

**INCERTIDUMBRE EN MUJERES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE
MAMA, CARTAGENA.**

INVESTIGADORES

**TATIANA ANGULO YEPES
ROSA CAFFRONI MONTERROZA
HANIER FAJARDO ROCHA
YIELSA FAJARDO TORRES
DANIEL FLÓREZ NAVAS**

TRABAJO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERA (O)

ASESOR

AMPARO MONTALVO PRIETO

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CARTAGENA**

2016

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	6
1. INTRODUCCION	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. OBJETIVOS	13
3.1. OBJETIVO GENERAL	13
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
4. MARCO TEORICO.....	14
5. METODOLOGÍA	24
5.1. POBLACIÓN Y MUESTRA	24
5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
5.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
5.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	24
5.5. INSTRUMENTOS	25
5.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	27
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
7. RESULTADOS.....	29
8. DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	40

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Puntaje de corte calificado para medir la incertidumbre.....	25
Tabla 2. Modelo estructurado de incertidumbre frente a la enfermedad	26
Tabla 3. Estructura del cuestionario Escala de Mishel de medición de Incertidumbre en la enfermedad. Mishel, 1998	27
Tabla 4. Niveles de incertidumbre en pacientes con cáncer de mama en instituciones de salud, Cartagena 2015	44
Tabla 5. Características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama en instituciones de salud, Cartagena 2015	44
Tabla 6. Frecuencia porcentual de respuesta a los ítems del Marco de Estímulos	46
Tabla 7. Frecuencia porcentual de respuesta a los ítems de Capacidades Cognitivas	48
Tabla 8. Frecuencia porcentual de respuesta a los ítems de Fuentes de la Estructura	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad..... 18

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de características sociodemográficas.....	40
Anexo 2. Formato de la escala de la Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel forma para el adulto.....	41
Anexo 3. Consentimiento Informado.....	43
Anexo 4. Lista de Tablas.....	44

RESUMEN

Introducción: El diagnóstico de cáncer crea en la persona ideas de muerte, discapacidad y deformidad, los pensamientos que se presentan llevan a un estado de confusión que impide interpretar su verdadera situación, tal condición es conocida como incertidumbre, para la cual enfermería propone una teoría desarrollada por Mishel.

Objetivo: Determinar el nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama (CM) en instituciones de salud, Cartagena.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado en instituciones de salud a 108 mujeres con diagnóstico de menos de un año de CM. Se utilizaron dos instrumentos, la encuesta sociodemográfica y la “Escala de Incertidumbre en la Enfermedad para el adulto” de Mishel. Los datos fueron organizados en Excel y procesados en SPSS.

Resultados: El 60,2% de las participantes presentaron un regular nivel de incertidumbre, con mayor incidencia en el grupo de edad de 45-64 años y un nivel educativos medio o superior. Al evaluar el Marco de Estímulos 61,1% (66) de las participantes manifestaron no saber si habría cambios en su tratamiento, el 50,9% (55) no puede planear su futuro y un 60,2% (65) no puede predecir el curso de su enfermedad. El 60,2% (65) reconoce el equipo de salud como autoridad creíble y responsable de su cuidado.

Conclusión: Enfermería como autoridad creíble y con el fin lograr impacto en el cuidado de las mujeres con BC, debe humanizar el cuidado, que incluya intervenciones individuales, especialmente al momento de recibir el diagnóstico que es cuando más interrogantes y mayor afectación emocional tendrán las mujeres y sus familias.

PALABRAS CLAVES: Incertidumbre, Cáncer de Mama, Diagnóstico, Femenidad, cuidado de Enfermería, Sentimientos (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis of cancer creates in the person ideas of death, disability and deformity, the thoughts that arise lead to a state of confusion that prevents interpret their true situation, this condition is known as uncertainty, for which nursing proposes a theory developed by Mishel.

Objective: Determine the level of uncertainty in women with the diagnosis of breast cancer (BC) in health institutions, Cartagena

Methodology: Descriptive, cross-sectional, quantitative study, carried out in health care institutions to 108 women diagnosed with less than one year of CM. two instruments, the socio-demographic survey and the "Scale Illness uncertainty for adult" of Mishel were used. Data were organized in Excel and processed in SPSS.

Results: 60.2% of participants had a regular level of uncertainty, with the highest incidence in the age group of 45-64 years and an average or higher educational level. In assessing the frame Stimulus 61.1% (66) of the participants reported not knowing if there would be changes in their treatment, 50.9% (55) can not plan their future and 60.2% (65) can not predict the course of their disease. 60.2% (65) recognizes the health team as credible and responsible for their care authority.

Conclusion: Nursing as a credible authority and in order to impact on the care of women with BC must humanize care, including individual interventions, especially at the time of diagnosis which is when most questions and more emotional involvement will women and their families.

1. INTRODUCCION

La magnitud de una enfermedad crónica conlleva a la persona que la padece, a vivir o experimentar una serie de cambios que afectan los diferentes roles que se asumen como trabajador, padre, esposo, estudiante, etc. El ser diagnosticado con una enfermedad como el cáncer crea en la persona ideas de muerte, discapacidad y deformidad, aparecen un sinnúmero de pensamientos que llevan al individuo a estar en un estado de confusión que le impide interpretar su verdadera situación. Esta condición es conocida como incertidumbre, para la cual enfermería propone una teoría desarrollada por Mishel, como es descrita por Bailey y Stewart (1), en la que se estudia a la enfermedad desde cuatro dimensiones entre las que se encuentran: la ambigüedad, la complejidad, la falta de información y la falta de predicción.

El impacto psicológico que causa el diagnóstico de cáncer puede ser considerado de manera general, como un evento vital estresante que afectará no sólo a la persona que lo padece, sino que además se verá afectado su entorno familiar y social más directo (2). La teoría de la incertidumbre es reconocida por enfermería en su práctica para discutir una nueva oportunidad de afrontamiento en los pacientes con cáncer a fin de tratar de evitar el efecto inmovilizador en el mismo (3).

La siguiente investigación se enfocó en determinar el nivel de incertidumbre que experimentan las mujeres ante un diagnóstico de cáncer de mama, el desarrollo de este estudio se fundamentó en las propuestas teóricas planteadas en la teoría antes mencionada; para lograr este objetivo se aplicó el instrumento escala Mishel de incertidumbre en la enfermedad forma para el adulto, la cual evalúa todos los aspectos que esta implica. Los datos obtenidos fueron agrupados y presentados en tablas y los resultados se discutieron con la información obtenida de otros estudios, lo que permitió hacer conclusiones y recomendaciones.

Es de interés esta investigación puesto que contribuye con el mejoramiento de los cuidados que se brindan a las mujeres con cáncer de mama, al ser esta una enfermedad con gran complejidad se vuelve difícil y estresante aceptar la idea de padecerla. Para las instituciones donde se realizó el estudio es de relevancia observar y aplicar los resultados de este, para que así puedan contribuir a mejorar los cuidados que se brindan a las mujeres que se encuentran en tratamientos oncológicos. En las mujeres es de gran interés porque optimizando el cuidado recibirán una adecuada atención de enfermería que les ayudará a obtener un mejor afrontamiento de la enfermedad (1). Y como estudiantes de enfermería es de mucha importancia aprender a reconocer al ser humano como un complemento que necesita no solo una atención en la parte física que se ha visto afectada, sino el ver desde un ámbito amplio en el que se incluya su parte espiritual y social como aspectos que pueden estimular a una mejor recuperación o por el contrario perjudiquen su estado.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en el que influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Vélez (4) plantea que la persona tiene características propias, tales como poder exceder los instintos, conciencia del pasado, inquietarse por el futuro y además tiene diversos sentimientos que saca a relucir frente a situaciones que se presentan en su vida diaria, en especial con su salud.

Zavala (5), manifiesta que las enfermedades crónicas y terminales repercuten en la autopercepción del paciente, afectando el auto concepto, por tanto, se puede decir, que actúan como un estímulo estresor que afecta física y emocionalmente al ser humano. Algunas de las personas con enfermedades terminales como el cáncer (Ca) a pesar de someterse al tratamiento percibirán, consciente o inconscientemente, su vida bajo amenaza, provocada por la pérdida de salud y la consiguiente frustración y dolor que significa ponerse en contacto con su vulnerabilidad corporal (6).

Los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han evidenciado un alto crecimiento en el desarrollo de padecimientos terminales como lo es el Ca, siendo la principal causa de muerte a escala mundial; en el año 2012 causó 8,2 millones de defunciones. Para el año 2008 calculó que 84 millones de personas morirán de Ca entre 2005 y 2015; en su informe anual de Estadísticas Sanitarias Mundiales publicado para el año 2009 menciona que, a escala mundial, las muertes causadas por Ca aumentarán en un 60% para el 2030 respecto a las generadas en el 2004 (7).

Cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del Ca es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por Ca; y los que más muerte causan cada año son los Ca de pulmón, hígado, estómago, colon y mama (7).

El cáncer de mama (CM) es el más común entre las mujeres en todo el mundo, y está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas. En EE.UU. es el diagnóstico más común entre las mujeres. Casi un 30% del Ca que se diagnostican en mujeres corresponden al CM; en España, según la Asociación Española Contra el Cáncer (aecc), se diagnostican unos 22.000 casos de CM al año, lo que representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino. Se estima que 1 de cada 8 mujeres españolas podrían padecer CM a lo largo de su vida. En Colombia, las últimas estimaciones sobre incidencia de Ca, el CM ocupó el primer lugar con cerca de 7,000 casos nuevos cada año; representando 31.2 casos nuevos por 100,000 mujeres (8,9,10,11).

Datos estadísticos comprendidos entre los años 2002 a 2006 reportaron un promedio de 255 casos anuales de CM en la población Bolivarense, siendo estas las más altas cifras de incidencia con respecto a los otros tipos de Ca. En Cartagena durante el periodo del 2007 a 2013 se reportaron 444 pacientes con CM dentro de los cuales 4 eran hombres en la población beneficiaria de los servicios médicos del Hospital Universitario del Caribe HUC. Para el año 2013 y primer periodo del 2014 la liga contra el cáncer seccional Cartagena, notificó un total 15 casos de mujeres con biopsias anormales (12,13,14).

Los senos tienen una gran importancia en la identidad femenina, para muchas son estos lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un pecho equivale a la pérdida de la feminidad. Además, el pecho de la mujer está relacionado fuertemente, en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico; es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; por último, el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia y para algunas mujeres sufrir la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos (15).

El diagnosticar CM supone en la mujer una situación de estrés que no solo la afecta desde el punto de vista físico, sino también desde el componente psicológico, puesto que además de enfrentar la enfermedad y su tratamiento –y la amenaza que puede suponer para su vida-, la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes. Al iniciar el tratamiento sistemático con quimioterapia o radioterapia repercute también en la imagen corporal de las mujeres, en su libido y en su fertilidad. La pérdida de pelo que experimenta la mayoría de las mujeres que recibe quimioterapia puede ser muy traumática. Además, muchas mujeres cuando reciben quimioterapia entran en la menopausia, sobre todo si estaban cerca de ella en el momento del tratamiento y aunque ya no deseen tener hijos, pueden experimentar la menopausia como una pérdida significativa de su feminidad y tener por ello más problemas con su imagen corporal. Asimismo, la quimioterapia o las terapias hormonales pueden disminuir la libido y causar sequedad vaginal, por lo que, a menudo provocan un descenso significativo de su actividad sexual (15).

Con relación a los sentimientos que puede sentir la mujer al ser diagnosticada con CM, Muñoz (16) en su estudio menciona que esta condición afecta principalmente el componente emocional y que es común que genere altos niveles de estrés en quien lo padece por lo que no es raro experimentar algunos sentimientos como: miedo, aislamiento social, incertidumbre por su futuro y relación de pareja y cambios en el estilo y calidad de vida haciendo que el proceso de adaptación a la enfermedad y al tratamiento sea lento y difícil.

De igual forma, en el estudio de tipo fenomenológico realizado por Vargas (17), reveló que las emociones que experimentaban las pacientes con CM con el solo hecho de sospechar el diagnóstico positivo, ocasionaba emociones contradictorias que desencadenan sentimientos negativos que las llevaba a la depresión.

Por su parte Nobles (2) en su investigación sobre las emociones y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer, expresó que cualquier tipo de cáncer se considera un evento vital estresante, el cual no solo va a afectar la dimensión física de la persona, sino que también ocasionará un gran impacto emocional en el paciente, siendo producto de las diferentes dificultades que tienen que ver con la enfermedad, como el tratamiento y los síntomas; es decir, va a existir una preocupación ansiosa que está relacionada con la incertidumbre sobre el control de las posibilidades de continuar con su proyecto de vida.

Para una persona el reconocimiento o la interpretación preliminar de una experiencia suponen su contrastación con un marco conceptual preexistente, en un cuerpo de información relevante; si falta ese marco, el observador se encuentra en un callejón sin salida (18). Teniendo en cuenta que los interrogantes sin respuestas, los miedos, el estigma, los sentimientos de pérdida que se originan en el paciente oncológico, se va generando en este un estado de incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con su enfermedad llevándolo a lo que se conoce como incertidumbre frente a la enfermedad (19).

En su teoría sobre la incertidumbre Mishel evalúa las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad, ya sea la propia o la de un ser querido, si el evento es evaluado de forma efectiva, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro (19). Es por esto que el profesional de enfermería, al tener presente las angustias, incertidumbre, que vive el paciente, puede guiar u orientar a la persona para que enfoque su experiencia como una oportunidad, y dirija sus estrategias a lograr la adaptación.

La representación social que la comunidad le ha asignado al Ca, se convierte en una condición para que la persona logre la adaptación. Cuando se percibe la enfermedad como "sinónimo de muerte", "enfermedad que invade", "come por dentro" y que puede "volver a repetirse", inhiben negativamente el afrontamiento al nuevo estado de salud, debido a los frecuentes desequilibrios emocionales y mentales durante el proceso (20).

La teoría de la incertidumbre es reconocida por enfermería en su práctica para discutir una nueva oportunidad de afrontamiento en los pacientes con Ca a fin de tratar de evitar el efecto inmovilizador en el mismo (3).

En el ámbito profesional y familiar se ha tenido la oportunidad de dialogar con pacientes cuyos diagnósticos han sido CM, al entablar una conversación sobre la experiencia con su enfermedad, muchos de estos manifestaban que en algún momento sintieron temor por no saber que podría llegar a pasar en un futuro, expresaban que no serían las mismas y que su cuerpo iba a tener algunos cambios a los cuales les sería muy difícil adaptarse. Teniendo en cuenta el reconocimiento que enfermería le otorga al bienestar emocional y espiritual para el tratamiento, asimilación y curación de una enfermedad, además

sabiendo que en la ciudad de Cartagena no se han realizado estudios sobre incertidumbre ante el diagnóstico de CM el grupo de investigación planteó la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es el nivel de incertidumbre que manejan las mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama?

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de incertidumbre que existe en las mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama en la ciudad de Cartagena.

3.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el perfil sociodemográfico de las mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama en la ciudad de Cartagena
- Determinar el nivel de incertidumbre de acuerdo a las capacidades cognitivas en mujeres ante diagnóstico de cáncer de mama.
- Determinar el nivel de incertidumbre de acuerdo a las fuentes de estructura en mujeres ante diagnóstico de cáncer de mama.
- Determinar el nivel de incertidumbre de acuerdo al marco de estímulos en mujeres ante diagnóstico de cáncer de mama.

4. MARCO TEORICO

CÁNCER

Según la OMS el Ca es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células, en este la célula cancerosa pierde el control de su propio desarrollo, de modo que se divide en más células a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece, sin cumplir las funciones para las que ha sido creada. Este crecimiento anormal de las células puede llegar a formar masas de tejidos llamados tumores (21,22).

CÁNCER DE MAMA

El CM es el tumor maligno más frecuente en mujeres, se origina en el tejido de la glándula mamaria; cuando las células tumorales proceden del tejido glandular de la mama y tienen capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, hablamos de cáncer de mama. Este se puede manifestar por secreciones en los senos (23).

Este tumor puede crecer de tres maneras:

- **Crecimiento local:** el CM crece por invasión directa, infiltrando otras estructuras vecinas como la pared torácica (músculos y huesos) y la piel.
- **Diseminación linfática:** la red de vasos linfáticos que posee la mama permite que el drenaje de la linfa se efectúe a varios grupos ganglionares. Los ganglios axilares son los más frecuentemente afectados, seguidos de los situados en la arteria mamaria interna y los ganglios supraclaviculares.
- **Diseminación hematológica:** se realiza a través de los vasos sanguíneos preferentemente hacia los huesos, pulmón, hígado y piel (23).

Existen diferentes pruebas para diagnosticar la enfermedad y determinar si las células cancerosas se diseminaron dentro de la mama o hasta otras partes del cuerpo. El proceso que se usa para determinar si el cáncer se diseminó dentro de la mama o hasta otras partes del cuerpo se llama estadificación. La información que se obtiene en el proceso de estadificación determina el estadio de la enfermedad. Es importante conocer el estadio a fin de planificar el tratamiento. Para el proceso de estadificación, se pueden utilizar las siguientes pruebas y procedimientos: biopsia de ganglio linfático centinela, radiografía del tórax, exploración por TC (exploración por TAC), exploración ósea, exploración con TEP (exploración con tomografía por emisión de positrones) (24).

El Ca se puede diseminar en el cuerpo de tres maneras, a través del tejido, el sistema linfático y la sangre (24).

Estadios del cáncer de mama

Los estadios del CM se basan en los resultados de las pruebas que se le hacen al tumor y los ganglios linfáticos que se extirpan durante la cirugía u otras de las pruebas que fueron mencionadas.

- **Estadio 0 (carcinoma in situ):** para este hay tres tipos:
 - **Carcinoma ductal in situ (CDIS):** afección no invasiva en la que se encuentran células anormales en el revestimiento de un conducto de la mama. En algunos casos, el CDIS se puede volver cáncer invasivo y diseminarse hasta otros tejidos.
 - **Carcinoma lobulillar in situ (CLIS):** afección en la que se encuentran células anormales en los lobulillos de la mama.
 - **La enfermedad de Paget del pezón:** es una afección en la que se encuentran células anormales solo en el pezón.
- **Estadio I:** En el estadio I, el cáncer ya se formó. El estadio I se divide en los estadios IA y IB:
 - **Estadio IA,** el tumor mide dos centímetros o menos, y no se diseminó fuera de la mama.
 - **Estadio IB** se encuentran pequeños racimos de células de cáncer de mama, no mayores de dos milímetros en los ganglios linfáticos y se presenta una de las siguientes situaciones: no se encuentra un tumor en la mama; o el tumor mide dos centímetros o menos
- **Estadio II:** El estadio II se divide en los estadios IIA y IIB.
 - **Estadio IIA:** No se encuentra tumor en la mama, o el tumor mide dos centímetros o menos; el cáncer (que mide más de dos mm) se encuentra en uno a tres ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cerca del esternón; o puede que el tumor mida más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros. El Ca no se diseminó hasta los ganglios linfáticos.
- **Estadio IIB,** el tumor tiene una de las siguientes características: 1) mide de dos a cinco centímetros. Se encuentran pequeños racimos de células de CM en los ganglios linfáticos. 2) mide más de dos cm, pero menos de cinco cm. El Ca se diseminó de uno a tres ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón. 3) mide más de cinco cm, pero no se diseminó hasta los ganglios linfáticos.
- **Estadio III:** se divide en los estadios IIIA, IIIB y IIIC:

- **Estadio IIIA:** No se encuentra tumor en la mama o este puede ser de cualquier tamaño. Se encuentra Ca en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cerca del esternón; o puede que el tumor mida más de cinco cm. Se encuentran pequeños racimos de células de CM en los ganglios linfáticos.
- **Estadio IIIB:** El tumor puede tener cualquier tamaño y el Ca se diseminó hasta a la pared torácica o la piel de la mama y produjo inflamación o úlcera, el cual se llama cáncer de mama inflamatorio. El cáncer se puede haber diseminado hasta: no más de nueve ganglios linfáticos axilares; o los ganglios linfáticos cerca del esternón.
- **Estadio IIIC:** no se encuentra un tumor en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño. El Ca se pudo diseminar hasta la piel de la mama y causar inflamación o una úlcera, o se diseminó hasta la pared torácica. El Ca también se diseminó hasta: diez o más ganglios linfáticos axilares o ganglios linfáticos por encima o debajo de la clavícula; o ganglios linfáticos cerca del esternón.
- **Estadio IV:** el Ca se diseminó hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro (24)

TEORIA DE LA INCERTIDUMBRE

La incertidumbre es definida como la duda o perplejidad que sobre un asunto o cuestión se tiene, en este sentido la incertidumbre podría igualarse a un estado de duda en el que predomina el límite de la confianza o la creencia en la verdad de un determinado conocimiento (25), Mishel (1) en su teoría desarrollada, se refiere a la incertidumbre como la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad apareciendo entonces cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán. Gómez (26) en su estudio menciona desde la perspectiva de la psicología, que la incertidumbre puede entenderse como un estado cognitivo resultante de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una representación interna de un hecho. Arreguin (27) establece a la incertidumbre, como un componente inherente a todas las experiencias de enfermedad, independientemente del género, que influye en hombres y mujeres quienes perciben los procesos de tratamiento y adaptación. En su investigación encontró que las mujeres tenían mayor incertidumbre por el pronóstico de la enfermedad, la complejidad del tratamiento y la falta de información.

La Teoría de la Incertidumbre posee unas características que a la vez son fuentes de incertidumbre. De acuerdo con Urrutia (28), Mishel originalmente identificó ocho dimensiones: 1) ambigüedad, 2) complejidad, 3) falta de información, 4) impredecibilidad, 5) falta de claridad, 6) inconsistencia, 7) múltiples significados y 8) probabilidad. Dentro de ellas, sólo las cuatro primeras son consideradas de mayor importancia estadística y son medidas a través de respuestas a los parámetros planteados en la Escala de incertidumbre frente a la enfermedad.

Los estímulos, son procesados por el personal para construir un esquema cognitivo para los eventos de enfermedad; en la experiencia de la enfermedad la incertidumbre tiene cuatro formas, que son las primera cuatro dimensiones descritas anteriormente:

1. **Ambigüedad:** relacionada con el estado de enfermedad
2. **Complejidad:** con relación al tratamiento y sistema de cuidado
3. **Falta de información:** acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad
4. **Falta de predicción:** sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico (19).

En un estado continuado de enfermedad, la impredecibilidad de la aparición, duración e intensidad de los síntomas se ha asociado con la percepción de la incertidumbre. De modo similar, la ambigua naturaleza de la sintomatología de la enfermedad y la consecuente dificultad para determinar la significación de las sensaciones físicas a menudo se han identificado como fuentes de incertidumbre (1).

La teoría de incertidumbre tiene su más fuerte apoyo entre los sujetos que están experimentando la fase aguda de una enfermedad, o están en una fase crónica con deterioro lento y progresivo de su cuerpo (3). Mishel y Braden (29) llegaron a la conclusión de que el apoyo social tenía un efecto directo sobre la incertidumbre, puesto que reducía la complejidad percibida; pero también tenía un efecto indirecto, por su influencia en la predictibilidad de la tipología de los síntomas

Para determinar el nivel de incertidumbre según la teoría de Mishel se toma los antecedentes de la incertidumbre como lo son el marco de estímulos, las fuentes de estructura y capacidades cognitivas, las cuales permiten conocer los factores con mayor afectación para la aparición de incertidumbre en la persona (**Ver figura 1**). A continuación, se describen cada una de estas categorías.

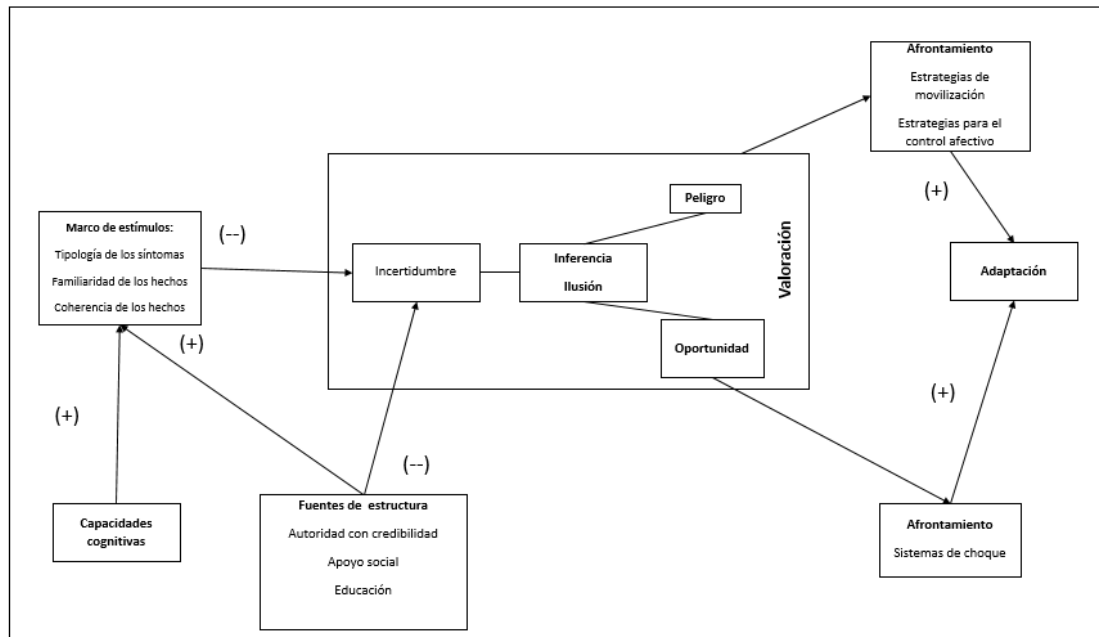


Figura 1. Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad. (De Mishel, M. Uncertainty in illness. Image: The journal of Nursing Scholarship, 20,226) (30).

El Marco de estímulos

El marco de estímulos corresponde a todos los factores externos que identifica la persona del ambiente, los cuales contribuyen a la creación de un esquema cognitivo sobre la situación en particular. El marco de los estímulos a su vez abarca la tipología de los síntomas, familiaridad de los hechos y coherencia de los hechos (30).

La tipología de los síntomas corresponde al grado en que estos aparecen con la suficiente consistencia para que puedan ser percibidos como eventos repetitivos en una enfermedad, cuando los síntomas de una enfermedad aparecen en repetidas ocasiones, se genera un estándar o patrón sobre como ira cursando la patología, a su vez el conocer cómo avanza la enfermedad contribuye a la disminución de la incertidumbre, puesto que hay menos ambigüedad acerca del estado de la enfermedad. Por el contrario, cuando los síntomas se caracterizan por inconsistencia en intensidad, frecuencia, número, localización y/o duración, como ocurre con algunas enfermedades crónicas, el patrón no se distingue y no puede ser usado para medir confiabilidad generando dificultad para asimilar el estado actual, aumentando así la incertidumbre. Si la persona está deprimida o amenazada por una enfermedad, los síntomas de la enfermedad actual o presuntiva pueden ser interpretados como más severos de lo que en realidad son. Si los síntomas son consistentes, predecibles, sobresalientes y distinguibles, se puede identificar su patrón y la incertidumbre será menor. (29,30).

La Familiaridad de los hechos, es el segundo componente del marco de estímulos, y hace referencia al grado en que una situación se vuelve habitual y repetitiva, o a la facilidad que se tiene para reconocer el curso que tomara la situación. Teniendo en cuenta que el patrón de síntomas se refiere a la estructura de las sensaciones físicas, la familiaridad de los hechos puede ser observada dentro del ambiente del cuidado de la salud desarrollándose en el tiempo o a través de la experiencia en un lugar (29).

Esta familiaridad se logra estando en convivencia con el ambiente, al observar lo que sucede en este, se construye un esquema cognitivo sobre la situación en particular, cuando la persona percibe nuevos eventos sobre la situación enlaza los sucesos con el mapa cognitivo que tenía establecido y si ellos encajan en la naturaleza general del conocimiento del individuo, el evento se evalúa como familiar. Los mapas cognitivos son generados desde experiencias personales, aspectos culturales, recursos sociales y profesionales de la salud. La información acerca del ambiente almacenada en los mapas cognitivos, capacita a las personas para medir comportamientos esperados en diferentes circunstancias. Por lo tanto, hacer el evento como algo familiar puede prevenir la incertidumbre (29,30).

La coherencia de los hechos, es el tercer componente del marco de estímulos, consiste en la relación existente entre lo que se espera de la enfermedad y lo que en realidad experimenta la persona durante los hechos que resultan de su enfermedad. La falta de coherencia entre lo esperado y lo experimentado origina preguntas sobre lo predecible y estable que es el evento. La generación de incertidumbre por la falta de coherencia puede ocurrir cuando las expectativas de curación son rotas por la reincidencia inesperada de la enfermedad. Así mismo, las expectativas de curación no satisfechas también generan incertidumbre cuando el efecto del tratamiento no se alcanza en un periodo predeterminado de tiempo. Otra fuente de incoherencia que resulta en incertidumbre, puede ocurrir cuando el tratamiento no produce cambio en la forma como la persona se siente. Los cambios rápidos e inesperados de las expectativas, también ejemplifican una falta de coherencia y por lo tanto aumento de la incertidumbre (29,30,31).

Fuentes de la estructura

Las fuentes de estructura son definidas como los recursos existentes para facilitar al paciente la interpretación de la información obtenida del marco de estímulos. Dentro de esta categoría se incluye la autoridad con credibilidad, apoyo social y la educación (29).

La autoridad con credibilidad representa el grado de confianza que la persona tiene hacia los encargados de su atención, la autoridad con credibilidad influye indirectamente en la incertidumbre puesto que puede actuar de manera positiva o negativa en el marco de estímulos. La credibilidad en la autoridad en una enfermera o un médico, fortalece el marco de estímulos al proveer información sobre las causas y consecuencias de los síntomas. Los pacientes a menudo dudan de su valoración de los síntomas y buscan confirmación por parte de los médicos y las enfermeras (30). Por el contrario, si no

cuentan con una autoridad que contribuya a la resolución de las dudas la persona no podrá ser capaz de reconocer cuales hechos son los más importantes, acumulara información llevándola así a la incertidumbre.

Arreguin (27) en su estudio menciona que, para un adecuado procesamiento del marco de estímulos, los proveedores de estructura sanitaria ayudan a las personas (pacientes), como autoridades confiables por su educación y por el apoyo social que ofrecen. De la calidad de sus intervenciones dependerá la forma como los pacientes estructuren su patrón de estímulos, la familiaridad del evento y la congruencia de la experiencia para que ocurra cierto nivel de incertidumbre y la configuración de un esquema cognitivo sobre su acontecimiento vital. A este respecto Mishel (29) expresa en su teoría, que cuando los proveedores de salud ofrecen información acerca de preocupaciones relacionadas con la enfermedad, los pacientes pueden sentir trato más cómodo con los síntomas y la toma de las decisiones de tratamiento, disminuyendo de ese modo la incertidumbre y la mejora de su vida cotidiana.

Los proveedores de salud también proveen congruencia con el evento. Proveer información sensorial enfocada en las experiencias amenazantes del paciente, puede influir en la estructura del esquema cognitivo. Las enfermeras como agentes de salud con credibilidad, mejoran la congruencia con el evento al proveer un marco para interpretar su experiencia y como proceder con ésta. En la relación directa entre la autoridad con credibilidad y la incertidumbre, los proveedores de cuidado de la salud deben trabajar sobre supuestos de poder. A menudo los pacientes no intentan entender el mecanismo técnico de su enfermedad, pero prefieren que los agentes de salud les den una estructura lógica de los eventos. Los pacientes a menudo esperan que el médico o la enfermera tomen la responsabilidad de proveer un juicio y recomendaciones de valor. Cuando la autoridad tiene una alta credibilidad, la incertidumbre disminuye (30).

El apoyo social refleja el grado en que la persona es capaz de compartir ideas y opiniones con otras personas que han padecido la enfermedad. Este apoyo social influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos (29). El apoyo social actúa para prevenir la incertidumbre en diferentes crisis vitales, supliendo una retroalimentación en el significado de los eventos. La oportunidad de clarificar la situación a través de la discusión e interacciones de apoyo con otros, clarifica las contingencias y ayudan al paciente a formar un esquema cognitivo (30). Contrario a esto si existe una carencia de apoyo social el paciente va a crear su propio esquema cognitivo, que puede tener errores respecto a los síntomas, tratamiento y evolución de la enfermedad, y que puede acarrear consecuencias desagradables y complicaciones graves en la salud de estas (26,30).

Estudios realizados por Mishel (30) han permitido demostrar que los sistemas de apoyo tienen tanto una influencia directa como indirecta en la incertidumbre. El resultado de la influencia directa es la modificación de tres tipos de incertidumbre: a) la ambigüedad

relacionada con el estado de la enfermedad. b) la complejidad del tratamiento percibida, y c) la falta de predicción del futuro. La influencia indirecta del soporte social es en el fortalecimiento de la claridad sobre el patrón de los síntomas. Compartir información con las personas en la red social ayuda a los pacientes a evaluar los síntomas.

Además de proveer información, el apoyo social también funciona evitando la incertidumbre, estableciendo redes donde cada miembro depende de la experiencia de otro para manejar varios eventos amenazantes (30).

El nivel de educación es el tercer factor incluido en el antecedente de las fuentes de la estructura, medido en años que asistieron a la escuela. Se ha propuesto que la educación tiene una relación tanto directa como indirecta con la incertidumbre. En la relación indirecta, la educación puede ayudar a suplir la estructura de los eventos el marco de estímulos, incrementando la base de conocimientos con los cuales se asocian estos eventos, dándole así significado y contexto. Cuando la educación se mira sola, es evidente el apoyo de su impacto directo en la incertidumbre con aquellos que tienen un menor nivel educativo, demostrando niveles elevados de ésta porque perciben mayor complejidad relacionada con el tratamiento y mayor dificultad para comprender el sistema de cuidado. Aquellos con un nivel de educación mayor son capaces de modificar la incertidumbre más rápidamente que los anteriores. Los individuos con menor educación parecen requerir más tiempo para construir un significado para los eventos y ellos experimentan incertidumbre por períodos más largos de tiempo que los individuos que tienen mayor educación (29,30).

Capacidades cognitivas

Son todas las habilidades con las que cuenta cada persona para procesar la información, esta refleja tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación. Se ha demostrado que la enfermedad física, los síntomas y el peligro percibido pueden disminuir las capacidades cognitivas por ser facilitadores de sobrecarga de información (29,30).

La obtención de demasiada información altera el procesamiento de esta en el marco de estímulos, lo cual incrementa la incertidumbre. La enfermedad física en sí misma es un distractor potente de la atención y puede reducir la cantidad total de atención que los individuos pueden dirigir a una tarea cognitiva. Los estímulos internos como el dolor, la incomodidad, el peligro y aquellos eventos fisiológicos internos pueden monopolizar la capacidad cognitiva y alterar las actividades de solución de problemas (30).

Cuando el paciente percibe el ambiente relacionado con la salud como peligroso, se disminuye la eficiencia cognitiva y se procesan menos señales. Las situaciones peligrosas tienden a aumentar el nivel de alerta, el cual a su vez enfoca la atención del paciente en aquellos aspectos de la situación que se consideran más importantes. La restricción en las capacidades cognitivas bajo estrés también afecta la función de la memoria. Cuando estos

pacientes tratan de recordar eventos, sólo son accesibles lo más sobresalientes, debilitando así la habilidad de asociar los estímulos que están recibiendo con el esquema cognitivo preexistente (30).

Al respecto Arreguin (27) plantea en su estudio que la capacidad cognitiva puede favorecer o limitar la interpretación subjetiva de la enfermedad, tratamiento y de la hospitalización. Asimismo, le permite al paciente percibir el grado en que los síntomas son consistentes con un patrón o configuración y les ayuda a reconocer claves familiares asociadas en su memoria, que registran la estabilidad, la confiabilidad y por consiguiente la congruencia de la aparición de los síntomas; así se constituye un marco de estímulos asociados a las capacidades cognitivas. Por todo esto podría decirse que la debilidad en alguno de los antecedentes de la incertidumbre puede generar falencias en los otros, lo cual finalmente llevaría a detectar un mayor grado de incertidumbre.

INCERTIDUMBRE EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

El CM constituye una problemática que de acuerdo con varios autores afecta de manera especial la esfera psicosocial de quien lo padece. Según Mate (32) “las mamas de la mujer son consideradas un símbolo esencial de la feminidad desde tiempos remotos. La sociedad les ha conferido gran cantidad de valores y simbolismos a lo largo de la historia y a lo ancho del vasto mundo”. Añade esta autora que para las mujeres supone un gran trauma psicológico enfrentarse simultáneamente al problema oncológico y también a la pérdida de las mamas

El impacto que tiene el CM en la mujer es muy complejo al percibirse como una amenaza contra su vida, incertidumbre sobre el futuro de su relación de pareja y sexualidad, el cuidado de los hijos y el empleo (16).

Los resultados de un estudio realizado por un grupo de enfermeros en Popayán, Colombia, muestran que los conocimientos sobre aspectos generales del CM por parte de las pacientes que lo padecen son deficientes; el Ca sigue siendo una enfermedad tabú, sinónimo de sufrimiento, dolor, desfiguración y muerte que genera cambios en el estilo y calidad de vida haciendo que el proceso de adaptación sea lento y difícil. Los trámites que deben realizar las pacientes, constituyen un obstáculo dentro de este proceso. Se establece además que desde su experiencia no existe un modelo de atención integral para la mujer diagnosticada con CM, el tratamiento es exclusivamente clínico y deja de lado los aspectos psicosociales inherentes a la enfermedad (16).

Los estudios sobre la incertidumbre como fenómeno o problema psicológico que influye en los pacientes como productora de síntomas psicológicos son escasos, la mayoría se refiere a estudios efectuados en pacientes con Ca y solamente uno a enfermedades crónicas en general realizados en Estados Unidos (3). La teoría de la incertidumbre es reconocida por la enfermera en su práctica para discutir una nueva probabilidad de

afrontamiento con los pacientes con Ca, a fin de tratar de evitar el efecto inmovilizador en el mismo. Dado que la incertidumbre produce estrés, la habilidad de la enfermera podría disminuir este grado de incertidumbre, en la medida en que provea información periódica y cierta sobre su estado al paciente oncológico y a su familia. Es importante que la enfermera propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de estrés, desadaptabilidad, crisis, temores, para trabajar en equipo un plan individual con el paciente. El afrontamiento le permite al paciente oncológico aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso salud/ enfermedad, lo cual puede llegar a constituir avances en su mejor calidad de vida (3).

La incertidumbre, sobre todo en enfermedades crónicas y en enfermedades potencialmente mortales, puede conducir a un nuevo nivel de organización y a una nueva perspectiva de la vida, incorporando la madurez y el cambio que se puedan adquirir. En las mujeres es de gran interés porque optimizando el cuidado recibirán una adecuada atención de enfermería que les ayudará a obtener un mejor afrontamiento de la enfermedad. El afrontamiento permite al paciente aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso salud-enfermedad, lo cual contribuye positivamente en mejorar su calidad de vida. (1)

5. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio Cuantitativo de tipo Descriptivo Transversal.

5.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por un total de 108 mujeres diagnosticadas con CM, las cuales fueron seleccionadas de las bases de datos proporcionadas por diferentes instituciones de salud de Cartagena. Al revisar las bases de datos se hallaron un total de 515 mujeres con diagnóstico de CM y al aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos por los investigadores para el presente estudio, se obtuvo una muestra de 115 pacientes. Desertaron 7 pacientes del estudio.

5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Participaron todas las mujeres que cumplieron con los siguientes criterios: ser mayor de 18 años, residentes en el área urbana de la ciudad y tener máximo un año de haber sido diagnosticadas.

5.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Fueron excluidas las pacientes con CM que por su condición clínica no les era posible responder a los cuestionarios; y aquellas que no desearon participar en el estudio.

5.4. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para asegurarse de la claridad y el buen manejo de los instrumentos, los investigadores, recibieron capacitación acerca del correcto manejo de estos, además se aplicó una prueba piloto en 25 mujeres que no hicieron parte del estudio con el objetivo de conocer si la encuesta utilizada era entendible y manejable para la población seleccionada.

Previa autorización por parte de las instituciones de salud se procedió en la recolección de la información mediante dos procesos, en la consulta externa de oncología antes de que las pacientes ingresaran a su tratamiento se les explico en qué consistía el estudio; a las que accedieron, se les proporciono el consentimiento informado y se les realizo la entrevista con los instrumentos establecidos para la recolección de la información: el primero fue una encuesta socio demográfica (Anexo 1) diseñada por los investigadores, y el segundo instrumento diseñado por Merle Mishel “Escala de Incertidumbre en la Enfermedad para el adulto” (Anexo 2); el otro proceso utilizado para recoger la muestra fue mediante visita domiciliaria debido a que algunas de las instituciones, por presentar servicios de atención primaria remiten a las pacientes, en caso de encontrar anomalías en sus estudios, a las entidades prestadoras de salud (EPS) correspondientes, por lo cual a partir de la base de datos proporcionada por las entidades, se aplicaron las encuestas visitando a las pacientes.

Las encuestas fueron diligenciadas por los investigadores con el objetivo de clarificar las preguntas que por su traducción al español podrían generar confusión en su interpretación. La entrevista se dio por terminada en algunas pacientes que por el significado de su enfermedad se tornaron indispuestas.

5.5. INSTRUMENTOS

Encuesta sociodemográfica (Anexo 1)

Este instrumento fue diseñado por los investigadores y consta de 10 ítems, con los cuales se recogió información acerca de la edad, nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de procedencia, antecedentes personales y familiares, hijos y seguridad social.

Escala de Incertidumbre en la Enfermedad para el adulto (Anexo 2)

El instrumento usado fue diseñado por Mishel (33) y busca medir el nivel de incertidumbre de las personas frente a alguna enfermedad, en este caso CM. Consta de 29 preguntas, medido a través de una escala tipo Likert, que va desde muy en desacuerdo con un puntaje de 1, desacuerdo con 2 puntos, indiferente con 3, de acuerdo con 4 puntos y muy de acuerdo con 5, un puntaje de 5 refleja un alto nivel de incertidumbre. El puntaje mínimo de la escala es de 29 puntos y el máximo de 145 puntos. Para la clasificación del nivel de incertidumbre este instrumento tiene un puntaje de corte calificado asignado para cada nivel. Dándole un puntaje de < 59 para un nivel de incertidumbre bajo, de 59-87 puntos para un nivel de incertidumbre regular y > de 87 puntos para un nivel alto (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Puntaje de corte calificado para medir la incertidumbre

Nivel de Incertidumbre	Puntos
Bajo	<59
Regular	59-87
Alto	>87

Fuente: Documento de Tesis de Doctorado "Modelo estructural de enfermería de calidad de Vida e Incertidumbre frente a la enfermedad. Chile, 2005-2006", de Alexandra Torres (34).

La encuesta evalúa los factores que inciden directamente con la presencia de incertidumbre en las personas como son: grado de los síntomas que se perciben como un modelo (Tipología de los síntomas); coherencia de la enfermedad entre lo esperado y lo experimentado (Coherencia de los hechos); esquematización mental de los síntomas creado con el ambiente (Familiaridad con los hechos); y grado de confianza hacia los proveedores de salud (Credibilidad en el equipo de salud). Del total de las preguntas el puntaje de medición de 9 de ellas es invertido y corresponden a los ítems 6, 7, 10, 12, 21, 22, 25, 27 y 29. El alfa de Cronbach obtenido por Gómez (35) para este instrumento fue de 0,81, para el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,70, La siguiente tabla

muestra los ítems correspondientes a las dimensiones marco de estímulos, capacidades cognitivas y fuente de la estructura que evalúan la incertidumbre (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Modelo estructurado de incertidumbre frente a la enfermedad

Antecedentes de la Incertidumbre	ÍTEMS
Marco de Estímulos	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 29
Capacidades Cognitivas	5, 6, 10, 13, 26
Fuentes de la estructura	11, 14, 19, 23, 27, 28

Fuente: Documento de Tesis de Doctorado “Modelo estructural de enfermería de calidad de Vida e Incertidumbre frente a la enfermedad. Chile, 2005-2006”, de Alexandra Torres (34).

La tabla 3 presenta la estructura del instrumento y su adaptación para la aplicación del modelo de investigación, en donde se relacionan los factores con el antecedente de la incertidumbre y los ítems correspondiente a cada uno de ellos, acordes al evento asociado.

Tabla 3. Estructura del cuestionario Escala de Mishel de medición de Incertidumbre en la enfermedad. Mishel, 1998

Antecedente de la Incertidumbre	Factor	Evento Asociado	Ítems
Marco de Estímulo	Tipología de los Síntomas	Síntomas	3-7-9-17-21-22-29
	Familiaridad con los hechos	Diagnóstico	1-2-4
		Tratamiento	8
	Coherencia con los hechos	Pronóstico	12-16-18-24-25
		Tratamiento	15
		Síntomas	20
Capacidades Cognitivas	Capacidades Cognitivas	Información recibida	5-10-26
		Tratamiento	6-13
Fuente de la estructura	Autoridad con credibilidad	Información recibida	11-19-23-27-28
		Relaciones con Equipo médico	14

Fuente: Documento de Tesis de Doctorado “Modelo estructural de enfermería de calidad de Vida e Incertidumbre frente a la enfermedad. Chile, 2005-2006”, de Alexandra Torres (34).

5.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez diligenciadas las encuestas, los datos, se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel 2010.

Para el análisis de los datos, se empleó el paquete estadístico SPSS versión 17.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas sobre las características de los pacientes con CM que acudieron a consulta externa, mediante la utilización de frecuencias absolutas y porcentajes; y media y desviación estándar para las variables cuantitativas, con intervalo de confianza del 95%.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de esta investigación se tuvo como referencia la Resolución 008430 de 1994 del Ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (36). Según los artículos 5 y 6 de dicha resolución, la investigación no ofrecerá ningún riesgo físico ni psicológico en los participantes, puesto que no habrá ningún procedimiento que afecte lo mencionado.

La participación de las personas fue voluntaria, luego de haber explicado los objetivos de la investigación, cumpliendo lo establecido en los artículos 5 y 8 de dicha resolución, se presentó y diligenció el consentimiento informado de acuerdo a lo establecido en el artículo 16 por las personas participantes del estudio.

7. RESULTADOS

Participaron en el presente estudio 108 mujeres procedentes de la ciudad de Cartagena con menos de un año de haber sido diagnosticadas con CM. Al determinar en ellas el nivel de incertidumbre se encontró que, de acuerdo a la clasificación establecida por Mishel para medir el estado de incertidumbre, el 60,2% (65) presentaba un regular y el 23,1% (25) niveles bajos de incertidumbre. Las participantes de este estudio presentaron edades entre los 28 a 84 años de edad ($\bar{X}=54,6$ años) y más del 50% (54) de ellas se encontraba en el grupo de 45 y 64 años de edad (Ver tabla 4).

Con relación a las condiciones sociodemográficas todas las mujeres se encontraban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), de las cuales el 42% (45) estaban vinculadas al régimen subsidiado, y un 58% (63) al régimen contributivo. Al indagar acerca de su ocupación se encontró que el 63,5% (69) eran amas de casa o desempleadas, frente a un 19% (21) que estaban empleadas.

Del total de las participantes el 70% (76) pertenecía al estrato socioeconómico 1 y 2, con relación a su nivel educativo el 13% (14) informó que realizaron estudios primarios completo, el 16% (17) estudios secundarios completo y el 34% (37) realizó estudios Técnicos, Tecnólogos o Universitarios. Y con relación a su estado civil el 59% (64) de ellas estaban casadas o en unión libre.

Al preguntar acerca de los antecedentes familiares se encontró que en el 6,48% (7) de las mujeres hubo un familiar con CM y en el 20,37% de las participantes un familiar ha presentado algún tipo de cáncer (Ver Tabla 5).

Al evaluar el nivel de incertidumbre en los antecedentes Marco de Estímulos, Capacidades Cognitivas y Fuentes de estructura, utilizando el instrumento elaborado por Mishel, se encontró que, en las preguntas que evalúan Marco de estímulos, el 61,1% (66) de las pacientes manifestaron que aún no saben cuándo habrá cambio en su tratamiento, un 56,4% (61) considera que sus síntomas continúan cambiando impredeciblemente. Para el 86,1% (93) de las mujeres encuestadas es difícil predecir cuánto demorará su enfermedad. Por lo impredecible de la enfermedad un 50,9% (55) de la población no puede planear su futuro, un 47,3% (51) le es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo, y un 60,2% (65) no puede predecir el curso de su enfermedad (Ver tabla 6).

De acuerdo a los ítems que evalúan las Capacidades cognitivas en la incertidumbre, se encontró que el 63% (68) de las mujeres consideran que las explicaciones que le dan no son confusas, en cuanto a la finalidad del tratamiento un 84,3% (91) cree que la información que le proporcionan es clara. Así mismo, el 88% (95) manifiesta que entiende todo lo que se les explica, y el 60,2% (65) considera que entender su tratamiento no es complejo (Ver tabla 7).

En los ítems que evalúan las fuentes de estructura, se encontró que el 72.3% (78) de las mujeres consideran que los médicos decían cosas que podrían tener mucho significado y era importante para el cuidado de su enfermedad, un 60.2% (65) reconoce que el equipo de salud es el responsable de su cuidado, a un 65.7% (71) le han explicado cómo tratar su enfermedad, y para el 76.9% (83) el diagnóstico realizado por el médico fue preciso (Ver tabla 8).

8. DISCUSIÓN

El nivel de incertidumbre que presentaron las mujeres con CM diagnosticadas en un tiempo menor de un año y que participaron en el presente estudio fue de 65 puntos, puntaje que de acuerdo a la clasificación realizada por Mishel (30) corresponde a un regular estado de incertidumbre. Zhang (37), en su estudio realizado en China con mujeres con CM, reportó que las participantes presentaron un nivel regular de incertidumbre con un puntaje de 76.70 puntos. Shaha (38) en su estudio expresa que la incertidumbre es el resultado de factores estresantes que afectan a las personas, en especial a las mujeres que padecen CM. Las mujeres con CM presentan niveles de incertidumbre por la amenaza que sienten de una muerte cercana, es así como Vargas (17) en un estudio fenomenológico realizado a mujeres con CM, describe como las participantes expresaron que al sentirse el sostén del hogar y al conocer su diagnóstico, se sintieron amenazadas y temían dejar el hogar sin la figura materna; para ellas y su familia este diagnóstico fue un dictamen difícil, puesto que les ocasionó alteraciones en el rol de cada miembro. La incertidumbre refleja una serie de sentimientos que influyen directamente sobre las estrategias de afrontamiento que puede tener la persona con respecto a una enfermedad, un nivel de incertidumbre regular indica que, a pesar de procesar cierta información, las pacientes siguen teniendo dificultad para lograr la adaptación a su nueva condición de vida.

La edad promedio de las mujeres con CM que participaron en el estudio fue de 54, 6 años (rango de edad 28-84 años) y el grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 45 y 64 años. En la literatura (39) se reporta tres etapas en la vida de la mujer en las que se encuentra una mayor incidencia de esta enfermedad, como son la menarquia, la edad del primer embarazo a término y la menopausia. Al respecto Martínez (40) en su estudio reporta como edad promedio de las participantes con CM los 55 años y Zhang (37) informa que la edad encontrada en las mujeres de su investigación fue de 40 a 60 años, de lo anterior podría decirse que la edad presentada por las participantes del estudio se ajusta al ciclo vital esperado para la aparición del CM por lo cual, en esta etapa se deben implementar estrategias de intervención para disminuir el peligro.

En cuanto a la ocupación de las participantes se encontró que el 63,5% (69) eran amas de casa o desempleadas, contrario a esta información Zhang (37) en su estudio reporta que el 67% de las participantes se encontraban empleadas. En cuanto al estado civil de las participantes, en el presente estudio el 59% tenían pareja estable, dato similar reporta Silva (41) quien informa que el 66.4% de las participantes vivían en unión marital. Londoño (20) en un estudio realizado en Medellín informó que la mayoría de las mujeres que recibían tratamiento para CM tenían una pareja permanente y esta condición les favoreció por el apoyo que recibían, el cual se vio reflejado en la empatía, expresiones de amor y transmisión de confianza, aspectos que las ayudó a salir de las crisis emocionales presentadas durante el proceso de la enfermedad. Sin tener en cuenta la ocupación de las mujeres con CM y por estar en una etapa productiva (45 y 64 años), se hace necesario el acompañamiento familiar. Es la pareja y familia quienes se encargan de proporcionar el

cuidado y seguridad que requerimos como seres humanos, por lo tanto, el apoyo familiar puede considerarse un protector de la salud en todas las personas, en este caso, en las mujeres con CM.

En lo que respecta a la afiliación al SGSSS, las participantes de este estudio pertenecían en su mayoría al régimen contributivo, al respecto Martínez (40) en un estudio realizado en Ibagué-Colombia, informa que el 43,8% de la población en estudio pertenecía al régimen contributivo de salud y anota que el poseer esta condición supone una mayor seguridad para el paciente de acceder a la prestación de los servicios de salud, lo cual podría generar mayor confianza por parte de las mujeres diagnosticadas con CM en los proveedores de salud, condición que les permite tener un menor nivel de incertidumbre.

Con relación a la escolaridad de las participantes se encontró que tenían una formación superior a los estudios básico-secundarios, formación que en su estado de salud les permitiría tener una mejor capacidad de comprensión acerca de la situación de enfermedad experimentada. Como afirma en su estudio Wallace (42) en el que expresa que la educación superior se asocia con menores niveles de incertidumbre, y cuanto más familiarizado está el enfermo con su situación de enfermedad, menor incertidumbre presenta. A este respecto Mishel (30) considera que cuando la educación se mira sola es evidente el apoyo del impacto directo en la incertidumbre con aquellos que tienen un mayor nivel educativo, ya que son capaces de modificar la incertidumbre más rápidamente que aquellos con un nivel de educación bajo. El tener un nivel de educación medio o superior contribuye a mejorar el entendimiento de las situaciones estresantes a las que se enfrenta la persona ante una enfermedad.

Al revisar los antecedentes familiares del grupo en estudio se encontró que el 6,48% de las participantes tuvo al menos un familiar con diagnóstico de CM, dato que concuerda con Silva (41) quien reporta en su estudio que de 116 participantes el 10,3% de las mujeres poseían historial de CM en la familia. La American Cancer Society a través de diversas investigaciones demuestra que en el 85% de las mujeres que padecen CM, no se encontró antecedentes familiares de esta enfermedad, pero que el riesgo es mayor entre las mujeres cuyos parientes consanguíneos cercanos padecieron esta patología, sin embargo, el simple hecho de ser mujer, es el principal riesgo de padecer CM (43), Por lo tanto el tener la mínima probabilidad de padecer en un futuro CM hace necesario que las mujeres, familia y en especial el personal de salud estén atentos a realizar un diagnóstico temprano para evitar avances en la enfermedad.

Al aplicar el instrumento “Escala de la incertidumbre frente a la enfermedad”, elaborado por Mishel (29) a las mujeres con diagnóstico de menos de un año de CM, se encontró que el nivel de incertidumbre que presentaron fue regular. Mishel (29) expresa en su teoría como responsables de la aparición de incertidumbre en las personas, factores como marco de estímulos, fuentes de estructura y capacidades cognitivas. Al evaluar los diferentes ítems que comprenden el marco de estímulos, encontramos que a la pregunta “usted no

sabe cuándo habrá cambios en su tratamiento”, el 61.1% consideró que desconocía cuando se darían estas variaciones, en cuanto a si “los síntomas continuaban cambiando impredeciblemente” un 56.4% consideraban que éstos eran muy variables y ante la pregunta si podía planear su futuro el 50.9% manifestó que no era capaz de saber que podrían hacer en el futuro inmediato. En el estudio sobre incertidumbre en pacientes diabéticos, Gómez (26) halló que el 60.1% de los pacientes consideraban que los síntomas seguían cambiando impredeciblemente, un 72.4% de los encuestados se les dificultaba planear su futuro y determinar el tiempo en el que podrían cuidarse por sí mismos, datos que son similares a los obtenidos en el presente estudio. La variada presencia de síntomas en las mujeres con CM les imposibilita establecer un patrón de síntomas, lo que las lleva a confusión e inseguridad sobre el avance en el tratamiento; el percibir que los síntomas aparecen y desaparecen, les genera inseguridad acerca del estado de su enfermedad, dificultándole la capacidad de planear un futuro. La acumulación de todos estos factores podría generar a las mujeres con CM mayores niveles de incertidumbre.

La percepción que tenemos sobre una enfermedad hace que se establezca un esquema cognitivo sobre cómo se va a desenvolver la patología. Es decir, se conocería cuáles serían sus síntomas, al conocer la forma como se presenta la enfermedad en otras personas y si hay congruencia con respecto al estado de otros pacientes. El no aclarar dudas o no recibir la información adecuada o completa por los proveedores de salud, genera en las personas un esquema cognitivo erróneo. En el presente estudio en lo que respecta a las capacidades cognitivas al preguntarles a las participantes si “las explicaciones que le daban los profesionales de salud les parecían confusas”, el 63% manifestó que no, en cuanto a si “la finalidad de cada tratamiento les era claro”, para el 84.3% respondió que sí lo era; a la pregunta de si “entendían todo lo que se les explicaba”, el 88% manifestó entenderlo todo; y si “su tratamiento era complejo para entenderlo”, el 60.2% consideraba que no lo era; dato que difiere de los encontrados por Gómez (26) quien manifiesta que en su estudio el 84,6% de los pacientes consideraban que las explicaciones que le daban les parecían confusas y el 86,5% no entendían todo lo que se les explicaba.

Las respuestas proporcionadas por las participantes del presente estudio a las preguntas que evaluaban las capacidades cognitivas difieren a las encontradas en el marco de estímulos, por lo cual, el tener dudas relacionadas con el curso de su enfermedad, cambios en la sintomatología, desconocimiento sobre su futuro y darle diversas interpretaciones a lo que dice el personal de salud, hace pensar que la información brindada por las pacientes no fue expresada abiertamente, esto podría deberse al temor de expresar desconocimiento o dudas respecto a las preguntas realizadas en cuanto a la enfermedad puesto que si las pacientes tuvieran un esquema cognitivo claro sobre su estado, no tendrían afectación en su marco de estímulos.

Con respecto a las fuentes de estructura, en el presente estudio se encontró que la mayoría de las participantes tenían credibilidad en el equipo de salud, el 65,7% consideraba que las opiniones acerca de su enfermedad eran claras, pero el 72,3% sentía que el personal

médico decía cosas que podían tener muchos significados. A diferencia de lo hallado por Gómez (26) en su estudio, en el cual 91,4% de las pacientes consideran que lo expresado por el personal de salud no tenía muchos significados. Mishel (29) en su teoría encontró una relación significativa entre la autoridad creíble y la incertidumbre indicando que, cuando la relación con los proveedores sanitarios aumenta, disminuye los niveles generales de incertidumbre, hay menos ambigüedad acerca del estado de la enfermedad y se percibe menor complejidad en el tratamiento. A pesar de la credibilidad otorgada por las mujeres con CM a los proveedores de salud, las participantes del presente estudio al evaluar los ítems que comprenden las capacidades cognitivas manifiesta no poseer incertidumbre, información que no concuerda con lo manifestado por las participantes en el factor marco de estímulos en donde manifiestan que no logran establecer congruencia entre los síntomas y la duración de su enfermedad, por lo cual podría decirse que el personal de salud no ha brindado el apoyo necesario para la comprensión total del curso de la enfermedad.

Los proveedores de estructura en el que se incluye la educación, el apoyo social y la credibilidad en el personal de salud se constituyen en condiciones importantes para disminuir la incertidumbre en una situación de salud y en especial en las mujeres con CM. Es importante que enfermería como autoridad creíble para las mujeres con CM brinde un cuidado de enfermería humanizado, en el cual se incluyan intervenciones individuales, especialmente al momento de recibir el diagnóstico que es cuando más interrogantes y mayor afectación emocional tendrán las mujeres y sus familias, de esta manera el cuidado tendría un mayor impacto.

CONCLUSIONES

La incertidumbre refleja una serie de sentimientos que influyen directamente sobre las estrategias de enfrentamiento que puede tener la persona con respecto a una enfermedad, un nivel de incertidumbre regular indica que, a pesar de procesar cierta información, las pacientes siguen teniendo dificultad para lograr la adaptación a su nueva condición de vida.

La edad presentada por las participantes del estudio se ajusta al ciclo vital esperado para la aparición del CM por lo cual, en esta etapa se deben implementar estrategias de intervención para disminuir el peligro.

El apoyo familiar puede considerarse un protector de la salud en todas las personas, en este caso, en las mujeres con CM.

El pertenecer al régimen contributivo del SGSSS, genera mayor confianza por parte de las mujeres diagnosticadas con CM para acceder a los proveedores de salud.

El tener un nivel de educación Medio o superior contribuye a mejorar el entendimiento de las situaciones estresantes a las que se enfrenta la persona ante una enfermedad.

El solo tener la probabilidad de padecer en un futuro CM hace necesario que las mujeres, familia y en especial el personal de salud estén atentos a realizar un diagnóstico temprano para evitar avances en la enfermedad.

La incertidumbre como respuesta al factor marco de estímulos se presenta por la variada presencia de síntomas en las mujeres, lo que les imposibilita establecer un patrón de estos, y les conduce a un estado de confusión e inseguridad acerca de la situación de su enfermedad y sobre los avances en el tratamiento, dificultándoles entonces la capacidad para planear un futuro. A pesar de la credibilidad otorgada por las mujeres con CM a los proveedores de salud, llama la atención que las participantes del presente estudio al evaluar los ítems que comprenden las capacidades cognitivas manifiesta no poseer incertidumbre, información que no concuerda con lo manifestado por ellas en el factor marco de estímulos en donde manifiestan que no logran establecer congruencia entre los síntomas y la duración de su enfermedad, por lo cual podría deducirse que el personal de salud no ha brindado el apoyo necesario para la comprensión total acerca del curso de la enfermedad.

Es importante que enfermería como autoridad creíble brinde un cuidado de enfermería humanizado a las mujeres con CM, en el cual se incluyan intervenciones individuales, especialmente al momento de recibir el diagnóstico que es cuando más interrogantes y mayor afectación emocional tendrán las mujeres y sus familias, de esta manera el cuidado tendría un mayor impacto.

RECOMENDACIONES

Brindar cuidado humanizado en enfermería, el cual garantice apoyo emocional para la paciente y familia al tener el diagnóstico y durante el tratamiento de la enfermedad.

Es necesario realizar un estudio cualitativo en el cual se aprecie con mayor profundidad cuales son los sentimientos e interrogantes que tienen las mujeres al ser diagnosticadas con CM.

Continuar con la línea de investigación sobre la presencia de incertidumbre en los pacientes que padecen una enfermedad, con el fin de ampliar el horizonte de cuidado a las nuevas generaciones de enfermeras en formación.

LIMITACIONES

El haber tomado como muestra una población con una patología específica y teniendo en cuenta que se estableció como criterio de inclusión que el tiempo mínimo de diagnóstico debía ser menor de un año, generó dificultades en la recolección de la información por lo limitado del número de pacientes que cumplían este criterio.

Hay pocos estudios publicados en la base de datos sobre incertidumbre lo que dificultó una mayor discusión de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bailey D, Stewart J. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad: Merle Mishel. In Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007. p. 599-609.
2. Nobles D, Brunal B. Una mirada al impacto, reacciones emocionales y estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer. *Pensando Psicología*. 2009; 5(8): p. 101-107.
3. Triviño Z, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*. 2005 octubre; 5(1): p. 20-31.
4. Vélez L. Ética Medellín. Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas. 1989;: p. 369.
5. Zavala M, Whetsell M. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2007 octubre; 7(2): p. 174-188.
6. Durán A, Valderrama L, Uribe AF, González A, Molina JM. Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universidad Médica*. 2010 enero-marzo; 51(1): p. 16-28.
7. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Online]. [cited 2014 febrero 04]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
8. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. [Online]. [cited 2014 marzo 22]. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>.
9. BREAST CANCER. Estadísticas del cáncer de mama en los estados unidos. [Online]; 2013 [cited 2014 marzo 22]. Available from: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/estadisticas.
10. Asociación Española contra el Cáncer. Cáncer de mama. [Online]. [cited 2014 marzo 22]. Available from: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/incidencia.aspx>.
11. Profamilia. Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. [Online]. [cited 2014 febrero 04]. Available from: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-15.pdf>.
12. República de Colombia. Ministerio de la protección social. Instituto Nacional de Cancerología, empresa social de estado, grupo vigilancia epidemiológica del cáncer, Bolívar. [Online]. [cited 2014 febrero 04]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/DropOffLibrary/Presentaci%C3%B3n%20GAI%20Instituto%20Nacional%20de%20Cancerolog%C3%ADa.pdf>.
13. Hospital Universitario del Caribe. Datos sobre Cáncer de mama [Base de datos HUC]. Cartagena; 2007-2013.
14. Liga Contra el Cáncer. Datos sobre Cáncer de seno [Base de datos]. Cartagena; 2013.
15. Sebastian J, Manos D, Buenos M, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*. 2007 julio-septiembre; 18(2): p. 137-161.

16. Muñoz S, Tose P, Monalo D. Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con cáncer de mama. revista médicas UIS. 2010 enero; 22(2).
17. Vargas R, Pulido S. Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Rev. Ciencia y Cuidado. 2012; 9(1): p. 65-78.
18. Díaz E. La ciencia y el imaginario social Buenos Aires: Biblos; 1996.
19. Trejo Martínez F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enfermería Neurológica. 2012; 11(1): p. 34-38.
20. Londoño Y. Trabajando me enfrenté al cáncer de mama. Index Enferm. 2009 jul-sep; 18(3): p. 161-165.
21. Organización Mundial de la Salud. Cáncer, Temas de salud. [Online]. [cited 2014 febrero 04. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>.
22. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. El cáncer, Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento.. [Online].; 2004 [cited 2014 febrero 04. Available from: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>.
23. Asociación Española Contra el Cáncer. ¿Qué es el Cáncer? [Online].; 2013 [cited 2014 febrero 04. Available from: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/quees.aspx>.
24. Instituto Nacional del Cáncer. de los Institutos Nacionales de la salud de EE.UU. Estadios del cáncer de seno. [Online].; 2013 [cited 2014 febrero 06. Available from: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient/page2#Keypoint9>.
25. Definición abc. Definición Incertidumbre. [Online]. [cited 2014 febrero 06. Available from: <http://www.definicionabc.com/general/incertidumbre.php>.
26. Gomez I, Castillo I, Alvis L. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. Aquichán. 2015 Junio; 15(2): p. 210-218.
27. Arreguin L, Morales M, Bonilla M, Soriano M, Tlalpan R, Pérez V. Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer. Enfermería. 2012 Diciembre; 1(2): p. 77-83.
28. Brevis Urrutia I, Silva Garrido P. Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. Chi Med Int. 2011; 26(1): p. 27-34.
29. Mishel M, Braden C. Finding meaning: antecedents of uncertainty. Nursing Research. 1988; 37: p. 98-103.
30. Mishel M. Uncertainty in illness. state of the science. 1988; 20(4): p. 225-232.
31. Mishel M. The nature of uncertainty in women with gynecological cancer. Paper presented at the National Symposium of Nursing Research. San Francisco.; 1985.
32. Mate R. La cirugía reconstructiva disminuye los trastornos psicológicos asociados a la mastectomía. Ponencias al II congreso Nacional de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica. Málaga, España. [Online].; 2006; Mayo 10-12 [cited 2016 Enero 25. Available from: <http://www.orzancongres.com/seeqcp/ponencias/005%20-%20Rosario%20Mate%20Romero.doc>.

33. Mishel M. Incertidumbre en la Enfermedad. Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería. 1988; 20(4. winter 1988. Material Traducido por María Elisa Moreno, Profesor Asociado Universidad de la Sabana. Facultad de Enfermería).
34. Torres A. A, Sanhueza A. O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *ciencia enfermeria*. 2006; 12(1): p. 9-17.
35. Gomez I. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo II. [Tesis Maestria] Universidad Nacional de Colombia. bdigital. 2010.
36. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993. [Online].; 1993 [cited 2014 mayo 19. Available from: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf.
37. Zhang Y, Kwekkeboom K, Petrini M. Uncertainty, Self-efficacy, and Self-care Behavior in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy in China. *Nurs Cancer*. 2015 May-Jun; 38(3): p. 19-26.
38. Shaha M, Cox C, Talman K, Kelly D. Uncertainty in Breast, Prostate, and Colorectal Cancer: Implications for Supportive Care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008; 40(1): p. 60-67.
39. Longo D, Kasper D, Jameson L, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18th ed. México D.F.: McGRAW-HILL ; 2012.
40. Martínez S, Segura A, Arias S, Mateus G. Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron aun hospital de tercer nivel. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2012; 30(2): p. 183-191.
41. Silva N, Soares D, Rego S. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. *Enfermería Global*. 2013 Enero; 12(1): p. 463-476.
42. Wallace M. Finding more meaning: the antecedents of uncertainty revisited. *Journal of Clinical Nursing*. 2005 Agosto; 14(7): p. 863-8.
43. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de seno. [Online].; 2014 [cited 2015 mayo 24. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. **Edad:** _____
2. **Estrato socioeconómico:**
 - a. 1 ()
 - b. 2 ()
 - c. 3 ()
 - d. 4 ()
3. **Escolaridad:**
 - a. Primaria incompleta ()
 - b. Primaria completa ()
 - c. Secundaria incompleta ()
 - d. Secundaria completa ()
 - e. Técnico ()
 - f. Tecnólogo ()
 - g. Universitario ()
 - h. Postgrado ()
 - i. Ninguno ()
4. **Ocupación:**
 - a. Empleado ()
 - b. Jubilado ()
 - c. Independiente ()
 - d. Ama de casa ()
 - e. desempleada ()
 - f. Estudiante ()
5. **Estado civil:**
 - a. Soltera ()
 - b. Casada ()
 - c. Unión libre ()
 - d. Viuda ()
 - e. divorciada ()
6. **Seguridad social:**
 - a. Contributivo ()
 - b. subsidiado ()
 - c. Vinculado ()
- d. ¿Cuál? _____
7. **Procedencia:**
 - a. Rural ()
 - b. Urbana ()
8. **Antecedentes familiares:**
 - a. HTA ()
 - b. Diabetes ()
 - c. Tuberculosis ()
 - d. Lepra ()
 - e. Enfermedades mentales()
 - f. otras _____
9. **Antecedentes personales:**
 - a. HTA ()
 - b. Diabetes ()
 - c. Tuberculosis ()
 - d. Lepra ()
 - e. Hepatitis ()
 - f. otras _____
10. **¿Hijos?**
 - a. Si ()
 - b. No ()
 - c. ¿Cuántos? _____

ANEXO 2. FORMATO DE LA ESCALA MISHEL PARA EL ADULTO

ESCALA MISHEL DE INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD. FORMA PARA EL ADULTO

INSTITUCIÓN DE SALUD: _____

NOMBRE: _____

No. _____

INSTRUCCIONES:

Le leeré a usted varias situaciones relacionadas con las dudas que se producen en todos los pacientes con una enfermedad crónica. Usted me contestará cuál es su relación con ésta.

Cada pregunta tiene cinco posibles respuestas

Muy de acuerdo	MA = 5
De Acuerdo	A = 4
Muy indiferente o Intermedia (Indica una opinión neutral)	I = 3
En desacuerdo	D = 2
Muy en Desacuerdo	MD = 1

Preguntas	Indicadores				
	M	A	I	D	MD
1. ¿usted no conoce cuál es su enfermedad?	M A	A	I	D	MD
2. ¿Tiene usted muchas dudas sin respuestas?	M A	A	I	D	MD
3. Usted no sabe si ha mejorado o empeorado	M A	A	I	D	MD
4. No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad	M A	A	I	D	MD
5. Las explicaciones que le dan parecen confusas	M A	A	I	D	MD
6. La finalidad de cada tratamiento le es claro	M A	A	I	D	MD
7. Cuando usted tiene dolor ¿sabe lo que significa para su condición de salud?	M A	A	I	D	MD
8. ¿Usted no sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento?	M A	A	I	D	MD
9. ¿Sus síntomas continúan cambiando impredeciblemente?	M A	A	I	D	MD
10. ¿Usted entiende todo lo que se le explica?	M A	A	I	D	MD
11. ¿Los médicos dicen cosas que podrían tener mucho significado?	M A	A	I	D	MD

12. ¿Usted puede predecir cuánto demorará su enfermedad?	M A	A	I	D	MD
13. ¿Su tratamiento es complejo para entenderlo?	M A	A	I	D	MD
14. De acuerdo con el equipo de salud que le brinda la atención, ¿no es claro quién es responsable de su salud?	M A	A	I	D	MD
15. ¿Es difícil saber si los tratamientos le están ayudando?	M A	A	I	D	MD
16. Debido a lo impredecible de su enfermedad ¿no puede planear su futuro? 17. El curso de su enfermedad se mantiene	M A	A	I	D	MD
18. Usted no sabe cómo se manejará después que deje el hospital	M A	A	I	D	MD
19. Le han estado entregando diferentes opiniones acerca de cuál es su enfermedad	M A	A	I	D	MD
20. Usted no tiene claro lo que está sucediendo	M A	A	I	D	MD
21. Generalmente sabe si tendrá un buen o mal día	M A	A	I	D	MD
22. Es claro para usted cuando se va a sentir mejor	M A	A	I	D	MD
23. No le han dicho como tratar su enfermedad	M A	A	I	D	MD
24. Es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo	M A	A	I	D	MD
25. Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad	M A	A	I	D	MD
26. Le entregan demasiada información que no puede decir cuál es la más importante	M A	A	I	D	MD
27. Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad	M A	A	I	D	MD
28. No le han dado un solo diagnóstico	M A	A	I	D	MD
29. Su malestar físico es predecible, cuando usted está mejorando o empeorando	M A	A	I	D	MD

Puntaje mínimo de la escala = 29 puntos

Puntaje máximo de la escala = 145 puntos

Puntaje de corte calificado Bajo NI = < 59 puntos

Puntaje de corte calificado Regular NI = 59-87 puntos

Puntaje de corte calificado Alto NI = > 87 puntos.



Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Fecha: _____

Con el presente documento se pretende informar a usted sobre el tipo de información que se recolectará, por lo que le solicitamos diligenciar con su puño y letra los siguientes espacios en blanco.

Yo _____ habitante de la ciudad de Cartagena y con C.C. N° _____ de _____ certifico que he sido informada con claridad y veracidad debida, respecto al ejercicio académico que los estudiantes Tatiana Angulo, Rosa Caffroni, Hanier Fajardo, Yielisa Fajardo y Daniel Flórez, estudiantes de Enfermería, Universidad de Cartagena, me han invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaboradora, contribuyendo a este procedimiento de forma activa.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

En tales condiciones,

ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO: Incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama en dos instituciones de salud, Cartagena.

Firma

Su firma abajo significa que usted leyó y entendió este documento y que usted accede voluntariamente a participar en este estudio.

Firma del participante: _____

Nombre, firma del testigo y cédula:

ANEXO 4. LISTA DE TABLAS

Tabla 4. Niveles de incertidumbre en pacientes con cáncer de mama en instituciones de salud, Cartagena 2015

NIVEL DE INCERTIDUMBRE	N	Porcentaje (%)
BAJO	25	23,1 %
REGULAR	65	60,2 %
ALTO	18	16,7 %
TOTAL	108	100,0 %

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 5. Características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama en instituciones de salud, Cartagena 2015

CARACTERÍSTICAS	No. PACIENTES	Porcentaje (%)
Edad		
25-34	5	4,63%
35-44	20	18,5%
45-54	34	31,5%
55-64	30	27,8%
65-74	16	14,8%
75-84	3	2,78 %
Media	54,6	
Desviación Estándar	13,66	
Nivel Socioeconómico		
1	38	35%
2	38	35%
3	26	24%
4	5	4,6%
6	1	0,9%
Afiliación SGSSS		
Subsidiado	45	42%
Contributivo	63	58%
Escolaridad		
Primaria Incompleta	16	15%
Primaria Completa	14	13%
Secundaria Incompleta	21	19%
Secundaria Completa	17	16%

Técnico	15	14%
Tecnólogo/Universitario	22	20%
Ninguno	3	2,8%
Ocupación		
Ama de casa	62	57%
Desempleada	7	6,5%
Empleadas	21	19%
Independientes	9	8,3%
Jubiladas	9	8,3%
Estado Civil		
Casada	37	34%
Soltera	21	19%
Unión Libre	27	25%
Viuda	8	7,4%
Divorciada	15	14%
Antecedentes familiares		
Hipertensión Arterial	46	42,6%
Diabetes Mellitus	28	25,9%
Cáncer de mama	19	17,6%
Otros tipos Cáncer	4	3,7%
Enfermedad Mental	6	5,5%
Otras Enfermedades	5	4,6%
Ninguna	27	25%
Antecedentes personales		
Hipertensión Arterial	35	32,4%
Diabetes Mellitus	10	9,25%
Otras	12	11,1%
Ninguna	59	54,6%

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 6. Frecuencia porcentual de respuesta a los ítems del Marco de Estímulos

Preguntas	MA	%	A	%	I	%	D	%	MD	%
1) ¿usted no conoce cuál es su enfermedad?	13	12,0%	3	2,8%	0	0,0%	15	13,9%	77	71,3%
2) ¿Tiene usted muchas dudas sin respuestas?	27	25,0%	13	12,0%	5	4,6%	12	11,1%	51	47,2%
3) ¿Usted no sabe si ha mejorado o empeorado?	20	18,5%	1	0,9%	2	1,9%	20	18,5%	65	60,2%
4) No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad	31	28,7%	2	1,9%	1	0,9%	14	13,0%	60	55,6%
7) Cuando usted tiene dolor ¿sabe lo que significa para su condición de salud?	70	64,8%	15	13,9%	9	8,3%	5	4,6%	9	8,3%
8) ¿Usted no sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento?	62	57,4%	4	3,7%	1	0,9%	9	8,3%	32	29,6%
9) ¿Sus síntomas continúan cambiando impredeciblemente?	48	44,4%	13	12,0%	11	10,2%	6	5,6%	30	27,8%
12) ¿Usted puede predecir cuánto demorará su enfermedad?	10	9,3%	3	2,8%	2	1,9%	7	6,5%	86	79,6%
15) ¿Es difícil saber si los tratamientos le están ayudando?	24	22,2%	5	4,6%	6	5,6%	9	8,3%	64	59,3%
16) Debido a lo impredecible de su enfermedad ¿no puede planear su futuro?	44	40,7%	11	10,2%	1	0,9%	10	9,3%	42	38,9%
17) ¿El curso de su enfermedad se mantiene?	30	27,8%	10	9,3%	5	4,6%	12	11,1%	51	47,2%

18) ¿Usted no sabe cómo se manejará después que deje el hospital?	39	36,1%	8	7,4%	2	1,9%	12	11,1%	47	43,5%
20) ¿Usted no tiene claro lo que está sucediendo?	21	19,4%	5	4,6%	1	0,9%	10	9,3%	71	65,7%
21) ¿Generalmente sabe si tendrá un buen o mal día?	56	51,9%	13	12,0%	5	4,6%	4	3,7%	30	27,8%
22) ¿Es claro para usted cuando se va a sentir mejor?	51	47,2%	15	13,9%	2	1,9%	12	11,1%	28	25,9%
24) ¿Es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo?	41	38,0%	10	9,3%	6	5,6%	9	8,3%	42	38,9%
25) ¿Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad?	30	27,8%	8	7,4%	5	4,6%	9	8,3%	56	51,9%
29) ¿Su malestar físico es predecible, cuando usted está mejorando o empeorando?	50	46,3%	14	13,0%	10	9,3%	9	8,3%	25	23,1%

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 7. Frecuencia porcentual de respuesta a los ítems de Capacidades Cognitivas

Preguntas	MA	%	A	%	I	%	D	%	MD	%
5) ¿Las explicaciones que le dan parecen confusas?	27	25,0%	11	10,2%	2	1,9%	11	10,2%	57	52,8%
6) ¿La finalidad de cada tratamiento le es claro?	80	74,1%	11	10,2%	3	2,8%	7	6,5%	7	6,5%
10) ¿Usted entiende todo lo que se le explica?	81	75,0%	14	13,0%	1	0,9%	6	5,6%	6	5,6%
13) ¿Su tratamiento es complejo para entenderlo?	29	26,9%	10	9,3%	4	3,7%	19	17,6%	46	42,6%
26) Le entregan demasiada información que no puede decir cuál es la más importante	23	21,3%	5	4,6%	2	1,9%	21	19,4%	57	52,8%

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 8. Frecuencia porcentual de respuesta a los ítems de Fuentes de la Estructura

Preguntas	MA	%	A	%	I	%	D	%	MD	%
11) ¿Los médicos dicen cosas que podrían tener mucho significado?	63	58,3%	15	14%	3	2,8%	9	8,3%	18	16,7%
14) De acuerdo con el equipo de salud que le brinda la atención, ¿no es claro quién es responsable de su salud?	32	29,6%	9	8%	2	1,9%	19	17,6%	46	42,6%
19) Le han estado entregando diferentes opiniones acerca de cuál es su enfermedad	31	28,7%	10	9%		0,0%	8	7,4%	59	54,6%
23) No le han dicho como tratar su enfermedad	27	25,0%	9	8%	1	0,9%	8	7,4%	63	58,3%
27) Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad	72	66,7%	14	13%	2	1,9%	6	5,6%	14	13,0%
28) No le han dado un solo diagnóstico	18	16,7%	6	6%	1	0,9%	11	10,2%	72	66,7%

Fuente: Datos de las encuestas