

# CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE EN MUJERES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

*Amparo Astrid Montalvo Prieto\**  
*Hanier Fajardo Rocha\*\**  
*Tatiana Beatriz Angulo Yepes\*\*\**  
*Daniel Eduardo Flórez Navas\*\*\*\**  
*Rosa Angélica Caffroni Monterroza\*\*\*\*\**  
*Yielsa María Fajardo Torres\*\*\*\*\**

Recibido en septiembre 5 de 2016, aceptado en octubre 31 de 2016

---

## Citar este artículo así:

Montalvo Prieto AA, Fajardo Rocha H, Angulo Yepes TB, Flórez Navas DE, Caffroni Monterroza RA, Fajardo Torres YM. Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(2): 114-126. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.2.9

---

## Resumen

**Objetivo:** Asociar las condiciones sociodemográficas y el nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama en instituciones de salud, Cartagena. **Materiales y Metodología:** Estudio descriptivo correlacional, realizado a 108 mujeres con diagnóstico de menos de un año de cáncer de mama. Se utilizaron dos instrumentos, la encuesta sociodemográfica y la Escala de incertidumbre en la enfermedad para el adulto de Mishel. Los datos fueron almacenados en Excel y procesados en SPSS, para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi cuadrado (Prob. de Chi cuadrado  $p < 0,05$ ). **Resultados:** El 60,2% presentó un regular nivel de incertidumbre, con mayor incidencia en el grupo de edad de 45-64 años y un nivel educativo bajo 47% (51). Al evaluar el marco de estímulos, 61,1% (66) no sabían si habría cambios en su tratamiento, no podían planear su futuro el 50,9% (55) y predecir el curso de su enfermedad el 60,2% (65). El 60,2% (65) reconoce al equipo de salud como responsable de su cuidado. Se encontró asociación entre la escolaridad y el nivel de incertidumbre con un valor de  $p=0,03$ . Conclusiones: El grado de escolaridad se asoció con el nivel de incertidumbre presente en las participantes. Por ser la edad un factor predictor en esta enfermedad, se deben establecer acciones orientadas a su diagnóstico temprano. Como autoridad creíble, la enfermería debe realizar acciones de cuidado al momento del diagnóstico para disminuir interrogantes y la afectación emocional

## Palabras clave


Incertidumbre, cáncer de mama, diagnóstico, cuidado de enfermería, sentimientos (*fuentes: DeCs, BIREME*).

---


\*Enfermera, Magíster en Enfermería. Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. Correo electrónico: amontalvop1@uniartagena.edu.co. Autor para correspondencia.  orcid: 0000-0002-7925-8674

\*\*Enfermera, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. Correo electrónico: Hfajardor@unicartagena.edu.co  orcid: 0000-0002-1572-8112

\*\*\*Enfermera, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. Correo electrónico: tanguloy@unicartagena.edu.co  orcid: 0000-0003-0480-771X

\*\*\*\*Enfermero, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. Correo electrónico: dflorezn@unicartagena.edu.co  orcid: 0000-0002-8610-1210

\*\*\*\*\*Enfermera, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. Correo electrónico: Rosicaff-23@hotmail.com  orcid: 0000-0001-8328-7374

\*\*\*\*\*Estudiante de pregrado de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia. Correo electrónico: Yimafato@hotmail.com orcid:  0000-0002-7881-7008



## DEMOGRAPHIC CONDITIONS AND LEVEL OF UNCERTAINTY IN WOMEN FACING THE DIAGNOSIS OF BREAST CANCER

### Abstract

**Objective:** To associate sociodemographic conditions and the level of uncertainty in women facing the diagnosis of breast cancer in health institutions in Cartagena. **Methodology:** Descriptive, correlational study of 108 women with a diagnosis of less than one year breast cancer. Two instruments were used: the socio-demographic survey and the Mishel Uncertainty in Illness Scale for the adult. Data were organized in Excel and processed in SPSS. For bivariate analysis the Chi square (Prob. Chi square  $p < 0.05$ ) test was used. **Results:** Sixty-point two percent had a regular level of uncertainty with the highest incidence in the 45-64 years old group and a low educational level 47% (51). In evaluating Stimulus Framework, 61.1% (66) they did not know whether there would be changes in treatment, they could not plan their future, 50.9% (55), and they could not predict the course of their disease 60.2% (65). Sixty-point two percent (65) recognize the health team as responsible for their care. Association between schooling and the level of uncertainty with a value of  $p = 0.03$  was found. **Conclusions:** The level of education was associated with the level of uncertainty in the participants. Because age is a predictor factor in this disease, actions aimed at early diagnosis should be established. As a credible authority, nursing must perform care actions at the time of diagnosis to reduce questions and emotional distress.

### Key words

Uncertainty, breast cancer, diagnosis, nursing care, feelings (*Source: MeSH, NLM*).

## CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS E NÍVEL DE INCERTEZA EM MULHERES PARA O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

### Resumo

**Objetivo:** Associar condições sociodemográficas e o nível de incerteza em mulheres com o diagnóstico de câncer de mama em instituições de saúde, Cartagena. **Metodologia:** Estudo descritivo correlacional, realizado em 108 mulheres diagnosticadas com menos de um ano de câncer de mama. Foram utilizados dois instrumentos, levantamento sócio-demográfico e a escala de incerteza na doença para adulto Mishel. Os dados foram organizados em Excel e processados em SPSS, para o teste de análise bivariada foi utilizada Chi quadrado (Prob. Chi quadrado  $p < 0,05$ ). **Resultados:** 60,2% tinham um nível regular de incerteza, com maior incidência na faixa etária de 45-64 anos e um baixo nível educacional 47% (51). Na avaliação do quadro Estímulos 61,1% (66) não sabiam se haveria mudanças no tratamento, não podiam planejar seu futuro 50,9% (55) e não poderia prever o curso de sua doença 60,2% (65). 60,2% (65) reconhecem a equipe de saúde responsável pelo seu cuidado. Associação entre a escolaridade e o nível de incerteza com um valor de  $p = 0,03$  foi encontrado. **Conclusões:** O nível de escolaridade foi associada com o nível de incerteza na participação. Como a idade um fator preditor nesta doença, deve estabelecer ações voltadas para o diagnóstico precoce. A enfermagem como uma autoridade credível e de modo deve tomar medidas para cuidar no momento do diagnóstico para reduzir dúvidas e envolvimento emocional.

### Palavras chave

Incerteza, diagnóstico, câncer de mama, cuidados de enfermagem, sentimentos (*Fonte: DeCs, BIREME*).

## INTRODUCCIÓN

El impacto psicológico que causa el diagnóstico de cáncer (CA) puede ser considerado de manera general, como un evento vital estresante que afectará no sólo a la persona que lo padece, sino a su entorno familiar y social más directo (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta al CA como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años (2). 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 Colombia el CM ocupó el primer lugar con cerca de 7,000 casos nuevos anuales; representando 31,2 casos nuevos por 100,000 mujeres (3). Bolívar reportó un promedio de 255 casos anuales de CM entre los años 2002 a 2006 (4), en Cartagena durante el periodo del 2007 a 2013 se reportaron 444 pacientes con CM, dentro de los cuales cuatro eran hombres (5). La Liga Colombiana contra el Cáncer Seccional Cartagena notificó 15 casos de mujeres con biopsias anormales en el año 2013 y primer periodo del 2014 (6).

Las mamas tienen una gran importancia en la identidad femenina, para muchas son lo primero que las define como mujeres por lo que perder una, equivale a la disminución de su feminidad y de la maternidad (7). El diagnóstico de CM supone en la mujer una situación que no solo la afecta desde el punto de vista físico, sino también desde el componente psicológico, pues 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 (7). Iniciar el tratamiento sistemático con quimioterapia o radioterapia repercute en la imagen corporal de las mujeres, la alopecia temporal que experimentan la mayoría de pacientes que reciben tratamiento

de quimioterapia puede ser traumática, además, el ciclo vital en el que tiende a aparecer la enfermedad cursa con sintomatología menopáusica y aunque ya no deseen tener hijos, pueden experimentar una pérdida significativa de su feminidad, y tener por ello, trastornos en la percepción de 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 (7).

La afectación psicológica, espiritual y física generada por el diagnóstico de la enfermedad, lleva a quien la padece a un estado de incapacidad para determinar el significado de los hechos que guardan relación con la misma (8). Esta condición es conocida como incertidumbre, para la cual enfermería propone una teoría desarrollada por Mishel (9), en la que se estudia la situación del paciente desde cuatro dimensiones –ambigüedad, complejidad, falta de información y falta de predicción-. A partir de esta teoría, la enfermería propone desde la práctica una nueva oportunidad de afrontamiento para las pacientes con CM, con el fin de tratar de evitar su efecto inmovilizador (10).

Desde la perspectiva psicológica, la incertidumbre puede entenderse como un estado cognitivo resultante de impulsos o señales que no son suficientes para comprender o hacer una representación interna de un hecho (11). La incertidumbre, como un componente inherente a todas las experiencias de enfermedad, está presente en hombres y mujeres, quienes perciben los procesos de tratamiento y adaptación, pero son las mujeres quienes presentan mayor incertidumbre por el pronóstico de la enfermedad, la complejidad del tratamiento, la falta de información y las emociones que experimentan con el solo hecho de sospechar un diagnóstico positivo, teniendo como consecuencias emociones contradictorias que desencadenan sentimientos negativos que las llevan a la depresión (12, 13). La incertidumbre es mayor 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 (8). Mishel (9) considera que el apoyo social tiene un efecto directo sobre la incertidumbre, puesto que reduce la complejidad percibida e indirecta por su influencia en la predictibilidad de la tipología de los síntomas.

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 (14, 15). Teniendo en cuenta que los interrogantes sin respuestas, los miedos, el estigma, los sentimientos de pérdida que se originan en el paciente oncológico, van generando un estado de incapacidad para resolver los conflictos generados por la enfermedad lo que se conoce, como incertidumbre frente a la enfermedad (16). El percibir 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 (17).

Ante estas situaciones, y teniendo en cuenta la importancia que enfermería le otorga al bienestar emocional y espiritual durante el proceso de la enfermedad y en las etapas de aceptación, tratamiento y curación de una enfermedad; asumiendo además que la aplicabilidad de la teoría de la incertidumbre ha sido poco relacionada en pacientes con CM en el contexto nacional e internacional, el presente estudio se propone relacionar las características sociodemográficas de la población de estudio con el nivel de incertidumbre hallado en las mujeres ante el diagnóstico de CM en Cartagena.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo correlacional realizado en 108 mujeres en la ciudad de Cartagena de Indias

entre el primer y segundo periodo del 2015. Se establecieron como criterios de inclusión pacientes mayores de 18 años, residentes en el área urbana con menos de un año de haber sido diagnosticadas con CM, no participaron las pacientes a las que su condición clínica les impedía responder a los cuestionarios. El proyecto fue aprobado por el comité de investigaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena y autorizado por las instituciones de salud, las cuales proporcionaron las bases de datos y al revisarlas se hallaron un total de 515 mujeres, de las cuales 115 de ellas cumplían con los requisitos. Siete pacientes decidieron retirarse del estudio. Los aspectos éticos de la investigación se respaldaron en la Resolución 008430 de 1983 del Ministerio de salud de Colombia (18) y el código de Ética en Enfermería (19); el estudio se consideró de riesgo mínimo para los participantes. Se contempló el consentimiento informado, la participación voluntaria y el manejo confidencial de la información.

Los investigadores recibieron capacitación para asegurar el dominio en el manejo de los instrumentos. Se realizó una prueba piloto a 25 mujeres. Una vez explicados los objetivos a las participantes, se diligenció el consentimiento informado y se realizó entrevista personal a las pacientes que se encontraban en sala de espera para sesión de quimioterapia. Se utilizó una encuesta socio demográfica diseñada por los investigadores y el instrumento escala de incertidumbre en la enfermedad para el adulto, diseñado por Mishel (9), que consta de 29 preguntas medidas a través de una escala tipo Likert, que va desde muy en desacuerdo con un puntaje de 1, hasta muy de acuerdo con un puntaje de 5, donde 1 refleja un bajo nivel y 5 un alto nivel de incertidumbre. El puntaje mínimo de la escala es de 29 puntos y el máximo de 145 puntos. La Tabla 1 presenta los puntos de corte para establecer el nivel de incertidumbre en los participantes.

**Tabla 1. Puntaje de corte calificado para medir la incertidumbre.**

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

Fuente: Tesis de Doctorado "Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Chile, 2005-2006", de Torres A. (21).

El instrumento escala de incertidumbre en la enfermedad para el adulto, 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); esquema 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 (20) para este instrumento fue de 0,81, para el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,70. De acuerdo con los supuestos de Mishel y a los ítems contenidos en el instrumento, se evalúan las dimensiones marco de estímulos, capacidades cognitivas y fuente de la estructura para la incertidumbre ante la enfermedad (Tabla 2).

**Tabla 2. Modelo estructurado de incertidumbre frente a la enfermedad.**

Antecedentes de la incertidumbre	ÍTEMES
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 Torres A. (21).

Los datos recolectados se incorporaron en una matriz de Microsoft Excel y para su análisis se empleó el paquete estadístico SPSS versión 17.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas sobre las características de los pacientes con CM, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas y medidas de tendencia central (22).

Para el análisis bivariado se relacionaron las condiciones sociodemográficas con el nivel de incertidumbre encontrado, se consideró asociación

en aquellas cuya probabilidad fuera  $p < 0,05$  en la prueba de Chi cuadrado.

## RESULTADOS

Participaron en el estudio 108 mujeres de Cartagena con menos de un año de haber sido diagnosticadas con CM. El intervalo de edad que presentaron oscilaba entre los 28 a 84 años de edad con un promedio de  $\bar{X}=54,6$ , el total

de la muestra se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Al indagar acerca de su ocupación, la mayor parte de la muestra eran amas de casa o desempleadas, con pareja estable, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1 y 2, con nivel educativo

básico. En cuanto a la presencia de antecedentes familiares de CM, fueron pocas las mujeres que manifestaron su diagnóstico en alguno de los miembros de su familia; sin embargo, algunas expresaron la presencia de algún tipo de cáncer en algún familiar (Tabla 3).

**Tabla 3. Características sociodemográficas de las pacientes con CM en instituciones de salud, Cartagena 2015.**

CARACTERÍSTICAS	No. pacientes	Porcentaje (%)
<b>Edad</b>		
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	
<b>Nivel socioeconómico</b>		
1	38	35%
2	38	35%
3	26	24%
4	5	4,6%
6	1	0,9%
<b>Afiliación SGSSS</b>		
Subsidiado	45	42%
Contributivo	63	58%
<b>Escolaridad</b>		
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%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	62	57%

CARACTERÍSTICAS	No. pacientes	Porcentaje (%)
Desempleada	7	6,5%
Empleadas	21	19%
Independientes	9	8,3%
Jubiladas	9	8,3%
<b>Estado Civil</b>		
Casada	37	34%
Soltera	21	19%
Unión libre	27	25%
Viuda	8	7,4%
Divorciada	15	14%
<b>Antecedentes familiares</b>		
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%
<b>Antecedentes personales</b>		
Hipertensión arterial	35	32,4%
Diabetes mellitus	10	9,25%
Otras	12	11,1%
Ninguna	59	54,6%

Fuente: Datos del estudio

Al determinar en ellas el nivel de incertidumbre se encontró que, de acuerdo con la clasificación establecida por Mishel (9), el 60,2% (65) presentaba un regular estado y el 16,7% (18) niveles altos de incertidumbre (**Tabla 4**).

**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 %
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

Fuente: datos del estudio.

En cuanto a la incertidumbre y a las preguntas que evalúan Marco de estímulos, el 61,1% (66) de las pacientes manifestó que aún no sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento, un 56,4% (61) considera que sus síntomas continúan cambiando impredeciblemente. El 60,2% (65) no puede predecir el curso de su enfermedad, el 86,1% (93) asegura no saber cuánto demorará y el 50,9% (55) de las participantes no puede planear su futuro.

De acuerdo con los ítems que evalúan las capacidades cognitivas en la incertidumbre, se encontró que el 63% (68) de las participantes consideró que las explicaciones que les dan no son confusas y para el 84,3% (91) la información que les proporcionan sobre su tratamiento es clara. Así mismo, el 88% (95) entiende lo que se les explica y el 60,2% (65) opinó que no es complejo entender su tratamiento.

En los ítems que evalúan las fuentes de estructura, se encontró que el 72,3% (78) considera que los

médicos decían cosas que podrían tener mucho significado, 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.

Para correlacionar las variables de condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre se dicotomizaron los datos en dos categorías bajo y la segunda se agruparon los niveles regular y alto nivel de incertidumbre, pues la mayor parte de la muestra se encontraba en la categoría de regular estado de incertidumbre. Al asociar las variables principales a través de la prueba de Chi Cuadrado, se obtuvo asociación entre la escolaridad y el nivel de incertidumbre con un valor de  $p=0,03$ , lo que quiere decir que entre menos formación académica tenga la mujer mayor será el nivel de incertidumbre (Tabla 5). No se hallaron relaciones significativas con el resto de variables sociodemográficas agrupadas.

**Tabla 5. Asociación de las variables con el nivel de incertidumbre en mujeres con CM.**

Estrato socioeconómico	Nivel de incertidumbre				Prob. Chi cuadrado
	Bajo	%	Regular o alto	%	
1 y 2	15	19,7	61	80,3	0,195
Mayor de 2	10	31,3	22	68,8	
Escolaridad	Bajo	%	Regular o alto	%	Prob. Chi cuadrado
Hasta secundaria	12	16,9	59	83,1	0,03
Estudios superiores a secundaria	13	35,1	24	64,9	
Estado civil	Bajo	%	Regular o alto	%	Prob. Chi cuadrado
Sin pareja	13	29,5	31	70,5	0,191
Con pareja	12	18,8	52	81,3	
Seguridad social	Bajo	%	Regular o alto	%	Prob. Chi cuadrado
Contributivo	18	28,6	45	71,4	0,114
Subsidiado	7	15,6	38	84,4	

Fuente: Datos del estudio.



## DISCUSIÓN

Al asociar las condiciones sociodemográficas con el nivel de incertidumbre en las mujeres ante el diagnóstico de CM, se obtuvo relación entre el grado de escolaridad y el nivel de incertidumbre  $p=0,03$ , lo que quiere decir, que a mayor formación académica menor será el grado de incertidumbre en las pacientes; dato similar encontró Sanmarco en su estudio (23), en el que las participantes con estudios primarios presentaron mayor incertidumbre con puntuaciones significativamente más altas ( $X = 68,57$ ,  $DE = 15,13$ ) que aquellas con un mayor nivel de formación. Mishel (24) considera la educación como un apoyo directo para la incertidumbre pues aquellos que tienen un nivel educativo superior, poseen mayores recursos cognitivos para comprender y hacer frente a su nueva situación de salud. El tener un nivel de educación medio o superior contribuye a comprender las situaciones estresantes a las que se enfrenta la persona con CM.

Las condiciones sociodemográficas como edad, estrato socioeconómico, estado civil, seguridad social y antecedentes personales y familiares no presentaron relación con el nivel de incertidumbre, resultados contrarios a lo reportado por Liao (25), quien encontró que las variables estado civil, educación, edad, estado religioso, antecedentes familiares de tumor benigno de mama y probabilidad de autopercepción de recibir el diagnóstico de CM, presentaron asociación con un mayor nivel de incertidumbre ante la biopsia mamaria y el diagnóstico de CM.

La edad promedio fue de 54,6 y el grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 45 a 64 años, similares edades presentaron las participantes del estudio de Martínez et al. (26) con 55 años y Zhang et al. (27) con rango de edad entre 40 a 60 años. En la vida de la mujer se reportan tres etapas con mayor incidencia de CM, como lo son la menarquia, la edad del primer embarazo a término y la menopausia (28). La edad

presentada por las participantes del estudio se ajusta a lo esperado para la aparición del CM, por lo cual se hace necesario implementar estrategias de intervención orientadas al diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

La mayoría de las participantes del estudio eran amas de casa o desempleadas, contrario a lo encontrado por Zang et al. (27) y Sanmarco (23) quienes reportan un 67% y 50% respectivamente, de mujeres empleadas. Con respecto al estado civil, la mayoría de las pacientes tenían pareja estable, datos similares informa Silva (29) en su estudio en el que un 66,4% de las participantes vivían en unión marital. Londoño (17) en su estudio, informó que la mayoría de las mujeres que recibían tratamiento para CM que tenían pareja permanente reaccionaban de mejor manera al tratamiento, esto se veía reflejado en la empatía, expresiones de amor y transmisión de confianza, aspectos que las ayudaban a salir de las crisis emocionales presentadas durante el proceso de la enfermedad. Resulta importante destacar que, 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, por cuanto la pareja y la familia son quienes se encargan de proporcionar el cuidado y seguridad que requieren como seres humanos. Por lo tanto, el apoyo familiar puede considerarse un factor protector de la salud en todas las personas, en este caso, 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, similar a lo encontrado en el estudio realizado en Ibagué-Colombia (26), en el cual el 43,8% de la población pertenecía al régimen contributivo de salud, aclarando que el poseer esta condición proporciona mayor seguridad al paciente para acceder a la prestación de los servicios de salud. Contar con un sistema de aseguramiento en salud podría generar mayor confianza en los proveedores de salud y en que todas las necesidades que se generen

a partir del tratamiento de la enfermedad serán cumplidas, lo que ayuda a disminuir los niveles de incertidumbre por esta causa.

La mayoría de las participantes en el presente estudio presentan niveles de formación bajos, Reich et al. (30) encontró que el 47,4% de las participantes sólo habían realizado estudios de primaria. Cuanto más familiarizada se encuentre la persona con su situación de enfermedad, menores niveles de incertidumbre presenta (31) y niveles superiores de formación académica permiten tener mayores y mejores elementos para adaptarse al nuevo estado.

Las pacientes manifestaron tener por lo menos algún familiar con diagnóstico de CM, dato que concuerda con Silva (29) quien obtuvo en el 10,3% de su población de estudios familiares con CM, Liao (25) reporta que en su estudio el 82,7% de las pacientes no habían tenido experiencia de cáncer en su familia. Diversas investigaciones realizadas por la American Cancer Society (32), demuestran que en el 85% de las mujeres que padecen CM, no se encontraron antecedentes familiares de esta enfermedad, pero el riesgo es mayor entre las mujeres cuyos parientes consanguíneos cercanos padecieron esta patología. Sin embargo, ser mujer es el principal riesgo de padecer CM, por lo tanto, el tener una mínima probabilidad de padecerlo hace necesario que las mujeres, familia y en especial el personal de salud estén atentos a realizar un diagnóstico temprano para evitar mayores secuelas de la enfermedad.

El nivel de incertidumbre que presentaron las mujeres participantes en el presente estudio fue de 65 puntos, puntaje que de acuerdo con la clasificación realizada por Mishel (24) corresponde a un regular estado de incertidumbre, similar nivel de incertidumbre, 61,3 puntos y 76,7% reportaron en sus estudios Sanmarco y Shaha (23, 33). En cuanto a la incertidumbre como resultado de factores estresantes que afectan a las mujeres que padecen CM, se encontró que ellas consideran que

además que al ser el sostén del hogar y el conocer su diagnóstico, se sintieron amenazadas y temían dejar el hogar (14). 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 tienen dificultad para lograr la adaptación a su nueva condición de vida.

Mishel (9) 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 revisar los ítems que comprenden el marco de estímulos, se encontró que la mayoría de las mujeres desconocían cuando se darían variaciones en el tratamiento, consideraban que los síntomas eran muy variables y que no eran capaces de predecir su futuro inmediato, esta información concuerda con lo hallado por Doumit et al. (34), donde el nivel de incertidumbre descrito se relacionó con un futuro desconocido. 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 éstos aparecen y desaparecen les genera inseguridad acerca de su situación, dificultándoles la capacidad de planear un futuro.

En lo que respecta a las capacidades cognitivas, la mayoría de las mujeres consideró que las explicaciones que les daban los profesionales de salud no eran confusas, la finalidad de cada tratamiento les era clara, entendían todo lo que se les explicaba y no se les dificultaba entender su tratamiento, Arreguin et al. (12) encontró datos diferentes en su estudio, en el que demostró que la complejidad del tratamiento y la falta de información, generaron mayor incertidumbre. Mishel (24) señaló que cuando los pacientes consideran el entorno relacionado con la salud como peligroso o amenazante, su eficiencia cognitiva disminuye y la incertidumbre aumenta.

Con respecto a las fuentes de estructura, se encontró que la mayoría de las participantes tenían credibilidad en el equipo de salud, consideraban claras las opiniones acerca de su enfermedad, pero sentían que el personal médico decía cosas que podían tener muchos significados, Sanmarco (23) manifiesta que las pacientes sobrevivientes de CM no tienen en cuenta los recursos de apoyo social disponibles y sugiere que los profesionales de la salud deben considerar esta debilidad en los planes de salud hacia esta población. Mishel (9) en su teoría encontró una relación significativa entre la autoridad creíble y la incertidumbre indicando que, cuando la relación con los proveedores sanitarios aumenta, disminuyen los niveles generales de incertidumbre, hay menos ambigüedad acerca del estado de la enfermedad y se percibe menor complejidad en el tratamiento. Los proveedores de estructura se constituyen en apoyos importantes para disminuir la incertidumbre en una situación de salud y en especial en las mujeres con CM. Es importante que la 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 las acciones del cuidado de enfermería tendrán un mayor impacto.

Presentar una patología específica y establecer como criterio de inclusión un tiempo de diagnóstico menor a un año en los participantes, se consideró una limitante del estudio por las dificultades presentadas para la recolección de la información.

## CONCLUSIONES

El grado de escolaridad se relaciona con el nivel de incertidumbre, pues el tener un nivel de educación medio o superior contribuye a comprender las situaciones estresantes a las que se enfrenta la persona con CM.

La edad presentada por las participantes del estudio se ajusta a lo esperado para la aparición del CM. Es necesario que el personal de salud establezca acciones orientadas a realizar un diagnóstico temprano para evitar secuelas de la enfermedad.

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

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

Los proveedores de estructura 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 que contemple intervenciones individuales, especialmente al momento de recibir el diagnóstico que es cuando más interrogantes y mayor afectación emocional tendrán las mujeres y sus familias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el cáncer. Suiza [Sitio en internet]; 2015. [acceso 04 febrero de 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo 15-Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. Bogotá [Sitio en internet]; 2010. [acceso 04 de febrero 2015] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202010%20informe.pdf>
4. Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado, grupo vigilancia epidemiológica del cáncer, Bolívar. Bogotá [Sitio en internet]; 2011 [acceso 04 de febrero de 2014] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/DropOffLibrary/Presentaci%C3%B3n%20GAI%20Instituto%20Nacional%20de%20Cancerolog%C3%ADa.pdf>
5. Hospital Universitario del Caribe. Datos sobre cáncer de mama [Base de datos HUC]. Cartagena; 2007-2013.
6. Liga Contra el Cáncer. Datos sobre cáncer de seno [Base de datos]. Cartagena; 2013.
7. Sebastián 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.
8. Bailey D, Stewart J. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad: Merle Mishel. En Raile Alligood M, Marriner Tomey A, editores. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007. p. 599-609.
9. Mishel M, Braden C. Finding meaning: antecedents of uncertainty. *Nursing Research*. 1988; 37: p. 98-103.
10. Triviño Z, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*. 2005 octubre; 5(1): p. 20-31.
11. Muñoz S, Tose P, Monalo D. Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con cáncer de mama. *Revista médicas UIS*. 2009 enero; 22(2): p. 128-36.
12. 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.
13. Gómez 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.
14. Vargas R, Pulido S. Significado de las vivencias de los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Rev. Ciencia y Cuidado*. 2012; 9(1): 65-78.
15. Díaz E. *La ciencia y el imaginario social*. Argentina: Editorial Biblos; 1996.
16. Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol*. 2012; 11(1): 34-38.
17. Londoño Y. Trabajando me enfrenté al cáncer de mama. *Index Enferm*. 2009; 18(3): 161-165.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 008430 de octubre de 1993. Por el cual se establecen las normas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.; Colombia [Sitio en internet]; 1993 [acceso 19 de mayo 2014]. Disponible en: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Res\\_\\_8430\\_1993\\_-\\_Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf)
19. Ministerio de Educación. Tribunal Nacional ético de Enfermería, TNEE. Ley 911 de 2004, octubre 5. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio. Diario Oficial No. 45.693, 17 Dic 2004.
20. Gómez I. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo II. [Tesis Maestría] Universidad Nacional de Colombia. bdigital. 2010. [Sitio en internet]; 2010 [acceso 10 de febrero de 2015] disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/1/539496.2010.pdf>

21. Torres A. A, Sanhuesa A. O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *cienc enferm.* 2006; 12(1): 9-17.
22. Burns N, Grove S. *Investigación en Enfermería.* 5ª. Ed. España: Elsevier-Saunders; 2012: 582.
23. Sanmarco A, Konecny L. Quality of Life, Social Support, and Uncertainty among Latina Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum.* 2008. 35 (5). Págs. 844 – 849.
24. Mishel M. Uncertainty in illness. *State of the science.* 1988; 20(4): p. 225-232.
25. Liao M, Chen M, Chen S, Chen P. Uncertainty and Anxiety during the Diagnostic Period for Women with Suspected Breast Cancer. *Cancer Nursing.* 2008. 31 (4). Pp. 274 – 283
26. Martínez S, Segura A, Arias S, Mateus G. Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un hospital de tercer nivel. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2012; 30(2): p. 183-191.
27. 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.
28. 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.
29. Silva N, Soares D, Rego S. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. *Rev. Enfermería Global.* 2013 Enero; 12(1): p. 463-476.
30. Reich M, Remor E. Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología.* 2011; 8 (2-3): p. 453-471.
31. Wallace M. Finding more meaning: the antecedents of uncertainty revisited. *J Clin Nurs.* 2005 Agosto; 14(7): p. 863-8.
32. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de seno. Estados Unidos [Sitio en internet]; 2014 [Acceso 24 de mayo de 2015] Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>.
33. Shaha M, Cox C, Talman K, Kelly D. Uncertainty in Breast, Prostate, and Colorectal Cancer: Implications for Supportive Care. *J Nurs Scholarsh.* 2008; 40(1): p. 60-67.
34. Doumit M, El Saghir N, Abu-Saad Huijjer H, Kelley J, Nassar N. Living with breast cancer, a Lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing.* 2010; 14(1): p. 42-48),