



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

División de Estudios de Posgrado

Maestría Enfermería



Nivel de incertidumbre en relación con la calidad de vida en mujeres mastectomizadas

Tesis

Que para obtener el grado de

Maestra en Enfermería con terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo

Presenta

L.E. Guadalupe Avila Rodríguez

Asesora

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Coasesora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Revisora

Dra. Ma. de Jesús Ruíz Recéndiz

Morelia, Michoacán

Febrero 2022

Directorio

MSP Julio César González Cabrera

Director

M.E.I. Cecilia Castro Calderón

Secretaria Académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa Sinodal

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Presidenta

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Vocal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Vocal

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Vocal

Dra. Ma. De Jesús Ruíz Recéndiz

Vocal

ACTA DE REVISIÓN

La Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela y la Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga; profesoras e investigadoras de tiempo completo adscritas a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, como asesora y co- asesora.

CERTIFICAN

Que han dirigido el trabajo de tesis titulado “Nivel de incertidumbre en relación con la calidad de vida en mujeres mastectomizadas”, elaborado por la Licenciada en Enfermería Guadalupe Avila Rodríguez, misma que presenta para la obtención de grado de Maestra en Enfermería con terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

**Dra. María Leticia Rubí
García Valenzuela**

Profesora Investigadora de
Tiempo Completo

**Dra. María Magdalena
Lozano Zúñiga**

Profesora Investigadora de
Tiempo Completo

**Dra. Mayra Itzel Huerta
Baltazar**

Profesora Investigadora de
Tiempo Completo

**ME. Ruth Esperanza Pérez
Guerrero**

Profesora Investigadora de
Tiempo Completo

**Dra. Ma. de Jesús Ruiz
Recéndiz**

Profesora Investigadora de
Tiempo Completo

Dedicatoria

A Dios y la vida por permitirme cumplir cada reto y meta que me he propuesto en mi desarrollo profesional de lo cual aún falta mucho, pero sé que voy por buen camino.

A mis padres por su amor, apoyo, comprensión y motivación para superarme profesionalmente y cumplir cada una de mis metas que me he propuesto.

A mis hermanas por su apoyo, ayuda, ejemplo y ser mis mejores amigas, estar conmigo presentes aún en la distancia en todos los retos que me propongo.

A mi pareja, porque desde el día que decidí estudiar un posgrado asumió que era decisión de los dos, me apoyo y ayudo en todo lo que estuvo en sus manos.

A mis compañeras y amigas de generación por su apoyo, consejos y por los momentos que pasamos durante esta travesía.

Agradecimientos

De manera especial e importante a mi asesora de tesis, la Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela por el tiempo, apoyo, ayuda y conocimientos compartidos hacia mi persona. Una persona que admiro y agradezco aprender tanto de ella.

Dra. María de Jesús Ruíz Reséndiz por su amor a la docencia e investigación, su gran apoyo en nuestro desarrollo profesional y compromiso hacia el alumno.

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga, un ser de luz que desde el día uno, motivo y ayudo en el desarrollo profesional, un ejemplo del amor a su profesión y a la vida.

De manera conjunta a mi jefe de servicio el Dr, Ramón González por su apoyo y facilidades que me brindo para en conjunto realizar posgrado y mi trabajo.

ÍNDICE

I. Introducción.....	14
II.. Justificación.....	16
III. Planteamiento del problema.....	20
IV. Objetivos.....	22
4.1 Objetivos :	22
4.2 Objetivos especificos:	22
V. Hipótesis.....	23
VI. Marco teórico.....	24
6.1 TEORÍA DE LA INCERTIDUMBRE	24
6.1.1. <i>Generalidades de la teoría</i>	24
6.1.2. <i>Principales concepto</i>	25
6.2 INCERTIDUMBRE.....	28
6.2.1. <i>Concepto</i>	28
6.2.2. <i>Generalidades</i>	28
6.3 CALIDAD DE VIDA.....	30
6.3.1. <i>Concepto</i>	31
6.3.2. <i>Generalidades</i>	31
6.4. CÁNCER DE MAMA	32
6.4.1. <i>Concepto</i>	33
6.4.3. <i>Diagnóstico</i>	33
6.4.4. <i>Tratamiento</i>	34
6.4.5. <i>Efectos físicos, emocionales y sociales del cáncer</i>	36

VII. Material y métodos.....	37
7.1. TIPO DE ESTUDIO.....	37
7.2 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO	38
7.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	38
7.4 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN	38
7.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	38
7.5.1. De inclusión	38
7.5.2. De exclusión.....	38
7.5.3. De eliminación.....	38
7.6 Definición de variables.....	38
7.7 Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimiento de recolección de la información.....	39
VIII. Aspectos éticos.....	41
IX. Resultados.....	44
X. Discusión.....	55
XI. Conclusión	60
XII. Recomendaciones.....	61
XIII. Referencias.....	62
XIV. Apéndices y anexos	66
Apéndice 1.	66
Operacionalización de variables	66
Apéndice 2.	68
Cronograma de actividades	68

Anexo 1..... 70

Anexo 2..... 73

EORTC QLQ-C30 (VERSIÓN 3)73

Anexo 3..... 77

consentimiento informado.....77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de la incertidumbre frente a la enfermedad.....	27
Figura 2. Diseño correlacional típico.....	37
Figura 3. Histograma: niveles de incertidumbre en mujeres mastectomizadas	46
Figura 4. Histograma: escala funcional.....	49
Figura 5. Histograma: escala de síntomas.....	51
Figura 6. Histograma: escala general de salud.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puntos de corte para la escala MUIS	39
Tabla 2. Variables sociodemográficas	44
Tabla 3. Nivel de incertidumbre en mujeres mastectomizadas.....	45
Tabla 4. Niveles de incertidumbre en mujeres mastectomizadas	46
Tabla 5. Calidad de vida	47
Tabla 6. Escala funcional.....	47
Tabla 7. Escala de síntomas.....	49
Tabla 8. Escala general de salud.....	52
Tabla 9. Correlación de incertidumbre y calidad de vida Rho de Spearman.....	54

Resumen

Introducción. El cáncer de mama es uno de los que mayor incidencia tiene en las mujeres y es la segunda causa de muerte en este sector poblacional. Es así, como esta investigación está enfocada en las mujeres mastectomizadas, ya que es necesario contar con información en relación al estado psicológico y la calidad de vida, para poder desarrollar estrategias y tratamientos que permitan brindar una atención óptima por parte de los médicos, enfermeros, psicólogos, entre otros actores del sector médico. **Objetivo.** Evaluar el nivel de incertidumbre en relación con la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica en Morelia, Michoacán. **Método.** El presente estudio contó con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental y fue de corte transversal, asimismo, el tipo de muestro fue no probabilístico, seleccionado por conveniencia. Se utilizó la Escala de Merle Mishel de la Incertidumbre frente a la Enfermedad MUIS (Castro, 2017) y el Cuestionario de calidad de vida EORTC- QLQ-C30 (Fernández et al., 2010). **Resultados.** Entre los principales hallazgos se encontró que se produce una relación estadísticamente significativa, moderada y positiva entre las variables estudiadas, en otras palabras, a mayor nivel de incertidumbre ante la enfermedad es mayor la percepción de salud global. **Conclusión.** El cáncer tiene implicaciones no solo a nivel fisiológico sino también mental, ya que con frecuencia los diferentes tratamientos farmacológicos impactan en la calidad de vida de las personas que atraviesan por este tipo de enfermedades, por ello, el profesional de Enfermería desempeña un papel fundamental en la valoración del estado en el que se encuentran y en el desarrollo de técnicas y estrategias que permiten un menor impacto del síndrome.

Palabras clave: Mastectomía, cáncer de mama, calidad de vida, incertidumbre.

Abstrac

Introduction. Breast cancer is one of the most prevalent cancers in women and the second leading cause of death in this population sector. This is how this research is focused on mastectomized women, since it is necessary to have information regarding the psychological state and quality of life, in order to develop strategies and treatments that allow optimal care to be provided by doctors, nurses, psychologists, among other actors in the medical sector. **Objective.** To assess the level of uncertainty in relation to the quality of life of mastectomized women at the State Cancer Care Center in Morelia, Michoacan. **Method.** The present study had a quantitative, descriptive-correlational approach, with a non-experimental design and has a cross-sectional, likewise, the type of sampling was non-probabilistic, selected for convenience. The Merle Mishel Disease Uncertainty Scale MUIS (Castro, 2017) and the EORTC-QLQ-C30 Quality of Life Questionnaire (Fernández et al, 2010) were used. **Results.** Among the main findings, it was found that there is a statistically significant, moderate and positive relationship between the variables studied, in other words, the higher level of uncertainty regarding the disease, the greater of perception of global health. **Conclusion.** Cancer has implications not only at the physiological level but also mentally, since the different pharmacological treatments often impact the quality of life of people who go through this type of disease, therefore, the Nursing professional plays a fundamental role in the assessment of the state in which they are and in the development of techniques and strategies that allow a lesser impact of the syndrome.

Keywords: Mastectomy, breast cancer, quality of life, uncertainty.

I. Introducción

El cáncer de mama es el tipo de cáncer con más incidencia en las mujeres y es la segunda causa más frecuente de muerte en este sector poblacional. Se estima que durante el 2022 se producirán unas 42,260 muertes (41,760 mujeres y 500 hombres) como consecuencia de esta enfermedad y que el cáncer de mama metastásico generará la amplia mayoría de dichas muertes. Cabe mencionar, que la tasa de sobrevivencia a 5 años de las mujeres con cáncer de mama metastásico es del 27%, mientras que la de los hombres es del 25 % (American Society of Clinical Oncology, 2019).

Es importante recordar que el cáncer de mama es tratable en cualquier estadio y que los tratamientos van desarrollándose cada vez más, logrando de esa forma ayudar a las personas con esta enfermedad a vivir más años con una mejor calidad de vida (American Society of Clinical Oncology, 2019). Por ello, este estudio está enfocado en las mujeres mastectomizadas que acuden a la consulta externa en el Centro Estatal de Atención Oncológica para seguimiento del tratamiento de su enfermedad.

En ese sentido, hay que determinar dos factores que se deben conceptualizar para brindar una mejor atención: el primero refiere a la incertidumbre y el segundo a la calidad de vida que tienen las mujeres con esta condición de salud, de ese modo, Mishel aborda en profundidad el fenómeno definiéndolo como

la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Esta inhabilidad ocurre en situaciones en que debe tomar decisiones, se traduce en la incapacidad de asignar valores definitivos a objetivos y eventos, de predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de información y conocimientos. (Castro, 2017)

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el mundo, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Por lo tanto, la calidad de vida es un concepto multidimensional que

incluye componentes físicos, emocionales y sociales asociados con la enfermedad. El uso de medidas de calidad de vida relacionada con la incertidumbre ha aumentado de manera significativa en las últimas décadas. (López et al., 2014, p. 61)

El presente trabajo está integrado por diferentes apartados iniciando con la justificación donde se plasma la magnitud y trascendencia del problema, así como los estudios relacionados correspondientes considerando la relevancia que tendrá en la disciplina de enfermería; en el planteamiento del problema se observa el nivel de incertidumbre en relación a la calidad de vida de mujeres mastectomizadas y su respectiva pregunta de investigación; a continuación se presentan los objetivos que son la guía del trabajo, enseguida se ubican la hipótesis alterna y nula; seguido del marco teórico donde se colocan los conceptos y teorías importantes y se destaca la Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel.

El siguiente apartado refiere a la metodología donde se precisa la muestra, muestreo, estadística a emplear, así como los instrumentos de medición que permitieron estudiar la relación de las variables de estudio. A continuación, aparecen los principales resultados de estudio donde se expresa que a mayor nivel de incertidumbre ante la enfermedad es mayor la percepción de salud global; mientras que en el apartado de discusión se contrasta los resultados con otros autores, también contiene un apartado de conclusiones y sugerencias. Enseguida se presenta las referencias bibliográficas en estilo APA y por último los apéndices y anexos.

II. Justificación

En la actualidad, gran parte de los estudios sobre el cáncer de mama señalan que es una de las causas principales de muerte en mujeres a nivel estatal, nacional y mundial; razón por la cual es de suma importancia profundizar en este tema en todos los sentidos. Aunque es un tema que pareciera se ha abordado desde diferentes perspectivas y enfoques, siempre existe la necesidad de contar con más información; es por ello, que la investigación se realizó en el Centro Estatal de Atención Oncológica, el cual se encuentra en la capital del estado y atiende los diferentes tipos de cáncer que se pueden presentar, así como el diagnóstico y tratamiento.

En ese sentido, es necesario observar, analizar y tratar a la paciente mastectomizada respecto a la incertidumbre que presenta durante este proceso; así el cómo la repercusión que tiene en su calidad de vida, por lo cual es necesario el apoyo y ayuda del personal de enfermería para afrontarlo. De ese modo, la incertidumbre en la mujer mastectomizada se requiere medir de acuerdo a los estímulos, capacidades cognitivas y fuentes en su estructura; es decir, teniendo la información sobre el proceso a partir de la mastectomía si se tuvo dudas y si lo fue así tener en cuenta como fueron resueltas en su momento puesto que esto condiciona a la incertidumbre que se podría experimentar.

Pero, ¿Por qué se hace necesario contar con esta información? Precisamente, porque estudiar e investigar la calidad de vida en las pacientes con mastectomía permite analizar diferentes variable médicas y demográficas, que influyen en el estado de salud de la paciente, en el proceso de la enfermedad y tratamiento, conocer la calidad de vida y la relación con las diferentes áreas de funcionalidad como lo son: física, funcionamiento cognitivo, emocional y social. También brinda información en relación con los síntomas propios de la condición de salud como: fatiga, vómito, náusea, disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea. Asimismo, permite explorar si el estado físico de la mujer mastectomizada y su tratamiento médico, le causaron dificultades financieras o impactaron en su comportamiento ante su familia y sociedad.

De acuerdo al estudio realizado por Medina et al. (2015), sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en cirugía conservadora y radical realizado en el estado de Jalisco, se llegó a la conclusión de que se requiere estudios de seguimiento puesto que la calidad de vida

de las pacientes se eleva a un año después del tratamiento, y dado que existen muchas pacientes con seguimiento y manejo, los resultados podrían ser infravalorados. Mientras que Ortega et al. (2014) realizó un estudio de caso en paciente posoperada de mastectomía en una Institución Privada del estado de Tamaulipas; en el cual, se obtuvo como resultado que al aplicar el proceso enfermero favorece a que en la paciente disminuyan factores atípicos de la enfermedad como feminidad, temor a las consecuencias, a la discriminación y a la posibilidad de someterse a una cirugía reconstructiva, de los cuales en su mayoría no está preparada para afrontarlos.

En el ámbito mundial, el cáncer de mama es la segunda neoplasia más común en la población y la más frecuente entre las mujeres con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados anualmente, representando el 25% de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia es más alta en países desarrollados “excepto Japón”; varía desde 27 por 100,000 mujeres en África Central, hasta 96 en Europa occidental. Es también la principal causa de muerte por un tumor maligno en la mujer en países en vías de desarrollo y la segunda en países desarrollados “después del cáncer de pulmón”, con una defunción cada minuto por esta causa en alguna parte del mundo (522,000) y tasas de mortalidad que van de 6 en Asia oriental a 20 defunciones por 100,000 mujeres en África Occidental (Secretaría de Salud, 2015).

Cabe mencionar, que, en América Latina, el cáncer de mama es el cáncer más frecuente con 152,059 casos diagnosticados anualmente, una cuarta parte (24.9%) de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia regional es 47.2% la cual es más alta en países del cono sur, principalmente Argentina y Uruguay, donde las tasas son semejantes a la de países desarrollados “71.2 y 69.7 defunciones por 100,000 mujeres, respectivamente”. Es también la principal causa de muerte por un tumor maligno en la mujer latinoamericana, con 43,208 defunciones y tasas de mortalidad de 13, que varía de 5.0 en Guatemala a 22.6 defunciones por 100,000 mujeres en Uruguay (Secretaría de Salud, 2015).

En otras palabras, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores en las mujeres mexicanas, con un promedio de 10 decesos al día (Romero, 2018). Anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres. (Secretaría de la Salud, 2015). En el año 2013 se registraron 5,405 defunciones en mujeres con

una tasa de 16.3 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son Coahuila (24.2), Sonora (22.6) y Nuevo León (22.4). Es en el año 2016 donde se ubica la tasa más alta para ellas, con 16 defunciones por cada 100, 000 mujeres de 20 años y más. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018)

Ante estas cifras alarmantes existe la necesidad de contemplar que una consecuencia importante de la mastectomía es que a dichas pacientes les cuesta más trabajo conseguir empleo y por consiguiente lograr la aceptación social, por pensar que no pueden disfrutar una vida normal como las demás mujeres (Infosalus, 2018). Además, se consideraría que un número nada insignificante de estas pacientes que se van a estudiar regresan a su vida normal y pueden estar relativamente libres de síntomas después de finalizar el tratamiento; sin embargo, continúan las situaciones potencialmente estresantes y en un grupo de ellas persisten problemas psicológicos (Montiel et al., 2016).

Es así, como el propósito principal de este estudio fue identificar la relación de la calidad de vida con la incertidumbre de las pacientes mastectomizadas, que permita a los profesionales de enfermería reconocer los elementos que rodean la interacción de estas variables, y diseñar planes de enfermería e intervenciones que ayuden a las mujeres mastectomizadas a reconocer que todo por lo que están pasando, es parte de un proceso y que si resuelve la incertidumbre de forma asertiva, su calidad de vida va a mejorar.

De ese modo, el desarrollo de este estudio permite en primer lugar, que los profesionales de la Enfermería que atienden a usuarias con mastectomías cuenten con una base para crear un plan de cuidados e intervenciones para que dichas pacientes logren afrontar de manera adecuada estas vertientes que influyen en el proceso de su enfermedad y vida. En segundo lugar, en relación con la institución se generarán evidencias científicas que ayuden a mejorar los procesos de atención de las mujeres mastectomizadas, optimizando los recursos humanos y materiales, y para que se ofrezcan servicios médicos y de enfermería de calidad a estas pacientes. Asimismo, se realizó un plan de investigación de trabajo en un Centro Estatal de Atención Oncológica, pero es necesario que todas las instituciones de salud de tercer nivel apliquen y hagan énfasis en las características

de la paciente mastectomizada atendiendo la calidad de vida y la incertidumbre, la cual es pieza fundamental para la paciente y todo su núcleo familiar.

En tercer lugar, se beneficiará de forma general la Enfermería, ya que es importante estudiar a la paciente mastectomizada de manera holística enfocándonos en esta investigación en dos factores específicos como lo es la incertidumbre y la calidad de vida estos dimensionados en el proceso y en su entorno psicosocial. Ayudará a los profesionales del área de la salud, en específico al personal de enfermería que es el que trata y mantiene una relación más estrecha con dichas pacientes. Servirá de parteaguas para se tenga un trato más humanizado y digno hacia ellas, respecto a identificar su incertidumbre y el cómo repercute en su calidad de vida.

De ese modo, el presente trabajo de investigación fue posible de acuerdo a los lineamientos y políticas del Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería y al Centro Estatal de Atención Oncológica, para poder llevar a cabo en el área de consulta externa con pacientes mastectomizadas. La línea de generación y aplicación del conocimiento que fortalecerá es la de Promoción de la salud en mujeres adultas, que pertenece al Cuerpo académico de “Promoción de la Salud” UMSNH-CA-208, en Morelia Michoacán.

III. Planteamiento del problema

En la actualidad el cáncer de mama ha presentado un aumento en su incidencia, hasta convertirse desde el 2006 en la principal neoplasia de la mujer, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, con una incidencia de 13,648 y una mortalidad en México de 5,133 defunciones en 2010, con una tasa de 10.1 defunciones por cada 100,000. De igual forma, existe un auge en su enfoque, en el que se consideran las implicaciones que tiene en la vida del paciente o, más concretamente, en su calidad de vida (Medina et al., 2015).

La incertidumbre como la define Mishel en 1988 es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece 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. La incertidumbre respecto a la mastectomía ocurre en cuanto a que la paciente no sabe a lo que se enfrenta, a los tratamientos pos quirúrgicos; cómo se va a enfrentar a la sociedad y como readaptarse en su círculo social, si su autoestima estará afectada al verse en un espejo sin una parte de ella y al mismo tiempo seguirse sintiendo mujer en el aspecto físico y la incertidumbre de si podrá retomar sus actividades en su entorno familiar, profesional, de pareja continuara igual que cuando no se sometía a una mastectomía (Bailey y Stewart, 2011).

Entonces, el marco de los estímulos, la capacidad cognitiva y la fuente de estructura, son antecedentes de la incertidumbre. La incertidumbre que suscita el tratamiento del cáncer puede ocasionar un trastorno emocional que dificulta el inicio oportuno del tratamiento o la deficiente adherencia al mismo, evidenciado por la disminución de la capacidad de percepción, concentración y comprensión de la información que recibe acerca del manejo de la enfermedad y su tratamiento. (Ramírez et al., 2018).

En otras palabras, la paciente mastectomizada presenta un trastorno de estrés postraumático; ya que es una situación la cual le detona y desarrolla tensión y estrés tanto mental como emocional, por el hecho de que durante el tratamiento desencadena pensamientos de muerte y no afronta la enfermedad. En cuanto al hablar de su calidad de vida es cómo la paciente lo aborda, lo percibe y lo afronta, así como la relación y repercusión que tiene con la incertidumbre. De

acuerdo a lo mencionado surge la siguiente pregunta a investigar *¿Cuál es el nivel de incertidumbre en relación con la calidad de vida en mujeres mastectomizadas?*

IV. Objetivos

4.1 Objetivo General:

- Evaluar el nivel de incertidumbre y su relación con la calidad de vida en mujeres mastectomizadas.

4.2 Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres mastectomizadas.
- Identificar el nivel de incertidumbre en las mujeres mastectomizadas.
- Determinar la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas en la escala total y en las dimensiones.
- Realizar un análisis estadístico inferencial para identificar la correlación entre las variables.

V. Hipótesis

Hipótesis Nula: El nivel de incertidumbre alto se relaciona con la calidad de vida en mujeres mastectomizadas.

Hipótesis Alternativa: El nivel de incertidumbre alto no se relaciona con la calidad de vida en mujeres con mastectomías.

VI. Marco teórico

En este apartado se abordarán las variables de estudio las cuales son la incertidumbre y la calidad de vida. También se mencionará de manera general el padecimiento cáncer de mama el cual es base para este proceso, todo se detallará a continuación.

6.1 Teoría de la incertidumbre

La teoría de la incertidumbre explica cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y construyen un significado en estos eventos. Mishel relaciona la incertidumbre con la teoría enfermera y nos ofrece la siguiente definición: la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad (Trejo, 2012). Cuando Mishel comenzó a investigar acerca de la incertidumbre, este concepto aún no se había usado en el contexto de la salud y de la enfermedad. Su teoría sobre la incertidumbre frente a la enfermedad se basaba en modelos de Warburton y en el estudio de la personalidad Budner, procedentes de la psicología, que identificaban la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una representación interna de una situación o un hecho. Mishel atribuye el marco subyacente del estrés, la valoración, el afrontamiento y la adaptación de su teoría original al trabajo de Lazarus y de Folkman (1984). Lo que sí es exclusivo de Mishel es la aplicación de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad, lo que hace que la teoría resulte valiosa para las enfermeras (Bailey y Stewart, 2011).

6.1.1. Generalidades de la teoría

En la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel, publicada por primera vez en 1988, se incluyeron varios postulados relevantes. Los dos primeros reflejaban la conceptualización inicial de la incertidumbre dentro de los modelos de procesamiento de información de la psicología:

1. La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.

2. La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.

Otros dos supuestos reflejan las bases de la teoría de la incertidumbre en el estrés tradicional y en los modelos de afrontamiento, que presentan una relación lineal: estrés → sistemas de afrontamiento → relación de adaptación como sigue:

3. La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye el deseado resultado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.

4. La relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación (Bailey y Stewart, 2011, p. 509-617).

6.1.2. Principales conceptos

Incertidumbre

Es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece 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. (Bailey y Stewart, 2011, p.601)

Esquema cognitivo: “es la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización” (Bailey y Stewart, 2011, p.601).

Marco de los estímulos: “constituye la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona; estímulos que, por tanto, se estructuran dentro de un esquema cognitivo” (Bailey y Stewart, 2011, p.601).

Tipología de los síntomas: “es el grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos como un modelo o configuración” (Bailey y Stewart, 2011, p.601).

Familiaridad de los hechos: “el grado en que una situación se antoja habitual y repetitiva, o el grado en que las claves son reconocibles” (Bailey y Stewart, 2011, p.601).

Coherencia de los hechos: “es la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad” (Bailey y Stewart, 2011, p.601).

Fuentes de la estructura: “representan los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos” (Bailey y Stewart, 2011, p.601).

Autoridad con credibilidad: “es el grado de confianza que la persona tiene en el personal sanitario que le atiende” (Bailey y Stewart, 2011, p.601).

Apoyo social: “se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos” (Bailey y Stewart, 2011, p.601).

Capacidades cognitivas: “son las habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación” (Bailey y Stewart, 2011, p.601).

Inferencia: “se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas” (Bailey y Stewart, 2011, p.602).

Ilusión: “son las creencias que nacen de la incertidumbre” (Bailey y Stewart, 2011, p.602).

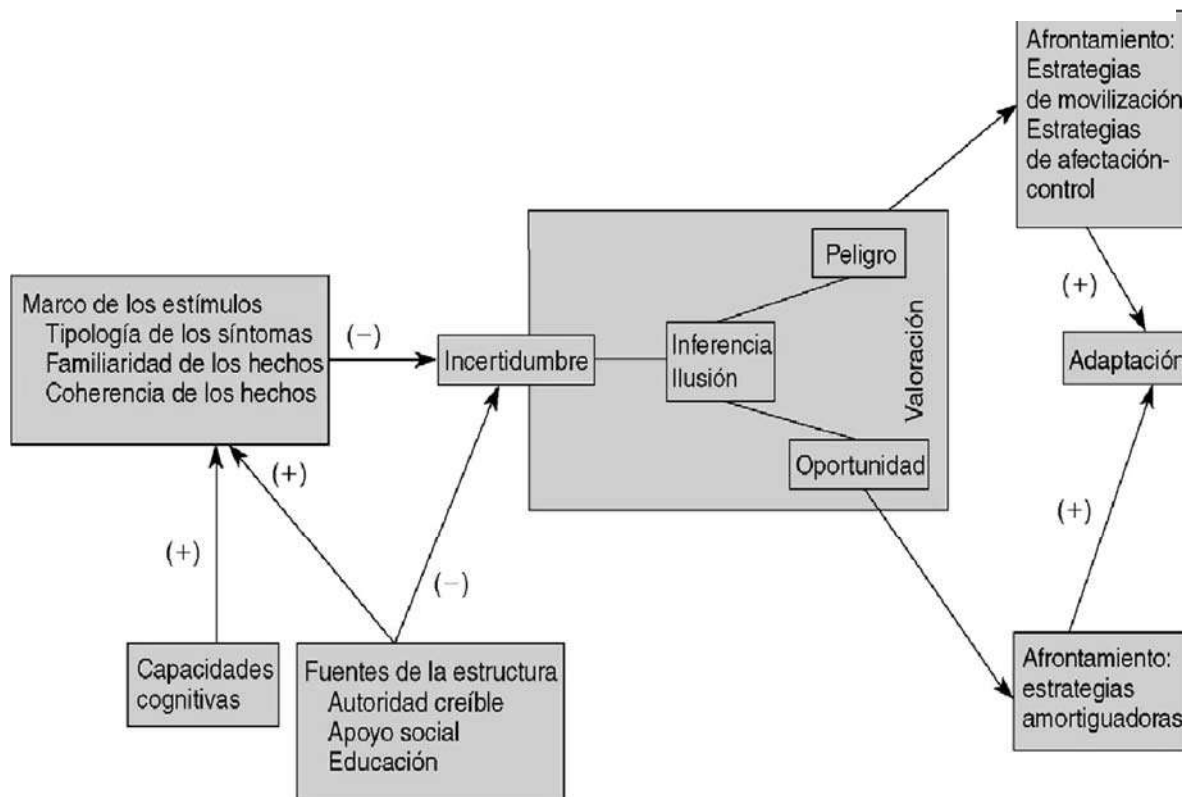
Adaptación: “refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual” (Bailey y Stewart, 2011, p.602).

Nueva perspectiva de la vida: “representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida” (Bailey y Stewart, 2011, p.602).

Pensamiento probabilístico: “es la creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad” (Bailey y Stewart, 2011, p.602).

A continuación, se muestra en la Figura 1 el modelo de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.

Figura 1. Modelo de la incertidumbre frente a la enfermedad



Nota. Tomado de Bailey y Stewart, 2011, p.604.

6.2 Incertidumbre

6.2.1. Concepto

La incertidumbre es el marco de estímulos forma, composición y estructura que la persona percibe, es decir, como se presentan los síntomas y entiende éste el patrón o configuración de estos, lo cual a la vez se le convierte en un factor de reconocimiento si estos son constantes. Le permitirá realizar en tal caso una interpretación y comprensión de la situación que afronta actualmente. Se requiere para ello de un buen procesamiento de la información, es decir, una buena capacidad cognitiva y a la vez de buenos proveedores de estructura los cuales les brindaran recursos para la debida interpretación (Mercado, 2017).

6.2.2. Generalidades

M. Mishel propuso este modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad basada en modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton y en el estudio de la personalidad de Budner, lo que es exclusivo de Mishel es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. Para ello conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados de los fenómenos motivado por la falta de información y conocimiento (Mercado, 2017).

De acuerdo con Mercado (2017) el marco estructural de la teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad se compone de tres elementos principales:

1. Antecedentes de incertidumbre: se refiere al marco de estímulos; a la forma, composición y estructura que la persona percibe, es decir, como se presentan los síntomas y entiende éste el patrón o configuración de estos, lo cual a la vez se le convierte en un factor de reconocimiento si estos son constantes. De esta manera le permitirá realizar en tal caso una interpretación y comprensión de la situación que afronta actualmente.

2. El proceso de valoración: nivel de reconocimiento, la clasificación y la formación de la expresión del esquema cognitivo que la persona ha alcanzado, a través de la organización de los eventos y las tareas preceptuales en relación con la enfermedad. Se resalta que la experiencia de la incertidumbre es neutral, no es una experiencia deseada ni evitada hasta que no es valorada; la valoración de la incertidumbre comprende dos procesos principales:
 - La inferencia: se construye a partir de las disposiciones de la personalidad y de las creencias generales acerca de uno mismo y de la relación que tiene uno con el ambiente.
 - La ilusión: se define como la creencia construida sin incertidumbre y ésta puede ser vista con una luz particular con énfasis en los aspectos positivos.

3. Enfrentamiento de la enfermedad: basado en la valoración, la incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad:
 - Incertidumbre, peligro y enfrentamiento: una valoración peligrosa ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida y esto se asocia con altos niveles de ansiedad y depresión, y pueden influir en la pérdida o ausencia de la credibilidad en las autoridades y falta de cuidado durante el diagnóstico y el tratamiento. Enfrentamiento con una valoración de peligro: Los métodos de enfrentamiento se dirigen a reducirla incertidumbre. Existen dos estrategias de enfrentamiento:

1. La movilización, que contiene tres estrategias de acción.

Directa: es la estrategia menos empleada para reducir la incertidumbre.

Vigilancia: se refiere al estar atento de los enfermos esto ayuda a disminuir el estrés del familiar derivado de los síntomas presentados por los enfermos.

Búsqueda de información: se considera primaria para reducir la incertidumbre. La información se utiliza para formar un marco conceptual que permita organizar las experiencias relacionadas con la enfermedad.

2. El manejo del efecto, que contiene tres métodos:

De fe.

De desapego.

Soporte cognitivo.

- Incertidumbre, oportunidad y enfrentamiento: Cuando la incertidumbre es considerada una oportunidad, la posibilidad de resultados positivos ocurre en respuesta a la valoración; esta posibilidad puede resultar de la inferencia o la ilusión, pero surge en mayor medida del proceso de la ilusión.

Bajo la perspectiva de la incertidumbre, una nueva estructura de ilusión puede desarrollarse, lo cual presagia resultados positivos. Ver la incertidumbre como una oportunidad requiere preocuparse más por lo positivo que por lo negativo. Es así, como la teoría planteada por Merle H. Mishel sobre la incertidumbre ante la enfermedad permite acoplarse a las situaciones cambiantes y demandantes en salud que están surgiendo en la actualidad. Se debe de profundizar en la esfera bio-psico-social para no tratar de seguir la tendencia creciente de medicalizar la experiencia de sufrimiento frente al final de la vida de una persona y así tratar a estas desde un enfoque integral (Mercado 2017).

6.3 Calidad de vida

La calidad de vida se ha convertido en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de las enfermedades crónicas. No obstante, las variadas posiciones que

existen en el análisis de este concepto, todos los autores coinciden en señalar la necesidad de tomar en cuenta las opiniones, vivencias, expectativas y sufrimientos del individuo que enfrenta la realidad de padecer una enfermedad crónica. Así pues, se impone la necesidad de evaluar la enfermedad desde el punto de vista de quien la sufre (Medina et al., 2015).

Asimismo, la calidad de vida está relacionada de manera importante con la salud, haciendo referencia a las valoraciones que tiene el individuo en cuanto a la percepción de salud, tanto en aspectos subjetivos como objetivos, en particular en las mujeres con cáncer de mama, ya que este padecimiento provoca alteraciones importantes en diversas áreas de las pacientes, además de que está relacionada con la adaptación a la enfermedad y la respuesta a los tratamientos (Hernández y Landeros, 2014).

6.3.1. Concepto

La calidad de vida es el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida (Robles et al., 2016).

6.3.2. Generalidades

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye lo físico, lo psicológico y lo social. Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto, y pueden ser definidas como «percepciones de la salud. Cada dimensión de la calidad de vida se puede dividir, a su vez, en dos: análisis objetivo de un estado de salud y las percepciones subjetivas de la misma. Se puede afirmar, por ende, que dos personas con el mismo estado de salud pueden tener calidad de vida muy diferente. Así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien (Robles et al., 2016).

6.4. Cáncer de mama

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana (OMS, s.f.).

6.4.1. Concepto

El cáncer es una proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017).

6.4.3. Diagnostico

El diagnóstico y prevención de esta afección médica se debe realizar a través del desarrollo de diversos procedimientos, como:

- Estudios de tamizaje
- Autoexamen mamario mensual a partir de los 18 años (7 días después de terminada la menstruación).
- Examen clínico mamario anual a partir de los 25 años.
- Mastografía anual de tamizaje en mujer asintomática a partir de los 40 años.
- El US mamario es el estudio de elección inicial en mujeres menores de 35 años con patología mamaria.
- Estudios de imagen.

El uso de los estudios de imagen como la mastografía, el ultrasonido (US), la resonancia magnética (RM) y más recientemente los moleculares permite detectar, caracterizar, evaluar la extensión de la enfermedad y dar seguimiento a las lesiones mamarias. Mientras que el estudio histopatológico es el estándar de oro en el diagnóstico; las biopsias percutáneas con aguja de corte y sistemas corte aspiración con guía por rayos X o por ultrasonido son el método de elección en lesiones no palpables con sospecha de malignidad y en fecha más reciente también son aceptadas para las palpables (Cárdenas et al., 2017).

6.4.4. Tratamiento

Las opciones y recomendaciones de tratamiento son muy personalizadas y dependen de varios factores, que incluyen:

1. El subtipo del tumor, incluido el estado del receptor hormonal (ER, PR) y el estado de HER2.
2. La etapa del tumor.
3. Marcadores genómicos, como Oncotype DX y MammaPrint.
4. La edad del paciente, el estado general de salud, el estado menopáusico y las preferencias.
5. La presencia de mutaciones conocidas en genes de cáncer de mama heredados, como *BRCA1* o *BRCA2* (Autor, Año).

Tanto para el DCIS como para el cáncer de seno invasivo en etapa temprana, los médicos generalmente recomiendan la cirugía para extirpar el tumor. Para asegurarse de que se extirpe todo el tumor, el cirujano también eliminará una pequeña área de tejido sano alrededor del tumor, llamada margen. Aunque el objetivo de la cirugía es eliminar todo el cáncer visible, las células microscópicas pueden quedar atrás, ya sea en el seno o en cualquier otro lugar. En algunas situaciones, esto significa que podría necesitarse otra cirugía para eliminar las células cancerosas restantes. (American Society of Clinical Oncology,2019)

- Las mujeres que pueden haber necesitado una mastectomía podrían someterse a una cirugía de conservación del seno (tumorectomía) si el tumor se encoge antes de la cirugía.
- La cirugía puede ser más fácil de realizar porque el tumor es más pequeño.
- Su médico puede averiguar si ciertos tratamientos funcionan bien para el cáncer.
- También puede probar un nuevo tratamiento a través de un ensayo clínico.

Después de la cirugía, el siguiente paso en el manejo del cáncer de seno en etapa temprana es reducir el riesgo de recurrencia y eliminar las células cancerosas restantes. Estas células cancerosas son indetectables, pero se cree que son responsables de una recurrencia del cáncer, ya que pueden crecer con el tiempo. El tratamiento administrado después de la cirugía se llama terapia adyuvante. Las terapias adyuvantes pueden incluir radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida y / o terapia hormonal (American Society of Clinical Oncology, 2019). En ese sentido, existen la

- Cirugía: Es la extirpación del tumor y parte del tejido sano circundante durante una operación. La cirugía también se usa para examinar los ganglios linfáticos axilares cercanos, que se encuentran debajo del brazo. Un oncólogo quirúrgico es un médico especializado en el tratamiento del cáncer con cirugía. En general, cuanto más pequeño es el tumor, más opciones quirúrgicas tiene un paciente. Los tipos de cirugía incluyen los siguientes:
- Lumpectomía. Esta es la extirpación del tumor y un pequeño margen libre de cáncer de tejido sano alrededor del tumor. Queda la mayor parte del seno. Para el cáncer invasivo, generalmente se recomienda la radioterapia al tejido mamario restante después de la cirugía. Para el DCIS, la radioterapia después de la cirugía puede ser una opción según el paciente y el tumor. Una lumpectomía también se puede llamar cirugía conservadora de seno, mastectomía parcial, cuadrantectomía o mastectomía segmentaria.
- Mastectomía. Esta es la extirpación quirúrgica de todo el seno. Existen varios tipos de mastectomías.

Las mujeres con un riesgo muy alto de desarrollar un nuevo cáncer en el otro seno pueden considerar una mastectomía bilateral, lo que significa que se extirpan ambos senos. Esto incluye mujeres con *mutaciones* genéticas *BRCA1* o *BRCA2* y mujeres con cáncer en ambos senos. Para las mujeres que no tienen un riesgo muy alto de desarrollar un nuevo cáncer en el futuro, la extracción de un seno sano en una mastectomía bilateral no previene la recurrencia del cáncer ni mejora la supervivencia de la mujer. Aunque el riesgo de contraer un nuevo cáncer en ese seno se reducirá, la cirugía para extirpar el otro seno no reduce el riesgo de que el cáncer original regrese. (American Society of Clinical Oncology, 2019)

6.4.5. Efectos físicos, emocionales y sociales del cáncer.

Los cuidados paliativos se enfocan en mejorar cómo se siente durante el tratamiento al controlar los síntomas y apoyar a los pacientes y sus familias con otras necesidades no médicas. Cualquier persona, independientemente de su edad o tipo y etapa de cáncer, puede recibir este tipo de atención. Además, varían ampliamente y a menudo incluyen medicamentos, cambios nutricionales, técnicas de relajación, apoyo emocional y espiritual, y otras terapias. También puede recibir tratamientos paliativos similares a aquellos destinados a eliminar el cáncer, como quimioterapia, cirugía o radioterapia. (American Society of Clinical Oncology,2019)

Es así, como la investigación ha demostrado que algunas terapias integradoras o complementarias pueden ser útiles para controlar los síntomas y los efectos secundarios. Éstas incluyen:

- Terapia musical, meditación, manejo del estrés y yoga para reducir la ansiedad y el estrés.
- Meditación, relajación, yoga, masajes y musicoterapia para la depresión y para mejorar otros problemas del estado de ánimo.
- Meditación y yoga para mejorar la calidad de vida en general.
- Acupresión y acupuntura para ayudar con las náuseas y los vómitos de la quimioterapia. (Cárdenas et al., 2017)

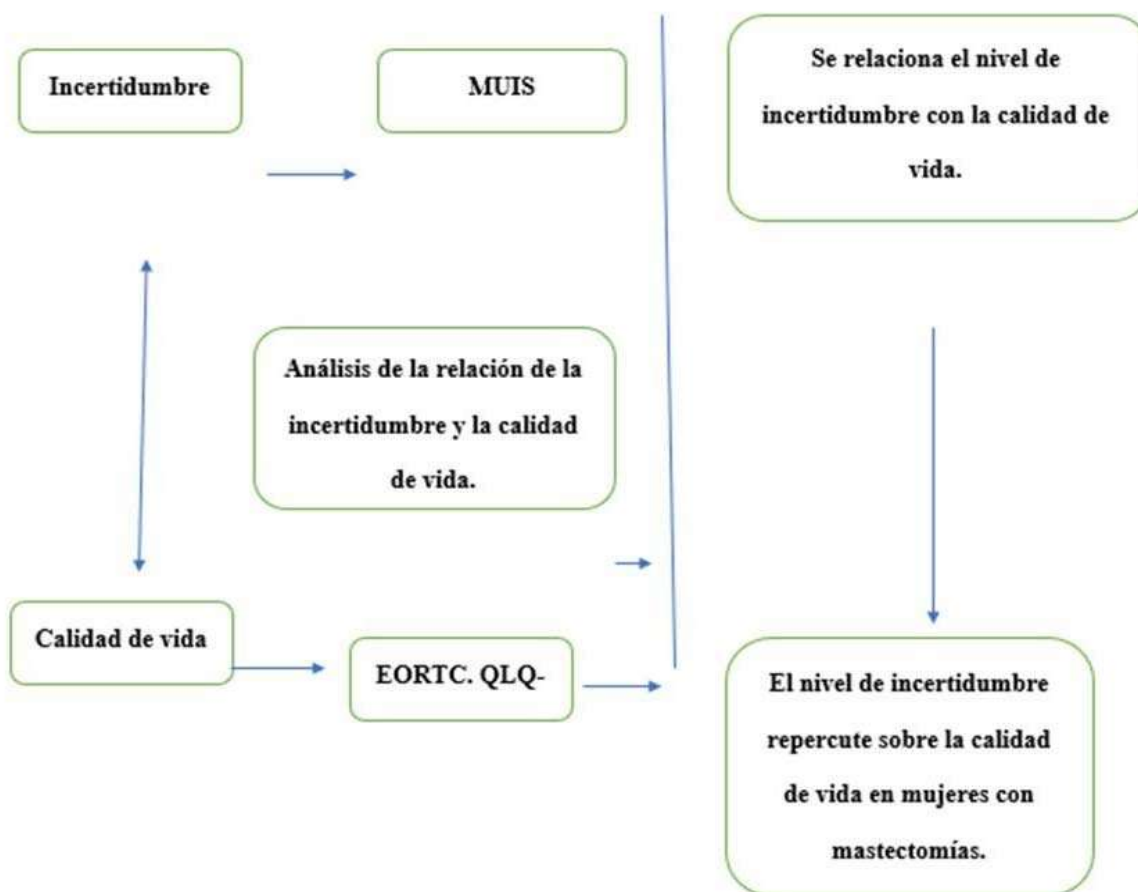
VII. Material y métodos

7.1. Tipo de estudio

Este estudio utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional con un diseño no experimental y de corte transversal (como se muestra en la figura 2).

Figura 2.

Diseño correlacional típico.



Nota: Adaptado y elaborado a partir del modelo presentado por Grove (2016).

7.2 Definición del universo de estudio

Pacientes mastectomizadas que acuden a consulta externa al Centro Estatal de Atención Oncológica en Morelia Michoacán en el segundo semestre del 2020.

7.3 Tamaño de la muestra

El muestreo fue de tipo no probabilístico, seleccionado por conveniencia.

7.4 Definición de la unidad de observación

Se llevo a cabo en el Centro Estatal de Atención Oncológica en Morelia Michoacán.

7.5 Criterios de selección

7.5.1. De inclusión

- Pacientes mastectomizadas con menos de 1 año y medio de evento quirúrgico.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que hablen español.
- Pacientes que acudan a consulta médica de seguimiento.
- Pacientes que acepten y estén de acuerdo con el consentimiento informado.

7.5.2. De exclusión

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes mastectomizadas con más de un año de evento quirúrgico.
- Pacientes que hablen no hablan español.
- Pacientes que no firmen consentimiento informado.

7.5.3. De eliminación

- Pacientes que no cumplan con los criterios mencionados en inclusión y exclusión.

7.6 Definición de variables

Se definen en el Apéndice 1 la operacionalización de variables.

7.7 Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimiento de recolección de la información.

En el presente estudio se utilizan dos instrumentos en forma de cuestionarios para evaluar las variables abordadas en el estudio.

- *Escala de Merle Mishel de la Incertidumbre frente a la Enfermedad (MUIS).*

Instrumento construido y validado por Merle Mishel. Corresponde a una escala tipo Likert, que mide el nivel de incertidumbre (NI) a través de tres dimensiones: Marco de los estímulos, Capacidades cognitivas y Fuente de la estructura. La versión en español del instrumento tiene un total de 29 preguntas y se interpreta de la siguiente forma: si en todas las respuestas se obtiene un puntaje 1 la suma total es 29, si el puntaje es 2 el total es 58, si el puntaje es 3 el total es de 87, si es 4 el total es 116 y finalmente si la respuesta es 5 el puntaje máximo es de 129. Esta puntuación indica que la categorización del puntaje en las preguntas es la siguiente: puntaje 1 y 2 tiene relación con un nivel de incertidumbre bajo, puntaje 3 tiene relación con el nivel de incertidumbre regular y el puntaje 4 y 5 con el nivel de incertidumbre alto. Así, el puntaje de corte para calificar un bajo NI < 59 puntos (nivel 1 y 2), un regular NI = 59- 87 puntos (niveles 3 y 4), y un alto NI = > 87 puntos (nivel 4 y 5). En las preguntas 6, 7, 10, 12, 21, 22, 25, 27 y 29 la ponderación se invierte (de 1 a 5). La confiabilidad alcanzada por el instrumento en este estudio fue de un alpha de cronbach = 0,98 (Johnson y Hurtado, 2017).

Tabla 1.

Puntos de corte para la escala MUIS

Incertidumbre	Rangos
Bajo	29-58
Regular	59-87
Alto	88-145

Nota. Adaptado de la Escala MUIS (Arias, 2018).

- *Cuestionario de calidad de vida EORTC. QLQ-C30.*

Este cuestionario permite analizar la relación entre las variables médicas y demográficas del paciente, y las áreas de funcionamiento que componen la calidad de vida. Es un instrumento que se ha traducido y validado en 81 idiomas y se utiliza en más de 3.000 estudios de todo el mundo. Se compone de 5 ítems de función y 9 ítems de síntomas y una escala de salud global. Cuenta con 30 preguntas y su aplicación tarda, aproximadamente, 15 minutos (Secretaría de Salud, 2015). El cuestionario se utiliza en pacientes con cáncer y se observa la influencia del tratamiento en la calidad de vida y la relación con las diferentes áreas de la funcionalidad.

El cuestionario posee una estructura que incluye cinco escalas funcionales: física, funcionamiento autónomo, cognitiva, emocional y social. Tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, náusea y vómito. Estado general de salud/escala de calidad de vida, y una serie de preguntas adicionales para evaluar síntomas comúnmente referidos por los pacientes con cáncer tales como: disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea; así como el impacto financiero percibido. Cada ítem tiene cuatro categorías de respuesta: 1, nada; 2, un poco; 3, bastante, y 4, mucho. Las puntuaciones se dan en una escala de 0 a 100, en la que una mayor puntuación corresponde a una mejor calidad de vida; las puntuaciones elevadas en síntomas significan mayor gravedad de la sintomatología (Calero et al., 2015).

VIII. Aspectos éticos

Las consideraciones éticas para esta investigación han seguido los lineamientos del Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo, la Declaración del Helsinki, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y el Consentimiento Informado.

La confidencialidad de los datos proporcionados por las participantes en la colecta de datos en la consulta externa del Centro Estatal de Atención Oncológica, se hace énfasis en la privacidad de la información y anonimato de las mismas. Es necesario el apego a las leyes y normas que garanticen los principios bioéticos de dichas participantes.

De acuerdo a la declaración de Helsinki se dice que el deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber, esto nos incluye a todos los profesionales del área de la salud como lo es el personal de enfermería. Según Helsinki el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. (Asociación Médica Mundial, s.f.)

En la investigación médica, es deber del profesional del área de la salud proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Tal como lo menciona Helsinki el protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. (Asociación Médica Mundial, s.f.)

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal (Asociación Médica Mundial, s.f.).

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de para la salud dice en el artículo 13° en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, dicho esto es para respetar al individuo o participante de la investigación. (REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION, 2014)

Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual e el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que

se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, esto basado el artículo 20° y 21° de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. (REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION, 2014)

IX. Resultados

El objetivo general de esta investigación fue evaluar el nivel de incertidumbre en relación con la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas en el Centro Estatal de Atención Oncológica en Morelia, Michoacán. En ese sentido, en primer lugar se describen a los participantes con base en las variables sociodemográficas contenidas en la cédula de colecta de datos; se encontró que la mayoría de la muestra cuenta con una edad de 46- 60años (43.8%), el 83.3% se dedica al hogar, 47.9% son casadas, el 36.9% están cursando de 12 a 15 meses de tiempo de cirugía, el 46.9% tiene un grado escolar de primaria, el 84.4% son dependientes económicamente, el 85.4% proceden del interior del estado y el 82.3% residen en el interior del estado y en su mayoría cuenta con más de 4 hijos (36.5%). Los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.

Variables sociodemográficas.

Variable	N	%	
Edad			
	30 - 45 años	20	20.8
	46 - 60 años	42	43.8
	61 – 74 años	32	33.3
	75 – 80 años	2	2.1
Ocupación			
	Hogar	80	83.3
	Trabajador	16	16.7
Estado civil			
	Soltero	22	22.9
	Casado	47	47.9
	Viudo	12	12.5
	Divorciado	7	7.3
	Unión Libre	8	8.3
Tiempo de enfermedad (meses)			
	0-3	14	14.6
	4-7	11	11.5
	8-11	23	24.0
	12-15	38	39.6
	16-18	10	10.4
Grado de instrucción			
	Primaria	45	46.9

Variable		N	%
Técnico	Secundaria	27	28.1
	Superior	9	9.4
		4	4.2
Analfabeto		11	11.5
Condición laboral			
	Dependiente	81	84.4
	Independiente	15	15.6
Lugar de procedencia			
	Capital	7	7.3
	Interior	82	85.4
	Otro estado	7	7.3
Lugar de residencia			
	Capital	13	13.5
	Interior	79	82.3
	Otro estado	4	4.2
Tiene hijos			
	Ninguno	20	20.8
	1	13	13.5
	2	16	16.7
	3	12	12.5
	4 o más	35	36.5

Nota. Datos obtenidos de la cédula de colecta de datos.

En segundo lugar, el objetivo dos fue identificar el nivel de incertidumbre en las mujeres mastectomizadas. Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central como la media, mediana y moda, así como medidas de dispersión como lo son el mínimo, máximo y desviación estándar para identificar el comportamiento de los datos. Los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3.

Nivel de incertidumbre en mujeres mastectomizadas.

Variables	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Escala total	96.25	10.592	97.00	90	69	121

Nota. DE= Desviación estándar

De acuerdo a la escala que propone el cuestionario MUIS para su interpretación, y en base al nivel de incertidumbre que mostraron las mujeres mastectomizadas se obtuvo que las mujeres con incertidumbre regular fue el 19.8% de la muestra y de incertidumbre alto con un 80.2%. En la siguiente tabla (4) se muestra que predomina el nivel de incertidumbre alto como parte del resultado de la investigación.

Tabla 4.

Niveles de incertidumbre en mujeres mastectomizadas

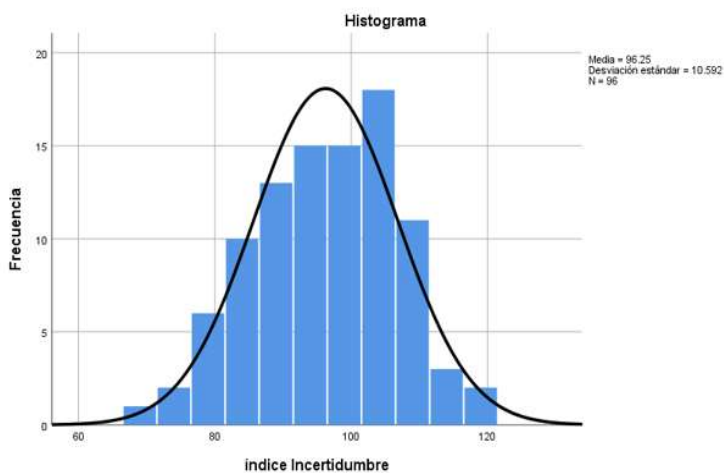
Incetidumbre	F	%
Incetidumbre Regular	19	19.8
Incetidumbre Alto	77	80.2
Total	96	100.0

Nota. Datos obtenidos de los resultados obtenidos de colecta de datos.

El histograma 3 muestra de acuerdo a las medidas de tendencia central que es el mínimo 69, máximo 121 y desviación estándar de 10.592. Así como también se muestra un tipo de curva simétrica.

Figura 3.

Histograma: Niveles de incertidumbre en mujeres mastectomizadas



Para determinar la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas en la escala total y las dimensiones que mide el instrumento QLQ-C30 de Calidad de Vida. Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central las cuales son media, mediana y moda y en cuanto a medidas de dispersión son mínimo, máximo y desviación estándar. Los resultados se muestran en la tabla 5.

Tabla 5.

Calidad de vida.

Variables	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Escala total	54.74	10.785	52.50	45	41	100
Dimensiones						
Escala general de Salud	76.65	14.148	70.83	67	33	100
Escala funcional	76.94	19.076	80.00	87	20	100
Escala de Síntomas	17.86	14.014	13.04	7	0	84

Nota. DE= Desviación estándar

De acuerdo a las dimensiones de la variable de calidad de vida se abordó la escala funcional en la cual los resultados que se obtuvieron son frecuencias y porcentajes que se muestran en la tabla número 6.

Tabla 6.

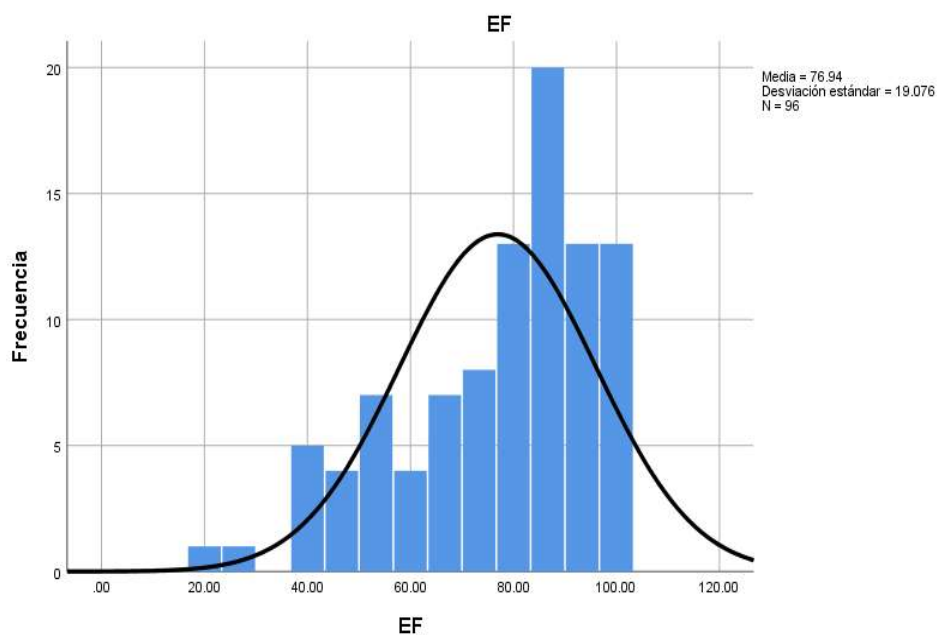
Escala funcional.

Válidos	N	%
20.00	1	1.0
26.67	1	1.0
40.00	5	5.2
46.67	4	4.2
53.33	7	7.3
60.00	4	4.2

Válidos	N	%
66.67	7	7.3
73.33	8	8.3
80.00	13	13.5
86.67	20	20.8
93.33	13	13.5
100.00	13	13.5
Total	96	100.0

Nota. Datos obtenidos de los resultados obtenidos de colecta de datos.

En el siguiente histograma de escala funcional, se muestran las puntuaciones de tendencia central como lo son media de 76.94, desviación estándar de 19.076, mínimo de 20 y máximo de 100. Se muestra un tipo de curva sesgada a la izquierda representando un sesgo negativo.

Figura 4.*Histograma: Escala funcional*

La siguiente dimensión de calidad de vida es la escala de síntomas, la interpretación señala que, a menor presencia de síntomas, mayor es la calidad de vida, por lo que se espera que, en esta dimensión, las puntuaciones obtenidas sean a la baja. Se presenta en la tabla 7.

Tabla 7.*Escala de síntomas.*

Válidos	N	%
.00	1	1.0
1.45	1	1.0
2.90	2	2.1
4.35	3	3.1
5.80	3	3.1
7.25	10	10.4
8.70	3	3.1

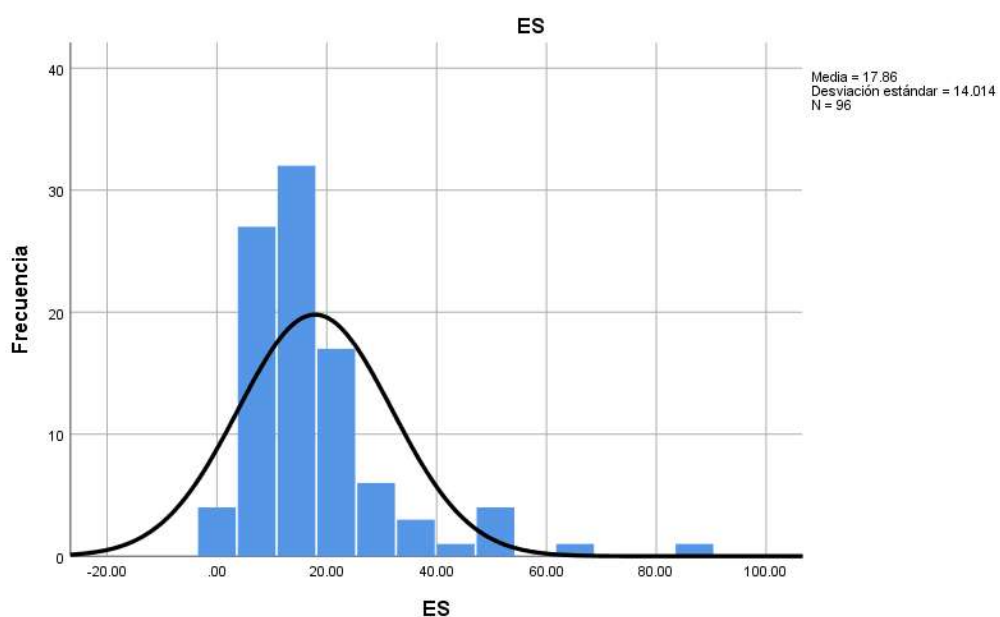
Válidos	N	%
10.14	8	8.3
11.59	9	9.4
13.04	9	9.4
14.49	5	5.2
15.94	5	5.2
17.39	4	4.2
18.84	4	4.2
20.29	4	4.2
21.74	2	2.1
23.19	5	5.2
24.64	2	2.1
27.54	2	2.1
28.99	1	1.0
30.43	1	1.0
31.88	2	2.1
33.33	1	1.0
37.68	1	1.0
39.13	1	1.0
43.48	1	1.0
49.28	1	1.0
50.72	1	1.0
53.62	2	2.1
65.22	1	1.0
84.06	1	1.0
Total	96	100.0

Nota. Datos obtenidos de los resultados obtenidos de colecta de datos.

En el histograma de la escala de síntomas se presenta una curvatura de tipo sesgada a la derecha representando un sesgo positivo. De acuerdo a las puntuaciones de tendencia central es mínima de 0, máxima de 84 y desviación estándar de 14.014.

Gráfica 5.

Histograma: Escala de síntomas.



La última escala en cuanto a las dimensiones de la variable de calidad de vida es la escala general de salud. En la tabla 8 se desglosa a detalle los válidos con sus respectivas frecuencias y porcentajes.

Tabla 8.*Escala general de salud.*

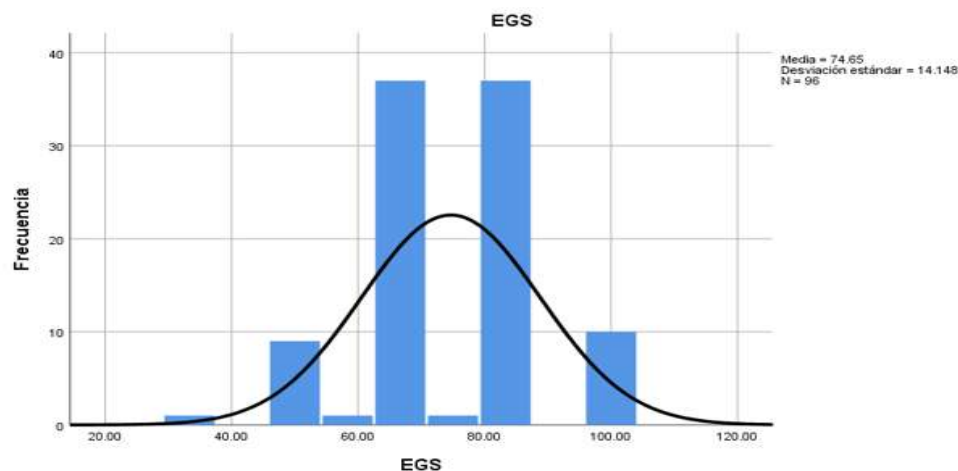
Válidos	N	%
33.33	1	1.0
50.00	9	9.4
58.33	1	1.0
66.67	37	38.5
75.00	1	1.0
83.33	37	38.5
100.00	10	10.4
Total	96	100.0

Nota. Datos obtenidos de los resultados obtenidos de colecta de datos.

En el último histograma (6) se identifica un tipo de curva simétrica, así como las puntuaciones de tendencia central y la media de 74.65 las cuales son mínima de 33, máxima de 100 y desviación estándar de 14.148.

Figura 6.

Histograma: Escala general de salud.



El objetivo cuatro fue realizar un análisis estadístico inferencial para identificar la correlación entre las variables. Se determinó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y no hubo normalidad en la variable calidad de vida por lo que se decide utilizar la prueba no paramétrica Rho de Spearman. En los resultados, se encontró una relación estadísticamente significativa moderada y positiva ($r=.378, p=.000$) entre las variables incertidumbre y la dimensión de calidad de vida salud global. Es decir, a mayor nivel de incertidumbre ante la enfermedad es mayor la percepción de salud global.

Es decir, debido a que hubo relación estadísticamente significativa entre las variables incertidumbre y la dimensión de calidad de vida salud global hay evidencia para rechazar la hipótesis nula, y se comprueba la hipótesis alterna, ya que el nivel de incertidumbre alto se relaciona estadísticamente con la calidad de vida de las mujeres de la muestra.

Tabla 9.

Correlación de incertidumbre y calidad de vida Rho de Spearman.

		Incertidumbre	CV	D. Funcional	D. Síntomas	D. S. Global
Incertidumbre	<i>Rho</i>	1.000				
	<i>p</i> valor	.				
CV	<i>Rho</i>	-.312**	1.000			
	<i>p</i> valor	.002	.			
D. Funcional	<i>Rho</i>	.320**	-.753**	1.000		
	<i>p</i> valor	.001	.000	.		
D. Síntomas	<i>Rho</i>	-.395**	.919**	-.541**	1.000	
	<i>p</i> valor	.000	.000	.000	.	
D. S. Global	<i>Rho</i>	.592**	-.364**	.322**	-.556**	1.000
	<i>p</i> valor	.000	.000	.001	.000	.

Nota. CV = Calidad de vida, D. * $p < .05$

X. Discusión

En el estudio presentado se obtuvo como resultado, las pacientes con mastectomía mostraron la incertidumbre alta se relaciona de manera significativa con la calidad de vida. También se observó que con menos presencia de síntomas mayor es la calidad de vida. Todo esto en base a los resultados de la encuesta MUIS sobre incertidumbre ante la enfermedad y el cuestionario de Calidad de vida EORTC. QLQ-C30.

Para el análisis de los resultados, se considera la teoría propuesta por Mishel (1988), quien define a la incertidumbre como el marco de estímulos forma, composición y estructura que la mujer mastectomizada percibe, es decir, como se presentan los síntomas y entiende el patrón relacionado con su estado de salud, o configuración de la manifestación del cáncer de mama y su tratamiento quirúrgico. El mismo autor refiere que esto le permitirá, a la mujer, realizar una interpretación y comprensión de la situación que afronta actualmente en la trayectoria del tratamiento para el cáncer de mama.

En este sentido, la mujer mastectomizada requiere, para un buen procesamiento de la información, la capacidad cognitiva y a la vez de buenos proveedores de estructura, como son los profesionales del área de la salud, los cuales le brindaran recursos para la debida interpretación, de la enfermedad y todo lo que se relaciona con ella (Mercado, 2017), destaca en este equipo, de forma determinante el profesional de enfermería como el proveedor de los recursos, orientaciones e intervenciones, para que la mujer realice una debida interpretación de lo que está viviendo y así se disminuya su nivel de incertidumbre.

De acuerdo a los antecedentes de la incertidumbre, respecto a la forma, composición y estructura que la persona percibe, es decir; como se presentan los síntomas, lo cual se demostró en los resultados de la investigación, de acuerdo a que en el apartado de los síntomas se encontró una prevalencia menor o baja de los mismos, por lo cual la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama, es mayor y la incertidumbre menor; a su vez esto se convierte en un factor de reconocimiento constante. Esto permitirá realizar en tal caso una interpretación y comprensión de la situación que afronta después de la mastectomía.

La incertidumbre, como lo propone Mishel (1988), se puede presentar como una valoración peligrosa que ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida y esto se asocia con altos niveles de ansiedad y depresión, como es el de las mujeres mastectomizadas, en las que el proceso pos quirúrgico se asocia con altos niveles de incertidumbre, al no tener la suficiente información o la adecuada para los eventos que se relacionan con su tratamiento, por lo cual puede influir en la pérdida o la ausencia de la credibilidad de autoridades como lo puede ser el médico oncólogo así como la falta de cuidado durante el tratamiento que debe seguir hasta el año y medio después de la mastectomía ya que este fue el periodo de estudio de dichas pacientes.

La teoría propuesta por Merle Mishel sobre la incertidumbre ante la enfermedad como en este caso el cáncer de mama permite entender al profesional del área de la salud y así identificar en qué nivel de incertidumbre se encuentra la mujer mastectomizada y apoyar a afrontar las situaciones o eventos que se presenten en el proceso (Mercado, 2017).

La calidad de vida, entendida como el nivel percibido de bienestar, derivado de la evaluación que realiza cada persona, con elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida (Robles et al., 2016), es una categoría imprescindible para el abordaje integral en el tratamiento del cáncer de mama. Se debe de tomar en cuenta las opiniones, vivencias, expectativas y sufrimientos de la paciente mastectomizada que enfrenta la realidad, el proceso del Cáncer de mama en la etapa del pos quirúrgico, así como el tratamiento complementario. En este sentido, Medina et al. (2015) refiere que se impone la necesidad de evaluar la calidad de vida desde el punto de vista de la paciente, con el objetivo de brindar un abordaje integral en el estudio de las enfermedades crónicas; es decir, de la mujer mastectomizada con menos de año y medio del evento quirúrgico y que acude a la consulta externa para su seguimiento.

Robles et al., (2016), reconoce que la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye lo físico, lo psicológico y lo social. Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto y pueden ser definidas como percepciones de salud. La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las mujeres mastectomizadas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien.

La calidad de vida en las mujeres mastectomizadas de este estudio se pudo calificar de acuerdo a tres secciones; la escala funcional desde la perspectiva de 5 aspectos, el físico, funcionamiento autónomo, cognitivo, emocional y social, lo que permite obtener un panorama más claro de la sensación de bienestar que perciben las mujeres mastectomizadas, en este aspecto. La segunda escala, que es de síntomas, permite reconocer la presencia de

dolor, fatiga o náusea en las mismas mujeres. Y por último la escala global de salud, cuya ponderación evalúa síntomas comúnmente referidos por los pacientes con cáncer, mismos que repercuten directamente en la calidad de vida de la persona. (Robles et al., 2016),

Respecto a la incertidumbre, Castro (2017) refiere que es la presenta como la incapacidad de asignar valores definitivos a objetivos y eventos o predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de información y conocimientos. En este caso, las mujeres estudiadas presentaron niveles altos de incertidumbre, lo que se traduce en la incapacidad de asignar valores definitivos a su futuro, a los objetivos mediatos y eventos relacionados con su padecimiento y calidad de vida, así como predecir las consecuencias de los tratamientos que recibe para el cáncer de mama, debido a la escasez de información y conocimientos relacionados con este tema.

Medina et al. (2015), realizaron un estudio sobre calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que fueron sometidas a mastectomía, y que acudían a consulta externa para su control, en el cual se llegó a la conclusión de que la calidad de vida de dichas pacientes se eleva a un año después del tratamiento; los resultados obtenidos en este estudio permiten identificar que la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama y que fueron mastectomizadas, presenta un nivel medio, pero no se cuenta con la medición previa para poder identificar si el fenómeno se presenta igual que en el estudio referido.

Ortega et al. (2014) realiza un estudio de paciente pos operada de mastectomía en el cual aplicaron el proceso enfermero y como resultado obtuvieron que dicha aplicación favoreció a la disminución de factores atípicos de la enfermedad de los cuales la paciente no

está preparada para afrontarlos. En la investigación de incertidumbre en relación a la calidad de vida no se aplicó proceso enfermero solo los instrumentos para medir dichas variables a la población de mujeres mastectomizadas, pero de acuerdo a los resultados obtenidos y observando los de Ortega et al. (2014), se podría ofertar la posibilidad de aplicar el proceso enfermero para favorecer los resultados y que la mujer tenga más elementos para afrontar los factores relacionados con su enfermedad y esto pueda disminuir su incertidumbre.

XI. Conclusión

De acuerdo a las características se destacó que las mujeres mastectomizadas oscilaban de 46 a 60 años, casadas, dedicadas al hogar, cursando de 12 a 15 meses posteriores al evento quirúrgico, con un grado de escolaridad de primaria, dependientes económicamente y en su mayoría con 4 hijos. Con base a la medición de la variable de incertidumbre, así como los resultados obtenidos, sobresalió un nivel alto de incertidumbre en un mayor porcentaje de la población de estudio esto porque el personal de enfermería no está dando la orientación necesaria y adecuada a las pacientes y se requiere un mayor compromiso para estructuras estratégicas.

Asimismo, se determinó la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas en donde destaca la dimensión de síntomas puesto que a menor presencia de síntomas es mayor la calidad de vida, no obstante, fue posible identificar que esta variable se encontró alterada significativamente ya que se percibían síntomas en las pacientes, pero los cuales no eran tratados solo los físicos, estos síntomas se deben de tratar de manera global por el personal de enfermería. Al correlacionar las variables estudiadas predominó el nivel de incertidumbre alto el cual se relacionó estadísticamente con la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas, lo cual se interpreta como dos aspectos a tratar en conjunto con medidas, cuidados y protocolos de enfermería.

XII. Recomendaciones

Entre las principales recomendaciones que se proponen para la atención de pacientes con este tipo de afección médica se ubican las siguientes:

- Atender a las pacientes que se identificaron con nivel alto de incertidumbre por lo tanto estructurar intervenciones de enfermería basadas en las necesidades de las pacientes para que así el nivel de incertidumbre disminuya y la calidad de vida mejore.
- Diseñar programas sobre intervenciones de enfermería dirigidos a las pacientes mastectomizadas enfocadas a la incertidumbre que y así como esto influye en su calidad de vida todo esto con el fin de ofrecer una mejor atención y cuidados a las pacientes durante el proceso de cáncer de mama.
- Capacitar al personal de enfermería de manera continua, actualizada y de acuerdo a los cuidados, control y tratamiento respecto a nivel alto de incertidumbre de pacientes con mastectomía que acuden a consulta.

XIII. Referencias

- American Society of Clinical Oncology. (enero de 2019). *Tipos de cáncer*. <https://www.cancer.net/es>
- Asociación Médica Mundial. (s.f.). Declaración de Helsinki de la amm – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/>
- Calero, P.A., Vallejo, L.F. y Lemus, S. (2015). Cuestionarios para medir la calidad de vida en cáncer de mama. *Revista de Investigación en Salud. Universidad de Boyacá*, 2(2), 195- 218. <https://doi.org/10.24267/23897325.137>
- Cárdenas, J., Bargallo, J.E., Bautista, V., Cervantes, G., Erazo, A.A., Flores, C.H., Maffuz, A., Pérez, V.M., Poitevin, A., Salas, E., Torrecillas, L. y Valero, V. (Eds.). (2017). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama*. <http://juntoscontraelcancer.mx/jcc/wp-content/uploads/2017/06/152-GPC-Interinstitucional-CancerMama-Consenso-MexicanosobreDiagnosticoTratamiento2017.pdf>
- E. Bailey Donald, Stewart Janet L. (2011). Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad. En M. Raile y A. Marriner (Eds.), *Modelos y teorías de Enfermería* (509-617). Elsevier
- Fernández, S. H. (2010). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en pacientes con cancer de mama. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 133-138.
- Hernández, F. y Landeros, R. (2014). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA psicológica UST*, 11(1), 99-104. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a09.pdf>
- Infosalus. (12 de julio de 2018). *Las mujeres mastectomizadas tienen más dificultad de encontrar trabajo*. <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-mujeres-mastectomizadas-tienen-mas-dificultad-encontrar-trabajo-20180712114800.html>

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (16 de marzo de 2017). *Guía de Práctica Clínica. Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer Nivel*.
<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- Johnson Castro, M. I. y Hurtado, P. (2017). La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores. *Ciencia y Enfermería*, 23(1), 57-65.
<https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v23n1/0717-9553-cienf-23-01-00057.pdf>
- López, P., Miranda, G., Segura, N.H., Rivero, L., Cambray, C. y Chávez, A. (2014). Estudio de la calidad de vida en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable usando el cuestionario SF-36. *Revista Alergia México*, 61, 52-58.
<https://www.revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/download/26/39>
- Grove Susan K., Gray Jennifer R., Burns Nancy (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (217). Elsevier
- Medina, J. Á., Ángeles, W.G., Delgado, J.A., Lomelí, J.A., Ojeda, J.A. y Montes, L. (2015). Calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama cirugía radical vs. cirugía conservadora en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades. *Cirujano general*, 37(1), 15-24.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992015000100015&lng=es&tlng=e
- Mercado, J.J. (2017). Incertidumbre frente a la enfermedad: aporte teórico de Merle H. Mishel a la enfermería. *ReviSalud Unisucre*, 2(1), 31-35.
<https://www.metarevistas.org/Record/oai:revistas.unisucre.edu.co:articleojs-576/Details>

- Montiel, V. E., Álvarez, O.L., Guerra, V.M., Herrera, L.F. y Fernández, E. (2016). Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. *MEDISAN*, 20(2), 179-186. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200007&lng=es&tlng=es
- Montalvo Prieto, A. A. (2016). Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Hacia promoc. salud*, 114-126.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Ortega, R.M., Tristán, A., Aguilera, P., Pérez, M.E. y Fang, M.A. (2014). Cuidado de enfermería en paciente postoperada de mastectomía: estudio de caso. *Revista Cuidarte*, 5(2), 842-850. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.126>
- Robles, A.I., Rubio, B., Rosa, E.V. y Hernández, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Medigraphic*, 11(3), 120-125. <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Romero, L. (22 de octubre de 2018). *Aumenta en México la mortalidad por cáncer de mama*. <http://www.gaceta.unam.mx/aumenta-en-mexico-la-mortalidad-por-cancer-de-mama/>
- Secretaría de Salud. (08 de septiembre de 2015). *Información Estadística. Estadísticas de Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>
- Trejo, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol*, 11(1), 34-38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>

Ramírez, C.A., Rodríguez, M.E. y Perdomo, A.Y. (2018). Incertidumbre frente al diagnóstico de cáncer. *Contex Enfer*, 27(4), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005040017>

XIV. Apéndices y Anexos

Apéndice 1.

Operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Indicadores empíricos
Incertidumbre	Independiente	La incertidumbre es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece 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. (E.Bailey Donald, 2011)	Se medirá con la Escala de Incertidumbre de Merle Mishel “MUIS”	Bajo NI < 59 puntos (nivel 1 y 2) Regular NI = 59-87 puntos (niveles 3 y 4) Alto NI = > 87 puntos (nivel 4 y 5).

Calidad de vida	Dependiente	<p>Nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. (Robles Espinoza, 2016: 120-125)</p>	<p>Se medirá con el Cuestionario de calidad de vida EORTC. QLQ-C30</p>	<p>1, nada 2, un poco 3, bastante 4, mucho.</p> <p>Las puntuaciones se dan en una escala de 0 a 100, en la que una mayor puntuación corresponde a una mejor calidad de vida</p>
-----------------	-------------	--	--	---

Apéndice 2.

Cronograma de actividades

Actividad	2019												2020											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Selección de tema				x																				
Búsqueda de información				x	X																			
Justificación				x	X	x																		
Planteamiento del problema				x	X	x																		
Objetivos						x	x	x																
Hipótesis						x	x	x																
Marco teórico								x	x	x	x													
Material y métodos								x	x	x	x													
Consideraciones éticas y legales											x	x												
Anexos y apéndices											x	x												
Evaluación CIB											x	x	x											
Elaboración intervención																x	x	x	x	x				
Publicación																x	x	x	x	x				
Resultados parciales																		x	x	x				

ANEXO 1.*ESCALA DE MISHEL DE LA INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD*

MARQUE CON UNA “X”

INSTRUCCIONES:

Lee las preguntas y marca la respuesta

Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas:

Muy de acuerdo	MA = 5
De acuerdo	A = 4
Muy indiferente o intermedia (indica opción neutral)	I = 3
En desacuerdo	D = 2
Muy en desacuerdo	MD = 1

Preguntas	Indicadores				
1. ¿Usted no conoce cuál es su enfermedad?	MA	A	I	D	MD
2. ¿Usted tiene muchas dudas sin respuesta?	MA	A	I	D	MD
3. ¿Usted no sabe si ha mejorado o empeorado?	MA	A	I	D	MD
4. ¿No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad?	MA	A	I	D	MD
5. ¿Las explicaciones que le dan le parecen confusas?	MA	A	I	D	MD
6. ¿La finalidad de cada tratamiento es claro?	MA	A	I	D	MD
7. ¿Cuándo usted tiene dolor sabe lo que significa para su condición de salud?	MA	A	I	D	MD

8. ¿Usted no sabe cuándo habrá un cambio en su tratamiento?	MA	A	I	D	MD
9. ¿Sus síntomas continúan cambiando impredeciblemente?	MA	A	I	D	MD
10. ¿Usted entiende todo lo que se le explica?	MA	A	I	D	MD
11. ¿Los médicos dicen cosas que podrían tener mucho significado?	MA	A	I	D	MD
12. ¿Usted puede predecir cuanto demorará su enfermedad?	MA	A	I	D	MD
13. ¿Su tratamiento es complejo para entenderlo?	MA	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?	MA	A	I	D	MD
15. ¿Es muy difícil saber si los tratamientos le están ayudando?	MA	A	I	D	MD
16. ¿Debido a lo impredecible de su enfermedad no puede planear su futuro?	MA	A	I	D	MD
17. ¿El curso de su enfermedad se mantiene?	MA	A	I	D	MD
18. ¿Usted no sabe cómo se manejará después de que deje el hospital?	MA	A	I	D	MD
19. ¿Le han entregado diferentes opiniones acerca de cuál es su enfermedad?	MA	A	I	D	MD
20. ¿Usted no tiene claro lo que le está sucediendo?	MA	A	I	D	MD
21. ¿Generalmente sabe si tendrá un buen o mal día?	MA	A	I	D	MD
22. ¿Es claro para usted que se va sentir bien?	MA	A	I	D	MD
23. ¿No le han dicho como tratar su enfermedad?	MA	A	I	D	MD
24. ¿Es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo?	MA	A	I	D	MD

25. ¿Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad?	MA	A	I	D	MD
26. ¿Le entregan demasiada información que no puede decir cuál es la más importante?	MA	A	I	D	MD
27. ¿Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar su enfermedad?	MA	A	I	D	MD
28. ¿No le han dado un solo diagnóstico?	MA	A	I	D	MD
29. ¿Su malestar físico es impredecible, usted sabe cuándo está mejorando o empeorando?	MA	A	I	D	MD

ANEXO 2*EORTC QLQ-C30 (versión 3)*

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor, escriba sus iniciales:

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año): 31

En absoluto Poco Bastante Mucho

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieren de un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras pesada o una maleta? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día? | 1 | 2 | 3 | 4 |

5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse 1 2 3

4

o ir al sanitario?

Durante la semana pasada: En absoluto poco Bastante Mucho

6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo

u otras actividades cotidianas? 1 2 3

4

7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar

sus aficiones u otras actividades de ocio? 1 2 3 4

8. ¿Sintió que se le cortó la respiración? 1 2 3 4

9. ¿Ha tenido dolor? 1 2 3 4

10. ¿Necesitó parar para descansar? 1 2 3 4

11. ¿Ha tenido dificultades para dormir? 1 2 3 4

12. ¿Se ha sentido débil? 1 2 3 4

13. ¿Le ha faltado el apetito? 1 2 3 4

14. ¿Ha tenido náuseas? 1 2 3 4

15. ¿Ha vomitado? 1 2 3 4

16. ¿Ha estado estreñado/a? 1 2 3 4

Durante la semana pasada:	En absoluto	poco	Bastante	Mucho	
17. ¿Ha tenido diarrea?			1	2	3
4					
18. ¿Estuvo cansado/a?			1	2	3
4					
19. ¿El dolor interfirió en sus actividades diarias?	1	2	3		4
20. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3		4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3		4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3		4
23. ¿Se sintió irritable?			1	2	3
4					
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3		4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3		4
26. ¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en su vida familiar?	1	2	3		4
27. ¿Su estado físico o el tratamiento médico han interferido en sus actividades sociales?	1	2	3		4

28. ¿Su estado físico o el tratamiento médico le han

causado dificultades financieras?

1 2 3 4

En las siguientes preguntas por favor, dibuje un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted:

29. ¿Cómo valoraría, en general, su salud durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

30. ¿Cómo valoraría, en general, su calidad de vida durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

ANEXO 3*Consentimiento Informado*

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO: Nivel de incertidumbre en relación con la calidad de vida en mujeres mastectomizadas.

LUGAR Y FECHA _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Nivel de incertidumbre en relación con la calidad de vida en mujeres mastectomizadas”, el cual se realizará a través de instrumento de Escala de Mishel de la incertidumbre frente a la enfermedad y el Instrumento Cuestionario de calidad de vida EORTC. QLQ-C30.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de este Informe de Consentimiento Informado.

Firma del participante / Fecha

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma del investigador / Fecha