Universidad Central “Martha Abreu” de Las Villas

Facultad de Psicología

Tesis en opción al Título de Licenciada en Psicología

Título: *Exploración de las propiedades psicométricas del (MAC) en una muestra de mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad.*

Autora: Aliuska Aguilar Arguelles

Tutora: MSc. Vanessa E. Montiel Castillo

Co-tutora: Dra. Vivian M. Guerra Morales

Asesor estadístico: Dr. Amhed Abel Leiva

Santa Clara

2015

Exergo

"Conozca todas las teorías.
Domine todas las técnicas.
Pero al tocar un alma humana,
sea apenas, otra alma humana"
Carl G. Jung

Dedicatoria

A mi tía Idelina, por ser ese rayito de luz que siempre llevaré conmigo, porque fue para mí como mi segunda madre y aunque ya no esté en este mundo su recuerdo vive en mí.

A mis padres, por brindarme una buena educación, por hacer suyas mis penas y alegrías, por haber hecho de mí una persona de bien y ser un gran ejemplo.

A mi hermano, que me enseñó que nada es imposible si te esfuerzas para alcanzarlo.

A mi novio, por estar siempre a mi lado dándome todo su amor y su apoyo, por confiar en mí y por hacerme mejor persona.

Agradecimientos

A todas las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama que fueron participes y aportaron su granito de arena a esta investigación.

A mi familia, por darme la fuerza, la confianza y el apoyo necesario para cumplir un sueño.

A mi novio, por estar siempre dispuesto a ayudar y ser símbolo de sacrificio y entrega cuando se intenta alcanzar una meta.

A mi profe de Inglés que siempre me ayudó, compartiendo sus conocimientos y su apoyo.

A Laura, compañera y amiga de muchas travesías dentro y fuera de la UCLV que, a veces, con su mal genio y hablar agitado me hacía reír aun cuando mi estado de ánimo no lo permitía

A Geily, por ser mi amiga y siempre estar ahí para ayudarme, por ser la hermana que no tuve.

A Leya, Rosi, Ani y Leidy, las chicas del cuarto más exclusivo de la UCLV, por las risas, por el llanto, por los consejos y sobre todo por brindarme su amistad.

A Dani, el caballero de muchas damas con quien compartí buenos momentos, y por contagiarme siempre con su alegría.

A mis amistades, (las viejas y las que se incorporaron después) por los buenos momentos que compartimos juntos.

A mis vecinos, por ser muchas veces conejillos de indias para llevar a cabo mis investigaciones y brindarme siempre su apoyo.

A todos los trabajadores del Joven Club de Mayajigua que me ayudaron y siempre se preocuparon por mí.

A las Oncólogas de la consulta de mama y al departamento de Psicología del Hospital Docente "Celestino Hernández Robau".

A mis profes, por brindarme la educación y formación necesaria para ser una buena psicóloga.

A todos aquellos que de una forma u otra aportaron su granito de arena para contribuir con mi formación.

A todos… Muchas Gracias.

Resumen

RESUMEN

El estudio estuvo dirigido a la descripción de las propiedades psicométricas que evidencia el cuestionario MAC para mujeres con cáncer de mama pertenecientes al "Hospital Docente Celestino Hernández Robau" de la provincia Villa Clara en el periodo comprendido entre enero y junio de 2015. La investigación se sustenta en el paradigma cuantitativo de la investigación, realizando un estudio descriptivo con un diseño no experimental transversal y un muestreo no probabilístico intencional. El análisis arrojó como resultados que el nombre, las instrucciones del instrumento así como los ítems 5, 10, 13, 14,15, 20 y 40 constituyen los principales elementos modificados. El cuestionario cuenta con un índice moderado de consistencia interna (α= 0.57) y su estructura factorial se agrupa en 4 componentes fundamentales: Espíritu de Lucha, Desesperanza/Desamparo, Preocupación Ansiosa y Fatalismo. El instrumento evidencia relaciones significativas al nivel de 0.01 y 0.05 con la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, lo que demuestra su fiabilidad y validez.

Palabras Claves: Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer, adaptación, cáncer de mama validez, confiabilidad.

Abstract

ABSTRACT

The study was aimed at the description of the psychometrics propriety of the MAC questionnaire for women with breast cancer belonging to the "Celestino Hernandez Robau Educational Hospital" of Villa Clara province in the period comprised from January to June 2015.The research is sustained by a quantitative paradigm using an descriptive study design with a non-experimental transversal and non-probabilistic intentional sampling. The analysis showed as results that the name, the instruction and the items 5, 10, 13, 14, 15, 20 and 40 was the principal elements modified in the instrument. The questionnaire presents moderate internal consistency (α= 0.57) and its factorial structure is grouped in four fundamental components: Fighting Spirit, Hopelessness/Shelterless, Anxious Preoccupation and Fatalism establishing its reliability and validity.

Key Words: Facing Cancer Questionnaire, adaptation, breast cancer, validity, reliability.

Índice

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA 8
1 Conceptos fundamentales de la psicometría 8
1.1 Origen y evolución de los test psicológicos 8
1.2 Definición y tipología de los test psicológicos 9
1.3 Estudio de las propiedades psicométricas de los test Psicológicos 13
2 Generalidades sobre las neoplasias 18
2.1 Cáncer de mama. Generalidades 20
2.2 Factores de riesgo 24
2.3 Cuadro Clínico 25
2.4 Afrontamiento y Cáncer 26
2.5 Descripción del Cuestionario MAC (Mental Adjustment to Cancer) 32
CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO 39
2 Diseño metodológico de la investigación 39
2.1 Paradigma de investigación 39
2.2 Diseño de investigación 40
2.3 Tipo de estudio 40
2.4 Elementos importantes en el estudio de las propiedades psicométricas del MAC 40
2.5 Operacionalización de las variables 41
2.6 Descripción y selección de la muestra 42
2.7 Método de juicio de especialistas 42
2.8 Descripción de las técnicas empleadas 44
2.9 Procedimiento para la aplicación de las técnicas 46
2.10 Procesamiento de la información 46
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 49
3 Análisis y Discusión de los Resultados 49
3.1 Resultados del pilotaje 49
3.2 Análisis de los datos aportados por el Cuestionario de Juicio de Especialistas 50
3.3 Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer 53
3.4 Análisis Integral 56
CONCLUSIONES 52
RECOMENDACIONES 54
ANEXOS 57

Introducción

INTRODUCCIÓN

Vertiginosamente un número importante y creciente de personas sufren patologías crónicas a nivel mundial, sin embargo, quienes las padecen reciben atención especializada en la que se gestiona adecuadamente la mejora en su calidad de vida. En este sentido, el cáncer es una de las mayores preocupaciones en materia de salud pública por ser una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad en el mundo, además de los problemas que genera en el orden psicológico, familiar, laboral y económico.

El cáncer no es una enfermedad única, bajo este diagnóstico se agrupan no menos de 200 tipos de enfermedades con localización, etiología, evolución clínica y pronósticos diferentes, pero con fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y provocando metástasis (Hernández and Grau 2005).

Causa actualmente la décima parte de la mortalidad total y afecta a más de la mitad de los casos en las tres cuartas partes de la población mundial que vive en países en vías de desarrollo y, además, cerca de la mitad de todas las muertes por esta enfermedad se deben a tres tipos de cáncer: de pulmón, de colon y de mama. El análisis de sus tendencias actuales muestra que, a menos que se tomen medidas de control rigurosas, este problema de salud se convertirá en la causa principal de defunción en muchos países (Hernández and Grau 2005).

En Cuba , debido al aumento de la expectativa de vida y el alto nivel de salud alcanzado por la población, en las últimas cuatro décadas, el cuadro de morbi-mortalidad se comporta igual que el de los países desarrollados (Knapp 2007).

Su impacto no está dado solamente por las estadísticas y los estudios diagnósticos realizados. La sospecha de padecer un cáncer constituye una alarma, debido a las amenazas e incertidumbres que origina el diagnóstico, el tratamiento y la evolución de esta enfermedad. En el período de 1995 a 2009 en Cuba, se reportaron un amplio número de nuevos casos, resultando alarmante la cifra referida al cáncer de mama, evidenciándose un total de 18 757 nuevos diagnósticos de esta enfermedad (Allemani, Weir et al. 2014). En la

provincia de Villa Clara, según los datos ofrecidos por el departamento de estadísticas del Hospital Docente Celestino Hernández Robau, en el año 2014 se reportaron un total de 312 nuevos casos de cáncer de mama, la mayoría de ellos no metastásicos.

Aun cuando se evidencian altas cifras de prevalencia de esta enfermedad en la población, la tasa de supervivencia en el periodo de 1995-2009, había aumentado a 5 años después de haber recibido cualquier modalidad de tratamiento, lo que representa una tasa neta de supervivencia del 60% de personas en etapa de sobrevida respecto a los nuevos casos identificados (Allemani, Weir et al. 2014).

Cada nuevo diagnóstico genera una serie de reacciones psicológicas, fruto de las dificultades objetivas que tienen que ver con la enfermedad (los síntomas, los tratamientos, las pruebas médicas, etc.), de sus vivencias subjetivas ante la misma (que tienen que ver con el significado que tiene la situación de tener un cáncer, que influye a su vez en su comportamiento e interacción con los demás), sus experiencias previas con situaciones similares, la reacción de otras personas, etc.

Esta enfermedad no solo afecta a mujeres de edad más avanzada, sino también a jóvenes, muchas de ellas sin familias conformadas y/o en una etapa de preparación profesional. Por tanto, enfrentarse a la enfermedad constituye todo un reto; no solo para quien lo padece sino también para su entorno social, familiar y laboral lo cual implica una dimensión psicosocial vital a considerar para apoyar al paciente de una forma adecuada.

Las personas interpretan la situación como un peligro para diferentes aspectos de su existencia: su vida, su integridad corporal, su capacidad. También se dan varias circunstancias que resultan difíciles para los pacientes como la posibilidad de sufrir dolor físico y la necesidad de enfrentarse a un amplio espectro de sentimientos. Entre ellos, modificar roles socio-profesionales, la posibilidad de separación de la familia, las hospitalizaciones y pruebas diagnósticas, los tratamientos, la necesidad de comprender una nueva terminología médica, tomar decisiones en momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, perder intimidad física y psicológica etc. (Rodríguez 2013)).

Debido a los efectos directos y prolongados del cáncer y su tratamiento, la mayoría de las pacientes que se encuentran en la fase de supervivencia (considerada esta como el proceso

de convivencia con la enfermedad, comienza al recibir el diagnóstico de padecer un cáncer hasta el final de la vida del paciente. Se incluye a aquellos pacientes que continúan recibiendo tratamiento con el objetivo de reducir el riesgo de recurrencia de la enfermedad una vez que esta ha entrado en remisión) no logran recobrar su estado de bienestar anterior a la enfermedad, suele evidenciarse en algunos casos pérdida o deterioro de la autoconfianza además de persistir la preocupación ante una posible recaída (Pino 2014). Teniendo en cuenta estos elementos no se puede plantear que aquellas mujeres que se encuentran en la fase de supervivencia no requieren atención pues, las reacciones psicológicas que se presentan ante la enfermedad pueden disminuir la calidad de vida de la enferma, e incluso pueden ser desencadenantes de diversos trastornos emocionales como la ansiedad o la depresión, lo que a su vez dificulta la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad aun en esta etapa.

Al considerar estos elementos podemos acotar que los procesos de afrontamiento a eventos estresantes como vivir con una enfermedad crónica como el cáncer, constituyen un aspecto esencial para su futura rehabilitación teniendo en cuenta que, el impacto de esta nueva etapa puede llegar a superar la capacidad de respuesta del individuo, la cual se encuentra estrechamente relacionada con un conjunto de factores que influyen en la utilización de las estrategias para hacer frente a esta enfermedad. Entre los elementos que inciden en este proceso se pueden mencionar las propias características de la enfermedad, los recursos personales con los que cuenta el individuo, los recursos externos y los factores socioculturales los cuales moderan el impacto que esta situación de salud provoca en cada persona.

Cuando se afronta una situación estresante en la vida de un ser humano, las habilidades en el afrontamiento son herramientas esenciales y de vital importancia en el mantenimiento de un adecuado funcionamiento de salud y pueden moderar el impacto negativo de un evento traumático. El afrontamiento, considerado como aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales en el intento de manejar (reducir o tolerar) las situaciones que son valoradas por el individuo como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba los recursos con los que cuenta la persona.

En relación al proceso salud-enfermedad, se evidencia la importancia de las estrategias de afrontamiento, cada una de ellas parecen ser de especial relevancia durante la enfermedad. Lo anterior indica que la efectividad de las estrategias de afrontamiento que se pongan en práctica, permitirá tener un mayor control de la situación, que se revierte en las decisiones concernientes al tratamiento y constantemente buscarán soluciones a los problemas que se presenten en una situación determinada y relacionada con la propia enfermedad. Es por ello que las estrategias de afrontamiento y su evaluación abarcan tales niveles de importancia, puesto que, de su identificación y manejo adecuado por parte del personal de salud se puede contribuir a mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

Cada día se incrementan los estudios acerca de las diferentes formas en que los pacientes afrontan esta enfermedad, específicamente en la fase diagnóstica: (Sebastián, Manos et al. 2007, Victoria and González 2007, Varela, Alonso et al. 2011, Sánchez-Ramírez, Herrerías-Canedo et al. 2012) , siendo menos estudiados los estilos de afrontamiento empleados por las mujeres que se encuentran en la fase de supervivencia: (Pino 2014). Tanto desde el punto de vista investigativo como del asistencial, el énfasis se ha puesto específicamente en las fases de diagnóstico y tratamiento como se explica con anterioridad.

Estos elementos constituyen el principal punto de partida para la elaboración de estrategias terapéuticas más eficaces y eficientes que contribuyan con el aumento del bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas, así como también la utilización de técnicas que posibiliten un acercamiento a estos estilos de afrontamiento empleados ante una enfermedad crónica como el cáncer de mama.

En Cuba, se han realizado un número reducido de investigaciones que aborden esta temática, por lo que el seguimiento psicosocial continúa siendo insuficiente, tanto desde la práctica como desde la academia. Algunas investigaciones muestran que las principales estrategias de afrontamiento empleadas por aquellas mujeres que se encuentran en la etapa de supervivencia están dirigidas hacia el mantenimiento de un activo Espíritu de Lucha y de Fatalismo en mayor proporción mientras que, se evidencia en menor medida la utilización de Preocupación Ansiosa. (Font 2009, Pino 2014).

En la evaluación de las estrategias de afrontamiento se han utilizado diversos instrumentos para identificarlas, entre ellos: "The Ways of Coping Checklist", "The Coping Strategies Inventory", "The Courtauld Emotional Control Scale", "Responses to Stress Questionnaire Cancer Version" etc. Estas escalas fueron diseñadas originalmente como medidas generales de afrontamiento. A nivel empírico resulta posible encontrar instrumentos de este tipo con estructura factorial y taxonomía (González 2007) diferentes de una muestra a otra y, algunos de los cuestionarios de afrontamiento más ampliamente utilizados tienen problemas al nivel psicométrico (Font 2009).

Otro de los test utilizados es el **Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer** (MAC por sus siglas en inglés), éste fue diseñado con el propósito de evaluar respuestas específicas de afrontamiento en cualquier paciente adulto con cáncer, de forma que se pueda identificar el ajuste mental que hace cada paciente de esta situación. El concepto de ajuste se refiere a los procesos psicológicos que se producen con el tiempo y que hacen hincapié en el contexto social del individuo, la experiencia de aprendizaje y la adaptación a los múltiples cambios que han sido provocados por la enfermedad y su tratamiento. Los estilos de afrontamiento ante un diagnóstico de cáncer son relevantes para el proceso de adaptación psicológica al cáncer a largo plazo, por lo que contar con herramientas como esta permite ampliar el sistema de acciones a implementar para potenciar el bienestar en personas cuyos estados emocionales se han visto afectados una vez se ha recibido el diagnóstico de la enfermedad.

Si bien este cuestionario es de gran utilidad no se han realizado estudios donde se exploren la propiedades psicométricas que este posee para la población cubana, así como tampoco se han realizado estudio dirigidos a identificar las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por mujeres con cáncer de mama no metastásico, específicamente en intervalo libre de enfermedad, por lo tanto los resultados obtenidos tras su utilización en diferentes investigaciones presentan sesgos, ya que se han evidenciado dificultades para entender la escala y el vocabulario de la misma, constituyendo esta realidad, la principal fuente de motivación para llevar a cabo esta investigación, así como la necesidad de contar con un instrumento que posibilite identificar los estilos de afrontamiento empleados por las mujeres que padecen esta enfermedad, con el fin de implementar formas óptimas de

tratamiento psicológico. Considerando los elementos anteriores se plantea el siguiente problema científico:

Problema de Investigación:

¿Qué propiedades psicométricas presenta el Mental Adjustment to Cancer (MAC) en una muestra de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad?

Objetivo general:

- ✓ Determinar las propiedades psicométricas que presenta el MAC en una muestra de mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar en un estudio piloto los elementos del cuestionario MAC que deben ser modificados.
- ✓ Evaluar la técnica mediante juicios de especialistas.
- ✓ Evaluar la confiabilidad y la validez del cuestionario.

La presente investigación está centrada en la descripción de las propiedades psicométricas de un instrumento psicológico: el Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC). Este resulta de gran relevancia desde el punto de vista teórico, práctico y metodológico, ya que es de gran utilidad en los diferentes ámbitos de actuación de la psicología y su utilización brinda la posibilidad de acceder a información de carácter científico, siendo muy necesaria para fines investigativos y diagnósticos en el campo de actuación de la Psicología de la Salud, así como también constituye un instrumento para el diagnóstico precoz y la identificación de estrategias de afrontamiento en mujeres que se encuentren en intervalo libre de enfermedad, sobre la que se ha estudiado poco. Estos argumentos sustentan la pertinencia del presente estudio.

Para una mejor comprensión del informe de investigación, se presenta la estructura que este posee:

Capítulo I Fundamentación Teórica: se desarrolla el marco referencial teórico, abordando los conceptos fundamentales de la psicometría, haciendo alusión al origen y evolución de

los test, definición y tipología de los mismos así como los elementos esenciales a considerar para realizar el estudio de las propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación psicológica. Se ofrece una panorámica sobre el cáncer de mama y se realiza una descripción del cuestionario a utilizar.

Capítulo II Metodología: se describe pormenorizadamente el diseño metodológico de la investigación, los criterios para la selección de la muestra, la descripción de los materiales utilizados y el procedimiento puesto en práctica para el cumplimiento del objetivo general.

Capítulo III Análisis de Resultados: se someten a análisis los resultados obtenidos durante la investigación.

Finalmente, se ofrecen las conclusiones y recomendaciones del trabajo

Capítulo 1

Fundamentación Teórica

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1 Conceptos fundamentales de la psicometría

1.1 Origen y evolución de los test psicológicos

La psicología desde sus inicios ha contado con disímiles reportes sobre los intentos por medir determinados fenómenos (habilidades, aptitudes, cualidades físicas, etc.) que hacen alusión al desarrollo de los seres humanos. Estos intentos a veces contradictorios persiguen como fin último hacer predicciones, tomar decisiones y hacer comparaciones, para evaluar las habilidades físicas e intelectuales presentes en el hombre.

Los instrumentos de evaluación psicológica constituyen técnicas que facilitan la recolección de datos referentes a las características psicológicas de las personas que son estudiadas. Diversos son los materiales diseñados con este fin, así como también los objetivos que persiguen, la forma en que se presentan, los materiales utilizados etc. Estos constituyen el soporte de los fundamentos para la exploración y el análisis del comportamiento humano (González 2007).

La conformación de estos instrumentos está sustentada en las diversas teorías psicológicas que intentan explicar el comportamiento del ser humano. Los resultados obtenidos tras la aplicación de estas técnicas se integran al proceso evaluativo y a la toma de decisiones que se realiza sobre la persona que se está estudiando; por tanto, la aplicación de cada uno de ellos constituye una fase importante en el proceso de evaluación psicológica. Su uso ya sea correcto o incorrecto determina la calidad de la información que se ha obtenido y, a su vez, afectan también las conclusiones a las cuales se arriban una vez que se haya finalizado el estudio.

Con la puesta en práctica de estos elementos comienza así a desarrollarse la psicometría, (rama de la psicología que se ocupa de las mediciones mentales), cuyo momento cumbre está asociado con la primera utilización del término *test mental* que fue realizada por McKeen Catell en el año 1890. Este término se refiere a una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta, tratándose de una situación controlada en la que se recogen muestras de conductas producidas por los sujetos en respuesta a estímulos

presentados. Rechaza la introspección como método de estudio y reafirma la necesidad de que las medidas que se obtienen tras la aplicación de un test sean objetivas, por ello plantea el uso de baterías de pruebas para la evaluación psicológica constituyendo un nuevo paso de avance.

Entre los primeros test psicológicos que se implementaron se encuentra la Escala Métrica de la Inteligencia, creada por los investigadores franceses Simon y Binet en el año 1905, a través de la cual se comienza a introducir en la psicología la definición de edad mental. Estos investigadores van un poco más allá en la medición de aspectos psicológicos y trascienden la evaluación de las diferencias en las funciones sensoriales, perceptivas y motoras planteadas por Galton y Catell; su interés en las diferencias individuales se dirige a la evaluación de las funciones psíquicas superiores (González 2007) constituyendo un nuevo paso de avance de gran importancia en el estudio de las diferencias individuales.

El auge y evolución de los test psicológicos se debe a un hecho trascendental en la historia de la humanidad que posibilitó un creciente desarrollo en la confección de nuevos test: la Primera Guerra Mundial. Este conflicto generó grandes demandas a los psicólogos pues, existía necesidad de clasificar a los soldados teniendo en cuenta dos elementos importantes: el ordenamiento del personal de acuerdo a su capacidad intelectual (motivando el surgimiento de test de inteligencia) y la tipificación de los soldados teniendo en cuenta las posibilidades reales del padecimiento de crisis nerviosas (contribuyó a la conformación de la Hoja Personal de Datos, la cual puede verse como antecedente de los test de personalidad). Durante la segunda Guerra Mundial a los psicólogos se les presentan demandas similares lo cual posibilita la aparición de nuevos instrumentos (López 2005, González 2007).

1.2 Definición y tipología de los test psicológicos

El término psicometría hace referencia a la medición de los fenómenos psíquicos, por tanto los test psicométricos intentan medir en las personas estudiadas habilidades, rasgos de personalidad, actitudes etc. Constituyen instrumentos bien estructurados ya que la persona tiene que seleccionar entre varias alternativas de respuesta aquella que más se ajusta según su criterio a su caso particular.

Estas técnicas quedan contempladas en el proceso evaluativo que se realiza, utilizando cada una de ellas como instrumentos de medida cuya finalidad es la obtención de una información más amplia del sujeto, permitiéndole al investigador crear hipótesis que orienten el proceso de evaluación y diagnóstico que éste emplea.

Para la clasificación de los test se toman en cuenta diversos criterios como los objetivos que contempla, la forma en que se presenta, la forma de aplicación etc. Sin embargo también se han propuesto diversas clasificaciones en función del criterio que se asume. La presente investigación, toma en consideración la clasificación expuesta por (Osuna and Hing 2009):

Clasificación de los test:

1. Por el método:

- ✓ Test psicométricos
- ✓ Test proyectivos.

2. Por la finalidad:

- ✓ De investigación: la finalidad suele ser obtener medidas, analizar diferencias individuales, calcular estadísticos y estimadores, pruebas de hipótesis, etc.
- ✓ De diagnóstico: con su uso se pretende evaluar la calidad o grado de algún rasgo o de la conducta de algún individuo concreto.

3. Por el planteamiento del problema: los test están construidos con una muestra de conducta que exige una determinada forma del planteamiento del problema o situación cuya respuesta se interpretaría como:

- ✓ De ejecución máxima: la situación de cada elemento plantea un problema que el sujeto ha de resolver poniendo en funcionamiento su capacidad en alto grado. Estos test son los habituales en evaluación de rendimiento, aptitudes e inteligencia.
- ✓ De ejecución típica: los elementos plantean situaciones habituales de la vida corriente, la respuesta es una muestra del comportamiento típico o más frecuente del sujeto en

las situaciones planteadas. Son los habituales en evaluación de personalidad, actitudes, intereses, etc.

4. Área del comportamiento acotado:

- ✓ Rendimiento académico o profesional: son test de ejecución máxima a medir adquisiciones de aprendizaje o conocimientos específicos, con finalidades de diagnóstico y/o pronóstico concretas.
- ✓ Inteligencia y aptitudes: se refieren a rasgos psicológicos de naturaleza cognitiva (inteligencia aptitudes específicas). Suelen ser de ejecución máxima.
- ✓ Personalidad, actitudes e intereses: son test de ejecución típica con preguntas sobre la incidencia del elemento en la conducta o forma de pensar del sujeto. Generalmente valoran aspectos no cognitivos del sujeto, tales como: forma de ser, actitudes, intereses, etc.

5. Por la modalidad de aplicación:

- ✓ Orales: las instrucciones y respuestas son siempre orales.
- ✓ Papel y lápiz: admiten una gran variedad de formatos de presentación, pero todo el sistema de administración, instrucciones y realización se especifica en protocolos, cuadernillos y hojas de respuesta de forma escrita.
- ✓ Manipulativos o de ejecución: son frecuentes los de coordinación psicomotriz, visualización, cubos, herramientas, etc.
- ✓ Situacionales o simulaciones: se somete a los sujetos a situaciones artificiales. Su variedad va desde muestra de tareas reales a simulaciones y juegos para poner de relieve conductas sociales habituales.
- ✓ Computarizados: se realiza por medio del computador. Objetivos: suele atribuirse a instrumentos específicos con registro automático de las respuestas: mediciones fisiológicas, tiempo de reacción, etc.

6. Demandas exigidas al sujeto.

- ✓ Velocidad o rapidez: El tiempo de reacción está rigurosamente controlado y los elementos no suelen tener dificultades objetivas para los sujetos.

- ✓ Potencia o dificultad: el tiempo, aunque frecuentemente controlado, no suele ser un determinante clave en el resultado. Las diferencias individuales son función de la calidad de la ejecución fundamentalmente.

7. Grado de aculturación del test: parte del hecho de que todo test se usa e interpreta dentro de un marco cultural, sobre un supuesto continuo ideal, en este sentido podríamos imaginar dos polos. En un extremo se sitúan los test más culturales y en el otro los menos influidos por la cultura para su resolución. En el primero encontramos manifestaciones de conducta o ejecución de claro contenido cultural (test verbales, de información) y en el otro, test perceptivos y visuales, en los que la experiencia cultural anterior de los sujetos tiene escasa influencia.

8. Sujetos hacia los que va dirigido el test:

- ✓ Por edades.

- ✓ Grupos espaciales.

9. Por el modelo estadístico en que se basa:

- ✓ Teoría Clásica de los test o modelos débiles de la puntuación verdadera, basado en el Modelo Lineal de la Regresión con dos variables.

- ✓ Teoría de la Respuesta del ítem basada en modelar las probabilidades de respuestas correctas a un ítem según las funciones de distribución normal y logísticas.

10. Según el modelo conceptual:

- ✓ La aproximación del dominio que pone acento en el nivel o grado de ejecución sobre algún dominio o criterio definido de antemano y que hoy se conoce como test referidos al criterio.

- ✓ La aproximación a los rasgos latentes o medida de los atributos de las personas, interesada en situar a las distintas personas a lo largo del continuo que define o representa el atributo.
- ✓ La aproximación del procesamiento de la información, todavía en sus comienzos, que intenta determinar sus procesos cognitivos subyacentes a las respuestas dadas a los ítems.

El cuestionario que se pretende utilizar es un test psicométrico, de diagnóstico, de ejecución típica, que evalúa características de personalidad, actitudes e intereses, requiere del uso de papel y lápiz, está dirigido a grupos espaciales. Es un test de potencia o dificultad que se apoya en la teoría de la respuesta del ítem y que se aproxima al procesamiento de la información. Sin duda alguna, la utilización de los test psicométricos constituye una herramienta de gran importancia para los procesos de evaluación y diagnóstico psicológico, siempre y cuando se tenga una visión realista sobre sus alcances y limitaciones a la hora de ser utilizados en múltiples investigaciones.

1.3 Estudio de las propiedades psicométricas de los test Psicológicos

El ser humano se enfrenta cada día a nuevas situaciones que le generan efectos innumerables. Ante estas situaciones la medición de estos y la forma en que las personas se sobreponen a ellos son los principales pilares de actuación de la psicometría (Arribas 2004). Sin embargo, más allá de la medición de los fenómenos se debe considerar la adecuada aplicación de los test que se emplean puesto que, como todo instrumento de medida, su incorrecta aplicación puede generar efectos nefastos. Es necesario destacar que la mayoría de las problemáticas que se presentan sobre un test están relacionadas con el uso incorrecto de este más allá de los elementos propios del test, dígase construcción o propiedades del mismo.

Existen algunas áreas que se encuentran implicadas en la confección o adaptación de un test o instrumento de evaluación psicológica que pueden generar algunas dificultades o una toma de decisiones errónea. Según (Muñiz and Hambleton 1996) las principales áreas implicadas son:

El Contexto: Se refiere al ámbito sociocultural en el que están enmarcadas las personas a las que se aplicará el test. La mayoría de los constructos utilizados en Psicología son altamente dependientes de los aspectos culturales, por tanto, lo primero de lo que hay que cerciorase es que el constructo a evaluar es equiparable en ambas culturas. Si no se da esa equivalencia razonable carece de sentido la adaptación, y si se hace se estarán midiendo constructos distintos en cada cultura.

Construcción y adaptación del test: Es necesario que el test mida el mismo constructo de la misma forma, pero ajustándose a las peculiaridades de la nueva población. En este sentido es importante la selección adecuada de traductores si se requiere traducir el test a otro idioma.

Es fundamental que los traductores no sólo conozcan ambos idiomas, sino que estén familiarizados también con ambas culturas y tengan un cierto conocimiento de la tecnología para la construcción de los test, y de la materia a traducir, para lo cual han de recibir algún tipo de formación. Una traducción correcta es sólo el punto de partida para que un test resulte bien adaptado. A partir de ahí hay que comprobar empíricamente sus propiedades psicométricas, tales como la fiabilidad, validez y estandarización en la nueva población.

Aplicación: La forma en la que se aplica un test influye en sus propiedades psicométricas, tales como su fiabilidad y validez. Las relaciones de los aplicadores con las personas a las que se pasa el test (rapport), la forma de dar las instrucciones de la prueba, y en general las interacciones aplicador-examinado deben de cuidarse al máximo.

Interpretación: El interpretar los resultados de cualquier test requiere un psicólogo especialista en el área del test y con la formación psicométrica apropiada. Para interpretar las puntuaciones el psicólogo debe disponer de una documentación exhaustiva acerca de cómo se llevó a cabo el proceso de construcción y/o adaptación. El manual del test deberá incluir todo tipo de detalles del proceso, que en determinadas circunstancias pueden dar las claves interpretativas de un resultado.

Para tratar de minimizar los errores en las cuatro grandes áreas citadas (contexto, adaptación, aplicación e interpretación), el Comité de la Comisión Internacional de Test

(citado en (Muñiz 1996), propuso recomendar veintidós directrices que se consideran claves para una correcta adaptación o construcción simultánea de los test psicológicos y se agrupan precisamente en estas cuatro áreas.

Para la confección o adaptación de un test es importante tener en cuenta la validez y fiabilidad del mismo. Según (Hernández 2006) la validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir, mientras que la fiabilidad hace mención al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados similares.

La fiabilidad significa la estabilidad o consistencia de la puntuación obtenida por una persona, en diferentes momentos en que se le aplique el mismo test, mientras la validez refiere el grado en el que el test mide lo que pretende medir (González 2007). Vargas (2009) plantea que la validez constituye el grado de confianza que se tiene de que la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo.

Sobre esto se plantea que la cuestión de la validez de un test se refiere a lo que este mide y cómo lo mide. Teniendo en cuenta estos elementos se exponen un conjunto de procedimientos para validar los test, los cuales se tienen en cuenta para el desempeño de esta investigación y que se indican a continuación (Hernández, Fernández et al. 2010).

- ✓ Validez de contenido:

Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida

- ✓ Validez predictiva:

Indica la efectividad del test en la predicción de algún resultado futuro. Para esto se comparan las puntuaciones del test con una medida directa de la ejecución posterior de los sujetos, llamada técnicamente criterio. El estudio continuado de la muestra original una vez se dispone de los datos del criterio indicará la concordancia entre las predicciones efectuadas partiendo de las puntuaciones del test y los resultados observados.

- ✓ Validez concurrente:

La relación entre las puntuaciones del test y los índices de status del criterio obtenido aproximadamente al mismo tiempo se conoce como validez concurrente. Para ello se aplican los test a un grupo sobre el que ya se tienen disponibles los datos del criterio como resultado de la aplicación de otras técnicas y procedimientos. La validez concurrente es idónea para los test empleados en el diagnóstico de un estado existente y no para la predicción de resultados futuros. Entre los criterios más comunes utilizados para la validación concurrente están los grupos contrastados, las estimaciones y otros test.

Grupos contrastados: La validación por medio de grupos contrastados implica generalmente un criterio compuesto que refleja las influencias selectivas acumulativas y no controladas de la vida cotidiana. Este criterio se basa en última instancia, en la permanencia dentro de un grupo particular, en oposición a la eliminación de él.

Estimaciones: En este caso las estimaciones serán consideradas como el verdadero núcleo de medida del criterio, definen el criterio. Las estimaciones se han empleado en la validación de casi todos los tipos de test y son particularmente útiles para proporcionar criterios en los test de Personalidad.

Correlaciones con otros test: Como prueba de validez se correlacionan un test nuevo y otros ya conocidos. Esta investigación, se realizará asumiendo este tipo de validación, apoyándose dentro de los criterios antes mencionados, en las correlaciones con otros test y las estimaciones.

- ✓ Validez de elaboración o de hipótesis de trabajo:

La validez de elaboración de un test es el grado en que mide una elaboración teórica o rasgo. La validez de elaboración, puesto que se fija en un área más amplia, en una descripción de la conducta más permanente y de una clase más abstracta que los tipos de validez previamente discutidos, requiere la acumulación gradual de informaciones procedentes de diversas fuentes. Como ejemplo de técnicas específicas empleadas pueden mencionarse: Diferenciación con la edad, correlaciones con otros test, análisis factorial, consistencia interna y efecto de las variables experimentales sobre las puntuaciones del test.

La validación general de un instrumento de medición no debe recaer sobre un solo elemento, es por ello que para que el instrumento sea efectivo este proceso debe contemplar todos los puntos antes mencionados, por lo que se coincide con lo planteado por (Hernández 2006) al abordar que la validez general está dada por la sumatoria de los diferentes tipos de validez antes mencionados.

Diversos autores plantean que un test puede ser confiable, pero no necesariamente válido, por lo que se debe prestar especial interés a la confirmación de ambos constructos tras la confección de un instrumento de medición, ya que la validez y la fiabilidad no deben ser asumidas sino probadas. Es de vital importancia que todo test conste de fiabilidad y validez, pues de no ser así los resultados de la investigación no deben ser tomados en cuenta pues, puede que los resultados obtenidos sean consistentes pero no midan realmente lo que se pretende, por lo que se pierden elementos importantes en el proceso investigativo.

A partir de lo planteado por (Lazarus 1986, Mikulic and Muiños 2004, Balluerka, Gorostiaga et al. 2007, Vargas 2009, Molina 2011), se deben tener en cuenta una serie de pasos para llevar a cabo la validación de un instrumento de evaluación psicológica, dichos pasos incluyen:

✓ **Seleccionar el mejor instrumento posible para medir el fenómeno**: para esto es necesario realizar una búsqueda en la literatura acerca de las cuestionarios 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, confiabilidad y validez del instrumento.

✓ **Traducción**: este paso se debe realizar cuando el instrumento hallado está 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 cuestionario 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 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.

✓ **Determinar la validez del instrumento**, a partir de la evaluación por jueces expertos en el área, quienes determinan si el instrumento cuenta con los cuatro 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.

✓ **Prueba piloto**: el objetivo de esta prueba es evaluar los ítems y la utilidad del instrumento, identificar cómo 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 5 a 10 pacientes aproximadamente, que cumplan con los criterios de inclusión, previamente establecidos en el estudio.

✓ **Recolección de datos**: con 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 se encuentran: XLispStat, Yorick, Vista y SPSS, entre otros.

✓ **Análisis estadístico de confiabilidad**: este se puede realizar a partir de la determinación del Alfa de Cronbach. En este análisis estadístico, se engloba un conjunto de procedimientos que incluyen la selección de datos, su descripción y posteriormente la descripción 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.

2 Generalidades sobre las neoplasias

Las neoplasias constituyen un crecimiento nuevo de tejido que en su gran mayoría forman tumores malignos o infiltrantes (invaden y destruyen los tejidos circundantes), que al

desplazarse por todo el organismo se establecen en cualquier lugar y forman así un nuevo tumor o metástasis (Sintes 2008).

Todos los cánceres empiezan en las células, unidades básicas de vida del cuerpo. Éstas crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células según sean necesarias para mantener sano el cuerpo. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Sin embargo, este proceso ordenado se descontrola. El material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, lo cual produce mutaciones (cambios) que afectan el crecimiento y la división normal de las células. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita. Las células que sobran forman una masa nueva de tejido que es lo que se llama tumor. Los tumores malignos se desarrollan más rápidamente que los benignos, y se pueden dividir en carcinomas y sarcomas. Los primeros se producen en las células epiteliales, es decir, básicamente en piel y mucosas, y son los más numerosos. Los segundos se producen en las células mesentéricas (hueso, músculo, cartílago, tejido adiposo y endotelios) (Hauser, Braunwald et al. 2005).

En la formación y desarrollo de las células cancerígenas intervienen una serie de mecanismos que potencian el desarrollo y propagación de las mismas. El desarreglo se produce cuando por una mutación en el material genético de una célula, quedan afectadas las funciones reguladoras de la tasa de duplicación de la misma. Entonces esta célula, que se convierte en cancerosa, se duplica formando dos células idénticas, y por tanto también cancerosas. Así, cada una repite el proceso, y la duplicación se realiza sin control y a gran velocidad, formando los tumores cancerosos. Una mutación en un gen no implica la aparición de cáncer, pero aumenta su probabilidad pues, para su formación patológica debe pasar por dos fases: iniciación y promoción. Para que un gen sea iniciado, debe haber estado en contacto con un agente iniciador. Una vez ha sido la célula iniciada, necesita de un agente promotor para pasar a la segunda fase. Para llegar hasta aquí, necesitamos pues, que las células de nuestro organismo estén en contacto con agentes carcinógenos, es decir, iniciadoras y promotoras del tumor canceroso (Ribal 2002).

El organismo cuenta con una serie de mecanismos para evitar que se formen y continúen su crecimiento los tumores, inhibiendo la actividad de los agentes carcinógenos, y desechando células mutadas. Si estos mecanismos fallan y se produce una neoplasia (tumor de nueva formación), entonces actuará nuestro sistema inmunológico, quien se encargará de eliminar las células cancerosas. Cuando este sistema ve afectadas sus funciones de forma temporal o continua, alguna de estas células malignas puede prosperar en una nueva formación cancerosa (Ribal 2002).

A modo de resumen se puede decir que para la formación y desarrollo de las células cancerígenas deben cumplirse los siguientes requisitos: debe producirse una mutación adecuada para que las células se multipliquen sin control (los agentes carcinógenos son imprescindibles para ello), fallo de los mecanismos bioquímicos de defensa contra los tumores y que se genere además un fallo del sistema inmunológico.

Es muy importante el hecho de que muchos de los agentes que se consideran cancerígenos son manejables por el hombre. En este sentido, al conocerse la relación entre el tipo de cáncer y un factor determinado, se puede dirigir la acción hacia la eliminación del agente. Con este fin se deben tomar algunas medidas con el objetivo de prevenir la aparición del cáncer, entre ellas: no fumar, evitar exponerse al sol por tiempo prolongado (especialmente personas de piel blanca o sensible), mantener una adecuada higiene genital, controlar el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, mantener una dieta balanceada, rica en fibras vegetales, frutas y baja en grasas etc.

En los grupos de alto riesgo como lo son los trabajadores de ciertas industrias, se deben tomar las precauciones adecuadas para protegerlos y mantener un control médico periódico, evitar la exposición a radiaciones (rayos X, etc.) pues con el tiempo pueden causar algunos trastornos. Estas y otras medidas constituyen la mejor herramienta de defensa para la prevención de la enfermedad.

2.1 Cáncer de mama. Generalidades

El cáncer de mama constituye hoy una de las neoplasias más frecuentes en la mujer, ésta se identifica por la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular

entre los conductos delgados que conectan en forma de ramas de un árbol los lóbulos y lobulillos que componen la glándula mamaria. Esta enfermedad se caracteriza por ser en su inicio asintomática, tan solo aparecen algunos signos y síntomas cuando la lesión ya ha alcanzado un tamaño importante, mayormente superior a 1 centímetro (Sintes 2008).

El cáncer de mama puede clasificarse según el lugar de origen (Álvarez 2011) en:

Carcinoma ductal in situ: se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Por este motivo esta enfermedad 'pre maligna' puede extirparse fácilmente. La tasa de curación ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

Carcinoma ductal infiltrante (o invasivo): es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

Carcinoma lobular in situ: se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un verdadero cáncer, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un tumor en el futuro. Se suele presentar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

Carcinoma lobular infiltrante (o invasivo): comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil de detectar a través de una mamografía.

Carcinoma inflamatorio: es un cáncer poco común, tan sólo representa un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de rápido crecimiento. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja, y pueden aparecer arrugas y protuberancias. Estos

síntomas se deben al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

Todo tipo de cáncer de mama que se diagnostica transcurre por los siguientes estadios (Álvarez 2011):

Estadio I. Indica que el tumor es menor de 2 centímetros y no hay metástasis.

Estadio II: No mide más de 2 centímetros pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados. Mide entre 2 y 5 centímetros y puede o no haberse extendido. Mide más de 5 centímetros pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados.

Estadio III. Se divide en estadio IIIA y IIIB. El estadio III A puede integrar las siguientes formas: El tumor mide menos de 5centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras. El tumor mide más de 5centrímetros y los ganglios linfáticos axilares están afectados.

El estadio III B. Puede darse en los siguientes casos: El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax). El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón.

Estadio IV. Se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel.

En Cuba el cáncer de mama es una de las principales afecciones que inciden en las mujeres adultas, generalmente entre los 40 y 60 años de edad, aunque el diagnóstico ha comenzado a evidenciarse en edades cada vez más tempranas de la vida. Es por ello que su detección temprana es de vital importancia. Para detectar el cáncer de mama, se utilizan diferentes pruebas como la mamografía, el ultrasonido mamario con transductores de alta resolución (ecografía), una prueba de receptores de estrógeno y progesterona o imágenes por resonancia magnética.

El diagnóstico de cáncer de mama sólo puede adoptar el carácter de definitivo por medio de una biopsia mamaria. Es ideal hacer biopsias por punción o aspiración, con aguja fina, con pistola de corte, estos guiados por ultrasonido o resonancia o usar equipos de biopsia por corte y vacío, los cuales son capaces de retirar la lesión parcialmente o completamente, según el caso. Estos pueden ser guiados por estereotaxia (imagen mamográfica guiada por coordenadas) o por ultrasonido. Si no es posible, se pueden hacer biopsias incisionales (retirar parte de la masa) o excisionales (retirar toda la masa), esto puede alterar el estadio del tumor (Hauser, Braunwald et al. 2005).

El tratamiento del cáncer de mama es multidisciplinario, es decir, precisa la combinación de diversas modalidades o disciplinas terapéuticas para conseguir un control eficaz de dicha enfermedad. Las modalidades terapéuticas contra el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia y la terapia biomolecular. Las dos primeras actúan a nivel local, es decir sobre la enfermedad en la mama y los ganglios linfáticos y constituyen el tratamiento de elección en la enfermedad localizada no metastásica. Las restantes actúan tanto a nivel local, como general de todo el organismo, en lo que se denomina tratamiento sistémico, y se utilizan de forma complementaria al tratamiento local con cirugía y/o radioterapia o como tratamiento de primera elección en la enfermedad metastásica o diseminada.

Si bien es necesaria la consideración del estadio de la enfermedad para la utilización de un tratamiento u otro, existe un elemento esencial que no puede esperar a que la enfermedad haya llegado a cierto punto. Es, precisamente, la atención psicológica que debe brindarse a cada paciente pues, la presencia y el impacto de esta enfermedad genera en la mujer diversos estados emocionales que pueden ir desde la ansiedad, inseguridad, daños en la autoestima, miedos, cambios en el estilo de vida, dificultades en el matrimonio, frustración, hasta la depresión. Es por ello que el psicólogo juega un papel fundamental como guía y apoyo para las mujeres que presentan la enfermedad.

Ante esta problemática se debe implementar un tratamiento multidisciplinario pues, no solo se requiere atender la enfermedad física, sino también las repercusiones de ésta tanto para la paciente como para su familia, dado que la incidencia de esta enfermedad afecta a todos

los miembros del sistema familiar así. Esta enfermedad posee una amplia repercusión social, la cual debido a los estereotipos existentes en la sociedad, que la consideran como una enfermedad mortal, en muchas ocasiones se priva a las pacientes a realizar determinadas actividades e incluso en muchos casos la familia no considera la posibilidad de que se reinserten en sus centros laborales incidiendo sobre el bienestar y la calidad de vidas de estas pacientes.

Muchas veces el papel de cuidador lo ocupa un miembro de la familia, son estas personas quienes se responsabilizan por el cuidado de la paciente con la esperanza de que salga adelante, pero con la certeza, en algunos casos, de que es un viaje sin retorno, acumulando sentimientos de desesperanza, rabia, miedo, incertidumbre y dolor. Por todo ello, es necesario ofrecer apoyo psicológico y un espacio donde expresar su angustia tanto al paciente como a los familiares, ocupando un lugar especial en esta atención los niños de la familia.

2.2 Factores de riesgo

Hoy en día, el cáncer de mama, como otras formas de cáncer, es considerado el resultado de daño ocasionado al ADN. Este daño proviene de muchos factores conocidos o hipotéticos. Hay mayor cantidad de investigaciones sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer que en su causa de origen. Aun así es necesario tener presentes una serie de elementos que pueden constituir factores de riesgo para esta enfermedad.

Edad: El riesgo de padecer cáncer de mama se incrementa con la edad, pero tiende a ser más agresivo cuando ocurre en mujeres jóvenes. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se encuentra en mujeres de más de 50 años.

Genes: Aproximadamente el 5% de las pacientes con cáncer de mama heredan una forma peculiar de genes que le hacen susceptibles a la enfermedad. Aunque es más frecuente que sean factores externos los que predisponen a una mujer al cáncer de mama, un pequeño porcentaje conlleva una predisposición hereditaria a la enfermedad. Se presenta con más alta frecuencia en mujeres con grupo sanguíneo tipo O sobre todo en las formas tempranas,

la aparición más tardía prevalece en mayor frecuencia en personas con grupo sanguíneo tipo A.

Hormonas: Los estrógenos exógenos, en especial los utilizados en la terapia de sustitución hormonal junto a la predisposición genética, constituyen los elementos de mayor peso en la aparición del cáncer de mama. Muchas mujeres toman este tipo de terapia para reducir los síntomas de la menopausia.

Antecedentes familiares: Las probabilidades de una mujer de desarrollar cáncer de mama aumentan si su madre o hermana han padecido la enfermedad (especialmente si fue diagnosticado antes de los 50 años de edad).

Dieta y estilo de vida: El riesgo es mayor cuando los hábitos de vida no son saludables. Se piensa que la dieta (consumo exagerado de grasas) tiene su papel en la aparición del cáncer de mama, aunque los investigadores no han identificado todavía los factores puntuales dietéticos. Una dieta escasa en verduras, fruta fresca, pescado y vitaminas A, C y D constituye una dieta de riesgo. Los estudios han encontrado que la obesidad y el sobrepeso en las mujeres postmenopáusicas aumentan el riesgo de cáncer de mama. Algunos estudios sugieren que el consumo moderado de alcohol también puede aumentar las probabilidades de una mujer de desarrollar esta enfermedad. El ejercicio, especialmente en mujeres jóvenes, puede disminuir los niveles hormonales y la incidencia de este tumor(Bayo, García et al. 2007).

2.3 Cuadro Clínico

En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque muchas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa. La mayoría de los cánceres de mama se descubren por la palpación de la paciente de un bulto distintamente diferente del tejido del pecho siendo este el principal motivo de consulta en relación a las mamas de una mujer. Las que son suaves y elásticas se asocian generalmente con un fibroadenoma en mujeres de 20 a 30 años de edad y quistes en las mujeres entre 30 y 40 años.

Ante la presencia de un cáncer de mama se presentan cambios fibróticos difusos en un cuadrante del pecho, normalmente el cuadrante superior exterior, este es más característico de desórdenes benignos, pero un espesor ligeramente firme no notado en la mama contralateral sería una señal de cáncer. Los más avanzados se caracterizan por fijación de la masa a la pared del pecho o a excesiva piel, por la presencia de nódulos satélite o ulceraciones en la piel, o por exageración de las marcas usuales en la piel resultantes de un linfodema peau d'orange, denominado de esta forma por la similitud de la piel a la superficie de una cascara de naranja. Las masas malignas se caracterizan por ser solitarias, no muy notorias, duras y dolorosas a la palpación (Núñez 2013).

Si bien los síntomas físicos van cambiando en dependencia de la etapa de la enfermedad por la cual se transita, existen otros síntomas que acompañan la enfermedad durante cada una de sus fases, se hace alusión a las dificultades de orden psicológico. Ante esta enfermedad las féminas vivencian emociones negativas como depresión, ansiedad, inseguridad, el temor a la recurrencia de la enfermedad y, en algunos casos se considera la situación como un evento traumático sobre el cual se tiene poco o ningún control. Se muestran también daños importantes en la autoestima y autoimagen de la mujer, sobre todo en aquellos casos donde se hizo necesaria la extirpación de toda la mama provocando cambios en la apariencia física, lo que en ocasiones genera la ruptura del matrimonio.

2.4 Afrontamiento y Cáncer

En el campo de la investigación sobre la relación entre el proceso salud-enfermedad con variables psicológicas y sociales en la situación del cáncer, el concepto de afrontamiento ha resultado ser de particular importancia, ya que la comprensión acerca de cómo los pacientes afrontan la enfermedad, permite el desarrollo de estrategias de intervención orientadas a proporcionar recursos y estrategias a los pacientes oncológicos, que minimicen el impacto médico de la enfermedad neoplásica, así como sus secuelas psicológicas y sociales.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto es necesario destacar que han sido numerosos los test y/o instrumentos encaminados a la detección de las diversas estrategias

que una persona pone en práctica ante una situación considerada como amenazante, especialmente aquellas que se asocian al padecimiento de una enfermedad crónica.

En relación al estudio de las estrategias de afrontamiento empleadas ante una enfermedad como el cáncer se han descrito diversos test cuya finalidad es la identificación de estas estrategias. Entre los principales instrumentos descritos encontramos los siguientes (Vargas 2009).

Ways of coping instrument: (Escala de modos de afrontamiento) utilizado en pacientes con esclerosis múltiple o daño en la espina dorsal, diseñado por Lazarus y Folkman. Permite evaluar modos de afrontamiento utilizados por las personas ante situaciones estresantes, cuenta con un total de 67 ítems divididos en ocho escalas que se agrupan en los dos tipos de estrategias de afrontamiento, unas dirigidas a la emoción y otras centradas en el problema.

Ways of Coping Questionnaire (WCQ): derivado del análisis exhaustivo del Ways of coping instrument (Instrumento de modos de afrontamiento), consta de 50 ítems igualmente divididos en ocho escalas, permite evaluar estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo y conductual. A través del análisis factorial que se le ha practicado en varias oportunidades a este instrumento se han derivado diversas versiones las cuales van reduciendo cada vez más los ítems de pregunta.

Cuestionario multifactorial de afrontamiento COPE: desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989), para evaluar y describir los estilos con los que las personas responden al estrés; ha sido utilizado en estudios sobre el afrontamiento al estrés laboral y síndrome del "quemado" en profesores universitarios; consta de 60 ítems divididos en cinco escalas que miden estrategias de afrontamiento centradas en el problema, cinco para afrontamiento centrado en la emoción y tres escalas que valoran las respuestas al afrontamiento.

The coping strategy inventory (CSI): Fue desarrollado a partir de la escala de modos de afrontamiento, para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada persona ante situaciones de estrés; el instrumento inicial consta de 102 ítems, el cual a partir del análisis factorial, ofreció como resultado un instrumento final con un total de 72 ítems

divididos en 8 escalas. Este instrumento ha sido utilizado en investigaciones de afrontamiento en personas con trasplantes, en enfermos por el virus del VIH, en estrés postraumático, en amputados y en auto-mutilados.

Cuestionario Multidimensional Coping Inventory: construido por Endler y Parker en 1990, para evaluar tres estilos de afrontamiento: estrategias orientadas a la tarea, orientadas a la emoción y orientadas a la evitación. Consta con 48 ítems, dieciséis evalúan el afrontamiento centrado en la tarea, otros dieciséis valoran el afrontamiento centrado en la emoción y los ítems restantes evalúan el afrontamiento centrado en la distracción / escape.

Cuestionario de estrategias de afrontamiento- modificado (EEC-M): utilizado para describir las estrategias de afrontamiento utilizadas ante situaciones estresantes. Luego de la realización de algunas modificaciones a la versión de Chorot y Sandín (1993) fue validado en población colombiana en una muestra de 893 personas entre estudiantes universitarios y personas laboralmente activas. Posee 98 ítems.

Manual de mecanismos de afrontamiento de Ulm: fue desarrollada en Ulm con el fin de contribuir a la clasificación de entrevistas, parece ser más útil para la investigación que los cuestionarios, pues provee un método cualitativo en el que se realiza el análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas y permite evaluar la forma en que las pacientes enfrentan el estrés. Fue utilizado en pacientes con cáncer de mama, definiendo 35 estrategias de afrontamiento agrupadas en: Resignación, Distracción, Reestructuración cognitiva, Adhesión al tratamiento, Espíritu de lucha y Contacto social.

CBI (Cancer behavior Inventory): desarrollado por Merluzzi y catalogado como una medida confiable y válida para evaluar el afrontamiento al cáncer; fue validado en una muestra de 502 personas con cáncer, luego del análisis factorial se obtuvieron en este instrumento seis factores de afrontamiento: Mantenimiento de la actividad e independencia, afrontamiento relacionado con los efectos secundarios al tratamiento, aceptación al cáncer y mantenimiento de una actitud positiva, información médica pertinente, regulación efectiva y búsqueda de apoyo.

El cáncer de mama es una enfermedad que incide sobre el estado de ánimo de cada persona que lo padece. En sus estadios iniciales (llamado cáncer de mama precoz) generalmente no causa síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir enrojecimiento, hinchazón y retracción de la piel o del pezón con la aparición de agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja. Otro problema frecuente es la secreción del pezón. Cuando el cáncer de mama es avanzado puede abarcar desde dolor óseo, dolor o molestia en las mamas, úlceras cutáneas, hinchazón de un brazo (próximo a la mama con cáncer) hasta la pérdida de peso. Estos aspectos se acompañan también de respuestas emocionales como la ansiedad o la depresión debido a los síntomas y repercusiones físicas de este padecimiento de salud, por tanto los procesos de afrontamiento juegan un papel definitivo en la adaptación y restablecimiento de la vida cotidiana de estas mujeres.

Existen algunos factores que influyen en el afrontamiento como las propias características que presenta la enfermedad, los recursos con los que cuenta el individuo, los recursos externos, dígase redes de apoyo y los factores socioculturales. Recibir el diagnóstico de un cáncer de mama es una situación muy compleja pues, la mujer debe enfrentar diversas situaciones (tendrá o no el apoyo familiar y el de su pareja) y suelen manifestarse daños en el auto-concepto y autoestima etc.). Por tal razón la evaluación de estas abarca tales niveles de importancia puesto que, de su identificación y manejo adecuado por parte del personal de salud se puede contribuir a mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

El concepto de afrontamiento ha tenido gran importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

Ante las demandas, las situaciones en las que se encuentra o a las que se enfrenta un organismo son percibidas como desbordantes, este pone en marcha una serie de conductas, que pueden ser manifiestas o encubiertas, destinadas a restablecer el equilibrio en su interacción con el ambiente o, cuando menos, a reducir el desequilibrio percibido y las

consecuencias que de él se derivan. El mecanismo por el que estas conductas modulan el impacto y efectos de la fuente de amenaza es mediante los cambios que se producen en los procesos valorativos. Así, cuando una persona se enfrenta a una situación que le puede producir estrés o ansiedad pone en marcha las estrategias de afrontamiento, que son de carácter intencional y deliberado (Lazarus 1986).

Estas estrategias pueden definirse como aquellos esfuerzos que utiliza la persona, mediante una conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos que surgen entre estas, que exceden los recursos de la persona. Teniendo en cuenta el planteamiento anterior debemos afirmar entonces, que cada persona maneja la situación a la que se enfrenta de acuerdo a la valoración subjetiva que realice de esta, y por tanto, empleará diferentes y diversas estrategias de afrontamiento (Lazarus 1986).

Dado que el cáncer es considerado una enfermedad amenazante para la vida, el hecho de padecerlo podría ser valorado por el propio individuo como una amenaza, pues de ocurrir la muerte, le llevaría al cese de todos sus objetivos vitales. Sin embargo, como hemos visto, algunos individuos pueden considerar la enfermedad como una experiencia de aprendizaje que les puede hacer más fuertes o simplemente una prueba que tienen que pasar. El considerar la enfermedad de esta manera hará que la perciban como un desafío (Bayo, García et al. 2007).

Debido a los riesgos que conlleva el cáncer, como la interrupción de los planes de vida y/o el peligro de muerte, con frecuencia los enfermos que ven la posibilidad de evitar la pérdida dirigen su atención directamente al mismo estresor. Es decir, que el someterse al tratamiento, buscar información sobre el cáncer y sus tratamientos y el evitar actividades que les alejen directamente del control de la enfermedad, son estrategias efectivas para enfrentarse a al cáncer, sobre todo cuando uno cree que tiene posibilidades de lograrlo. Las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en su mayoría evidencian “Espíritu de lucha” como principal estrategia de afrontamiento empleada, lo cual les permite ver la vida desde un punto de vista positivo así como en el planteamiento de nuevas metas, esto incide directa y positivamente en el incremento de su calidad de vida y bienestar. Aun cuando esta estrategia es la más utilizada por las mujeres que se encuentran en esta etapa de la

enfermedad existen casos que muestran "desesperanza/desamparo" como estrategia empleada muchas veces matizada por el temor a la recurrencia de la enfermedad así como la imposibilidad de reinsertarse a la vida laboral, incidiendo directamente en su calidad de vida.

Diversos autores han planteado la existencia de disímiles estrategias de afrontamiento empleadas por las personas ante situaciones desbordantes, las cuales se centran en dos aspectos fundamentales, los cuales se exponen a continuación (Lazarus 1986).

Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio roto por la presencia de la situación estresante.

Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo.

El modo en que los individuos enfrentan las situaciones consideradas como amenazantes tiene que ver con los niveles de estrés, la percepción de apoyo social, además de otros factores, los cuales son de gran importancia para las personas en el afrontamiento a enfermedades crónicas tan desestabilizantes física y psicológicamente como el cáncer. Por esta razón, las estrategias para medir el afrontamiento son trascendentales en el proceso de adaptación al cáncer a largo plazo, contribuyendo con una mejora en la calidad de vida de aquellas personas que presentan un alto espíritu de lucha como principal estrategia de afrontamiento.

El uso del cuestionario MAC se ha extendido por diversos países con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento puestas en práctica por los pacientes con cáncer. Teniendo en cuenta que esta herramienta surgió con el objetivo de identificar dichas estrategias su presencia en las instituciones de salud constituye un apoyo esencial para todo el personal que interactúa con cada paciente pues, sobre la base de la determinación de

aquellas estrategias puestas en práctica por los enfermos se erigen los criterios para la confección de programas interventivos más eficientes en el tratamiento integral del paciente oncológico, elevando así su calidad de vida u disminuyendo los efectos secundarios de la enfermedad y del período de hospitalización por el cual transita cada uno de los afectados por esta patología.

2.5 Descripción del Cuestionario MAC (Mental Adjustment to Cancer)

Diversos han sido los reportes sobre técnicas que estudian los estilos de afrontamiento ante enfermedades crónicas como el cáncer. Entre ellas el **Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer** (MAC por sus siglas en inglés).

El MAC constituye un cuestionario que puede ser auto-administrado. Su meta fundamental está dirigida a la determinación de posibles estrategias de afrontamiento empleadas una vez que la persona ha recibido el diagnóstico de cáncer y debe enfrentarse a su tratamiento. Este cuestionario se utiliza en estudios clínicos y en centros masificados con el fin de establecer el apoyo psicológico pertinente una vez identificadas las estrategias de afrontamiento empleadas por el paciente ante el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad crónica.

El cuestionario contempla aquellas respuestas cognitivo-conductuales realizadas por las personas ante el diagnóstico de cáncer. Fue construido en Inglaterra por Watson, Greer, Young, Inayat, Burguess y Robertson en el año 1988, con el propósito de evaluar respuestas específicas de afrontamiento en cualquier paciente adulto con cáncer, es decir, intenta medir el grado en que los pacientes adoptan estas respuestas en su ajuste al diagnóstico y tratamiento del cáncer. Los autores se fundamentan en el supuesto de que en cada una de estas dimensiones de respuesta subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión que se tenga del pronóstico (Bárez, 2002).

Los autores del MAC consideran el afrontamiento como un proceso de ajuste a los procesos psicológicos que se producen con el tiempo y que hacen hincapié en el contexto social de un individuo, la experiencia de aprendizaje y la adaptación a los múltiples cambios que han

sido provocados por la enfermedad y su tratamiento, el cual se encuentra ampliamente relacionado con la definición de afrontamiento planteada por (Lazarus 1986).

Estos investigadores hacen aportes muy valiosos a la teoría del afrontamiento y plantean a partir del esquema de supervivencia, cinco estilos generales de afrontamiento al cáncer. En su modelo, se centran en el significado personal del cáncer, la interpretación que hace el sujeto de la situación y en las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha en el proceso de adaptación. Proponen además, la evaluación cognitiva, a partir del significado que da el sujeto al diagnóstico del cáncer, dependiendo de esto, de la valoración que haga de sus mecanismos de afrontamiento y del control percibido, la actuación y el resultado emocional ante la enfermedad será diferente.

Aportan la existencia de un esquema de supervivencia o tríada de evaluación cognitiva (visión del diagnóstico, percepción de control, visión del pronóstico) que determina cinco tipos de estilos de afrontamiento. De aquí se deriva que las estrategias de afrontamiento y la respuesta emocional dependan de la evaluación que hace el sujeto de la enfermedad, y esto determinará la morbilidad psicológica, contempla la adaptación como un proceso cuyo resultado está determinado por las interpretaciones del sujeto y sus acciones (Pino 2014).

Los estilos de afrontamiento ante un diagnóstico de cáncer son relevantes para el proceso de adaptación psicológica a la enfermedad a largo plazo, por lo que es importante reconocer aquellos procesos psicológicos que se producen con el tiempo y que hacen hincapié en el contexto social de una persona, la experiencia de aprendizaje y la adaptación a los múltiples cambios que han sido provocados por la enfermedad y su tratamiento.

Se han llevado a cabo análisis de las propiedades psicométricas de este cuestionario tras su utilización en países como España, (Costa-Requena and Gil 2009) Francia (Cayrou, Dickés et al. 2003), Colombia (Ferrero-Carreño, Bernal-Rojas et al. 2005) y Estados Unidos (Schnoll, Harlow et al. 1998) por solo mencionar algunos. Así como también se han realizado investigaciones en las cuales se tiene en cuenta el uso de este cuestionario en los diferentes estadios del cáncer de mama, específicamente en el periodo de supervivencia. Es

una herramienta muy exitosa para la identificación de los estilos de afrontamiento empleados por los pacientes que se enfrentan a esta enfermedad.

En la versión española del cuestionario para pacientes con cáncer de mama (Ferrero, Barreto et al. 1994) que se presenta y se pretende utilizar se ha intentado paliar la dificultad del MAC a la hora de medir la Negación puesto que el cuestionario cuenta con solo un ítem para medir esta estrategia. Así, además de sustituirse la palabra "cáncer" por la de "enfermedad", se ha añadido un ítem más, siguiendo un procedimiento que consiste en una pregunta directa sobre el nombre de la enfermedad (¿Cómo se llama su enfermedad?).

Las respuestas a esta pregunta se clasifican en una escala de cuatro puntos donde:

-Se puntúa 1 si se responde con la palabra cáncer, tumor maligno u otra expresión similar.

-Se puntúa 2 si se responde que se piensa o sospecha que se tiene o ha tenido cáncer o un tumor maligno.

-Se puntúa 3 si se contesta que se tiene o ha tenido un tumor benigno que hubiera podido llegar a ser cáncer o si se responde que sólo se está recibiendo un tratamiento preventivo.

-Se puntúa 4 cuando se responde que se tiene o ha tenido un tumor benigno que no guarda ninguna relación con el cáncer.

La puntuación total de la cuestionario de "Negación" en la versión española de (Ferrero 1994)se obtiene combinando la respuesta emitida ante el ítem 38 de la cuestionario original y la del ítem o pregunta añadida sobre el nombre de la enfermedad. La puntuación máxima, combinando los dos ítems, es de 8 y la mínima de 2.

El punto de corte se sitúa en 6, por lo que cualquier puntuación igual o superior se interpreta como la presencia de Negación de la situación. Se considera no obstante, que presentar Negación puede prevenir en algunos casos al sujeto de padecer alteraciones emocionales serias, ya que la persona no se enfrenta directamente con el planteamiento del cáncer como situación amenazante para la vida o el bienestar. También puede influir positivamente en la Calidad de Vida, así como en el nivel de malestar psicológico.

El cuestionario en su versión final está compuesto por 40 ítems, que representan afirmaciones sobre diferentes maneras de hacer frente al diagnóstico de cáncer. Cada ítem puede ser contestado con una de cuatro opciones, las dos primeras equivalen a contestar "Falso" y las dos últimas a "Verdadero".

Opciones de respuesta del MAC			
Estoy seguro/a que **no es aplicable** a mi caso.	**Creo** que **no es aplicable** a mi caso.	**Creo** que **es aplicable** a mi caso.	**Estoy seguro/a** que **es aplicable** a mi caso.
Se obtiene una puntuación de 1	Se obtiene una puntuación de 2	Se obtiene una puntuación de 3	Se obtiene una puntuación de 4
Falso		Verdadero	

Los ítems se pueden clasificar en cuatro escalas o modos generales de afrontamiento:

Espíritu de Lucha: Originalmente compuesta por 16 ítems (4, 5, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 28, 31, 32, 34, 39, 40). Son afirmaciones que indican que él/la paciente acepta el diagnóstico, interpretándolo como una oportunidad para mejorar y como un reto, y que adopta una actitud optimista respecto al futuro, con sensación de control sobre la enfermedad y con estrategias de afrontamiento basadas fundamentalmente en la reevaluación positiva de la situación. Asimismo, indica una tendencia a no pensar en la enfermedad, a llevar a cabo una búsqueda moderada de información, con un papel activo en la recuperación y con intentos por seguir con la vida habitual y el sentido del humor. El tono emocional será positivo.

Las respuestas que indican buen "Espíritu de Lucha" serán las de la opción 3 y preferiblemente la 4. Así, la puntuación máxima que se obtiene es de 64, que equivale a responder a los 16 ítems con la opción 4, expresando la presencia de un elevado "Espíritu de Lucha". La puntuación mínima será de 16, lo que supone haber contestado a los 16 ítems

con la opción 1, indicando una ausencia total de "Espíritu de Lucha". El punto de corte de esta escala se ubica en 47/48, lo que supone haber contestado a todos los ítems por lo menos con la opción tres. Cualquier puntuación igual o superior a 48 indica la presencia de un buen "Espíritu de Lucha". Por tanto, una puntuación alta indicará que la persona posee estrategias adecuadas de afrontamiento al cáncer y ello, asimismo, supondrá una buena adaptación con ausencia de alteraciones emocionales serias. Mientras que cualquier puntuación inferior a 47 es interpretada como la presencia de un bajo "Espíritu de Lucha", presuponiéndose que la adaptación será mala, con elevados niveles de ansiedad y/o depresión.

Desesperanza/Desamparo (Indefensión): Compuesta por 6 ítems (2, 9, 17, 23, 25, 36). Son afirmaciones que indican que él/la paciente se siente desbordado/a con el diagnóstico, lo interpreta como una gran amenaza o pérdida, con ausencia de control, una percepción del pronóstico muy negativa y estrategias de afrontamiento muy limitadas, ya que la actitud predominante es la de rendición. El tono emocional predominante será la depresión.

Las respuestas que indican la presencia de "Desesperanza/Desamparo (Indefensión)" son las de las opciones 3 ó 4. Siendo preferible por tanto, en los ítems de este cuestionario contestar con las opciones 1ó 2. Puede obtenerse una puntuación máxima de 24, equivalente a haber contestado a todos los ítems con 4, lo que supone muy mal resultado. La puntuación mínima es de 6, lo que es lo mismo que haber contestado con la opción 1 a todos los ítems, indicando ausencia total de "Desesperanza/Desamparo (Indefensión)".

El punto de corte se establece en 11/12, de modo que, obtener una puntuación de 12 o mayor es indicativo de estar afrontando la enfermedad de un modo negativo, con estrategias de Indefensión que propiciarán la presencia de alteraciones emocionales, mientras que una puntuación inferior indica lo contrario.

Preocupación Ansiosa: Compuesta por 9 ítems (1, 3, 10, 14, 19, 21, 22, 27, 37). Representan afirmaciones que indican que él/la paciente interpreta el diagnóstico como una gran amenaza, se percibe poco control sobre la enfermedad, así como un pronóstico incierto (incertidumbre hacia el futuro) y con estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda compulsiva de seguridad (búsqueda excesiva de información y uso de medicinas

alternativas), rumiación y excesiva atención a los síntomas físicos dirigidos a detectar la recaída. El tono emocional básico será la ansiedad. Las puntuaciones de 3 ó 4 serán negativas, pudiéndose obtener puntuaciones máximas de 36 y mínimas de 9. El punto de corte puede estar en 26/27, que equivaldría a contestar todos los ítems con un mínimo de 3, por lo que cualquier puntuación igual o superior a 27 indica la presencia de este modo desadaptativo de interpretar y enfrentar la enfermedad, con la presencia de alteraciones emocionales, fundamentalmente basadas en la ansiedad.

FATALISMO: Compuesta por 8 ítems (7, 8, 12, 15, 24, 30, 33, 35). El paciente ve el diagnóstico como una amenaza menor, el resultado será aceptado con ecuanimidad y no es posible ejercer ningún control sobre el cáncer. Están ausentes estrategias confrontativas de afrontamiento y se muestra una actitud de aceptación pasiva. El tono emocional será sereno.

Como en los dos casos anteriores, las puntuaciones de 3 ó 4 son negativas. La máxima puntuación se sitúa en 32, la mínima en 8 y el punto de corte estaría en 23/24. Cualquier puntuación igual o superior a 24 indica la presencia de "Fatalismo" y por tanto, la utilización de estrategias pasivas de afrontar la enfermedad con alteraciones emocionales.

Evitación o Negación: Compuesta, en la versión original, por un solo ítem, el 38. Este cuestionario representa una negación o minimización del diagnóstico por parte del paciente, quien no se siente amenazado e interpreta siempre que hay un buen pronóstico, manteniéndose un tono emocional sereno.

Contestar este único ítem con la opción 3 ó 4 indicaría la presencia de "Negación". No obstante, esta escala se ha considerado problemática desde el desarrollo del cuestionario. Los autores del mismo, de entre los ítems planteados para medir esta estrategia, sólo conservaron el ítem 38, porque fue el único con significación estadística, pero ya desaconsejaban su uso por ser una medida pobre y escasa. Propusieron entonces eliminar este ítem, puesto que ocasionaba confusión entre los pacientes, al ver que algunos lo interpretaban como índice de curación, es decir, pacientes que habían acabado el tratamiento y que se consideraban libres de enfermedad respondían con las opciones 3 ó 4 y esto no debía considerarse una negación de la enfermedad. Pensaban también que un solo

ítem no es suficiente para valorar correctamente esta manera de afrontar la enfermedad, ya que en general la Negación es un fenómeno complejo, difícil de medir, pudiendo en algunos casos ser una estrategia adaptativa y ser completamente desadaptativa en otros.

En general serán convenientes las puntuaciones altas en la escala "Espíritu de Lucha" y bajas en el resto de las escalas. El caso concreto de la escala de "Negación" es un caso aparte, ya que aunque lo deseable sea una aceptación saludable de la situación, si negarla supone para el paciente gozar de un mejor tono emocional, deberemos respetar esta actitud, siempre y cuando no implique un abandono del tratamiento curativo.

El MAC ha sido ampliamente empleado en investigaciones con mujeres con cáncer de mama durante las etapas de diagnóstico y tratamiento (Sebastián, Manos et al. 2007, Victoria and González 2007, Varela, Alonso et al. 2011, Sánchez-Ramírez, Herrerías-Canedo et al. 2012) teniendo en cuenta que estas etapas generan un mayor nivel de malestar en aquellas personas que deben hacer frente a este padecimiento de salud.

Los principales resultados de estas investigaciones apuntan que, aquellas mujeres que han adoptado estrategias de afrontamiento con un elevado espíritu de lucha presentan una mejor calidad de vida y han prolongado su tiempo de vida, mientras que, aquellas mujeres que mantienen un estilo de afrontamiento de desesperanza/desamparo evidencian una baja calidad de vida así como también se ha visto reducido su tiempo de vida. Estos resultados se evidencian en menor medida en la etapa de supervivencia puesto que existe un menor número de investigaciones dirigidas a la determinación de los estilos de afrontamiento empleados por las mujeres con cáncer de mama en esta etapa de la enfermedad.

Capítulo 2

Marco Referencial Metodológico

CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO

2 Diseño metodológico de la investigación

2.1 Paradigma de investigación

El estudio se sustenta en el paradigma cuantitativo de la investigación y se desarrolla en un periodo comprendido entre los meses de enero hasta junio del año 2015.

La metodología cuantitativa hace un marcado énfasis en los valores explicativos y predictivos que debe poseer todo conocimiento científico. Por tal motivo su método es hipotético-deductivo, otorgando gran importancia a la proposición verificable empíricamente a través de la medición, cuantificación o análisis de los fenómenos de la realidad (Fundora 2013).

Siguiendo los criterios de (Hernández, Fernández et al. 2010) el enfoque cuantitativo de la investigación constituye un proceso secuencial, deductivo y probatorio que analiza la realidad objetiva, permitiendo la generalización de los resultados obtenidos, el control sobre los fenómenos, la precisión, la réplica y la predicción de los mismos.

La investigación cuantitativa debe caracterizarse por tratar de ser lo más objetiva posible. Los fenómenos de la realidad que se observan y miden no deben ser influenciados por el investigador. Este debe evitar que sus temores, creencias, deseos y tendencias afecten los resultados del estudio e interfieran en los procesos y que, tampoco sean alterados por la tendencias de otros (Hernández, Fernández et al. 2010).

Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible, estructurado y pre elaborado, en el que las decisiones críticas son efectuadas antes de recolectar los datos. Con ello se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo (muestra) a una colectividad mayor (universo o población). Al final de la investigación se intenta explicar y predecir los fenómenos que han sido investigados; buscando en ellos regularidades y relaciones causales entre los elementos, lo que significa que la meta fundamental es la construcción y demostración de las teorías que explican y predicen el fenómeno que se está estudiando.

2.2 Diseño de investigación

Se emplea un diseño no experimental transversal (los datos necesarios para la investigación se recopilan en un momento único). En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos. (Hernández, Fernández et al. 2010).

2.3 Tipo de estudio

Se realiza un estudio descriptivo (busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren) (Hernández, Fernández et al. 2010).

2.4 Elementos importantes en el estudio de las propiedades psicométricas del MAC

Para el desarrollo de la presente investigación fueron tomadas en consideración las directrices para la traducción y adaptación de los test en su segunda edición, convirtiéndose en una importante herramienta para el desarrollo del estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario MAC. Dichas directrices son el resultado del trabajo multidisciplinar realizado en el seno de la Comisión Internacional de Test conocida por sus siglas en inglés, ITC Internacional Test Comisión (citado en (Fundora 2013), p.3) (Ver Anexo7).

El objetivo fundamental de estas directrices es guiar al investigador para que el producto final del proceso de adaptación consiga, respecto a la prueba original, el máximo nivel de equivalencia en varios aspectos (lingüístico, cultural, conceptual y métrico). El proceso abarca la totalidad de fases y cuestiones a considerar durante el proceso, desde cuestiones legales relacionadas con los derechos de la propiedad intelectual del test a adaptar, hasta aspectos formales que atañen a la redacción del manual que documenta los cambios introducidos a la técnica original.

El análisis de las propiedades de este cuestionario se realiza a partir de la utilización de un paquete estadístico, el mismo ofrece las pruebas necesarias para evaluar la confiabilidad y validez del cuestionario en una muestra de mujeres con cáncer de mama no metastásico en estadio de supervivencia, dichas pruebas se explican más adelante.

2.5 Operacionalización de las variables

Definición constitutiva

Cuestionario: conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir (Hernández, Fernández et al. 2010).

Escalas: son aquellos instrumentos que permiten un escalamiento acumulativo de sus ítems, dando puntuaciones globales al final de la evaluación (Arribas 2004).

Afrontamiento**:** proceso de ajuste a los procesos psicológicos que se producen con el tiempo y que hacen hincapié en el contexto social del individuo, la experiencia de aprendizaje y la adaptación a los múltiples cambios que han sido provocados por la enfermedad y su tratamiento (Greer, Morey et al. 1989).

Definición operativa

Variables	Definición operativa
Escalas	WOC (ways of coping) Escala de Modos de Afrontamiento.
Cuestionario	Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer.
Afrontamiento	Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer, compuesto por 43 ítems, busca determinar estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. WOC, compuesta por 67 ítems, evalúa modos de afrontamiento.

2.6 Descripción y selección de la muestra

La presente investigación se llevó a cabo con mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad que asisten a la consulta de seguimiento del Hospital Docente Celestino Hernández Robau de la provincia de Villa Clara, desde enero hasta junio del 2015. La selección de la muestra de trabajo fue de tipo no probabilística intencional, pues se seleccionan los participantes en la investigación por uno o varios propósitos.

El pilotaje se realiza con un total de 10 pacientes con el objetivo de identificar los principales elementos del cuestionario que generan incomprensión y que deben ser modificados para su posterior aplicación. Los criterios de selección de este coinciden con los criterios empleados para la selección de la muestra de trabajo, la cual quedó conformada por un total de 60 mujeres.

Para el cumplimiento de los objetivos de la investigación se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que no presenten metástasis.
- ✓ Pacientes que estén de acuerdo en participar en la investigación.
- ✓ Pacientes que no presenten comorbilidad con otras enfermedades crónicas.
- ✓ Pacientes que hayan concluido el tratamiento.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes que poseen comorbilidad con otras enfermedades crónicas (no controlables), así como patologías psiquiátricas.
- ✓ Pacientes que durante la investigación evidencien algún síntoma de recurrencia de la enfermedad.
- ✓ Paciente que no deseen continuar en la investigación.

2.7 Método de juicio de especialistas

Según la Organización Internacional del Trabajo (citado en (Ruiz 2013)) un especialista es toda aquella persona que puede brindar un servicio garantizando un resultado con calidad de

excelencia. Puede ser una persona con un reconocimiento de grado universitario, técnico o experto en cierto tema o disciplina.

Se dividen en técnicos, ingenieros, licenciados, médicos, maestros y doctores. Sin embargo, una persona también puede ser considerada especialista por el hecho de proveer un servicio o producto y exhibir un comportamiento honesto, calificado, responsable y capaz; características que se obtienen con constancia y talento en la disciplina desempeñada (Ruiz 2013).

El juicio de especialistas permite obtener la experiencia y sabiduría de un grupo de personas (profesionales), no sujeto a restricciones ni censuras de ningún tipo. Posibilita, además, un determinado sistema de evaluación con aquellas apreciaciones cualitativas que se hayan realizado por los especialistas. Este método permite encontrar el consenso de opinión de los profesionales en la esfera de investigación en la cual se está investigando, a través de la exposición de sus intuiciones y experiencias, utilizando las capacidades asociativas y clasificadoras del cerebro humano (Palacio 2009).

Para la selección de los especialistas se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- ✓ Profesionales de la Psicología.
- ✓ Profesores de Español-Literatura.
- ✓ Profesionales que estuvieran de acuerdo en participar en la investigación
- ✓ Profesionales con más de 2 años de experiencia.

Criterios de exclusión:

- ✓ Profesionales que no deseen continuar con la investigación.

A continuación se muestra la distribución de los especialistas que fueron partícipes de la investigación. Se tiene en cuenta la profesión, los años de experiencia y el grado científico que cada uno de ellos ostenta.

Tabla # 1. Distribución de especialistas.

Profesión	Total	Años de experiencia				Gado científico		
		1-10	11-20	21-30	31-40	Lic.	MSc.	Dr.
Psicólogos	8	2	1	2	4	-	2	6
Profesor de Español	4	-	1	-	3	2	1	1

2.8 Descripción de las técnicas empleadas

- ✓ **Encuesta de evaluación dirigida a especialistas (Psicólogos) (Ver Anexo2)**

Objetivos:

- ✓ Determinar si los ítems diseñados permiten evaluar el constructo que se pretende.
- ✓ Solicitar sugerencias de modificaciones pertinentes incluyendo la propuesta de la reducción e incorporación de ítems.
- ✓ Recopilar información escrita sobre los términos incomprensibles de la encuesta.

Esta encuesta está conformada por seis preguntas. La evaluación de la misma se realizó de forma cuantitativa mediante un análisis de frecuencia utilizando el paquete estadístico SPSS/Windows 21.0 y de forma cualitativa.

- ✓ **Encuesta de evaluación dirigida a especialistas (Profesores de español) (Ver Anexo3)**

Objetivos:

- ✓ Determinar los criterios para el ajuste lingüístico del cuestionario MAC.
- ✓ Identificar los elementos que deben ser modificados

Esta encuesta está conformada por seis preguntas y su evaluación se realiza de forma cualitativa.

- ✓ **Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer, versión corregida de la prueba MAC (Ver Anexo4)**

Objetivo del cuestionario: Evalúa estrategias de afrontamiento en cualquier paciente adulto con cáncer.

Descripción: Consta con un total de 43 ítems agrupados en cinco sub-escalas o estrategias de afrontamiento (*Espíritu de Lucha, Desesperanza, Preocupación Ansiosa, Fatalismo y Evitación Negación*).

Materiales: Consta de un modelo para la recogida de los datos.

Aplicación: El cuestionario cuenta con instrucciones precisas sobre cómo proceder para dar respuesta a la demanda.

Procedimiento: luego de la presentación y explicación de las instrucciones se procede a dar respuesta a la técnica.

Calificación: Cada uno de los ítems tiene formas de calificación que se incluyen y especifican en las normas de aplicación.

- ✓ **Escala de Modos de Afrontamiento (Ver Anexo5)**

Objetivo de la Escala: Evalúa modos de afrontamiento.

Descripción: Posee 67 ítems agrupados en 8 sub-escalas (*Distanciamiento, Confrontación, Auto-Control, Búsqueda de Apoyo Social, Aceptación de la Responsabilidad, Huida/ Evitación, Planificación y Reevaluación Positiva*.)

Materiales: Consta de un modelo para la recogida de los datos.

Aplicación: La escala cuenta con instrucciones precisas sobre cómo proceder para dar respuesta a la misma.

Procedimiento: luego de la presentación y explicación de las instrucciones de la escala se procede a dar respuesta a la misma.

Calificación: Cada uno de los ítems tiene formas de calificación que se incluyen y especifican en las normas de aplicación.

2.9 Procedimiento para la aplicación de las técnicas

Como importante requisito para la aplicación de las pruebas se realiza una revisión de los casos clínicos para identificar aquellas pacientes que se encuentran en intervalo libre de enfermedad, que no presentan metástasis, así como descartar la presencia de comorbilidad con otras enfermedades crónicas no controlables. Se garantiza en primer lugar, la voluntariedad de las personas, asegurando además la confidencialidad de los resultados, elementos que quedaron registrados en el consentimiento informado que se le presenta a cada paciente (Ver Anexo1). Les fueron explicadas las características del estudio y se brindaron instrucciones precisas para dar solución a la demanda, aclarando dudas e inquietudes surgidas antes y durante el proceso.

La aplicación de las técnicas se realiza en el horario matutino para evitar la fatiga y no generar malestar a las pacientes que accedieron a participar en la investigación, el intercambio se realizó paralelamente con la consulta de seguimiento durante cuatro sesiones de trabajo. Se cuenta con un local para la aplicación de las técnicas generando privacidad para las pacientes y garantizando el confort de las mismas. Una vez terminada la aplicación de ambos instrumentos se le agradece a cada paciente por su participación en el estudio.

2.10 Procesamiento de la información

Los datos obtenidos durante el desarrollo de la investigación fueron procesados a través de la utilización del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows versión 21.0. Entre las técnicas utilizadas están las siguientes (Castañeda, Cabrera et al. 2010):

- ✓ **Distribución de frecuencias**

Una distribución de frecuencias es un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías y generalmente se presenta como una tabla. En el caso del análisis de frecuencias la información que se necesita se encuentra en las tablas y en la gráfica. Las tablas indican los valores mínimo, máximo y el conteo total (N), además se indican las frecuencias, dependiendo de los valores de la variable, así como diversos porcentajes, elementos que quedan reflejados en las gráficas.

- ✓ **Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach**

Se utiliza con el objetivo de hallarle la fiabilidad al instrumento (consistencia interna). Cuando el nivel de significancia es de 0.05 implica que el investigador tiene 95% de seguridad para

generalizar sin equivocarse y solo el 5% en contra. En términos de probabilidad, 0,95 y 0.05, respectivamente ambos suman la unidad. Cuando el nivel de significancia es de 0.01, implica que el investigador tiene el 99% en su favor y 1% en contra (0.99 y 0.01) para generalizar sin temor.

- ✓ **Análisis de reducción de componentes**

Se toma en cuenta para la validez de constructo con el objetivo de determinar las dimensiones del Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer que se generan para la muestra en particular y de acuerdo a un momento dado. Se realiza la reducción de datos mediante el análisis factorial, a través del método de componentes principales de variables categóricas (CATPCA) con método de rotación Varimax, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 21.0. A partir de los resultados obtenidos se pueden identificar las dimensiones que conforman las estrategias de afrontamientos reflejadas en el Cuestionario de Afrontamiento a la Enfermedad. Sobre esta base se generaron 4 componentes (Ver Anexo7).

- ✓ **Correlaciones**

El análisis de correlaciones es muy útil para el investigador o administrador. Se utiliza con el propósito de determinar si existe alguna relación o asociación entre diversas variables de interés para el investigador. El análisis de correlaciones simple permite determinar si las variables estudiadas están asociadas antes de continuar con un análisis más sofisticado. El análisis de correlaciones también constituye un insumo fundamental para realizar diversos análisis estadísticos más avanzados.

Para llevar a cabo este proceso sin dificultades se tiene en cuenta la siguiente tabla, en esta se muestra la tarea estadística a seguir y la prueba con la cual se le dará cumplimiento (Ver tabla # 2).

Tabla # 2: Tareas y pruebas estadísticas aplicadas.

Tarea estadística	Prueba estadística
Evaluación del cuestionario de juicio de especialistas.	Distribución de frecuencia.
Evaluación de la validez de constructo del instrumento.	Análisis factorial
Evaluación de la validez de criterio del instrumento.	Correlaciones
Cálculo de la consistencia interna del instrumento.	Alfa de Crombach

Capítulo 3

Análisis de los Resultados

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3 Análisis y Discusión de los Resultados

3.1 Resultados del pilotaje

Mediante la realización del pilotaje se identificaron los principales elementos que resultaban controversiales para la población hacia la cual va dirigida el instrumento con el objetivo de realizar las modificaciones pertinentes para propiciar una mejor comprensión del mismo, así como disminuir la probabilidad de obtener resultados sesgados en investigaciones posteriores que utilicen el instrumento debido a las incomprensiones que se manifiestan en la población.

Entre los elementos del cuestionario que resultan difíciles de entender por la población se encuentran, en primer lugar, las instrucciones. Las mismas se presentan en forma de párrafo y algunos términos (usted, creo, enfermedad) se encuentran repetidos lo cual no permite una adecuada comprensión de los sujetos, siendo prácticamente incomprensible para aquellas cuyo nivel cultural es bajo. Por lo tanto, es uno de los elementos a tener en cuenta durante el proceso de adaptación de la técnica.

En varios ítems del cuestionario las personas mostraron dificultades al responder algunas preguntas, dada la ambigüedad en que están redactadas y dificultades en la redacción y concordancia de los mismos. En estos casos se encuentran los ítems 5 (*No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad*), 14 (*Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo*) ,15 (*He tenido una buena vida lo que me quede será un suplemento*), 20 (*Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mí misma*) y 40 (*Intento luchar contra la enfermedad*).

En relación a los ítem 1(*He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo cambiar la dieta)*) y 13 (Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)) muchas personas se sentían limitadas a la hora de responder. Alegaban haber realizado ejercicios físicos, participar en grupos de apoyo e incluso utilizar remedios caseros "*para levantar el ánimo"* como plantearon varias de las mujeres que se encuentran jubiladas. Los demás ítems del cuestionario no presentaron dificultades.

3.2 Análisis de los datos aportados por el Cuestionario de Juicio de Especialistas

Con los datos obtenidos tras la aplicación del cuestionario de juicio de especialistas se realizó un análisis de frecuencia en el cual se evidencia que, de un total de 12 especialistas, 1 (8,3 %) considera relativamente necesaria la validación del cuestionario mientras que, 11 (91,7%) consideran muy necesaria la validación del mismo (Ver tabla # 3).

Tabla # 3: Necesidad de Validación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	relativamente necesario	1	8,3	8,3	8,3
	muy necesario	11	91,7	91,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Teniendo en cuenta la estructura de la técnica y si esta favorece su comprensión, 3 especialistas (25%) consideran que la estructura favorece en parte la comprensión del instrumento y 9 (75%) plantean que la estructura favorece completamente su comprensión (Ver tabla # 4).

Tabla # 4: La estructura favorece la comprensión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	en parte	3	25,0	25,0	25,0
	completamente	9	75,0	75,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

En cuanto a la necesidad de modificar algunos elementos del cuestionario del total de especialistas consultados, 4 (33,3%) consideraron que si debería realzarse una modificación de algunos elementos (entre ellos el nombre del cuestionario, las instrucciones y los ítems 5, 10, 13, 14,15, 20 y 40), mientras que 8 (66,7%) no consideran necesaria la modificación de ninguno de los elementos del cuestionario (Ver tabla # 5).

Tabla # 5: Modificación de elementos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	4	33,3	33,3	33,3
	no	8	66,7	66,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Se pusieron a consideración de los especialistas las pautas de calificación de la técnica con el objetivo de obtener una valoración de las mismas que posibilitara una mejor interpretación del cuestionario para que a juicio de estos las calificaran. Se obtuvo que 2 personas (16,7%) consideran las pautas más suficientes que insuficientes, 3 (25%) consideran que son suficientes y 7 (58,3%) consideran que son muy suficientes (Ver tabla # 6).

Tabla # 6: Pautas de calificación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mas suficientes que insuficientes	2	16,7	16,7	16,7
	suficientes	3	25,0	25,0	41,7
	muy suficientes	7	58,3	58,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

En relación a la incorporación de nuevos ítems a la técnica 4 especialistas (33,3%) plantean que si le incorporarían nuevos ítems y 8 (66,7%) plantean que no consideran necesario incorporar nuevos ítems al cuestionario (Ver tabla # 7). Los ítems que se ponen en consideración para su incorporación al cuestionario en la sub-escala de Espíritu de Lucha son los siguientes:

- ✓ Considero que mis amigos (as) constituyen un apoyo esencial para afrontar mi situación de salud.
- ✓ El apoyo de mi familia constituye un apoyo esencial para mí.
- ✓ Creo que no necesito de otras personas para afrontar mi situación.

Tabla # 7: Incorporación de nuevos ítems.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	4	33,3	33,3	33,3
	no	8	66,7	66,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

De un total de 12 especialistas consultados, 11 (91,7%) le realizan algunos señalamientos al cuestionario mientras que 1 (8,3%) no le realiza señalamientos al cuestionario (Ver tabla # 8).

Tabla # 8: Señalamientos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	11	91,7	91,7	91,7
	no	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Tras la revisión del cuestionario por parte de los especialistas también se realizó un análisis cualitativo de los principales señalamientos realizados (Ver Anexo6). A partir de esta revisión se identificaron algunos elementos que debían ser modificados para una mejor comprensión del instrumento, entre ellos, los siguientes: las instrucciones, los ítems 5, 14,15, 20 y 40 deben someterse a una modificación manteniendo la idea original para proporcionar una mejor comprensión de ellos pues tienden a la ambigüedad, los ítems 10 y 13 deben ser enriquecidos con otras actividades con el fin de no limitar las opciones de respuesta de las personas. Se propone la incorporación en la sub-escala: "Espíritu de lucha" de tres ítems relacionados con la búsqueda de apoyo social como un importante recurso de afrontamiento ya que, en nuestro contexto las relaciones con los otros constituyen un factor determinante para las personas en su adaptación a la enfermedad.

3.3 Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer

Análisis factorial

Tras la realización del análisis factorial se obtuvieron 4 componentes (Ver Anexo 8) fundamentales que indican la validez de constructo del cuestionario, estos son: Espíritu de Lucha, Preocupación ansiosa, Desesperanza/Desamparo y Fatalismo.

El primer componente se encuentra altamente correlacionado con los ítems 1, 4, 5, 6, 10, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 28, 29, 31, 34, 39, 40, 41 y 42 haciendo referencia al "Espíritu de Lucha". Esto indican que él/la paciente acepta el diagnóstico, interpretándolo como una oportunidad para mejorar y como un reto, y que adopta una actitud optimista respecto al futuro, con sensación de control sobre la enfermedad y con estrategias de afrontamiento basadas fundamentalmente en la reevaluación positiva de la situación. Este componente explica aproximadamente el 14 % de la varianza.

El segundo componente agrupa los ítems 3, 12, 14, 19, 22, 27, 32 y 36 pertenecientes a la sub-escala "Preocupación Ansiosa" se interpreta el diagnóstico como una gran amenaza, percibiéndose poco control sobre la enfermedad, así como un pronóstico incierto (incertidumbre hacia el futuro) y excesiva atención a los síntomas físicos dirigidos a detectar la recaída. Este componente explica aproximadamente el 23 % de la varianza.

El tercer componente incluye los ítems 7, 15, 17, 24, 30, 33, 35 y 43 identificados con una estrategia de "Fatalismo", esto indica que él/la paciente ve el diagnóstico como una amenaza menor, el resultado será aceptado con ecuanimidad y no es posible ejercer ningún control sobre el cáncer. Este componente explica aproximadamente el 31% de la varianza.

El cuarto y último componente abarca los ítems 2, 8, 9, 21, 23, 25 y 37, estos hacen alusión a la sub-escala "Desesperanza/Desamparo" puesto que él/la paciente se siente desbordado/a con el diagnóstico, lo interpreta como una gran amenaza o pérdida, con ausencia de control, una percepción del pronóstico muy negativa y estrategias de afrontamiento muy limitadas, ya que la actitud predominante es la de rendición. Este componente explica aproximadamente el 39 % de la varianza.

La presencia de valores de la varianza menores al 50% indica que los componentes tienen muy pocas probabilidades de variar y por tanto son fiables. La presencia de valores de la varianza menores al 50% en el presente estudio indica que los componentes extraídos tienen muy pocas probabilidades de variar y por tanto son fiables (Ver Anexo 9).

El cuestionario utilizado posee 5 sub-escalas, sin embargo una vez realizado el análisis factorial una de ellas desaparece: la escala de Negación, esto está dado por los bajos niveles de saturación que este evidencia en la matriz de componentes. Al evaluar su consistencia interna se obtiene un valor de -1.028 lo que indica que la intensidad del mismo es muy débil y por lo tanto no es fiable. En este aspecto el cuestionario coincide con estudios previamente realizados en países como Francia (Cayrou, Dickés et al. 2003) y Colombia (Ferrero-Carreño, Bernal-Rojas et al. 2005).

Al analizar las comunalidades se puede conocer cuán relacionados se encuentran los ítems con el constructo que pretenden evaluar. Teniendo en cuenta los valores que se muestran en la tabla podemos decir que las variables que estudiadas están relacionadas entre sí. La varianza total explicada por los cuatro componentes muestra auto-valores superiores a 1.

Análisis de la confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad del Cuestionario de Afrontamiento a la Enfermedad, se realizó un análisis de consistencia interna a cada una de las dimensiones y al instrumento en general, haciendo referencia al grado en que los diferentes ítems de la escala están relacionados entre sí. Esta es una de las evidencias que debe mostrar todo test a fin de aportar su fiabilidad. Mediante este análisis se revela el grado de acuerdo entre los mismos y, por tanto, que éstos se puedan acumular y dar una puntuación global. Permite cuantificar el nivel de fiabilidad de una escala de medida. Para interpretar el análisis de confiabilidad es necesario conocer los rangos y los valores asociados a estos (Ver tabla # 9).

Tabla # 9.Rangos para interpretación del análisis de confiabilidad.

Rango de valores	Nivel de confiabilidad
Menor a 0.10	Ninguno
De 0.10 a 0.49	Bajo
De 0.50 a 0.69	Moderado
Igual o mayor que 0.70	Alto

Fuente: (Castañeda, Cabrera et al. 2010)

Teniendo en cuenta estos elementos se calculó la consistencia interna de cada componente (Ver Anexo 10), así como la consistencia del instrumento en general, donde $\alpha = 0.570$, teniendo en cuenta los rangos de valores para la interpretación del análisis de confiabilidad mostrados anteriormente el Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer presenta un nivel moderado de confiabilidad.

Correlaciones Bivariadas

Para determinar la validez de criterio del instrumento se realiza una correlación bivariada utilizando el coeficiente de correlación de Spearman simbolizado como (*rs*). El coeficiente de correlación se proporcionará en forma estandarizada, esto significa que su rango va de -1 a 1. Los valores más cercanos al valor 1 indican que existe una correlación positiva entre las variables y los más cercanos al valor -1 indican que dicha correlación es negativa.

El coeficiente de correlación de Spearman evidencia valores significativos entre las variables evaluadas (Ver Anexo 11). En los datos obtenidos podemos observar que existen valores iguales a 1 lo que indica una correlación positiva perfecta. La presencia de valores negativos muestra la existencia de correlaciones negativas perfectas (Ver anexo10). Estos valores evidencian una significancia al nivel de 0.01 así como al nivel 0.05. Los elementos anteriormente expuestos demuestran las propiedades psicométricas que el Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer evidencia para la muestra con la cual se trabaja en la presente investigación.

3.4 Análisis Integral

Para el estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario se realizaron algunas modificaciones sobre la base de los datos obtenidos en el estudio piloto referentes al nombre del cuestionario, el cual evoluciona de Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer a Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer. El nombre, las instrucciones del cuestionario así como los ítems 5, 10, 13, 14,15, 20 y 40, constituyen los principales elementos que generaron dificultades respecto a su comprensión, razón por la cual se decide realizar cambios en estos aspectos del instrumento. Estas trasformaciones coinciden con las opiniones emitidas por los especialistas durante el proceso de evaluación del cuestionario lo que favorece la comprensión del instrumento. Se incorporan además tres nuevos ítems relacionados con el apoyo social a la sub-escala "Espíritu de Lucha". La versión del Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer) quedó conformada por un total de 43 ítems, siendo erradicados las principales dificultades encontradas en el estudio piloto.

El Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer) para mujeres con cáncer de mama posee índices medios de confiabilidad, resultado obtenido a través de la aplicación de la prueba Alfa de Crombach.

La aplicación del Análisis de Componentes Principales a los datos obtenidos posibilitó determinar la estructura factorial de la prueba, la cual se agrupa en torno a 4 factores fundamentales: "Espíritu de Lucha", "Desesperanza/Desamparo", "Preocupación Ansiosa" y "Fatalismo" los cuales explican aproximadamente el 80 % de la varianza total.

El instrumento evidencia relaciones significativas con la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, lo que demuestra la validez de criterio del instrumento al comparar y obtener puntuaciones similares a otro instrumento que evalúa el mismo constructo, en este caso la escala de Lazarus y Folkman. Por lo tanto, el cuestionario adaptado cuenta con la fiabilidad y validez necesaria que todo instrumento debe evidenciar.

Teniendo en cuenta las propiedades psicométricas evidenciadas por este cuestionario en otras investigaciones podemos mencionar que en estudios realizados en Francia (Cayrou, 2003) con un total de 317 pacientes los niveles de confiabilidad muestran un valor de $\alpha = 0.75$, y en una muestra de 95 pacientes colombianos (Ferrero-Carreño, 2005) el valor de $\alpha = 0.70$, sin embargo

para la muestra de 60 mujeres con cáncer de mama utilizada en el presente estudio se muestra un valor de $\alpha = 0.57$ y se agrupa en 4 componentes o factores fundamentales: Espíritu de Lucha, Preocupación ansiosa, Desesperanza/Desamparo y Fatalismo, los cuales coinciden en gran medida por los encontrados en los estudios mencionados anteriormente.

Conclusiones

CONCLUSIONES

✓El Cuestionario sufrió modificaciones respecto a su nombre, en las instrucciones, así como en los ítems 5, 10, 13, 14,15, 20 y 40, elementos en los cuales se mostraban las principales dificultades en relación a la comprensión del instrumento. Estas modificaciones coinciden con las opiniones emitidas por los especialistas durante el proceso de evaluación del mismo.

✓Se incorporan tres nuevos ítems relacionados con el apoyo social a la sub-escala "Espíritu de Lucha". La versión corregida del Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer) quedó conformada por un total de 43 ítems.

✓ Es necesaria la adaptación y posterior validación del instrumento para la población de mujeres con cáncer de mama no solo de la provincia Villa clara sino también para el resto del país debido a que es una población muy sensible teniendo en cuenta los daños psicológicos que esta enfermedad genera.

✓ El Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer) para mujeres con cáncer de mama posee índices medios de confiabilidad, resultado obtenido a través de la aplicación de la prueba Alfa de Crombach.

✓ La estructura factorial de la prueba se agrupa en torno a 4 factores fundamentales: "Espíritu de Lucha", "Desesperanza/Desamparo", "Preocupación Ansiosa" y "Fatalismo" los cuales explican aproximadamente el 80 % de la varianza total.

✓ El instrumento evidencia relaciones significativas con la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, lo que demuestra la validez de criterio del instrumento al obtener puntuaciones similares a esta escala.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

✓ Ampliar la utilización del instrumento en el contexto de la Psicología de la Salud, especialmente en el tratamiento multidisciplinario de los pacientes oncológicos, es vital llevar a cabo un proceso de adaptación y validación de la técnica a nivel nacional.

✓ Elaborar el manual de aplicación correspondiente para facilitar el acercamiento de los profesionales a los supuestos teóricos en los que se sustenta, las principales estrategias de afrontamiento que contempla, así como las pautas de calificación de la prueba.

Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allemani, C., et al. (2014). Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2).

Álvarez, R. (2011). "Temas de Medicina General Integral. Vol II.." from www.ecured@idict.cu.

Arribas, M. (2004). " Diseño y evaluación de cuestionarios." Matronas Profesión 5(17): 23-29.

Balluerka, N., et al. (2007). "La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica." Psicothema 19(1): 124-133.

Bayo, J., et al. (2007). Cáncer de mama. Cuestiones más comunes. Madrid, Entheos.

Cayrou, S., et al. (2003). "The mental adjustment to cancer (mac) scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions." Psycho-Oncology 12: 8–23.

Castañeda, M., et al. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Un libro práctico para investigadores y administradores educativos Porto Alegre, Editora Universitária da PUCRS.

Costa-Requena, G. and F. Gil (2009). "The Mental Adjustment to Cancer scale: a psychometric analysis in Spanish cancer patients." Psycho-Oncology 18: 984-991.

Ferrero-Carreño, F., et al. (2005). "Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos." Avances en medición 3: 135-152.

Ferrero, J. B., P. Toledo,M. (1994). "Mental Adjustment to Cancer and quality of life in breast cancer patients: an axploratory study." Psicho-Oncology vol 3 223-232.

Font, A. C., A. (2009). "Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales." Psicooncología. Vol. 6, Núm. 1,: pp. 27-42.

Fundora, E. (2013). Adaptación y validación de la Escala Verbal del Test de Inteligencia Wechsler (WISC) en una población cubana. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Santa Clara, Universidad Central Marta Abreu de las Villas.

González, F. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Ciudad de La Habana, Ciencias Médicas.

Greer, S., et al. (1989). Patients adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale vs clinical ratings.

Hauser, K., et al. (2005). Harrison's Principles of Internal Medicine.

Hernández, R., et al. (2010). Metodología de la investigación. Mexico, McGRAW-HILL.

Hernández, E. and J. Grau (2005). Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones. Mexico.

Hernández, R. F.-C., C. Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México, McGraw-Hill Interamericana.

Knapp, E. (2007). Psicología de la Salud. La Habana, Cuba, Félix Varela.

Lazarus, R. (1986). "El concepto de Estrés en la Biología". Estrés y procesos cognitivos.

López, L. (2005). Instrumentos de evaluación psicológica.

Mikulic, I. and R. Muiños (2004). "La construccion y uso de instrumentos de evaluación en la investigación e intervención psicológica: El inventario de calidad de vida percibida (icv)." XII Anuario de Investigaciones: 193 - 202.

Molina, I. (2011). Validación concurrente del test de autoconcepto (CAG Manual Versión 1.0) en adolescentes cubanos. Facultad de Psicología. Santa Clara/, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.

Muñiz, J. and R. Hambleton (1996). "Directrices para la traducción y adaptación de los test.". from http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=737.

Núñez, M. (2013). "Hablando desde la experiencia: las mujeres cubanas de hoy y el cáncer de mama." Revista Cubana de Salud Pública 39(2): 394-401.

Osuna, Y. and Y. Hing (2009). Diseño de las Escalas de Deseabilidad y Alteración del inventario de Caracterización Bach. , Universidad Central Marta Abreu de Las Villas.

Palacio, C. H., J. (2009). Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento, de la clínica oncólogos de occidente s.A de la

ciudad de pereira en el año 2009. Facultad de ciencias humanas, sociales y de educación. EREIRA, Universidad Católica De Pereira.

Pino, M. (2014). Caracterización de la dinámica de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. Facultad de Psicología. Santa Clara, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Ribal, J. (2002). Evitar el cáncer... ¡Naturalmente! Métodos al alcance de todos para mantenerse alejado de la enfermedad.

Rodríguez, M. (2013). Como afronto el cáncer. Santiago de Cuba, Oriente.

Ruiz, L. (2013). Validación de constructo de la escala de autovaloración (EAA, versión 1.0) para adolescentes de la ciudad de Santa Clara. Departamento de Psicología. Santa Clara, Universidad Central "Martha Abreu" de Las Villas.

Sánchez-Ramírez, B., et al. (2012). "Abordaje diagnóstico del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Perinatología." Perinatología y Reproducción Humana 26(2): 106-114.

Schnoll, R., et al. (1998). "Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (mac) scale for assessing adaptation to breast cancer." Psycho-Oncology 7: 424–435.

Sebastián, J., et al. (2007). "Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial." Clínica y Salud 18(2): 137-161.

Sintes, A. (2008). Medicina General Integral. La Habana, Ciencias Médicas.

Varela, B., et al. (2011). "Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía." Revista de Psiquiatría del Uruguay| 75(2): 110-122.

Vargas, S. (2009). Confiabilidad Del Instrumento Brief Cope Inventory en español para Evaluar Estrategias De Afrontamiento en pacientes con cancer de seno. Bogotá, Colombia. Facultad de Enfermería. Bogota, Pontificia Universidad Javeriana.

Victoria, C. and M. González (2007). "Bienestar Picológico y cáncer de mama " Avances en Psicología Latinoamericana 25: 71- 80.

Anexos

ANEXO# 1

Consentimiento Informado

Yo ---------- he sido informada sobre el estudio y sus características, comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de retirarme del estudio cuando lo estime conveniente, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos. Comprendo que los datos obtenidos son confidenciales y anónimos por tanto presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y para que así conste firmo: ----------

Investigador (a) ---------- Firma----------

ANEXO# 2

Encuestas de evaluación dirigida a especialistas.

Usted ha sido seleccionado para formar parte de un grupo de expertos que evaluará una escala orientada a determinar de manera rápida posibles respuestas desadaptadas ante el diagnóstico de cáncer y poder establecer el apoyo psicológico pertinente. En Cuba, hasta el momento, no se ha validado ningún instrumento que lo permita, de ahí la importancia de la presente investigación y de su rol como especialista en este ejercicio profesional. A través del proceso de validación se pretende brindar un instrumento válido y confiable para determinar los estilos de afrontamiento empleados por personas que padecen cáncer de mama y proponer alternativas que contribuyan a elevar su calidad de vida. Gracias por su cooperación.

Profesión: _____ Años de experiencia: _____
Ocupación: _____
Grado científico de Doctor_____ Título académico de Máster: _____
Categoría Docente: _____

1- ¿Considera Ud. necesario la validación en nuestro país de un instrumento para evaluar los estilos de afrontamiento empleados por personas que padecen cáncer de mama?
_____No es necesario _____Relativamente necesario _____Muy necesario

2-¿Considera que la estructura y organización de la escala facilita la comprensión del lector, favoreciendo la posibilidad de su uso?

_____En nada _____En parte _____Completamente

3- ¿Considera necesario modificar algunos de los términos empleados en los ítems por no ser conocidos o apropiados a nuestro medio?
_____No _____Si

En caso afirmativo señale:

Ítems_____ Palabra a modificar: _____
Ítems_____ Palabra a modificar: _____
Ítems_____ Palabra a modificar: _____

4- Considera Ud. que sería necesario incorporar otros ítems a algunos de las sub-escalas? ___
Sí ___ No

Sub-escala: _____ Propuesta de ítems
_____

5- ¿Cómo considera las pautas de calificación o interpretación?

Completamente insuficientes_____ Insuficientes ___ Más Suficientes que Insuficientes___
Suficientes____ Muy suficientes____
Sugerencias_____
_____
_____

6-¿Algún(os) señalamiento(os) o alguna(s) recomendación(es) que quisiera agregar?
_____Sí _____No

Señalamientos: _____
_____
_____

Recomendaciones: _____

ANEXO# 3

Encuestas de evaluación dirigida a especialistas.

Usted ha sido seleccionado para formar parte de un grupo de expertos que evaluará una escala orientada a determinar de manera rápida posibles respuestas desadaptadas ante el diagnóstico de cáncer y poder establecer el apoyo psicológico pertinente. En Cuba, hasta el momento, no se ha validado ningún instrumento que lo permita, de ahí la importancia de la presente investigación y de su rol como especialista en este ejercicio profesional. A través del proceso de validación se pretende brindar un instrumento válido y confiable para determinar los estilos de afrontamiento empleados por personas que padecen cáncer de mama y proponer alternativas que contribuyan a elevar su calidad de vida. Gracias por su cooperación.

Profesión: _____ Años de experiencia: _____
Ocupación: _____
Grado científico de Doctor_____ Título académico de Máster: _____
Categoría Docente: _____

1- ¿Considera Ud. necesario la validación en nuestro país de un instrumento para evaluar los estilos de afrontamiento empleados por personas que padecen cáncer de mama?
_____No es necesario _____Relativamente necesario _____Muy necesario

2-¿Considera que la estructura y organización de la escala facilita la comprensión del lector, favoreciendo la posibilidad de su uso?

_____En nada _____En parte _____Completamente

3- Considera Ud. que las frases del cuestionario son coherentes.
_____ No _____ Sí

4- ¿Considera necesario modificar algunos de los términos empleados en los ítems por no ser conocidos o apropiados a nuestro medio?

_____No _____Si

En caso afirmativo señale:

Ítems_____ Palabra a modificar: _____

Ítems_____ Palabra a modificar: _____

Ítems_____ Palabra a modificar: _____

5-¿Algún(os) señalamiento(os) o alguna(s) recomendación(es) que quisiera agregar?

____Sí ____No

Señalamientos: _____

ANEXO# 4

Cuestionario de Afrontamiento al Cáncer

Nombre: …… Edad…….

A continuación se muestran frases que describen algunas reacciones, pensamientos y comportamientos que experimentan las personas en relación a su enfermedad. Teniendo en cuenta esta realidad, indique hasta qué punto pueden aplicarse a usted.

Si está **seguro (a)** que **no es aplicable** a su caso, señale el 1 en la primera columna.

Si **piensa** que **no es aplicable**, señale el 2 en la segunda columna.

Si **piensa** que **es aplicable**, señale el 3 en la tercera columna.

Si está **seguro (a)** que **es aplicable** a su caso, señale el 4.

Por favor, escriba el nombre de su enfermedad: ----------

Frases.	Falso		Verdadero	
	Seguro	Pienso	Pienso	Seguro
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, cambiar la dieta, hacer ejercicio físico)	1	2	3	4
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme.	1	2	3	4
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	1	2	3	4
4. Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud.	1	2	3	4
5. No le doy vueltas en mi cabeza a la enfermedad	1	2	3	4
6. Considero firmemente que mejoraré	1	2	3	4
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	1	2	3	4
8. Dejo todo en manos de mis médicos	1	2	3	4
9. Siento que en la vida no me queda esperanza	1	2	3	4

10. Obedezco las orientaciones de mi médico para poder seguir adelante.	1	2	3	4
11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	1	2	3	4
12. Será lo que Dios quiera	1	2	3	4
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo, con mi pareja, con mi familia, con mis amigos)	1	2	3	4
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad, o que se agrave la que tengo	1	2	3	4
15. He tenido una buena vida; lo que me quede será bien recibido.	1	2	3	4
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel sobre mi salud	1	2	3	4
17. No hay nada que yo pueda hacer para ayudarme	1	2	3	4
18. Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre	1	2	3	4
19. Me gustaría estar en contacto con personas que se encuentren en mi misma situación	1	2	3	4
20. Estoy decidida a poner mi salud por encima de todo	1	2	3	4
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí	1	2	3	4
22. Siento mucha ansiedad a causa de esta enfermedad	1	2	3	4
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
24. De momento, procuro vivir día a día	1	2	3	4
25. Me siento como si me hubiera rendido	1	2	3	4
26. Trato de tomarlo con sentido del humor	1	2	3	4

27. Hay personas que se preocupan por mí, más que yo misma	1	2	3	4
28. Pienso en otras personas que están peor que yo	1	2	3	4
29. Intento conseguir toda la información que puedo	1	2	3	4
30. Creo que no puedo controlar lo que sucede	1	2	3	4
31. Trato de tener una actitud muy positiva	1	2	3	4
32. Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	1	2	3	4
33. Evito informarme más sobre la enfermedad	1	2	3	4
34. Veo mi enfermedad como un reto	1	2	3	4
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser, será	1	2	3	4
36. Me siento completamente desorientada sobre lo que he de hacer	1	2	3	4
37. Estoy muy enojada por lo que me ha pasado	1	2	3	4
38. En realidad, yo no tengo una enfermedad maligna	1	2	3	4
39. Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad	1	2	3	4
40. Lucho contra la enfermedad	1	2	3	4
41. Considero que mis amigos/as constituyen un apoyo esencial para mí.	1	2	3	4
42. El apoyo de mi familia es importante para afrontar mi situación actual de salud	1	2	3	4
43. Creo que no necesito de otras personas para hacerle frente a mi enfermedad.	1	2	3	4

ANEXO# 5

Escala Modos De Afrontamiento De Lazarus

Nombre: ---------- Edad: ----------

Sexo: ---------- Estado civil: ----------

INSTRUCCIONES:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en qué medida usted actúa en cada uno de ellos.

0 En absoluto.

1 En alguna medida.

2 Bastante.

3 En gran medida.

Ítems	En absoluto (0)	En alguna medida (1)	Bastante (2)	En gran medida (3)
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)				
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.				
3.Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás				
4. Creí que el tiempo cambiaria las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar				

5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación				
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.				
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión				
8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema				
9. Me critiqué o me sermonee a mí mismo				
10. No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta				
11. Confíe en que ocurría un milagro.				
12.Seguíadelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)				
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada				
14. Intenté guardar para mí, mis sentimientos				
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno				
16. Dormí más de lo habitual				
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema				

18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona				
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor				
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo				
21. Intenté olvidarme de todo				
22. Busqué la ayuda de un profesional				
23. Cambié, maduré como persona				
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada				
25. Me disculpé o hice algo para compensar				
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí				
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería				
28. De algún modo expresé mis sentimientos				
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema				
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré				
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema				
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas				

vacaciones				
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.				
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado				
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso				
36. Tuve fe en algo nuevo				
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara				
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida				
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien				
40. Evité estar con la gente				
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo				
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo				
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas				
44. No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio				
45. Le conté a alguien cómo me sentía				

46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería				
47. Me desquité con los demás				
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar				
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien				
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.				
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez				
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema.				
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto				
54. Intenté que mis sentimientos no interfieran demasiado con mis cosas.				
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía				
56. Cambié algo en mi				
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente				
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo				

59. Fantaseé e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas.				
60. Recé.				
61. Me preparé mentalmente para lo peor				
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría				
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo				
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona				
65. Me recordé a mí mismo cuanto peor podrían ser las cosas				
66. Corrí o hice ejercicio				
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríbalo)				

ANEXO# 6

Principales señalamientos realizados por los especialistas.

Tras la revisión del cuestionario por parte de los especialistas se identificaron algunos elementos que debían ser modificados para una mejor comprensión del cuestionario.

- ✓ Los especialistas coinciden en que el título del cuestionario (Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer) debe ser modificado ya que el mismo está dirigido a identificar estrategias de afrontamiento, por lo que el término "ajuste mental" resulta inapropiado en relación con la categoría que estudia el cuestionario.
- ✓ Las instrucciones también requieren una modificación para proporcionar una mayor comprensión de la demanda, pues la redacción de las mismas generaba confusión a las personas.
- ✓ Los ítems 5, 14,15 y 40 deben someterse a una modificación manteniendo la idea original para proporcionar una mejor comprensión de ellos, pues, la forma en que se encuentran redactados genera algunas incomprensiones tras su lectura.
- ✓ Los ítems 10 y 13 deben ser enriquecidos con otras actividades para no limitar las opciones de respuesta de las personas. Ejemplo: en el ítem 10 se deben incorporar otras actividades como el realizar una dieta balanceada. En el caso del ítem 13 se debe destacar los planes que una persona pueda hacer teniendo en cuenta las amistades, la pareja, la familia.
- ✓ En la sub escala: "Espíritu de lucha" se deben agregar ítems relacionados con la búsqueda de apoyo social como recurso de afrontamiento ya que en nuestro contexto las relaciones con los otros constituyen un factor determinante.

Propuesta de ítems:

1- Considero que mis amigos/as constituyen un apoyo esencial para mi salud.
2- El apoyo de mi familia es esencial para afrontar mi situación de salud actual.
3- Creo que no necesito apoyo para hacerle frente a mi situación actual

ANEXO# 7

Directrices para la adaptación y validación de los test.

Categorías y aspectos analizados por las Nuevas Directrices de la Comisión Internacional de Tests (ITC) para la traducción y adaptación de los tests.

Categorías	Número de Directrices	Aspectos Analizados
Previas	5	-Marco Legal. -Diseño. -Evaluación del constructo. -Adaptación Lingüística.
Desarrollo	5	-Adaptación Cultural. -Estudios piloto. -Recogida de datos.
Confirmación	4	-Equivalencia. -Fiabilidad. -Validación.
Aplicación	2	-Administración. -Interp. de las puntuaciones.
Puntuación e Interpretación	2	-Comparabilidad. -Cambios entre versiones.
Documentación	2	-Uso correcto.

ANEXO# 8

Tabla # 9: Matriz de componentes rotados

	Componentes			
	1	2	3	4
mac1	0,498	-0,038	0,004	-0,433
mac2	-0,513	0,132	0,162	0,555
mac3	-0,246	0,203	0,083	-0,042
mac4	0,542	0,610	0,114	0,357
mac5	0,235	0,276	-0,205	0,031
mac6	0,485	0,332	-0,186	-0,060
mac7	-0,055	0,185	0,114	-0,379
mac8	0,050	-0,027	0,098	0,364
mac9	-0,420	0,136	0,462	-0,455
mac10	0,181	0,240	-0,147	0,249
mac11	0,757	0,309	0,163	-0,195
mac12	0,117	0,291	-0,017	-0,024
mac13	0,626	-0,369	0,014	0,133
mac14	-0,098	0,022	0,454	0,294
mac15	0,075	0,295	0,215	-0,297
mac16	0,293	0,420	0,281	0,251
mac17	-0,295	0,441	0,358	-0,025
mac18	0,274	0,246	-0,028	-0,172
mac19	0,234	-0,173	0,008	0,008
mac20	0,437	0,498	-0,098	0,399
mac21	-0,210	-0,108	0,029	0,229
mac22	-0,402	-0,100	0,609	0,222
mac23	-0,521	0,029	0,658	-0,054
mac24	0,402	-0,505	0,488	0,209
mac25	-0,422	0,106	0,340	-0,326
mac26	0,487	-0,155	0,104	-0,232
mac27	0,157	0,187	-0,179	-0,104
mac28	0,038	0,083	-0,215	0,228
mac29	0,082	-0,121	0,004	0,019
mac30	-0,203	0,204	0,488	-0,032
mac31	0,681	-0,448	0,407	0,089
mac32	0,237	0,295	-0,160	-0,379
mac33	-0,156	0,382	0,263	-0,311
mac34	0,583	-0,481	0,272	0,119
mac35	0,582	-0,176	0,509	-0,196
mac36	-0,365	0,493	-0,036	-0,276
mac37	-0,586	-0,090	0,168	0,586
mac38	-0,432	0,012	-0,320	0,081
mac39	0,218	-0,192	-0,115	0,218
mac40	0,355	-0,051	0,428	-0,226
mac41	0,403	0,591	0,202	0,358
mac42	0,403	0,591	0,202	0,358
mac43	0,000	-0,027	-0,089	0,253

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

ANEXO# 9

Tabla # 10: Proporción de la varianza explicada por cada uno de los ítems.

Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
6,371	14,815	14,815	4,895	11,383	11,383
3,939	9,161	23,976	4,278	9,948	21,332
3,374	7,847	31,823	3,954	9,195	30,526
3,177	7,389	39,213	3,735	8,686	39,213

ANEXO# 10

Tabla # 11: Estadísticos de fiabilidad

Componentes	Alfa de Cronbach	No. de elementos
1	,655	19
2	,389	8
3	,308	8
4	,530	7
Total	,570	43

ANEXO11

Tabla # 12: Correlaciones

		mac1	mac2	mac3	mac4	mac5	mac6	mac7	mac8	mac9	mac10	mac11	mac12	mac13	mac14	mac15
mac1	rs	,235(*)	-0.050	0.181	,289(*)	-0.114	0.002	0.070	0.092	0.066	,268(*)	0.087	,246(*)	0.017	0.043	0.157
	Sig. (unilateral)	0.035	0.351	0.084	0.012	0.193	0.493	0.297	0.242	0.309	0.019	0.256	0.029	0.449	0.371	0.116
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	0.031	0.135	-0.089	0.104	-0.054	0.026	-,369(**)	0.039	-0.010	0.018	0.079	-0.126	-0.018	0.110	-0.175
	Sig. (unilateral)	0.406	0.152	0.248	0.215	0.341	0.422	0.002	0.383	0.470	0.446	0.275	0.170	0.446	0.201	0.091
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	-0.085	,269(*)	0.148	0.131	-0.084	-0.025	-0.039	0.108	0.146	-0.017	0.062	0.005	-0.007	0.013	-0.100
	Sig. (unilateral)	0.258	0.019	0.130	0.160	0.262	0.426	0.385	0.205	0.133	0.450	0.318	0.484	0.480	0.460	0.223
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	-0.163	,369(**)	,220(*)	-0.131	-0.113	-0.142	-0.123	0.000	,301(**)	-0.122	-,230(*)	-0.110	-,297(*)	,252(*)	-0.030
	Sig. (unilateral)	0.107	0.002	0.045	0.160	0.196	0.140	0.175	0.499	0.010	0.176	0.038	0.201	0.011	0.026	0.410
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	,312(**)	-0.101	-,253(*)	,251(*)	0.087	,266(*)	0.033	,307(**)	-,216(*)	0.064	,255(*)	,325(**)	,256(*)	0.090	0.161
	Sig. (unilateral)	0.008	0.221	0.026	0.027	0.253	0.020	0.402	0.009	0.049	0.313	0.025	0.006	0.024	0.247	0.110
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		mac16	mac17	mac18	mac19	mac20	mac21	mac22	mac23	mac24	mac25	mac26	mac27	mac28	mac29
mac1	rs	0.060	-0.165	,253(*)	,269(*)	0.119	-0.197	-0.213	-0.207	0.091	-0.155	,220(*)	,372(**)	0.146	,257(*)
	Sig. (unilateral)	0.324	0.103	0.026	0.019	0.182	0.066	0.051	0.056	0.245	0.119	0.045	0.002	0.134	0.024
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	0.076	,517(**)	-0.103	-0.179	0.062	0.032	,274(*)	,355(**)	-0.054	0.019	-0.173	-0.167	0.174	0.016
	Sig. (unilateral)	0.281	0.000	0.216	0.085	0.319	0.404	0.017	0.003	0.340	0.442	0.093	0.102	0.092	0.452
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	-0.102	0.151	-0.129	0.054	0.088	,290(*)	0.132	,443(**)	-0.120	0.185	-,244(*)	-,242(*)	0.047	0.137
	Sig. (unilateral)	0.220	0.124	0.162	0.342	0.253	0.012	0.158	0.000	0.180	0.078	0.030	0.031	0.361	0.147
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	,567(**)	0.051	,408(**)	0.082	,701(**)	-0.066	-0.156	-,225(*)	-0.047	-,287(*)	,249(*)	,279(*)	0.209	0.205
	Sig. (unilateral)	0.000	0.349	0.001	0.267	0.000	0.307	0.118	0.042	0.360	0.013	0.027	0.016	0.055	0.058
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	0.112	-0.070	,354(**)	0.044	0.178	-0.075	-,263(*)	-,266(*)	-0.162	-0.165	,238(*)	-0.067	0.079	0.116
	Sig. (unilateral)	0.196	0.299	0.003	0.370	0.087	0.283	0.021	0.020	0.109	0.104	0.033	0.306	0.274	0.189
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		mac30	mac31	mac32	mac33	mac34	mac35	mac36	mac37	mac38	mac39	mac40	mac41	mac42	mac43
mac1	rs	-0.068	,427(**)	,360(**)	-0.070	,352(**)	,441(**)	-0.142	-,417(**)	-,248(*)	0.128	,241(*)	0.119	0.119	-0.199
	Sig. (unilateral)	0.302	0.000	0.002	0.297	0.003	0.000	0.140	0.000	0.028	0.166	0.032	0.182	0.182	0.064
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	0.082	-,298(*)	-0.082	-0.001	-,249(*)	-,305(**)	0.186	,381(**)	,272(*)	-0.026	-0.174	0.062	0.062	,337(**)
	Sig. (unilateral)	0.267	0.010	0.267	0.497	0.027	0.009	0.077	0.001	0.018	0.423	0.092	0.319	0.319	0.004
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	-0.050	-0.162	0.005	-0.048	-,324(**)	-0.161	0.097	,279(*)	,274(*)	-,240(*)	-0.036	0.088	0.088	0.167
	Sig. (unilateral)	0.353	0.109	0.483	0.358	0.006	0.109	0.230	0.016	0.017	0.032	0.394	0.253	0.253	0.101
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	-0.090	,408(**)	0.204	-0.059	,234(*)	,416(**)	-,299(*)	-,278(*)	-,354(**)	0.152	,279(*)	,701(**)	,701(**)	0.035
	Sig. (unilateral)	0.248	0.001	0.059	0.327	0.036	0.000	0.010	0.016	0.003	0.124	0.016	0.000	0.000	0.396
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	-0.211	0.167	0.056	0.001	0.087	0.029	-0.196	-,261(*)	0.006	0.170	0.157	0.178	0.178	0.119
	Sig. (unilateral)	0.053	0.102	0.337	0.497	0.255	0.412	0.066	0.022	0.483	0.097	0.115	0.087	0.087	0.183
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		woc1	**woc2**	**woc3**	**woc4**	**woc5**	**woc6**	**woc7**	**woc8**	**woc9**	**woc10**	**woc11**	**woc12**	**woc13**	**woc14**	**woc15**
mac1	rs	,235(*)	0.031	-0.085	-0.163	,312(**)	-0.079	0.092	0.186	0.015	,235(*)	0.197	-0.031	0.179	-0.028	0.161
	Sig. (unilateral)	0.035	0.406	0.258	0.107	0.008	0.274	0.242	0.078	0.455	0.035	0.066	0.407	0.085	0.416	0.109
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	-0.050	0.135	,269(*)	,369(**)	-0.101	0.039	-0.062	-0.024	,280(*)	-0.050	-0.058	0.019	-0.204	,255(*)	-0.119
	Sig. (unilateral)	0.351	0.152	0.019	0.002	0.221	0.383	0.319	0.427	0.015	0.352	0.330	0.443	0.059	0.024	0.183
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	0.181	-0.089	0.148	,220(*)	-,253(*)	0.141	0.167	0.065	0.166	-0.103	0.116	0.011	-0.167	0.212	-0.207
	Sig. (unilateral)	0.084	0.248	0.130	0.045	0.026	0.142	0.101	0.310	0.102	0.217	0.189	0.467	0.101	0.052	0.056
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	,289(*)	0.104	0.131	-0.131	,251(*)	0.132	0.024	,365(**)	0.039	,405(**)	,266(*)	,307(**)	,356(**)	0.087	,478(**)
	Sig. (unilateral)	0.012	0.215	0.160	0.160	0.027	0.157	0.427	0.002	0.383	0.001	0.020	0.009	0.003	0.254	0.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	-0.114	-0.054	-0.084	-0.113	0.087	,237(*)	-0.132	-0.014	-0.170	0.133	0.062	,229(*)	,315(**)	-0.063	,381(**)
	Sig. (unilateral)	0.193	0.341	0.262	0.196	0.253	0.034	0.157	0.458	0.097	0.156	0.319	0.039	0.007	0.315	0.001
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		woc16	woc17	woc18	woc19	woc20	woc21	woc22	woc23	woc24	woc25	woc26	woc27	woc28	woc29	woc30
mac1	rs	-,242(*)	0.114	-0.006	0.184	0.071	-0.063	0.063	,274(*)	-0.018	0.089	0.102	0.174	,275(*)	-0.086	0.171
	Sig. (unilateral)	0.031	0.193	0.483	0.080	0.295	0.315	0.316	0.017	0.445	0.250	0.218	0.092	0.017	0.257	0.095
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	0.010	-0.076	0.100	-,253(*)	-0.121	0.063	0.076	-,277(*)	0.209	0.032	-0.096	-0.196	-0.133	0.060	-0.122
	Sig. (unilateral)	0.471	0.281	0.223	0.026	0.179	0.316	0.281	0.016	0.054	0.404	0.233	0.067	0.156	0.323	0.176
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	-0.066	0.105	-0.178	-,217(*)	0.022	0.186	-0.095	-0.093	0.025	-0.057	-0.078	-0.034	0.016	-0.029	-0.021
	Sig. (unilateral)	0.309	0.212	0.087	0.048	0.433	0.077	0.236	0.241	0.425	0.333	0.277	0.398	0.451	0.413	0.438
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	-,278(*)	0.030	,455(**)	,319(**)	,218(*)	,228(*)	,577(**)	,286(*)	0.071	-,312(**)	,262(*)	,356(**)	,318(**)	0.047	,504(**)
	Sig. (unilateral)	0.016	0.410	0.000	0.007	0.048	0.040	0.000	0.013	0.295	0.008	0.022	0.003	0.007	0.360	0.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	-0.214	-0.078	0.178	0.144	,246(*)	-0.059	,287(*)	,244(*)	0.035	-0.194	-0.037	0.203	0.148	0.042	,233(*)
	Sig. (unilateral)	0.050	0.277	0.086	0.136	0.029	0.326	0.013	0.030	0.396	0.069	0.389	0.059	0.130	0.376	0.037
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		woc31	woc32	woc33	woc34	woc35	woc36	woc37	woc38	woc39	woc40	woc41	woc42	woc43	woc44
mac1	rs	0.036	-0.044	-,438(**)	0.030	0.017	,299(*)	,296(*)	,515(**)	,302(**)	-0.044	0.072	0.147	-0.181	0.029
	Sig. (unilateral)	0.393	0.369	0.000	0.409	0.448	0.010	0.011	0.000	0.009	0.369	0.292	0.131	0.084	0.414
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	0.130	-0.089	,262(*)	-0.133	-0.184	-,308(**)	-0.190	-,568(**)	-,230(*)	0.040	-0.085	0.036	0.043	0.090
	Sig. (unilateral)	0.161	0.250	0.021	0.155	0.080	0.008	0.073	0.000	0.038	0.380	0.260	0.392	0.371	0.248
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	0.185	-0.126	0.007	0.055	-0.168	0.014	-0.160	-0.172	-0.134	-0.059	-0.189	-0.192	-0.057	-0.012
	Sig. (unilateral)	0.079	0.169	0.479	0.339	0.100	0.457	0.111	0.094	0.153	0.327	0.074	0.071	0.332	0.463
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	,344(**)	0.035	0.061	,229(*)	0.185	,431(**)	,370(**)	,496(**)	,261(*)	0.047	,222(*)	0.028	-,344(**)	0.043
	Sig. (unilateral)	0.004	0.396	0.321	0.039	0.079	0.000	0.002	0.000	0.022	0.360	0.044	0.416	0.004	0.371
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	-0.032	0.119	-0.023	0.049	,223(*)	0.173	,353(**)	,238(*)	0.063	-0.109	0.022	-0.074	-0.102	-0.013
	Sig. (unilateral)	0.403	0.182	0.432	0.356	0.044	0.093	0.003	0.034	0.315	0.203	0.432	0.287	0.220	0.462
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		woc45	woc46	woc47	woc48	woc49	woc50	woc51	woc52	woc53	woc54	woc55	woc56	woc57
mac1	rs	0.153	,408(**)	0.065	-,249(*)	,253(*)	-0.099	0.150	-0.020	0.012	0.084	0.178	0.209	0.161
	Sig. (unilateral)	0.121	0.001	0.312	0.027	0.026	0.225	0.126	0.439	0.465	0.262	0.087	0.055	0.109
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	-,249(*)	-0.166	-0.043	0.183	-0.084	-0.116	-0.111	-0.049	0.016	0.054	-0.060	0.028	0.008
	Sig. (unilateral)	0.027	0.103	0.371	0.081	0.262	0.190	0.199	0.354	0.451	0.342	0.324	0.417	0.476
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	0.037	-0.060	-0.061	-0.086	0.014	-0.070	0.051	-,224(*)	-0.046	-0.003	-0.077	0.086	-0.083
	Sig. (unilateral)	0.390	0.325	0.321	0.256	0.457	0.297	0.350	0.043	0.363	0.490	0.280	0.256	0.265
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	,243(*)	,577(**)	0.017	-,273(*)	,416(**)	0.093	,221(*)	-0.047	,261(*)	0.198	0.194	0.124	0.097
	Sig. (unilateral)	0.031	0.000	0.449	0.018	0.000	0.239	0.045	0.361	0.022	0.064	0.068	0.173	0.231
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	-0.015	,297(*)	0.058	0.069	0.167	-0.128	0.097	0.124	0.128	0.062	-0.050	0.006	-0.109
	Sig. (unilateral)	0.456	0.011	0.330	0.300	0.101	0.165	0.231	0.173	0.165	0.320	0.351	0.482	0.203
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		mac1	mac2	mac3	mac4	mac5	mac6	mac7	mac8	mac9	mac10	mac11	mac12	mac13	mac14	mac15
woc1	rs	,235(*)	-0.050	0.181	,289(*)	-0.114	0.002	0.070	0.092	0.066	,268(*)	0.087	,246(*)	0.017	0.043	0.157
	Sig. (unilateral)	0.035	0.351	0.084	0.012	0.193	0.493	0.297	0.242	0.309	0.019	0.256	0.029	0.449	0.371	0.116
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
woc2	rs	0.031	0.135	-0.089	0.104	-0.054	0.026	-,369(**)	0.039	-0.010	0.018	0.079	-0.126	-0.018	0.110	-0.175
	Sig. (unilateral)	0.406	0.152	0.248	0.215	0.341	0.422	0.002	0.383	0.470	0.446	0.275	0.170	0.446	0.201	0.091
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
woc3	rs	-0.085	,269(*)	0.148	0.131	-0.084	-0.025	-0.039	0.108	0.146	-0.017	0.062	0.005	-0.007	0.013	-0.100
	Sig. (unilateral)	0.258	0.019	0.130	0.160	0.262	0.426	0.385	0.205	0.133	0.450	0.318	0.484	0.480	0.460	0.223
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
woc4	rs	-0.163	,369(**)	,220(*)	-0.131	-0.113	-0.142	-0.123	0.000	,301(**)	-0.122	-,230(*)	-0.110	-,297(*)	,252(*)	-0.030
	Sig. (unilateral)	0.107	0.002	0.045	0.160	0.196	0.140	0.175	0.499	0.010	0.176	0.038	0.201	0.011	0.026	0.410
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
woc5	rs	,312(**)	-0.101	-,253(*)	,251(*)	0.087	,266(*)	0.033	,307(**)	-,216(*)	0.064	,255(*)	,325(**)	,256(*)	0.090	0.161
	Sig. (unilateral)	0.008	0.221	0.026	0.027	0.253	0.020	0.402	0.009	0.049	0.313	0.025	0.006	0.024	0.247	0.110
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		mac16	mac17	mac18	mac19	mac20	mac21	mac22	mac23	mac24	mac25	mac26	mac27	mac28	mac29
woc1	rs	0.087	0.000	-0.006	-0.185	0.156	-0.117	-0.053	0.105	0.048	0.094	-0.134	,315(**)	-0.089	0.115
	Sig. (unilateral)	0.256	0.499	0.482	0.078	0.117	0.186	0.343	0.212	0.358	0.237	0.153	0.007	0.251	0.192
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
woc2	rs	0.183	0.159	-0.066	,329(**)	0.148	,215(*)	0.104	0.182	-0.018	-0.169	-0.050	-0.118	,319(**)	0.169
	Sig. (unilateral)	0.081	0.112	0.309	0.005	0.130	0.050	0.214	0.082	0.445	0.098	0.353	0.184	0.006	0.099
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
woc3	rs	0.024	,216(*)	0.029	,257(*)	0.061	,231(*)	,368(**)	,253(*)	0.030	0.022	-0.034	-0.115	,335(**)	0.191
	Sig. (unilateral)	0.428	0.049	0.413	0.024	0.321	0.038	0.002	0.025	0.410	0.435	0.398	0.190	0.004	0.072
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
woc4	rs	0.029	,364(**)	-0.100	0.124	-,254(*)	0.193	,607(**)	,633(**)	0.166	0.206	-0.088	-0.213	0.053	-0.075
	Sig. (unilateral)	0.413	0.002	0.224	0.173	0.025	0.070	0.000	0.000	0.102	0.057	0.253	0.051	0.343	0.283
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
woc5	rs	0.067	-0.174	,257(*)	,244(*)	0.130	-0.003	0.112	-0.212	-0.189	-0.138	0.088	,454(**)	0.007	,358(**)
	Sig. (unilateral)	0.304	0.092	0.024	0.030	0.160	0.492	0.198	0.052	0.074	0.147	0.253	0.000	0.480	0.002
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		mac30	mac31	mac32	mac33	mac34	mac35	mac36	mac37	mac38	mac39	mac40	mac41	mac42	mac43
mac1	rs	-0.032	-0.006	0.049	0.041	-0.076	0.115	-0.037	0.110	-0.072	-0.002	0.196	,384(**)	,384(**)	0.015
	Sig. (unilateral)	0.404	0.482	0.356	0.377	0.283	0.191	0.390	0.200	0.293	0.494	0.067	0.001	0.001	0.455
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	0.082	0.063	-0.194	0.158	0.107	0.161	-0.035	0.056	-0.190	,240(*)	-0.202	-0.055	-0.055	,319(**)
	Sig. (unilateral)	0.268	0.315	0.069	0.114	0.209	0.110	0.395	0.335	0.073	0.032	0.061	0.337	0.337	0.007
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	-0.038	-0.047	-0.031	,243(*)	-0.016	0.038	0.099	0.099	0.012	0.068	0.109	0.186	0.186	,318(**)
	Sig. (unilateral)	0.387	0.359	0.406	0.031	0.451	0.387	0.226	0.227	0.463	0.303	0.204	0.077	0.077	0.007
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	0.158	-0.088	-0.070	,414(**)	-,341(**)	-0.140	0.197	,383(**)	,227(*)	0.088	-0.023	-0.029	-0.029	,295(*)
	Sig. (unilateral)	0.114	0.252	0.299	0.001	0.004	0.142	0.066	0.001	0.041	0.252	0.430	0.413	0.413	0.011
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	-,238(*)	0.123	0.051	-0.047	,238(*)	0.144	-0.186	-0.120	-0.102	0.198	-0.010	0.130	0.130	-0.037
	Sig. (unilateral)	0.033	0.175	0.350	0.359	0.034	0.136	0.078	0.181	0.219	0.065	0.471	0.160	0.160	0.390
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		woc1	woc2	woc3	woc4	woc5	woc6	woc7	woc8	woc9	woc10	woc11	woc12	woc13	woc14	woc15
mac1	rs	1.000	-,239(*)	-0.120	0.065	0.190	0.201	0.101	,402(**)	0.044	,241(*)	0.164	,296(*)	,281(*)	-0.162	0.176
	Sig. (unilateral)	.	0.033	0.181	0.312	0.073	0.062	0.220	0.001	0.368	0.032	0.105	0.011	0.015	0.108	0.089
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	-,239(*)	1.000	,457(**)	,298(*)	0.081	-0.053	,259(*)	-,308(**)	,371(**)	-0.135	-0.117	-,261(*)	-0.196	,448(**)	-0.025
	Sig. (unilateral)	0.033	.	0.000	0.010	0.269	0.343	0.023	0.008	0.002	0.153	0.186	0.022	0.067	0.000	0.426
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	-0.120	,457(**)	1.000	,384(**)	0.178	0.122	,221(*)	0.030	,359(**)	-0.031	0.055	-0.032	0.029	,425(**)	-0.023
	Sig. (unilateral)	0.181	0.000	.	0.001	0.086	0.176	0.045	0.409	0.002	0.406	0.339	0.405	0.412	0.000	0.432
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	0.065	,298(*)	,384(**)	1.000	-0.119	0.166	,321(**)	-0.207	,478(**)	-,358(**)	0.116	0.103	-0.102	,539(**)	-0.151
	Sig. (unilateral)	0.312	0.010	0.001	.	0.183	0.103	0.006	0.057	0.000	0.002	0.189	0.216	0.220	0.000	0.125
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	0.190	0.081	0.178	-0.119	1.000	-0.008	0.097	0.211	-0.005	,406(**)	,264(*)	,288(*)	,263(*)	-0.202	,512(**)
	Sig. (unilateral)	0.073	0.269	0.086	0.183	.	0.477	0.231	0.053	0.486	0.001	0.021	0.013	0.021	0.061	0.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		woc16	woc17	woc18	woc19	woc20	woc21	woc22	woc23	woc24	woc25	woc26	woc27	woc28	woc29	woc30
mac1	rs	0.110	-0.025	0.139	0.063	0.004	,404(**)	,248(*)	0.021	-0.034	0.085	0.136	,379(**)	,333(**)	-0.057	0.045
	Sig. (unilateral)	0.200	0.426	0.145	0.316	0.489	0.001	0.028	0.437	0.399	0.259	0.150	0.001	0.005	0.333	0.366
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	-0.049	0.149	0.101	0.199	0.131	0.098	0.012	0.137	,534(**)	0.112	-0.069	-,298(*)	-0.032	,279(*)	-0.026
	Sig. (unilateral)	0.355	0.127	0.220	0.064	0.160	0.227	0.462	0.149	0.000	0.198	0.300	0.010	0.405	0.015	0.421
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	0.047	0.103	0.006	0.102	0.033	,335(**)	0.060	0.111	,327(**)	0.101	0.126	-0.123	-0.018	-0.023	-0.025
	Sig. (unilateral)	0.361	0.218	0.481	0.220	0.402	0.004	0.326	0.199	0.005	0.222	0.169	0.175	0.447	0.431	0.424
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	-0.064	-0.027	-,280(*)	-,363(**)	-0.059	,274(*)	-0.098	-0.133	,480(**)	,242(*)	-0.053	-0.019	-0.083	0.176	-,268(*)
	Sig. (unilateral)	0.315	0.419	0.015	0.002	0.326	0.017	0.227	0.155	0.000	0.031	0.344	0.444	0.263	0.089	0.019
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	0.114	-,250(*)	,291(*)	,451(**)	,284(*)	,254(*)	,437(**)	,367(**)	,219(*)	-0.036	,484(**)	,232(*)	,705(**)	0.079	0.188
	Sig. (unilateral)	0.193	0.027	0.012	0.000	0.014	0.025	0.000	0.002	0.047	0.391	0.000	0.037	0.000	0.274	0.076
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		woc31	woc32	woc33	woc34	woc35	woc36	woc37	woc38	woc39	woc40	woc41	woc42	woc43	woc44
mac1	rs	,553(**)	-,289(*)	0.034	,269(*)	,347(**)	,247(*)	,243(*)	0.171	,232(*)	-0.115	,364(**)	-0.043	-,381(**)	0.182
	Sig. (unilateral)	0.000	0.012	0.397	0.019	0.003	0.029	0.030	0.096	0.037	0.190	0.002	0.372	0.001	0.082
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	-,324(**)	,373(**)	,304(**)	-,357(**)	-,324(**)	-0.101	-,240(*)	0.034	0.028	0.067	0.095	,379(**)	0.108	0.101
	Sig. (unilateral)	0.006	0.002	0.009	0.003	0.006	0.222	0.032	0.398	0.417	0.307	0.234	0.001	0.205	0.220
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	0.171	0.025	0.192	0.116	-0.127	-0.086	-0.126	-0.020	0.179	-0.133	0.150	,327(**)	0.199	0.175
	Sig. (unilateral)	0.096	0.424	0.071	0.190	0.166	0.258	0.168	0.439	0.086	0.156	0.126	0.005	0.064	0.090
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	0.185	-0.049	0.198	-0.090	-0.083	-0.098	-0.192	-,314(**)	-,334(**)	-0.168	0.058	0.090	0.021	,303(**)
	Sig. (unilateral)	0.078	0.356	0.064	0.246	0.265	0.228	0.071	0.007	0.005	0.100	0.331	0.247	0.436	0.009
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	,242(*)	0.139	0.040	,334(**)	0.076	,384(**)	,374(**)	,366(**)	,634(**)	-0.036	,225(*)	,327(**)	-,269(*)	0.046
	Sig. (unilateral)	0.031	0.144	0.382	0.005	0.283	0.001	0.002	0.002	0.000	0.393	0.042	0.005	0.019	0.364
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Tabla # 12: Continuación

		woc45	woc46	woc47	woc48	woc49	woc50	woc51	woc52	woc53	woc54	woc55	woc56	woc57
mac1	rs	,384(**)	0.090	0.071	-,341(**)	0.169	-0.160	0.136	-0.074	0.046	0.023	0.127	0.202	-0.163
	Sig. (unilateral)	0.001	0.247	0.295	0.004	0.098	0.112	0.150	0.288	0.363	0.430	0.166	0.061	0.107
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac2	rs	-0.067	0.082	-0.104	0.136	0.163	-0.022	0.088	0.198	-0.166	0.073	,353(**)	0.057	,531(**)
	Sig. (unilateral)	0.305	0.266	0.215	0.150	0.106	0.434	0.251	0.065	0.102	0.290	0.003	0.331	0.000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac3	rs	0.031	0.068	-0.131	0.208	0.042	0.097	0.024	-0.002	-,292(*)	-0.214	,449(**)	0.119	,290(*)
	Sig. (unilateral)	0.408	0.303	0.160	0.055	0.374	0.230	0.427	0.493	0.012	0.050	0.000	0.183	0.012
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac4	rs	-0.105	-0.098	-0.090	-0.101	0.014	-0.160	-0.033	-0.126	-0.105	-0.024	0.104	0.101	,261(*)
	Sig. (unilateral)	0.212	0.227	0.247	0.222	0.457	0.111	0.400	0.170	0.212	0.428	0.214	0.222	0.022
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
mac5	rs	,446(**)	,417(**)	0.068	-0.196	,255(*)	0.010	0.206	0.168	,244(*)	,272(*)	,302(**)	0.206	0.059
	Sig. (unilateral)	0.000	0.000	0.303	0.067	0.024	0.471	0.057	0.100	0.030	0.018	0.010	0.057	0.327
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60