENTORY**

A continuación se presenta el análisis de fiabilidad del instrumento Brief Cope Inventory. Para conocer la estructura de las dimensiones de la escala se realizó un análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales, este es un método de extracción de factores utilizado para formar combinaciones lineales no correlacionadas de las variables observadas; para este estudio el análisis se realizara basado en 95 aplicaciones, esto con el propósito de establecer el nivel de confiabilidad del instrumento Brief Cope Inventory, de las dimensiones que evalúa y de los ítems que lo conforman; para este análisis se estableció el alfa de cronbach general para el instrumento, los descriptivos al eliminar cada elemento que conforma el instrumento y los descriptivos correspondientes a las dimensiones que este evalúa.

En la tabla 4. Se presenta el resultado obtenido para el Alfa de Cronbach general para el instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español.

**Tabla 4. Alfa de Cronbach general para el instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español.**

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.733	28

**Fuente:** Resultados obtenidos en el estudio

En análisis de fiabilidad del instrumento Brief Cope Inventory está basado en el análisis de 28 elementos que conforman el instrumento, el alfa de cronbach general del instrumento obtenido fue de 0.733, demostrando así que el instrumento cuenta un adecuado nivel de confiabilidad en relación con el instrumento original en la versión en inglés, similar al encontrado en otros estudios en donde se reporto un alfa de cronbach entre 0.60 y 0.90.

En la tabla 5. Se presentan los resultados obtenidos en relación con el peso factorial (media - varianza - correlación de elementos - alfa de cronbach) de los ítems del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español.

**Tabla 5. Peso factorial de los ítems del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español.**

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por que me está pasando.	67.52	99.869	0.178	0.732
2. Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación	66.44	99.526	0.325	0.722
3. Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mi	68.17	100.397	0.216	0.728
4. Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor	68.83	104.822	0.086	0.733
5. Busco apoyo emocional y afecto de alguien	67.39	94.751	0.384	0.716
6. Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo.	68.57	102.525	0.199	0.729
7. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación	66.39	101.900	0.213	0.728
8. Me niego a creer lo que me está pasando	68.19	102.219	0.126	0.734
9. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación	67.20	100.481	0.189	0.730
10. Busco ayuda y consejo de otras personas	67.68	94.495	0.423	0.713
11. Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor	68.75	104.212	0.117	0.732
12. Trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles	66.51	102.316	0.136	0.733
13. Me critico a mi misma ahora mas, que antes del diagnostico.	68.26	98.387	0.304	0.722
14. Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación.	68.07	100.282	0.195	0.730
15. Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona	66.60	104.094	0.044	0.739
16. Admito que no puedo con la situación de cáncer de seno y dejo de enfrentarla	68.54	102.336	0.143	0.732
17. Busco algo bueno o positivo de la situación que esto viviendo	66.77	98.967	0.273	0.724
18. Hago bromas sobre lo que me pasa	68.08	98.886	0.258	0.725
19. Hago algo para pensar menos en mis situación	67.41	92.904	0.480	0.708
20. Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir	66.31	100.002	0.360	0.721
21. Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento	66.89	95.308	0.464	0.711
22. Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual	66.46	101.613	0.184	0.730
23. busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo	67.66	92.630	0.495	0.707
24. Aprendo a vivir con el diagnostico de cáncer de seno y sus tratamientos	66.28	102.120	0.236	0.727
25. Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación de diagnostico de cáncer de seno	67.43	96.503	0.304	0.722
26. Me culpo a mi misma por lo que me pasa	68.66	102.907	0.181	0.730
27. Rezo, oro o medito	66.22	103.131	0.190	0.729
28. Tomo la situación difícil con humor	67.57	96.184	0.332	0.720

El peso factorial de la escala determina, según la variabilidad de los componentes que la conforman, la necesidad de eliminar o no alguno o algunos de los elementos del instrumento para mejorar el nivel de consistencia interna comparándolo con el alfa de cronbach general del instrumento. La columna uno contiene la media de la escala si se eliminara cada elemento o ítem que conforma el instrumento; la columna dos contiene la varianza de la escala si se eliminara cada elemento o ítem que conforma el instrumento, los cambios en estos valores pueden mostrar elementos que se comportan diferentes y que su valor se aleja de los otros elementos restantes. La columna tres contiene la correlación entre cada elemento y el total de la escala (si se eliminara el elemento); si todos los elementos midieran la misma dimensión, estas correlaciones serian altas, pero en este caso los elementos miden diferentes dimensiones por esto el puntaje es bajo para cada dimensión lo que indica que el elemento no esta apuntando a medir una sola dimensión sino varias dimensiones. La columna cuatro muestra los valores correspondientes al coeficiente de alfa de cronbach si se eliminara cada elemento; al comparar estos valores con el alfa de cronbach total de la escala se observa que los resultados de las variaciones en el alfa de cronbach general no son significativas, para esta prueba, por esta razón no se elimino ningún elemento.

En la Tabla 6. Se presentan los resultados obtenidos en relación con los datos descriptivos (media - varianza - alfa de cronbach) para cada dimensión del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español y los ítems que la evalúan.

**Tabla 6. Datos descriptivos para cada dimensión del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español.**

<b>DIMENSION</b>	<b>ITEMS</b>	<b>MEDIA</b>	<b>VARIANZA</b>	<b>ALFA DE CRONBACH</b>
1. Afrontamiento activo	2 - 7	.771	.006	0.515
2. Planeamiento/Planificación	14 - 25	4.41	3.691	0.286
3. Reformulación Positiva	12 - 17	6.64	2.871	0.383
4. Aceptación	20 - 24	7.33	1.541	0.476
5. Humor	18 - 28	4.26	4.600	0.681
6. Religión	22 - 27	7.23	1.861	0.443
7. Apoyo emocional	5 - 15	5.93	3.601	0.386
8. Apoyo Instrumental	10 - 22	4.57	4.822	0.700
9. Auto distracción	1 - 19	4.99	4.330	0.462
10. Negación	3 - 8	3.56	3.356	0.575
11. Descarga Emocional	9 - 21	5.82	3.638	0.614
12. Consumo de Sustancias	4 - 11	2.34	1.141	0.577
13. Abandono de Resolución/Renuncia	6 - 16	2.81	1.985	0.373
14. Autocrítica	13 - 26	2.99	2.074	0.278

**Fuente:** Resultados obtenidos en el estudio.

El alfa de cronbach entre dimensiones muestra valores por debajo de lo que se considera como buena confiabilidad para la mayoría de dimensiones comparados con los encontrados en otros estudios, es posible que esto se deba al bajo tamaño de muestra y poco número de ítems que conforma cada dimensión, se espera que estos indicadores de confiabilidad y validez mejoren cuando se halla terminado la aplicación del cuestionario a la muestra inicialmente establecida, basada en los criterios de Woods, Habers y Cohen. Sin embargo a continuación se presenta el análisis por cada dimensión.

La dimensión afrontamiento activo es evaluada por los ítems dos y siete dentro del instrumento; esta dimensión se refiere a las actitudes que asume la mujer frente

al diagnóstico de cáncer de seno y las acciones que desarrolla frente a la situación; las cuales le permiten dar prioridad a la realidad que está viviendo, buscando siempre soluciones a las problemáticas que trae consigo este tipo de diagnóstico. En la versión validada en población colombiana obtuvo un alfa de cronbach de 0.515 confiabilidad baja en relación con el alfa de cronbach para la misma dimensión en la versión original en inglés en la que obtuvo un alfa de cronbach de 0.71; al igual que con la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) cuyo alfa de cronbach es de 0.716; lo que significaría para este estudio cuenta con un nivel bajo de confiabilidad por lo tanto no estaría evaluando el constructo anteriormente mencionado.

La dimensión planeamiento/planificación es evaluada por los ítems catorce y veinticinco, muestra una media total de 4.41 lo que indica que las pacientes han elegido de 4 veces esta dimensión para el afrontamiento efectivo al cáncer de seno. Esta dimensión explica como la mujer posterior al diagnóstico hace un plan, un esquema de los pasos y de las medidas que va a desarrollar desde ese momento para resolver la situación y tener control sobre esta. En la versión validada en población colombiana obtuvo un alfa de cronbach de 0.286, considerándose para esta dimensión con una confiabilidad muy baja, en comparación con el alfa de cronbach para esta misma dimensión en la versión en inglés la cual es de 0.73 al igual que con la Escala de Estrategias Coping Modificada (EEC-M) cuyo alfa de cronbach es de 0.580, lo que demuestra que para este estudio no se estaría evaluando el constructo que se pretende evaluar.

La dimensión reformulación positiva es evaluada por los ítems doce y diecisiete, mostró una media de 6.64 esto indica las pacientes han elegido de seis a siete veces esta dimensión la cual es útil en el desarrollo de su enfermedad. Esta

dimensión implica la reevaluación que hace la mujer sobre su diagnóstico disminuyendo los aspectos negativos y dándole una perspectiva positivista a las circunstancias que está viviendo originando esto un efecto de mejor aceptación y adaptación. Esta dimensión obtuvo un alfa de cronbach de 0.383 en la versión validada en población colombiana, comparado con la versión original en inglés y con la Escala de Estrategias Coping Modificada (EEC-M) cuyos alfa de cronbach son de 0.64 y 0.745 respectivamente, lo que significa que esta dimensión tiene una baja consistencia interna y que no estaría evaluando el constructo mencionado anteriormente. Esta dimensión

La dimensión aceptación es evaluada por los ítems veinte y veinticuatro, mostró una media de 7.33, esto indica que las pacientes eligieron siete veces esta dimensión. Señala el reconocimiento que hace la mujer de la situación que está viviendo, de que forma la sobrelleva y si su actuar frente a la realidad es activo o pasivo, es decir interviene para mejorar sus condiciones o evita por completo enfrentar el problema. En la versión validada en población colombiana obtuvo un alfa de cronbach de 0.476 a pesar que esta puntuación no se encuentra muy alejada para ser un alfa de cronbach de moderada confiabilidad; continua siendo menor en relación con el Brief Cope Inventory en su versión en inglés cuyo alfa de cronbach es de 0.57 al igual que con la Escala de Estrategia Coping Modificada (EEC-M) cuyo alfa de cronbach es de 0.580, lo que significa que el alfa de cronbach obtenido en la validación en población colombiana es de regular confiabilidad, que puede estar evaluando en cierta medida el constructo que pretende evaluar y que esto puede estar directamente relacionado con el número de muestra al que se aplicó el instrumento como se mencionó anteriormente.

La dimensión humor es evaluada por los ítems dieciocho y veintiocho, mostró una media de 4.26, es decir que las pacientes encuestadas eligieron cuatro veces esta

dimensión. Esta dimensión se asocia con la capacidad que tiene la mujer tras el diagnóstico del cáncer de seno de hacer broma de la situación y reírse, restarle importancia a la enfermedad y continuar con todo el proceso salud-enfermedad de forma optimista, permitiéndole vivir la situación crítica desde una perspectiva más alegre. En la versión validada en población colombiana el análisis estadístico arrojó un alfa de cronbach de 0.681, aunque este resultado sigue siendo menor que el resultado de la versión original en inglés el cual fue de 0.73; es superior al obtenido en la Escala de Estrategias Doping Modificada (EEC-M) cuyo alfa de cronbach es de 0.434; lo que significa que para este estudio esta dimensión cuenta con un nivel moderado de confiabilidad aproximándose a un nivel adecuado de confiabilidad, es decir los ítems respectivos a esta dimensión si están evaluando el constructo ya mencionado.

La dimensión religión es evaluada por los ítems veintidós y veintisiete, obtuvo una media de 7.23 esto demuestra que las pacientes eligieron siete veces esta dimensión y se refiere a la búsqueda de apoyo tanto emocional como espiritual que hace la mujer con diagnóstico de cáncer de seno a través de la oración o el rezo, los cuales le permiten tolerar las emociones que viven y buscar una esperanza; convirtiéndose el aspecto espiritual y religioso en el motor para continuar la lucha contra la enfermedad. En la versión validada en población colombiana esta dimensión obtuvo un alfa de cronbach de 0.443, siendo este resultado inferior a los resultados obtenidos en la versión original en inglés y en Escala Estrategias Coping Modificada (EEC-M) cuyos alfas de cronbach fueron de 0.82 y 0.890 respectivamente; por lo cual se determina que esta dimensión tiene bajo nivel de confiabilidad y baja consistencia interna y por lo tanto no está evaluando el constructo.

La dimensión apoyo emocional es evaluada por los ítems cinco y quince, obtuvo una media de 5.93 es decir que de cinco a seis veces las pacientes eligieron esta dimensión y apunta a la búsqueda por parte de la paciente de apoyo y afecto en otras personas (familia, amigos) para poder hacerle frente al problema y para poder buscar en equipo soluciones a la situación que atraviesa, llevando esta búsqueda a la conformación de una nueva red de apoyo y soporte sólida. Esta dimensión obtuvo un alfa de cronbach de 0.386 en la versión validada en población colombiana, siendo un resultado inferior al alfa de cronbach de 0.71 del Brief Cope Inventory en la versión en inglés y alfa de cronbach de 0.785 de la Escala de Estrategias Coping Modificada (EEC-M) evidenciándose una gran diferencia lo que puede indicar que para este estudio la dimensión no tiene validez de constructo, no está evaluando el fenómeno que se pretende evaluar o que el número de muestra no es lo suficientemente grande para determinar la consistencia interna de esta dimensión.

La dimensión de Apoyo Instrumental es evaluada por los ítems diez y veinte, mostró una media de 4.57, esto significa de cuatro a cinco veces fue elegida esta dimensión por parte de las pacientes. Esta dimensión describe la búsqueda por parte de la paciente del origen o causa de su enfermedad y de soluciones a esta, pero desde la utilización de elementos y herramientas médicas que describen su realidad, sin embargo esta dimensión es limitada ya que la paciente hace un análisis y entiende su realidad a su manera. En la versión validada en población colombiana esta dimensión obtuvo un alfa de cronbach de 0.700, siendo este un alfa de cronbach superior al del análisis para este mismo ítem de la versión original en inglés, el cual fue de 0.64 y menor que el resultado obtenido en la validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de 0.880; esto muestra que esta dimensión es evaluada por ítems que cuentan con las características de pertinencia, relevancia, redacción del ítem y suficiencia de los

ítems es decir esta dimensión cuenta con adecuada validez interna y valores de alfa de cronbach representativos de un adecuado nivel de confiabilidad y por lo tanto si se está evaluando que constructo que se busca evaluar.

La dimensión Auto distracción es evaluada por los ítems uno y diecinueve, obtuvo una media de 4.99, lo que indica que las pacientes eligieron de cuatro a cinco veces esta dimensión y señala la forma en que la mujer busca centrar su atención en la realización de actividades o practicas que distraigan su atención del problema y la focalice en otras situaciones que contribuyen a olvidar por momentos, a neutralizar las emociones generadas por la realidad lo que finalmente ayuda a tolerar y a hacer más llevadera la situación. En la versión validada en población colombiana esta dimensión obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.462, valor inferior al presentado en el análisis de esta misma dimensión para la versión original en ingles en la que obtuvo un alfa de cronbach de 0.71 al igual que con la validación de la Escala de Estrategias de Coping modificada (EEC-M) cuyo alfa de cronbach es de 0.712; por lo que se considera que esta dimensión para la versión en población colombiana de baja confiabilidad y no evalúa el constructo pretendido.

La dimensión Negación es evaluada por los ítems tres y ocho, mostró una media de 3.56, esto determina que las pacientes encuestadas eligieron de tres a cuatro veces esta dimensión, esta corresponde a la forma en que conscientemente la paciente evita la aceptación de la realidad, neutralizando o eliminando los pensamientos que le indiquen y recuerden que está atravesando por un proceso de enfermedad y deterioro de su salud. En la versión validada en población colombiana y tras el análisis estadístico esta dimensión obtuvo un alfa de cronbach de 0.575, representando este resultado una consistencia interna superior

en comparación con esta misma dimensión en la versión original en inglés en la que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.54; sin embargo en comparación con el alfa de Cronbach obtenido en la validación de la escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de 0.651, el resultado es menor. Por lo que se considera que aunque sigue siendo una dimensión con moderada confiabilidad, es útil para evaluar las condiciones a las que fue aplicada, estando de igual forma presente la posible relación con el bajo número de muestra.

La dimensión Descarga Emocional es evaluada por los ítems nueve y veintiuno; obtuvo una media de 5.82 lo que demuestra que de cinco a seis veces, fue elegida esta dimensión. Evalúa la capacidad de la mujer de expresar los pensamientos y emociones negativos generados por la enfermedad, y si muestra reacciones de agresividad frente a los demás, hacia sí misma y hacia los objetos. En la versión validada en población colombiana esta dimensión obtuvo un alfa de Cronbach 0.614 un resultado superior al obtenido para esta misma dimensión en la versión original en inglés en la que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.50, pero menor que el Alfa de Cronbach obtenido en la validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) de 0.689. Esto indica que esta dimensión tiene un nivel moderado de confiabilidad, es decir en cierta medida está evaluando la capacidad de las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno de expresar los sentimientos negativos generados por la enfermedad.

La dimensión de Uso de Sustancias es evaluada por los ítems cuatro y once, mostró una media de 2.34 esto quiere decir que las pacientes eligieron dos veces esta dimensión; evalúa si la paciente tras el diagnóstico del cáncer de seno busca evitar y olvidar la enfermedad consumiendo sustancias psicoactivas o alcohol, siendo esto una habitación conductual ya que son actos y conductas que

establece la mujer para hacerle frente a la enfermedad. En la versión validada en población colombiana obtuvo un alfa de cronbach de 0.577, inferior en comparación con el alfa de cronbach del análisis para esta misma dimensión en la versión original en inglés y en la validación de la Escala de Estrategias de Coping modificada (EEC-M) en la que obtuvieron respectivamente 0.90 y 0.807; esto indica que esta dimensión en la versión en población colombiana tiene un bajo nivel de confiabilidad respecto a otros estudios, pero con posibilidad de aumentar este resultado frente a un aumento en el número de muestra.

La dimensión de Abandono de Resolución/Renuncia es evaluada por los ítems seis y dieciséis, obtuvo una media de 2.81 es decir que de dos a tres veces está fue elegida por las pacientes, hace referencia a la forma en que la paciente se muestra despreocupada frente a la situación que está viviendo y se niega a buscar ayuda o solución al problema y deja que este continúe su curso de forma natural sin hacer ninguna intervención ya sea positiva o negativa frente a esto. En la versión validada en población colombiana esta dimensión obtuvo un alfa de cronbach de 0.373, resultado inferior al presentado en el análisis para esta misma dimensión en la versión original en inglés en la que obtuvo 0.65 al igual que con el análisis presentado en la validación de la Escala de Estrategias de Coping modificada (EEC-M) en el cual el alfa de cronbach fue de 0,782; lo que significa que esta dimensión tiene un nivel bajo de confiabilidad y no evalúa el constructo anteriormente mencionado.

La dimensión de Autocrítica es evaluada por los ítems trece y veintiséis, mostró una media de 2.99, lo que indica que las pacientes eligieron de dos a tres veces esta dimensión. Hace referencia y evalúa si la paciente reconoce sus limitaciones para resolver el problema que está viviendo y también si la paciente siente como

suficientes o insuficientes los esfuerzos que ha hecho para solucionar y afrontar la situación lo que lleva a tener un mejor afrontamiento o activo o a aumentar los niveles de estrés y tener un afrontamiento de tipo pasivo. En la versión validada en población colombiana esta dimensión obtuvo un alfa de cronbach de 0.278, nivel de confiabilidad muy bajo en comparación con el análisis para la misma dimensión de la versión original en inglés en la que obtuvo 0.69 al igual que en la validación de la Escala de Estrategias de Coping modificada (EEC-M) cuyo alfa de cronbach es de 0,816. por lo que se determina que para este estudio la dimensión autocrítica tiene una confiabilidad muy baja, lo que significa que puede estar midiendo varios fenómenos a la vez o que no está midiendo el fenómeno deseado; sin embargo y como se mencionó anteriormente estos bajos resultados en los niveles de confiabilidad para este estudio pueden estar relacionados con el bajo número de muestra.

Como se puede observar no existen valores perdidos para cada dimensión, cada una cuenta con dos (2) elementos; por el contrario si hubiera un número elevado de elementos esto estaría demostrando que la escala no tiene factibilidad, la dimensión humor fue la que mostró una media más baja en relación a las otras dimensión, esto indica que es un elemento referido (contado) a cualquier motivo inespecífico, las dimensiones humor, aceptación y religión fueron a las que menor proporción de pacientes respondieron.

A continuación se analizará la variabilidad las dimensiones, es decir la dispersión de uno y otros elementos. En este análisis preliminar los datos mostraron que la mayoría de las dimensión cuentan con una variabilidad alta, es decir mayor de 2.5, lo que significa que las dimensiones con valores superiores a este límite permiten

diferenciar con mayor facilidad que cantidad de sujetos (muestra) respondieron a determinadas dimensiones.

Las dimensiones descarga emocional, uso de sustancias y abandono/resolución renuncia tuvieron una varianza entre 4.3 y 4.822, las dimensiones reformulación positiva, apoyo instrumental, planeamiento /planificación y auto distracción obtuvieron una varianza entre 3.35 y 3.69, y las dimensiones religión, autocrítica y afrontamiento activo mostraron una varianza entre 2.07 y 2.87, y las dimensiones humor, negación, apoyo emocional y aceptación obtuvieron una varianza entre 1.14 y 1.98, siendo las mas bajas, estas dimensiones tienen menor variabilidad y son los que poseen menor capacidad para discriminar (diferenciar) entre los sujetos.

## 12. CONCLUSIONES

Con base en el análisis de resultados del estudio realizado se presentan las siguientes conclusiones:

- Las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno que participaron en el estudio se encuentran en un rango de edad entre 48 y 57 años con una moda de 52 años y mediana 42.5 años, el nivel de escolaridad predominante fue el universitario, al igual que el estado civil casada; estas mujeres conviven principalmente con sus esposos e hijos, tienen como ocupación el hogar y pertenecen en su mayoría al estrato socio-económico tres. En cuanto al lugar de residencia la mayoría de mujeres residen en Bogotá y están afiliadas al régimen de salud de tipo contributivo, como beneficiarias de un cotizante.
- La versión corta del cuestionario Brief Cope Inventory, adaptada a la versión en español y aplicada en mujeres colombianas con diagnóstico de cáncer de seno tiene una validez interna preliminar de 0.733. En todos los casos, los índice ítem-prueba fueron altos y los valores alfa corregidos obtenidos fueron aceptables y similares entre ellos.
- En este análisis preliminar el alfa de cronbach para las dimensiones muestra valores bajos, es decir una baja consistencia interna, es posible que esto se deba al bajo tamaño de muestra, y a al bajo número de ítems en cada dimensión; sin embargo un resultado más exacto se dará al

finalizar el numero de aplicaciones del instrumento y a la realización del informe final.

- En este análisis preliminar el instrumento Brief Cope Inventory validado en su versión en español, en mujeres con diagnóstico de cáncer de seno no sufrió cambios significativos en su constructo teórico, lo que muestra que puede ser utilizado en poblaciones con estas características, al igual que en poblaciones diferentes en las que el instrumento ya fue validado.

### 13. RECOMENDACIONES

- Ante los resultados obtenidos, consideramos de interés proseguir el análisis sobre las propiedades psicométricas del instrumento Brief Cope Inventory para evaluar su comportamiento en la población estudio y otras poblaciones, como se ha venido realizando con la versión en inglés.
- Se recomienda continuar con la investigación sobre tipos y estrategias de afrontamiento utilizados por los pacientes frente a la enfermedad para así potenciar las acciones dirigidas a la recuperación, contribuir con el éxito del tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Se recomienda terminar con las aplicaciones del instrumento faltantes para poder establecer los indicadores de validez y confiabilidad sobre el total de la muestra, y así poder establecer si el instrumento Brief Cope Inventory puede ser aplicado a población colombiana para evaluar estrategias de afrontamiento utilizadas frente al diagnóstico de cáncer de seno.
- Se recomienda aplicar este instrumento para evaluar estrategias y tipos de afrontamiento como herramienta complementaria en el proceso de atención de enfermería.

- Según los resultados obtenidos hasta el momento el instrumento Brief Cope Inventory muestra un buen indicador de consistencia interna, por lo cual se recomienda continuar con su validación hasta completar el número de aplicaciones establecida como tamaño muestral, al igual que continuar con el fortalecimiento del constructo teórico del mismo.
- Es el presente análisis preliminar se encontró como el alfa de Cronbach es bajo en relación con otros estudios realizados en otros contextos, esto puede ser debido al bajo número de ítems por cada dimensión, por lo que se recomienda que para el análisis final, este se realice basado en el tipo de afrontamiento (Activo – Pasivo) los cuales incluyen un mayor número de ítems.

## BIBLIOGRAFIA

- ALCALDIA DE BOGOTA. Cáncer de mama, segunda causa de muerte en Bogotá. Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/decide.php?patron=01.0103050701> [consultado 16 de abril de 2008]
- ALCALDIA DE BOGOTA. Bogotá se une al día mundial de la lucha contra el cáncer de seno. Disponible en: [http://www.samuelalcalde.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2420%3Abogota-se-une-al-dia-mundial-de-la-lucha-contra-el-cancer-de-seno&Itemid=82](http://www.samuelalcalde.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2420%3Abogota-se-une-al-dia-mundial-de-la-lucha-contra-el-cancer-de-seno&Itemid=82) [consultado 7 de Febrero de 2009]
- AGRAMONTE Adriana, MENDOZA Madelín *et al.* Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. En: Revista Cubana Endocrinol . Vol. 18, No. 2 (mayo-agosto 2007) Pág.: Disponible en: database SCIELO [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532007000200001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532007000200001&script=sci_arttext) [consultado 26 de agosto de 2008]
- ALIAGA, J. Psicometría: Test psicométricos, confiabilidad y validez. Disponible en: <http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos/documentos2007/libro%20eap/05LibroEAPAliaga.pdf> . [Consultado 14 de abril de 2009]
- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2008. Disponible en: [http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT\\_1x\\_Cancer\\_Facts\\_and\\_Figures\\_2008.asp](http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Cancer_Facts_and_Figures_2008.asp) [consultado 9 de septiembre de 2008]

- American Cancer Society. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer en los Hispanos/Latinos 2006-2008. Disponible en: <http://www.cancer.org/downloads/STT/F862302SpTMRcvdNov07acspdf2006.pdf> [consultado 24 de Febrero de 2009]
- American Cancer Society. What Causes Breast Cancer?. Disponible en : [http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_2\\_2X\\_What\\_causes\\_breast\\_cancer\\_5.asp](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_2X_What_causes_breast_cancer_5.asp) [consultado 27 agosto de 2008]
- American Cancer Society. Detailed Guide: Breast Cancer What Are the Risk Factors for Breast Cancer? Disponible en: [http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_4\\_2X\\_What\\_are\\_the\\_risk\\_factors\\_for\\_breast\\_cancer\\_5.asp](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_2X_What_are_the_risk_factors_for_breast_cancer_5.asp) [consultado 25 Febrero de 2009]
- BALNEAVES, Lynda. BOTTORFF, Joan. GREWAL, Sukhdev. NAIDU, Paromita. JOHNSON, Joy. HOWARD, Fuchsia. Family Support of Immigrant Punjabi Women With Breast Cancer. Family & Community Health. En: Culture and Family and Community Health. Vol. 30, No. 1(January-/March 2007) Pag: 16-28. Disponible en: <http://www.familyandcommunityhealth.com/pt/re/fch/abstract.00003727-200701000-00004.htm;jsessionid=L7tGhVqjgD34wKvWLn8FfRj8y7hwG2QG780tzY5ycnYTvxmtrhmJ!-1375129934!181195629!8091!-1> [citado agosto 24 de 2008]
- CAÑADAS, I. y SANCHEZ, A. Categorías de respuesta en escalas tipo likert. En: Psicothema, 1998. Vol 10 no. 3. Pag. 623 – 631 Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/191.pdf> Consultado [ 22 de abril de 2009]

- CARVER. Charles. You want to measure coping But Your Protocols Too Long. Consider the Brief Copy .En: International Journal of Behavioral Medicine. Vol. 4, no. 1.(2002);p.92 – 100. Disponible en: [http://www.ssc.wisc.edu/wlsresearch/pilot/P01-R01\\_info/aging\\_mind/Aging\\_AppB18\\_BriefCopeScale.pdf](http://www.ssc.wisc.edu/wlsresearch/pilot/P01-R01_info/aging_mind/Aging_AppB18_BriefCopeScale.pdf) [consultado agosto 26 de 2008.
- CAULEY, Jean. SONG Jingli. DOWSETT Sherie. MERSHON Jhon. CUMMINIGS, Steven. Risk factors for breast cancer in older women: the relative contribution of bone mineral density and other established risk factors. En: Breast Cancer Reseach and Treatment. Vol 102, no. 2 (abril 2007) Pag: 181–188. Disponible en: database OVID <http://www.springerlink.com/content/gh514588446230hn/fulltext.pdf?page=1> [consultado 27 agosto de 2008]
- CHARRY, Ligia, CARRASQUILLA, Gabriel, ROCA, Sandra. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. Rev. salud pública. 10 (4):571-582. 2008. disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n4/v10n4a07.pdf>. [consultado 25 Febrero 2009]
- CHIRIKOS, Thomas N. RUSSELL-JACOBS, Anita. CANTOR, Alan. Indirect Economic Effects of Long-Term Breast Cancer Survival. En: Cáncer Practice. Vol.10, no. 5 (September/October 2002) Pag: 248-255. Disponible en: database OVID. [consultado 15 septiembre de 2008]
- COLLYAR, Deborah E . Breast Cancer: A Global Perspective .En: Journal of Clinical Oncology. Vol 19. (2001); p. 101-105

- COHEN, R., Swerdlik M. Pruebas y Evaluación Psicológicas Introducción a las Pruebas de medición. Santa fe de Bogotá. McGRAW-HILL; 2001.]
- GRAJALES, T. La recolección de Información. Disponible en: <http://tgrajales.net/invesrecolecc.pdf> [Consultado 14 de Abril de 2009]
- DEAN, Antonia. Primary Breast Cancer: risk factors, diagnosis and management. En: Nursing Standar Career and Technical Education. Vol 20, No. 40 (Jun 11- Jun17, 2008) Pag 47. Disponible en: database Pro Quest. [consultado agosto 26 de 2008]
- Dictionariy of Heath [en línea]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- Edwards AGK, Hailey S, Maxwell M . Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastático (Cochrane Review). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. Disponible en: database Cochrane <http://www.update-software.com/abstractsEs/AB004253-ES.htm> [consultado agosto 24 de 2008]
- Emory University. Historia del Cáncer. Cronograma del Cáncer. Disponible en: <http://translate.google.com.co/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.cancerquest.org/&sa=X&oi=translate&resnum=1&ct=result&prev=/search%3Fq%3Dcancerquest.org%26hl%3Des%26sa%3DX%26pwst%3D1> [consultado 27 agosto de 2008]
- Etiquetas Diagnosticas de NANDA según patrones funcionales de salud (M.Gordon). Actualización en Enfermería. [articulo de internet] <http://www.es-emoicon.com/enfermeria-actual/index.htm>

- FONT, Antoni. Cáncer y Calidad de Vida. En: Anuario de Psicología. No. 61 (1994) Pág. 41-50. Disponible en: database OVID <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61119/88853> [consultado 11 septiembre de 2008]<sup>1</sup> LEDON Loraine,
- GALLOWAY S,.GRAYDON J. HARRISON D. Evans-BOYDEN B. Palmer-Wickham S. BURLEIN-Hall S. Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: development and initial testing of a tool. En: Journal of Advanced Nursing. Vol. 25, No.11 (1997) Pag: 75-83. [consultado agosto 24 de 2008]
- Glosario de términos estadísticos. [Artículo de internet]. Disponible en: <http://www.uca.edu.ni/direcciones/pea/Doc1.htm> [ Consultado abril 27 de 2009]
- HAIR, Joseph. ANDERSON, Rolph. TATHAM; Ronald. BLACK, William. 5ª Edición. Madrid, España. Editorial Pearson Educación 1999. Pag. 799
- HALL, Ingrid. MOORMAN, Patricia. MILLIKAN, Robert. NEWMAN, Beth. Risk Factors for Fatal Breast Cancer in African-American Women and White Women in a Large US Prospective Cohort. En: American Journal of Epidemiology. Vol 161, no.1 (October 2005) Pag: 40 - 51. Disponible en: database OVID <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/161/1/40> . [consultado 27 agosto de 2008]
- HEATHER S. Jim. RICHARDSON, Susan. GOLDEN-KREUTS, Deanna. ANDERSEN, Barbara.L Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis

Predict Meaning in Life for Survivors. En: The Ohio State University Health Psychol. Vol.25,no. 6 (2006);p.753–761.

- HEREDIA, Daniel. PIEMONTESE, Sebastián. BURLAN, Luís. Adaptación de la escala de afrontamiento ante la ansiedad y la incertidumbre. En: Pre - Exam (COPEAU). Avaliação Psicológica. Vol 7, no. 1 (2008); p.1-91. Disponible en: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712008000100003](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100003)
- HERNANDEZ, Gustavo, HERRAN Santiago, CANTOR Luis F. Análisis de las tendencias de mortalidad por cáncer de mama en Colombia y Bogotá, 1981-2000. En: Revista Colombiana Cancerología. Vol 11, No. 1 (2007).Pág.: 32-39. Disponible en: [http://www.incancerologia.gov.co/documentos/1\\_22\\_2008\\_2\\_04\\_06\\_PM\\_rc\\_cv11n1a05.pdf](http://www.incancerologia.gov.co/documentos/1_22_2008_2_04_06_PM_rc_cv11n1a05.pdf) . [consultado 10 septiembre de 2008]
- HOYBRÅTEN, Hanne. ASBJORG, Stray-Pedersen. FROLAND, Stig S. Coping, quality of life, and hope in adults with primary antibody Deficiencies. En: University Hospital Oslo, Norway. Department of Special Needs Education, University of Oslo, Norway, Department of Medical Genetics, Clinical Immunology. Disponible en: Pubmed

- HRISTENSEN, Maj . KESSING, Lars Vedel. Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the Literature. En: Department of Psychiatry. University Hospital of Copenhagen. (2005). [Pub Med Central]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- Instituto Nacional de Cáncer. Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de seno. Disponible en: <http://www.cancer.gov>
- INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER. Lo que Usted Necesita Saber sobre el Cáncer de Seno. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/seno/page4> . [Consultado 7de Febrero de 2009]
- KERSHAW , Trace. NORTHOUSE Laurel. KRITPRACHA Charuwan. SCHAFENACKER Ann. MOOD Darlene. Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. En: Psychology and Health Vol. 19, No. 2,( April 2004.) Pag: 139–155. Disponible en: database OVID. [Consultado agosto 28 de 2008]
- KRZEMIEN, Daisy. URQUIJO, Sebastián. Estrategias de Afrontamiento.En: Centro de Investigación en Procesos Básicos, Metodología y Educación. Pag 1-3. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3001.pdf>
- LAGERLUND, Magdalena. BELLOCCO, Rino. KARLSSON, Per. TEJLER, Goran. LAMBE, Mats. Socio-economic factors and breast cancer survival a population based cohort study (Sweden). En: Cáncer Causes & Control. Vol 16, No. 4( May 2005) Pág.: 419-430. Disponible en: database OVID

<http://www.springerlink.com/content/qx12n67v221120w3/fulltext.pdf?page=1>

[consultado 28 agosto 2008]

- LANDMARK, B., STRANDMARK, M. Breast cancer and experiences of social support: In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 16, No. 3 (September 2002)Pag: 216-223. Disponible en: database OVID. [consultado 15 septiembre de 2008]
- LEDESMA, Rubén . IBAÑEZ, Gabriel. VALERO, Pedro. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF (Jul./Dic) 2002*, Vol. 7, No. 2, Pág.: 143-152. Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v7n2/v7n2a03.pdf> [consultado 28 de Marzo de 2009]
- LOCKHART K, DOSSER I, CRUICKSHANK S, KENNEDY C. Métodos de comunicación del diagnóstico primario de cáncer de mama a las pacientes En: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. disponible en: database Cochrane <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab006011.html> [consultado agosto 24 de 2008]
- LONDOÑO, N. PUERTA I. POSADA S. ARANGO D. AGUIRRE DI. Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una Muestra Colombiana 2006; 5 (2) Pág 327-349 [consultado 25 de agosto de 2008]
- LOSTUMBO L. CARBINE N. WALLACE J. EZZO J. Mastectomía profiláctica para la prevención del cáncer de mama (Cochrane Review). In:

La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 4, 2007. disponible en: database Cochrane <http://209.211.250.105/reviews/es/ab002748.html> [citado agosto 24 de 2008]

- LOZANO, Diana. Principios de Epidemiología. Centro Editorial Javeriano. Pág. 29
- LUQUIS, Raffy.VILLANUEVA, Irma. Knowledge, attitudes and perceptions About breast cancer and breast cancer Screening among Hispanic women residing in South central Pennsylvania. En: Journal of Community Health, Vol. 31, No. 1,(February 2006) Pag: 25-42. disponible en: database OVID <http://www.springerlink.com/content/p16776175386nt26/fulltext.pdf?page=1> [consultado 27 agosto de 2008]
- MENES, Tehillah, OZAO Junco, UNSUP Kim. Breast Cancer and Ethnicity: Strong Association between Reproductive Risk Factors and Estrogen Receptor Status in Asian Patients A Retrospective Study. En: Breast Journal. Vol 13, No. 4 (July/August 2007 )Pag: 352-358. Disponible en: database OVID <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118544430/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> [consultado 27 agosto de 2008]
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Situación de Salud en Colombia Indicadores Básicos 2000 - 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3> [consultado 10 septiembre de 2008]

- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Situación de salud en Colombia, Indicadores básicos, 2007. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3> [consultado 27 de abril de 2007]
- National Cancer Institute. Contents of the Surveillance Epidemiology and End Results Cancer Statistics Review 1975- 2005. Disponible en: [http://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2005/sections.html](http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005/sections.html). [Consultado 22 de agosto de 2008]
- [National Library of Medicine](http://www.nlm.nih.gov) and the [National Institutes of Health](http://www.nih.gov). Care Reform Terms 1996. En línea [Mesh]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- National Cancer Institute. ¿Qué es el cáncer?. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es> [consultado 27 agosto de 2008]
- NORTHOUSE, Laurel, MOOD, Darlene, KERSHAW, Trace, SCHAFENACKER, Ann, MELLON, Suzanne, WALKER, Julie, GALVIN, Elizabeth, DECKER, Veronica. Quality of Life of Women With Recurrent Breast Cancer and Their Family Members. En: Journal of Clinical Oncology. Vol. 20, no. 19 (October 1, 2002) Pag: 4050-4064. Disponible en: database OVID. [consultado agosto 28 de 2008]
- Oficina de Salud Mundial de las Minorías (OMH). Health Topics. Cáncer. Disponible en: <http://www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=20> [consultado 10 abril de 2008]

- Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio..Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/> [consultado septiembre 15 de 2008]
- Organización mundial de la salud (OMS). Cáncer notas descriptivas. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> [consultado 1 de septiembre de 2008]
- Organización Mundial de la Salud. Cáncer Datos y Cifras. nota descriptiva No. 297 julio de 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html> [consultado 1 septiembre de 2008]
- PALACIO, Luz. ESCORCIA, Isabel. El Ser Humano como una Totalidad. En: Salud Uninorte. Vol 17(2003)Pag:3-8. Disponible en: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/17/1\\_El\\_ser\\_humano.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/17/1_El_ser_humano.pdf) [consultado marzo 8 de 2008]
- PARDO, Antonio. RUIZ. Miguel. Análisis de datos con SPSS 13 Base. España. Editorial Mc Graw Hill.2005.
- PARKIN, Maxwell. Use of Statistics to Assess the Global Burden of Breast Cancer. En: Breast Journal. Vol. 12 (Ene- feb. 2006 ) Pág.: 70-80 . disponible en: database OVID [http://fhcrc.com/science/phs/bhqi/guidelines/2005/bj\\_selected\\_topics.pdf](http://fhcrc.com/science/phs/bhqi/guidelines/2005/bj_selected_topics.pdf) [Consultado 10 abril de 2008]

- PERALTA, Octavio. Cáncer de mama en Chile: datos epidemiológicos. En: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol.67, No.6 (2002) p.439-445. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000600002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600002&lng=es&nrm=iso) [Consultado 23 Agosto 2008].
- PEREZ. Jose Antonio, MOSCOSO.Salvador, MORENO. Rafael. Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez.Rev Pshicotema; Vol. 12, Supl. nº 2, (2000). p. 442-446. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/601.pdf> [consultado 28 marzo 2009]
- PITA, S. Uso de la estadística y la epidemiología en atención primaria. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Universidad de Alicante. Madrid, Jarpyo Editores, S.A. 1997;115-161. Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/10descriptiva/10descriptiva.asp> Consultado [22 de abril de 2009]
- QUINTIN, Martín. Tratamiento estadístico de datos con SPSS prácticas resueltas y comentadas. International Thomson Editores 2008 Madrid, España. Pág. 596
- Real academia española. Diccionario de la lengua española, 22 ediciones. Disponible en: <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual?LEMA=cultura> [consultado 11 de septiembre de 2008]
- REES, Charlotte. BATH, Peter. The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a

review of the literature published between 1988 and 1998. En: Journal of Advanced Nursing. Vol. 31, No. 4. Pág: 833-841, April 2000.disponible: database OVID. [citado agosto 28 de 2008]

- ROE, David. YANOS, Philip T. LYSAKER, Paul H. Coping With Psychosis: An Integrative Developmental Framework. Department of Community Mental Health. En: Faculty of Social Welfare and Health Studies, University of Haifa, Israel, Department of Psychology, John Jay College of Criminal Justice, City University of New York, New York. Disponible en: PubMed
- SANCHEZ, P. afrontamiento del estrés. confederación de organizaciones de psicopedagogía y orientación de España [artículo de internet]: <http://www.copoe.org/node/285>
- SANCHEZ,P.R. GOMEZ, R.C. Conceptos básicos sobre validación de escalas. En: Revista Colombiana Psiquiatría, Vol. 27 No. 2, 1998. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642004000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642004000300006&script=sci_arttext). [consultado abril 27 de 2009]
- Sánchez R., Gómez C. Conceptos Básicos sobre Validación de Escalas. Rev. Coloma. Psiquiat.; 1998;27(2):121-130
- SARFATI, Diana.BLAKELY,Tony . SHAW, Caroline.CORMACK, Donna. ATKINSON, June. Patterns of Disparity: Ethnic and Socio-economic Trends in Breast Cancer Mortality in New Zealand. En: Cancer Causes & Control.Vol 17, No. 5(June 2006)Pag. 671-678,. Disponible en: database OVID <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17767387> [ consultado 28 agosto 2008]

- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Mano al Pecho” porque el primer paso para detectar en cáncer de seno esta en tus manos. Disponible en: [http://74.125.47.132/search?q=cache:mYnIL\\_WU-hUJ:www.bogota.gov.co/portel/libreria/doc/Pecho.doc+cifras+cancer+de+seno+%2B+bogota&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=co](http://74.125.47.132/search?q=cache:mYnIL_WU-hUJ:www.bogota.gov.co/portel/libreria/doc/Pecho.doc+cifras+cancer+de+seno+%2B+bogota&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=co) [ consultado 7 de Febrero de 2009]
- SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL. Políticas Publicas. Disponible en: <http://www.integracionsocial.gov.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=516> [consultado 25 Febrero de 2009]
- SINGLETARY, Eva. Rating the Risk actors for Breast Cancer. En: Annals of Surgery. Vol 237, No. 4 (April 2003) pag: 474 – 482. Disponible en: database OVID <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1514477> [consultado 27 agosto de 2008]
- Social Support and doping in Turkish patients with cancer. En: Affiliation school of nursing ataturk University Erzurum Turkey. Disponible: Scien Direct. [Consultado mayo 11 de 2008]
- Sociedad Americana de Cáncer. ¿Qué es el cáncer? Disponible en: <http://www.cancer.org>.
- TAMAYO.Monica,PIÑA.Julio. Construcción y Validación de un Instrumento para la Evaluación de la Calidad de Vida en Personas con VIH. Ter Psicol [online]. 2008, vol. 26, no. 1, pp. 27-37.

- TORRES, Alexandra. SANHUEZA. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. En: Ciencia enfermería. vol.12, no.1 (2006); p.9-17.Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532006000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532006000100002&script=sci_arttext) [consultado 11septiembre de 2008]
- University of Virginia Health Systems. La Salud del seno. Factores de Riesgo para Cáncer de Seno. Disponible en: [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_breast\\_sp/risks.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_breast_sp/risks.cfm). [consultado 24 de Febrero de 2009]
- University of Virginia Health System. Síndrome hereditario de cáncer del seno y de ovario (BRCA1 / BRCA2). La salud del Seno. Disponible en: [http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult\\_breast\\_sp/herbrov.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_breast_sp/herbrov.cfm). [consultado 5 de mayo de 2008]
- Universidad Interamericana de Puerto Rico. Conceptos básicos de investigación y estadística. Disponible en: [http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/CONCEPTOS\\_BASICOS.pdf](http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/CONCEPTOS_BASICOS.pdf) [Consultado `22 de abril de 2009]
- Universidad de la República. Estadística: Nociones generales. Uruguay. Disponible en <http://www.liccom.edu.uy/bedelia/cursos/metodos/materiales/estadistica/estadistica.html> Consultado [22 de abril de 2009]
- Universidad Andres Bello. Medición – Requisitos – Procedimiento para construir un instrumento de medición. Resumen Cap. 8 del libro

Introducción a la Investigación Pedagógica de Ary, Jacobs y Razavieh y cap 9. del libro Metodología de la investigación de Hernández S. y otros. Facultad De Educación. Escuela de Educación. Disponible en: <http://mey.cl/apuntes/medicionunab.pdf> [Consultado 14 de abril de 2009]

- Universidad de Málaga. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos. grupo de investigación eumednet (SEJ-309) de la Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2008b/402/Validez%20y%20confiabilidad%20de%20los%20Instrumentos%20de%20Recoleccion%20de%20Datos.htm> [Consultado 14 de abril de 2009]
- VARELA, Berta. DELGADO, Lucia. VIERA, Mercedes et al. Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. En: Ciencia y Enfermería. Vol.13, No.2 (Dic 2007)Pag:33-40. Disponible en: database SCIELO <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n2/art05.pdf> [consultado 25 de agosto de 2008]
- VIEIRA, Carolina. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. En: Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol: 41, no.2(2007) Pag: 19- 30 2007.Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf> [consultado abril 10 de 2008]
- VLINAS, F. Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática auto informada en un grupo de estudiantes universitarios 2004 (1). Disponible en <http://www.copoe.org/node/285>
- WISEMAN, Richard. Breast Cancer Hypothesis: a single cause for the majority of cases. En: Journal of Epidemiology & Community Health. Vol 54,

No. 11 (November 1, 2000) Pag: 851-858. Disponible en: database OVID <http://jech.bmj.com/cgi/reprint/54/11/851> . [consultado agosto 26 de 2008]

- World Health Organization (WHO). Programmes and projects. Cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/en/> [consultado 10 de abril de 2008]
- World Health Organization, the impact of cancer in your country. Japan. Disponible en: <http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=119&iso=JPN&generateReport=Generate+Report> [Consultado 22 de agosto de 2008]
- World Health Organization. [Programmes and Projects, Chronic Diseases and Health Promotion](#). Disponible en: <http://www.who.int/chp/en/> [consultado 25 Febrero 2009]
- 90. WONGHONGKUL, Tipaporn. DECHAPROM., Nitaya. PHUMIVICHUVATE., Laddawan. LOSAWATKUL, Samaporn. Uncertainty Appraisal Doping and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. En: Cancer Nursing. Vol. 29, no.3 (200); p. 74 – 75. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2168592>

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

**La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarlo a decidir si usted desea participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a las personas encargadas del estudio.**

#### **1. INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIO**

**Titulo de la investigación:** estudio piloto de validación del instrumento Brief Cope Inventory en su versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno.

#### **Personas a cargo de la investigación:**

Este estudio es dirigido y conducido en La Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana por las estudiantes Laura Rodríguez García, Gina Paola Herrera Olaya y la docente de la Facultad de Enfermería Gloria Judith Sepúlveda Carrillo. En caso de cualquier duda Usted puede ponerse en contacto personal con la estudiante (s) y / o la docente mencionadas. Así como también en el Departamento de Enfermería Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana al teléfono 3208320 Ext. 2657

**Donde se va a desarrollar la investigación:**

El estudio se realizaría en el centro Oncológico del Hospital San Ignacio, en el presente año.

**Información General de la Investigación:**

El propósito de este estudio de investigación es dar a conocer cuales son los tipos de afrontamiento (activo o pasivo), mas utilizados por las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno.

**Objetivo del Estudio:**

Establecer los indicadores de validez y confiabilidad del cuestionario Brief Cope Inventory en su versión en español para medir estrategias de afrontamiento frente al diagnostico de cáncer de seno en un grupo de mujeres de una unidad oncológica de Bogotá a nivel de estudio piloto.

**Plan de Estudio**

La investigación se desarrollara en 1 fase, donde se entrevistarán de manera individual a las pacientes diagnosticadas con cáncer de seno, en donde se le pedirá que diligencien un formato que contiene preguntas que permitirán caracterizar socio demográficamente a las pacientes; luego se proseguirá con las preguntas propuestas por el instrumento Brief Copy Inventory. La entrevista se realizara dentro de la institución de IV nivel y el tiempo estimado para responder las preguntas será de 15 a 20 minutos.

**Beneficios de participar en esta investigación**

Al participar en esta investigación las pacientes tendrá la oportunidad de identificar las estrategias de afrontamiento que le permiten afrontar la enfermedad de manera

mas natural, dependiendo del tipo de estrategias usted podrá saber si su afrontamiento es activo o pasivo y de esta manera podrá seguir haciendo uso de las estrategias durante el desarrollo de la enfermedad.

### **Riesgos de participar en este estudio de investigación**

No se contempla ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación.

### **Confidencialidad y Privacidad de los archivos**

La privacidad de la paciente así como los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Solo el personal autorizado como las investigadoras asesora y jurados del estudio de investigación puede revisar los archivos resultantes de este proyecto.

Los resultados de este estudio pueden ser publicados. Sin embargo, la información que usted nos proporcione será combinada con la de otros participantes. Las publicaciones no incluirán su nombre ni ninguna otra información que permite identificarla personalmente.

### **Participación voluntaria**

La decisión de participar en esta investigación es voluntaria. Usted es libre de participar en esta investigación así como de retirarse en cualquier momento, sin que esto implique ningún castigo, ni tampoco la perdida de los beneficios ya obtenidos.

## **Preguntas y Contactos**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, pueden comunicarse con cualquiera de las investigadoras Laura Rodríguez, Gina Herrera o con la asesora de estudio Gloria Sepúlveda

## **Declaración de los investigadores**

De manera cuidadosa se ha explicado a las pacientes diagnosticadas con cáncer de seno del protocolo arriba enunciado. Certificamos que, basado en lo mejor nuestro conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

---

**FIRMA DEL INVESTIGADOR (A)**

---

**FIRMA DEL PARTICIPANTE**

---

**FECHA**

**ANEXO 2**  
**INSTRUMENTO ORIGINAL EN INGLES**

**Brief COPE Inventory**

These items deal with ways you've been coping with the stress in your life since you found out you were going to have to have this operation. There are many ways to try to deal with problems. These items ask what you've been doing to cope with this one. Obviously, different people deal with things in different ways, but I'm interested in how you've tried to deal with it. Each item says something about a particular way of coping. I want to know to what extent you've been doing what the item says. How much or how frequently. Don't answer on the basis of whether it seems to be working or not—just whether or not you're doing it. Use these response choices. Try to rate each item separately in your mind from the others. Make your answers as true for you as you can.

**1** = I haven't been doing this at all.

**2** = I've been doing this a little bit.

**3** = I've been doing this a medium amount.

**4** = I've been doing this a lot.

1. I've been turning to work or other activities to take my mind off things	1	2	3	4
2. I've been concentrating my efforts on doing something about the situation I'm in.	1	2	3	4
3. I've been saying to myself "this isn't real".	1	2	3	4
4. I've been using alcohol or other drugs to make myself feel better	1	2	3	4
5. I've been getting emotional support from others.	1	2	3	4
6. I've been giving up trying to deal with it.	1	2	3	4
7. I've been taking action to try to make the situation better.	1	2	3	4
8. I've been refusing to believe that it has happened.	1	2	3	4
9. I've been saying things to let my unpleasant feelings escape.	1	2	3	4
10. I've been getting help and advice from other people.	1	2	3	4
11. I've been using alcohol or other drugs to help me get through it.	1	2	3	4
12. I've been trying to see it in a different light, to make it seem more positive.	1	2	3	4
13. I've been criticizing myself.	1	2	3	4
14. I've been trying to come up with a strategy about what to do	1	2	3	4
15. I've been getting comfort and understanding from someone.	1	2	3	4
16. I've been giving up the attempt to cope.	1	2	3	4
17. I've been looking for something good in what is happening.	1	2	3	4
18. I've been making jokes about it.	1	2	3	4
19. I've been doing something to think about it less, such as going to movies, watching TV, reading, daydreaming, sleeping, or shopping.	1	2	3	4
20. I've been accepting the reality of the fact that it has happened.	1	2	3	4

21. I've been expressing my negative feelings.	1	2	3	4
22. I've been trying to find comfort in my religion or spiritual beliefs.	1	2	3	4
23. I've been trying to get advice or help from other people about what to do.	1	2	3	4
24. I've been learning to live with it.	1	2	3	4
25. I've been thinking hard about what steps to take.	1	2	3	4
26. I've been blaming myself for things that happened.	1	2	3	4
27. I've been praying or meditating	1	2	3	4
28. I've been making fun of the situation.	1	2	3	4

### ANEXO 3

## CUESTIONARIO BRIEF COPE INVENTORY TRADUCIDO

### PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

### FACULTAD DE ENFERMERIA

### GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUIDADO AL PACIENTE ONCOLOGICO

---

Por favor, conteste las siguientes preguntas marcando con una **X** el casillero que le parezca mejor. Le rogamos que sea lo más sincera que pueda y no deje ninguna pregunta sin contestar. Los datos son confidenciales y no serán divulgados. Gracias.

#### Datos Socio – Demográficos

#### 1. EDAD

#### 2. SEGURO DE SALUD

#### 3. ESCOLARIDAD

#### 4. ESTADO CIVIL

18 - 27	
28 - 37	
38 - 47	
48 - 57	
58 - 67	
Mayor de 67	

Contributivo	
Subsidiado	
Pensionado	

Primaria	
Secundaria	
Técnico	
Universidad	
Otros	
Ninguno	

Soltera	
Casada	
Divorciada	
Viuda	
Union Libre	

**5. OCUPACION**

Estudiante	
Empleada	
Desempleada	
Trabajador Ind	
Jubilado	

**6. ESTRATO SOCIO - ECONOMICO**

1	
2	
3	
4	
5	
6	
Otro	

**7. Personas con quien vive**  

---

Las siguientes son afirmaciones sobre lo que la gente generalmente hace o piensa en situaciones de crisis. Lea las afirmaciones y marque con una "X" el casillero que corresponda a su propia forma de enfrentar sus dificultades. Por favor, sea lo mas sincera posible y revise que no se haya salteado ninguna afirmación.

## CUESTIONARIO BRIEF COPE INVENTORY

**1= Nunca    2 = A veces    3 = Casi siempre    4 = Siempre**

AFIRMACIONES	CALIFICACIÓN			
1. Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me esta pasando.	1	2	3	4
2. Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación	1	2	3	4
3. Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mi	1	2	3	4
4. Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor	1	2	3	4
5. Busco apoyo emocional y afecto de alguien	1	2	3	4
6. Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo.	1	2	3	4
7. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación	1	2	3	4
8. Me niego a creer lo que me esta pasando	1	2	3	4
9. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación	1	2	3	4
10. Busco ayuda y consejo de otras personas	1	2	3	4
11. Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor	1	2	3	4
12. Trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles	1	2	3	4
13. Me critico a mi misma ahora mas, que antes del diagnostico.	1	2	3	4
14. Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación.	1	2	3	4
15. Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona	1	2	3	4
16. Admito que no puedo con la situación de cáncer de seno y dejo de enfrentarla	1	2	3	4
17. Busco algo bueno o positivo de la situación que esto viviendo	1	2	3	4
18. Hago bromas sobre lo que me pasa	1	2	3	4
19. Hago algo para pensar menos en mis situación	1	2	3	4
20. Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir	1	2	3	4

<b>21.</b> Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>22.</b> Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>23.</b> busco ayuda de otras personas para saber mas de la situación y recibir apoyo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>24.</b> Aprendo a vivir con el diagnostico de cáncer de seno y sus tratamientos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>25.</b> Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación de diagnostico de cáncer de seno	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>26.</b> Me culpo a mi misma por lo que me pasa	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>27.</b> Rezo, oro o medito	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>28.</b> Tomo la situación difícil con humor	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

\_\_\_\_\_

**FIRMA DE INVESTIGADOR**

\_\_\_\_\_

**FECHA**