UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN SEDE BOGOTÁ

INCERTIDUMBRE, CALIDAD DE VIDA E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES SOMETIDAS A MASTECTOMIA

María Elena Mejía Rojas

Universidad Nacional de Colombia
Enfermería, Departamento cuidado y práctica
Bogotá, Colombia
2012

INCERTIDUMBRE, CALIDAD DE VIDA E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES SOMETIDAS A MASTECTOMIA

María Elena Mejía Rojas

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctora en Enfermería

Directora:
Yaneth Mercedes Parrado Lozano
Profesora Asociada
Doctora en Enfermería

Línea de Investigación:
Cuidado y práctica de enfermería
Grupo de Investigación:
Cuidado y práctica, salud familiar, medición en salud

Universidad Nacional de Colombia
Enfermería, Departamento cuidado y práctica. Programa Doctorado en enfermería
Bogotá, Colombia
2012

Dedicatoria

A: mis hijas Dannia Carolina y Estefanía por su amor incondicional, fortaleza y ánimo continuo; ellas fueron las que me impulsaron para seguir adelante en esta nueva etapa de mi vida profesional, académica y personal.

A mis padres y hermanos por su acompañamiento, apoyo en todos los momentos, disponibilidad y oportuna voz de aliento. Mi familia creyó en mí, me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, por ustedes y mi esfuerzo, hoy puedo ver alcanzada mi meta, siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mis estudios, el orgullo que sienten por mí, me hizo ir hasta el final.

A Néstor Hugo por su apoyo permanente y acompañamiento en toda mi formación doctoral. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida.

A Yaneth Mercedes Parrado L. Hago extensiva esta dedicatoria a mi Directora de tesis quien fue la persona que me guio durante todo el desarrollo del estudio, por su presencia incondicional, sus apreciados y relevantes aportes, críticas, comentarios y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación.

A mis compañeras inseparables del programa de Doctorado, Luz Patricia, Luz Stella y Olga Rocío, por todo el tiempo compartido, por los hermosos momentos vividos, nuestras tristezas, y nuestras alegrías. Las llevaré siempre en mi corazón.

A todos, espero no defraudarlos y seguir contando siempre con su apoyo sincero e incondicional.

Mil palabras no bastarían para agradecerles todo su soporte, comprensión y consejos en los momentos de cansancio y logros para alcanzar esta meta.

Agradecimientos

A Dios, por iluminarme siempre, por brindarme sabiduría, entendimiento y fortaleza en todo momento. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. Y a todas aquellas personas que contribuyeron de una u otra forma para el desarrollo exitoso de la investigación

A la Universidad del Valle, Escuela de Enfermería por el apoyo incondicional para realizar mis estudios y contribuir en mi formación doctoral, logro que me llevara a ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

A la Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería, programa de Doctorado en Enfermería, Alma Mater, que me abrió sus puertas y la posibilidad de ser parte de ella, formándome como Doctora en Enfermería.

A mi directora de tesis profesora Yaneth Parrado L, por su apoyo incondicional, sus valiosos aportes y acompañamiento en todo el proceso investigativo. Sus acertadas observaciones permitieron la culminación exitosa de la investigación. Su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigadora.

A nuestra directora del Programa de Doctorado en Enfermería, profesora Virginia Inés Soto L, por su gestión, acompañamiento permanente, y constante apoyo para seguir adelante.

A mis queridos profesores del doctorado quienes con su conocimiento ayudaron a mi formación; Pilar Amaya Rey, por sus riqueza investigativa, María Mercedes Durán de Villalobos, quien me formó en la disciplina de enfermería, Lucero López por sus valiosos aportes en metodología cualitativa; Clara Virginia Caro por ser nuestra guía al comienzo del doctorado y Carmen Helena Martínez de Acosta quien me asesoró durante el anteproyecto de investigación. Gracias a todas mis maestras por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación doctoral.

Al profesor Agustín Tristán, por sus enseñanzas y orientaciones estadísticas**.** A la profesora Nelly Garzón, por sus oportunas observaciones, que me ayudaron a fortalecer el componente ético en la investigación, y por estar siempre a mi lado, será un modelo a seguir. A todo el personal administrativo del doctorado en enfermería, Claudia, Nelly, Iván, Nayibe, gracias por su colaboración.

A Johann Alexis Ospina, asesor estadístico por sus aportes y recomendaciones en el manejo estadístico de los datos.

A las enfermeras de Oncología y Quimioterapia del Hospital Universitario del Valle (HUV), Victoria Eugenia Medina y Alcira Meléndez, su colaboración y apoyo permitieron realizar el estudio principal de la investigación en el servicio de Oncología.

A la Asociación de mujeres con enfermedades del seno (AMESE) Cali, en especial a la Doctora Martha Gutiérrez, por su contribución en la consecución de las mujeres participantes.

A la doctora Nora Beatriz Sánchez, del Centro de Excelencia en mama y coordinadora del programa de cirugía reconstructiva del Centro Médico Imbanaco; por su valiosa colaboración con la investigación.

A los jurados de tesis por sus enriquecedoras observaciones que retroalimentaron el documento final y la sustentación publica de la investigación.

Mi especial agradecimiento, reconocimiento y dedicatoria es para las participantes de la investigación, mujeres de Cali Colombia, sobrevivientes al cáncer de mama, mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas. Ustedes fueron la razón de la investigación, y sus valiosos aportes al compartir su experiencia de vida, salud y enfermedad *permitieron desarrollar conocimiento sobre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal, para cualificar el cuidado de enfermería, en beneficios de otras muchas mujeres que están o estarán en su situación*, gracias por su participación y colaboración, Dios las bendiga.

¡MIL GRACIAS!

Resumen

Estudio analítico, observacional, no experimental, correlacional, que analizó la relación entre incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal con los instrumentos; (incertidumbre frente a la enfermedad Mishel 1988, calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer QOL Betty Ferrell 1995, y escala de imagen corporal de Hopwood 1983), en 76 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía; con cirugía reconstructiva (37) y sin cirugía reconstructiva (39), de Cali Colombia en el 2011. Se encontró correlación negativa entre incertidumbre y calidad de vida en el grupo de mujeres reconstruidas, a su vez hay una correlación directa baja entre imagen corporal y calidad de vida, afectando solamente el bienestar físico y social. Para el grupo de mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva, se evidencia una correlación negativa en cuanto a incertidumbre y calidad de vida, es decir, a mayor incertidumbre menor su calidad de vida. En las dimensiones de calidad de vida, el bienestar físico, psicológico y social se vio alterado convirtiéndose en un problema severo y por lo tanto afectado notoriamente su imagen corporal.

El efecto de mayor impacto en las mujeres mastectomizadas es la imagen corporal, viéndose afectada la calidad de vida .Dependiendo del modo de afrontamiento es el grado de incertidumbre que se genera a partir del diagnóstico y se mantiene a lo largo de todo el proceso si no ocurre una adaptación. El apoyo del equipo de salud pero en especial de enfermería se centra en un plan de cuidados que permita disminuir y controlar factores de incertidumbre, mejorar la imagen corporal y potenciar elementos de calidad de vida.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, mujeres mastectomizadas, incertidumbre, calidad de vida, imagen corporal.

Abstract.

Analytical, observational, non-experimental, correlational, which analyzed the relationship between uncertainty, quality of life and body image with instruments; (uncertainty about the disease Mishel 1988, quality of life in cancer survivors QOL Betty Ferrell 1995 and body image scale Hopwood 1983), in 76 women with breast cancer survivors undergoing mastectomy with reconstructive surgery (37) and no reconstructive surgery (39), of Cali Colombia in 2011. Negative correlation was found between uncertainty and quality of life in the group of women rebuilt, in turn is a direct correlation between body image and low quality of life, affecting only the physical and social. For the group of women undergoing mastectomy without reconstructive surgery, a negative correlation is evidence as to uncertainty and quality of life, ie, greater uncertainty lower their quality of life. In the dimensions of quality of life, physical, social and psychological upset was becoming a severe problem and therefore markedly affected their body image.

The effect of greater impact on women it is about body image, being affected the quality of life. Depending on the mode of coping is the degree of uncertainty that is generated from diagnosis and is maintained throughout the process if no adjustment occurs. The support of the health team but especially focuses on nursing care plan that allows reducing and controlling factors of uncertainty, improve body image and enhance quality of life elements.

Keywords: Nursing care, women with mastectomies, uncertainty, quality of life, body image.

Contenido

Pág.

Introducción XIV

1. Marco de Referencia 1
1.1 Significancias del fenómeno de investigación 4
1.2 Justificación del estudio 14
1.3 Pregunta de investigación 15
1.4 Hipótesis 15
1.5 Variables del estudio 16
1.6 Objetivos 17
1.6.1 Objetivo general 17
1.6.2 Objetivos específicos 17
1.7 Propósito del estudio 17

2. Marco Conceptual 19
2.1 Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama 19
2.2 Incertidumbre 20
2.3 Calidad de vida 21
2.4 Imagen corporal 23

3. Marco Teórico 25
3.1 Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad 25
3.2. Constructo de calidad de vida 37
3.3 Constructo de Imagen corporal 45
3.4 Proposiciones empíricas de la investigación 51

4. Marco Metodológico 55
4.1 Diseño y tipo de estudio 55
4.2 Descripción de las variables 57
4.3 Riesgos del Diseño 58
4.4 Participantes 60
4.4.1 Abordaje 60
4.4.2 Universo población y muestra 61
4.4.3 Criterios de inclusión 63
4.5 Aspectos Éticos 63
4.6 Instrumentos de medición 65
4.7 Recolección y análisis de la información 66
4.8 Procesamiento de los datos 69

5. Marco de Análisis y Resultados 71
5.1 Prueba pre-piloto 71
5.2 Prueba piloto 73
5.3 Estudio principal 75
5.4 Análisis univariado de los datos sociodemográficos 76
5.5 Análisis de los constructos 79
5.6 Análisis multivariado 87
5.7 Análisis factorial de los datos en la escala de Incertidumbre 90
5.8 Análisis factorial de los datos en la escala de calidad de vida 94
5.9 Análisis factorial de los datos de la escala de imagen corporal 97
5.10 Análisis Correlacional 100

6. Discusión 115
6.1 Caracterización sociodemográfica de las participantes 115
6.2 Contraste de los hallazgos del análisis factorial de los constructos, incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal con la literatura 117

7. Conclusiones y Recomendaciones 148
7.1 Aportes de la investigación 150
7.2 Originalidad de la investigación. 156
7.3 Recomendaciones 157
7.4 Limitantes del Estudio 162

Bibliografía 163
Anexos 177

Lista de figuras

pág.

Figura 1. Modelo de la teoría de incertidumbre percibida frente a la enfermedad (Mishel, 1988) 29
Figura 2. Modelo reconceptualizado de incertidumbre en la enfermedad. 32
Figura 3. Modelo de incertidumbre sin intervención utilizado en la presente investigación 34
Figura 4. Variables que influyen en el cambio de la imagen corporal 49
Figura 5. Estructura del proceso del análisis factorial 68
Figura 6: Fases del estudio. Recolección y análisis de datos 70
Figura 7. Distribución espacial de las mujeres según cirugía reconstructiva 76
Figura 8: Análisis correlacional al interior de cada grupo y entre dimensiones de los instrumentos en mujeres reconstruidas 101
Figura 9: Análisis correlacional al interior de cada grupo y entre dimensiones de los instrumentos en mujeres no reconstruidas 103
Figura 10. Diagrama de correlación de Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva 105
Figura 11. Diagrama de correlación de Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva 106
Figura 12. Diagrama de Wright para la escala de incertidumbre en mujeres reconstruidas 107
Figura 13. Diagrama de Wright para la escala de incertidumbre en mujeres no reconstruidas 109
Figura 14. Diagrama de Wright para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar físico en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 110
Figura 15. Diagrama de Wright para bienestar psicológico en la escala de calidad de vida 111
en mujeres reconstruidas y no reconstruidas. 111
Figura 16. Diagrama de Wright para la dimensión de bienestar social en la escala de calidad de vida en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 112
Figura 17. Diagrama de Wright para bienestar espiritual en la escala de calidad de vida en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 113
Figura 18. Diagrama de Wright para la escala de imagen corporal en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 114
Figura 19. Incertidumbre conceptualización. Relación entre conceptos y dimensiones 120
Figura 20. Análisis correlacional de los tres constructos en mujeres mastectomizadas con cirugía reconstructiva 132

Figura 21. Calidad de vida, conceptualización relación entre conceptos y dimensiones 133
Figura 22. Análisis correlacional de los tres constructos en mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva 141
Figura 23. Imagen Corporal. Conceptualización. Relación de conceptos 143
Figura 24. Esquema de las dimensiones de los constructos incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal y sus proposiciones, utilizadas para el análisis tanto en el grupo de mujeres mastectomizadas, reconstruidas y no reconstruidas. 161

Lista de Tablas

pág.

Tabla 1. Análisis de las dimensiones con los ítems ajustados del instrumento de incertidumbre frente la enfermedad (Mishel 1988*).* 36

Tabla 2. Tipos de variables y su descripción..... 57

Tabla 3: Resultados de la validez facial y de contenido de los instrumentos..... 72

Tabla 4. Resultados de la prueba piloto 74

Tabla 5. Características socio demográficas según pacientes y reconstrucción 76

Tabla 6: Las participantes y el acceso al sistema de salud..... 77

Tabla 7. comparación de ítems del marco de estímulos al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 79

Tabla 8. Comparación de ítems de la capacidad cognitiva al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 80

Tabla 9. Estadísticos descriptivos y comparación de proveedores o fuentes de la estructura al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 82

Tabla 10. Estadísticos descriptivos y comparación de bienestar físico en la escala de calidad de vida al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas... 83

Tabla 11. Estadísticos descriptivos y comparación de bienestar psicológico al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 84

Tabla 12. Estadísticos descriptivos y comparación de aflicción y angustia al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 85

Tabla 13. Estadísticos descriptivos y comparación del bienestar social al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 85

Tabla 14. Estadísticos descriptivos y comparación de bienestar espiritual al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 86

Tabla 15. Estadísticos descriptivos y comparación de la imagen corporal al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 87

Tabla 16. Adecuación de los datos según índice de KMO e instrumentos en mujeres reconstruidas y no reconstruidas 88

Tabla 17. Varianza explicada por los factores según instrumento de medición..... 89

Tabla 18. Matriz de cargas factoriales rotadas para la escala de Incertidumbre (Mishel), en mujeres reconstruidas.....91

Tabla 19. Matriz de cargas factoriales rotadas para la escala de Incertidumbre (Mishel), en mujeres no reconstruidas.....92

Tabla 20. Comunalidades para la escala de incertidumbre (Mishel), según reconstrucción.....94

Tabla 21. Bienestar físico, matriz de cargas factoriales en mujeres reconstruidas…….217

Tabla 22. Bienestar físico, matriz de cargas factoriales en mujeres no reconstruidas…217

Tabla 23. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar físico en mujeres reconstruidas …….218

Tabla 24. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar físico en pacientes no reconstruidas…….218

Tabla 25. Comunalidades para la escala de calidad de vida en la dimensión de Bienestar físico según reconstrucción……..…218

Tabla 26. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de Bienestar psicológico en mujeres reconstruidas.....216

Tabla 27. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de Bienestar psicológico en mujeres no reconstruidas.....216

Tabla 28. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar psicológico en mujeres reconstruidas.....216

Tabla 29. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar psicológico en pacientes no reconstruidas 217

Tabla 30. Comunalidades para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar psicológico según reconstrucción 217

Tabla 31. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar social en mujeres reconstruidas.....217

Tabla 32. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar social en mujeres no reconstruidas.....218

Tabla 33. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión bienestar social en mujeres reconstruidas 218

Tabla 34. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión preocupación social en pacientes no reconstruidas.....218

Tabla 35. Comunalidades para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar social según reconstrucción.....219

Tabla 36. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar espiritual en mujeres reconstruida 219

Tabla 37. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar espiritual en pacientes no reconstruidas 219

Tabla 38. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión bienestar espiritual en mujeres reconstruidas 219

Tabla 39. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión bienestar espiritual en mujeres no reconstruidas 220

Tabla 40. Comunalidades para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar espiritual según reconstrucción 220

Tabla 41. Matriz de cargas factoriales para la escala de imagen corporal en mujeres reconstruidas 220

Tabla 42. Matriz de cargas factoriales para la escala de imagen corporal en mujeres no reconstruidas 221

Tabla 43. Matriz de cargas factoriales con rotación para la dimensión de Imagen corporal en mujeres reconstruidas..... 221

Tabla 44. Matriz de cargas factoriales con rotación para la dimensión de Imagen corporal en mujeres no reconstruidas..... 222

Tabla 45. Comunalidades para la escala de imagen corporal según reconstrucción 222

Tabla 46. Ítems y factores según Comunalidades y reconstrucción más representativos de los instrumentos de medición 98

Tabla 47. Matriz de correlación de las dimensiones de los tres instrumentos en mujeres reconstruidas 100

Tabla 48. Matriz de correlación de las dimensiones de los tres instrumentos en mujeres no reconstruidas 102

Tabla 49. Matriz de correlación de los constructos incertidumbre, calidad de vida, imagen corporal en mujeres reconstruidas..... 103

Tabla 50. Matriz de correlación de los constructos incertidumbre, calidad de vida, imagen corporal en pacientes no reconstruidas 104

Tabla 51: Matriz de correlación de los constructos incertidumbre, calidad de vida, imagen corporal en mujeres reconstruidas y no reconstruidas ..... 104.

Lista de Anexos

pág.

Anexo A. Mapa conceptual de la teoría de incertidumbre frente a la enfermedad (MIshel 1988) 177

Anexo B. Instrumento de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel 1988) 178

Anexo C. Proceso de validación facial y de contenido de los cuestionarios de incertidumbre ante la enfermedad (Mishel), calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer (Ferrell) y de imagen corporal (HOPWOOD). 181

Anexo D. Instrumento de calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer. QOL. (Betty Ferrell 1995) 191

Anexo E. Escala de imagen corporal (BIS). Penélope Hopwood 1993 196

Anexo F. Valor Agregado de la investigación 197

Anexo G. Consentimiento informado 203

Anexo H. Aval de las instituciones 207

Anexo I. Cuestionario sociodemográfico 210

Anexo J. matriz de cargas factoriales para la escala de incertidumbre (Mishel) en mujeres reconstruidas 211

Anexo K. matriz de cargas factoriales para la escala de incertidumbre (Mishel), en pacientes no reconstruidas 213

Anexo L. Análisis factorial para la escala de calidad de vida e imagen corporal 214

Anexo M: Ítems ajustados por dimensiones del instrumento de incertidumbre en la enfermedad (Mishel 1988) 223

Introducción

La presente investigación parte de abordar el fenómeno *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva; p*ara enfermería este conocimiento de la incertidumbre frente a la enfermedad, la imagen corporal y calidad de vida, adquiere gran importancia, porque permite profundizar en las necesidades de cuidado de enfermería de estas mujeres, aportando conocimiento desde la investigación disciplinar a la práctica clínica interdisciplinar en el contexto de la atención de las personas con enfermedades oncológicas, y en el manejo de los factores biológicos, psicosociales y espirituales que intervienen en la situación de las mujeres mastectomizadas por cáncer.

De este modo, los profesionales de enfermería que tienen a su cargo el cuidado de estas personas podrán incorporar estos resultados en su práctica mediante el plan de cuidados; al mismo tiempo se hace un aporte para elaborar estrategias cuya labor puede extenderse más allá de la clínica hospitalaria, a la atención de enfermería en la práctica domiciliaria, la rehabilitación, la orientación en salud y la consejería familiar para la adaptación de las mujeres a su nueva condición, y cotidianidad: Los aportes no sólo son al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres y su familia, si no a la propia comunidad que se ve impactada por la incidencia de cáncer de mama en las mujeres y sus secuelas.

La investigación está organizada en 7 capítulos así: El primer capítulo presenta el marco de referencia, este marco contempla los antecedentes del problema de investigación, la significancia social, teórica, y disciplinar enmarcadas en el fenómeno: *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.* Además presenta la justificación, la pregunta de investigación, las hipótesis, las variables, los objetivos, y el propósito.

El segundo capítulo hace referencia al marco conceptual. En él se presentan los conceptos principales que guiaron la investigación, de incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas.

El tercer capítulo corresponde al marco teórico, presenta el componente teórico que guió la investigación compuesto por la teoría de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel),

y las generalizaciones empíricas de los conceptos incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en el cual se soporta en la revisión del estado del arte, y la crítica de la literatura de lo que se conoce acerca del fenómeno del estudio, mostrando resultados de los hallazgos de los últimos diez años en estudios cuantitativos y cualitativos. Se hace una descripción ampliada del marco referencial con análisis y crítica de la literatura, las proposiciones comprobadas, la trayectoria desde lo teórico, metodológico y conceptual. Igualmente se presentan las diversas posturas teóricas generadas por la disciplina de enfermería y otras disciplinas para una mejor comprensión del fenómeno.

En el cuarto capítulo se muestra el diseño de la investigación o marco metodológico, el universo, la población, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, control de sesgos, riesgos del diseño, consideraciones éticas, el procedimiento para la recolección de los datos, la prueba pre-piloto, piloto y estudio principal, el análisis estadístico que se utilizó en el desarrollado de la investigación.

En el quinto capítulo se presentan los resultados del estudio de la prueba pre-piloto, piloto y estudio principal, estos últimos se manejaron en dos fases: La primera fase compuesta por el análisis univariado de los datos sociodemográficos y la segunda fase el análisis multivariado de los datos mediante el análisis factorial exploratorio y el análisis correlacional.

El análisis multivariado se fundamentó mediante el análisis factorial, en el cual se abordó la estructura de las interrelaciones entre un gran número de variables de los tres instrumentos que permitieron medir los constructos de incertidumbre, calidad de vida, e imagen corporal, mediante los factores que buscaron explicar dichas interrelaciones. Este análisis factorial se muestra en el siguiente orden: Análisis de la matriz de correlación, extracción de factores, determinación del número de factores, rotación de factores, interpretación de factores, validación del modelo, cálculo de puntuaciones factoriales y selección de las variables representativas; también en este capítulo se presentan los diagramas de Wright para cada instrumento sintetizando la fuerza de relación de los factores con los ítems, y por último se presenta el análisis correlacional que evalúa la relación existente entre dos o más variables, analizan la dirección, el grado, la magnitud y la fuerza de las relaciones o asociaciones.

El sexto capítulo presenta la discusión de los resultados a la luz de la comprobación de las hipótesis y las proposiciones planteadas en el estudio, como también los aportes nuevos a la construcción del conocimiento en enfermería; además la discusión empírica y reflexión teórica de los resultados sobre la mujer mastectomizada con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva, sobrevivientes al cáncer de mama. Otros aspectos que sobresalen en este capítulo es el aporte para la disciplina de enfermería en la práctica y la formación.

En el séptimo capítulo se muestran las conclusiones y recomendaciones, describiendo los aportes, novedad y limitantes del estudio; con este capítulo se concluye el trabajo de investigación y se cierra el proceso para responder el interrogante planteado.

.

1. Marco de Referencia

Este cartabón contempla los antecedentes del problema de investigación, la significancia social, teórica, y disciplinar enmarcados en el siguiente fenómeno: *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.* Además presenta la justificación, pregunta de investigación, hipótesis, variables, objetivos, y el propósito.

Los antecedentes del fenómeno de investigación parten de abordar y dar una mirada amplia a la causa del fenómeno, es decir el cáncer de mama en mujeres sobrevivientes. El cáncer de mama está asociado a diversos factores genéticos, medioambientales y conductas humanas, que van desde la dieta, la reducción de ejercicios, la obesidad, la exposición al humo del tabaco, hasta la postergación de la maternidad y la disminución de la lactancia. Se atribuye el cáncer de mama a las emociones reprimidas, la depresión, el aporte nutricional deficiente, y el excesivo consumo de cafeína. Estas creencias son frecuentes, erróneas y tienden a provocar sentimientos de culpabilidad.[1]

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de Salud dictaminó en el año 2004, que el cáncer de mama era la principal causa de muerte por neoplasia en mujeres en el mundo y, a pesar de que la incidencia varía entre países, los más afortunados son los países desarrollados, cuyas tasas de mortalidad están en disminución[2].

En los países en vías de desarrollo la incidencia del cáncer de mama se ha incrementado, pero la mortalidad continúa descendiendo[3]. En Colombia, según el Registro de población de cáncer, se calcula una incidencia de treinta y dos casos nuevos por cada cien mil

---

[1] ARCILA, D; ESCAPA, R. y VELÁSQUEZ, D. Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria. México DF. 2002. p. 3.

[2] WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2004: changing history. (France: World Health Organization; 2004, p. 1-170.

[3] COATES, Alan. La situación actual del cáncer de mama Escuela de Salud Pública de la Universidad de Sydney, Australia. [en línea]. En: Intramed, noticias médicas. Disponible en Internet en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=54608. [consultado Abril 30, 2009].

mujeres por año, lo que representa cerca de cinco mil seiscientos treinta seis casos nuevos por año de cáncer de seno. En el Instituto Nacional de Cancerología**,** en el año 2002 se registraron seiscientos ocho casos nuevos de cáncer de seno, lo que representó el 12,2% de todos los casos de cáncer diagnosticados en esa institución y el 19,7% del total de casos de cáncer diagnosticados en mujeres. Es claro que los dos factores pronósticos más importantes que determinan la sobre-vida libre de enfermedad y la sobre-vida global por cáncer de seno son el tamaño del tumor primario y el número de ganglios axilares afectados. Estas dos variables se incorporan en la clasificación clínica por estados de la patología.[4]

En cuanto a la epidemiología el cáncer de mama es el segundo tumor maligno más frecuente en la población femenina colombiana, con una incidencia de 37.3 por 100.000 mujeres, representa la segunda causa de muerte después del cáncer de cuello uterino, convirtiéndose en un problema de salud pública en Colombia[5]. El 90% de los casos corresponden a neoplasias de origen esporádico asociadas a numerosos factores de riesgo que incluyen menarquia precoz, menopausia tardía, ausencia de lactancia materna, exposición a radiaciones, entre otros; sin embargo, la mayoría de estos factores de riesgo solo son identificados en una minoría de pacientes, encontrándose al momento del diagnóstico tumores avanzados con necesidad de intervenciones terapéuticas poco conservadoras[6]. La mastectomía radical modificada (MRM) es una forma de tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama, consiste en la extirpación quirúrgica completa de la mama afectada, los ganglios linfáticos axilares, sin la resección de los músculos pectorales[7].

Algunos estudios de imagen corporal y calidad de vida, en pacientes sobrevivientes al cáncer de mama[8] [9] [10], sugieren que las mujeres más jóvenes tienden a tener más

---

[4] GONZÁLEZ MARIÑO, M. A. Cáncer de Seno en la Clínica San Pedro Claver de Bogotá. En: Rev Salud Publ. 2006, vol 8 nº 2.

[5] PIÑEROS, Marion y MURILLO, Raúl Hernando. Incidencia de cáncer en Colombia: importancia de las fuentes de información en la obtención de estimativas. Instituto Nacional de Cancerología. En: Rev. Colombiana de cancerología. 2004, vol. 8 no. 1, p. 5-14.

[6] Ibid. p. 7

[7] KROLL, SS; AMES, F. and SINGLETARY, SE. The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. In: Surg Gynecol Obstet. 1991, vol. 172, p. 17-20.

[8] HOPWOOD P, Fletcher I, Lee A a, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. European Journal of Cancer. 2000. Vol. 37 , p 189-197.

[9] SEBASTIAN, Julia; MANOS, Dimitra; BUENO, María José y MATEOS Nuria. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Clinica y Salud [online]. 2007. Vol.18, n,2 Disponible en: http://Scielo.isciii.es/scielo.php

[10] NARVÁEZ *Almudena, RUBIÑOS Carmen,* CORTÉS-FUNES Fabiola*,* GÓMEZ Raquel *y* GARCÍA Anjara. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. Psicooncología. 2008**.** Vol. 5, n 1, p. 93-102.

problemas con la ansiedad que causa el cáncer de seno y su tratamiento. Algunas se sienten aisladas, además, la quimioterapia puede causar menopausia temprana lo cual también es una condición que requiere tratarse. Es posible que también surjan dificultades sexuales y, estas mujeres se beneficien de la asesoría profesional y de los grupos de apoyo dirigidos a las sobrevivientes jóvenes del cáncer de seno. También se muestra que la capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios repercute directamente en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral.

La decisión de una mujer sobre su tratamiento probablemente está influenciada por su edad, la imagen que tenga de sí misma y de su cuerpo, sus esperanzas y temores. Puede que algunas mujeres seleccionen la cirugía de conservación del seno con radiación en vez de una mastectomía por razones de imagen corporal. Por otro lado, algunas mujeres optan por la mastectomía, sin preocuparse del efecto en su imagen corporal. Tal vez les preocupen más los efectos de la radiación que la forma en que lucirá el seno después del tratamiento.[11]

Las mujeres mastectomizadas tienen un significado diferente de la imagen corporal y el ajuste sexual específicamente, la amputación de la mama tiene una connotación muy amplia y repercute tanto en la paciente como en su entorno. Entre las mujeres sexualmente activas el mayor problema de imagen corporal está asociado a la mastectomía sin reconstrucción, pérdida de pelo por la quimioterapia, la preocupación con ganancia o pérdida de peso, pobre salud mental, baja autoestima y dificultad con la comprensión de su pareja.[12] Se precisa la realización de estudios con poblaciones mayores para corroborar o refutar la débil participación de los afrontamientos en la autopercepción corporal mostrada en el presente trabajo, en mujeres sometidas a los tipos de mastectomía referidos, teniendo en cuenta los resultados que reportan numerosos estudios de referencia.

Es importante conocer mejor los problemas que afectan a las mujeres que sobreviven al cáncer de mama. Las respuestas de adaptación son individuales, pero el apoyo que incluye al personal de salud y familiares, sigue siendo decisivo con el objetivo de asegurar la felicidad personal, como síntesis de la calidad de vida.

En la revisión que se hizo de los artículos no se encontró una investigación que abarcara los tres constructos del fenómeno que se quiere estudiar: *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva"*, fue evidente en estas investigaciones el abordaje interdisciplinario,

---

[11] AMERICAN CANCER SOCIETY. Cáncer de seno. Información de referencia sobre el cáncer [en línea]. Disponible en Internet: http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_4x_Cncer_del_seno_resumen.asp. [consultado Abril 30, 2009].

[12] FOBAIR Pat, STEWART Susan,et. al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. In: Psycho-Oncology. 2006. vol 15. p . 579–594.

en lo que corresponde a la disciplina de enfermería se observa que aunque no hay muchos estudios, es importante resaltar los hallazgos de las investigaciones cualitativas relacionadas con las experiencias y vivencias de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.

En algunas investigaciones[13],[14] donde enfermería ha participado se encontró acerca de las experiencias de las mujeres con cáncer y mastectomizadas, que entre otras cosas se identifican: la pérdida de la simetría corporal, el temor a la reaparición del cáncer, la posibilidad inminente de muerte, la alteración en el estilo calidad de vida y trabajo, efectos en la relación de pareja y con otros, la incertidumbre ante el diagnóstico, tratamiento, enfermedad y la posibilidad de la vida o de la muerte; se puede enmarcar que la mujer mastectomizada sufre de problemas psicológicos y sociales, pues en su consciente ella nunca imagino vivir un proceso como el que representa el cáncer de mama. Lo antes planteado genera una importante agresión física, estética y psicológica, en donde sus secuelas serán la posibilidad de no cumplir sus metas, sueños e ilusiones pero sobre todo un cambio considerable en sus proyectos de vida[15].

El vacío en el conocimiento en esta área se encuentra en la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en las mujeres mastectomizadas, la incertidumbre recoge el común denominador de las investigaciones que han trabajo sobre significados, vivencias, experiencias de las mujeres han sufrido cáncer y terminan mastectomizadas. Para esta investigación se tomó la teoría de la *incertidumbre frente a la enfermedad* como uno de los ejes centrales que soportan la investigación.

1.1 Significancias del fenómeno de investigación

Con el fin de identificar el impacto del fenómeno de estudio en el ámbito social, teórico y disciplinar, a continuación se presentan las significancias respectivas: Según Fawcett[16], la significancia social es evidente cuando una teoría direcciona un problema de particular interés para la sociedad. Tal problema puede ser identificado en cualquier momento, dado por la referencia a las prioridades para la investigación, patrocinado por paneles de expertos, agencias gubernamentales, organizaciones profesionales u organizaciones de especialidades clínicas.

---

[13] FREYSTEINSON Wyona. M. The ethical community consultation model as preparation for nursing research. A case study. Nursing ethics, 2010.vol.17, 6: p 749 - 758 .

[14] KUDEL Ian, et al. The association of perceived partner-related social support with self-reported outcomes in women post-mastectomy. Journal of Health Psychology. 2008. Vol 13, 8. p, 1030-1039.

[15]MUÑOZ TORRES Teresita de Jesús, et al, El ser ahí de la mujer mastectomizada, desde una perspectiva Fenomenológica. Paraninfo digital. 2011. V, 14. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n14/024o.php.

[16] FAWCETT, Jacqueline. Writing research proposals and reports. In: The relationship of theory and research. 3th. ed. Op cit, p. 143.

Está comprobado en diversas investigaciones[17] que las personas enfrentadas a situaciones de enfermedad física aguda o crónica[18] viven una incertidumbre como peligro o como oportunidad, llegando incluso a desarrollar una nueva perspectiva de vida. Así, la incertidumbre que se experimenta, con respecto al concepto de tiempo, sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables, según la forma en la que se construye la cotidianidad moderna. Las experiencias se constituyen, así, en fuente de posibilidad permanente para que la persona busque adaptarse y potenciarse en cada situación que vive.

A pesar de los avances en el diagnóstico temprano del cáncer de mama, el tratamiento quirúrgico ya sea conservador o no, es necesario independiente del estado clínico del tumor a tratar. Este procedimiento quirúrgico, según su magnitud, puede llegar a alterar visiblemente la imagen corporal de la mujer, por lo que se considera un procedimiento antiestético. La reconstrucción mamaria pos-mastectomía surge como una alternativa novedosa y necesaria, y hoy en día hace parte del manejo integral de una paciente con cáncer de mama. En el 2001, más de 81.000 reconstrucciones de mama fueron realizadas en los Estados Unidos, aproximadamente un tercio de estas se hicieron en el momento de la mastectomía.[19]

La incertidumbre como tal no es un síntoma, es un síndrome asociado a la expectativa de no tener la certeza de qué va a pasar, cuyas manifestaciones principales se asocian con el estrés y alteraciones de tipo psicológico. El impacto de una mastectomía no es solamente emocional sino que se trasciende a la esfera social, psicológica, política, económica, familiar y laboral de la mujer y su grupo social; de igual manera, el manejo integral de una mujer mastectomizada tendrá efectos en las esferas anteriormente mencionadas. En relación con este aspecto Perea y colaboradores manifiestan en, en su estudio, como la pérdida del órgano (mama), requiere adaptación psicológica y social de la paciente y sus familiares los cuales influyen en la actitud de esta frente a su problema.[20]

Por otra parte, algunos autores afirman que la mujer a la que se le realiza una mastectomía se afecta por un choque de proporciones inauditas: distorsión de un perfil somático-sexual, las contingencias naturales de una gran afectación psicológica y la incapacidad potencial de sus compromisos sociales. Se produce una inestabilidad impredecible y de consecuencias muy disímiles; pero a pesar de esos fenómenos concurrentes, la experiencia indica el gran umbral de compensación y recuperación que

---

[17] MARRINER-Tomey, ANN; Alligood, RAILE Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed.. Madrid. España: Elsevier. 2007, p. 635, 636.

[18] TRIVIŃO, Z. G.; SANHUEZA, O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. En: Aquichán. 2005, vol 5 nº 1, p. 22.

[19] NAO Mt., et al. Shycological impact and cosmetic outcome of surgical breast cáncer strategies. In: Anz J Surg. Nov. 2005, vol. 75 no. 11, p. 940-7.

[20] PERERA, Francisco y SUÁREZ, M. Enfermedades de las glándulas mamarias. Santiago de Cuba: Editorial Oriente. 1996, p. 123-9.

pueden desarrollar ayudadas por la solidaridad y cooperación social.[21] En esta experiencia personal se comparten los criterios expresados anteriormente, pues las pacientes con mastectomía que acuden a la consulta se presentan con un deterioro importante de su estado mental y físico.[22]

Como es lógico, una mastectomía puede acarrear consecuencias muy negativas, con alteraciones a nivel de la auto-estima, funcional y sexual. Incluso hay casos extremos en los que la percepción de la imagen corporal se ve alterada en un síndrome denominado del medio cuerpo, por suerte poco frecuente, que consiste en las dificultades para aceptar la asimetría corporal derivada de la mastectomía.[23]

Dependiendo del tipo de intervención, dependerá el tipo de respuesta emocional que experimente la paciente, así como del momento de la enfermedad en el que nos encontremos. Las pacientes con una respuesta emocional "normalizada", pueden beneficiarse de "intervenciones de apoyo" por parte de sus familias, profesionales, asociaciones de pacientes, sin embargo, las pacientes que desarrollan respuestas desadaptativas pueden beneficiarse de tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos específicos, debiendo ser referidas a los recursos de salud mental[24].

De la misma manera, el Impacto percibido por la mujer mastectomizada y las consecuencias en las relaciones socio laborales como la incapacidad para volver al trabajo, la pérdida de la seguridad en el empleo, una eventual pérdida del progreso en su carrera profesional son hechos especialmente dolorosos para el ego de las pacientes. Lo anterior se corrobora por Bonadonna y Robustelli, que al discutir los problemas socio-económicos de estas pacientes plantean el posible rechazo por parte de la persona para quien trabajan, así como la falta de asistencia por parte de la seguridad social para la adquisición de prótesis y del reconocimiento de la necesidad de tratamientos rehabilitadores. De ahí que el Estado cumpla con uno de los principios éticos: el principio de la justicia, y el de ofrecer a las personas un trato, debido o merecido. Ante cualquier negativa del sistema de salud de ofrecer un bien, un servicio o información a quien tiene derecho a ello, sería algo injusto. De la misma manera sería injusto imponer una carga u obligación indebida a una persona o exigirle más de lo requerido[25].

---

[21] SUÁREZ FERNÁNDEZ, JM. Actualización del tratamiento del carcinoma mamario. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 1985, p. 320-28.

[22] GONZÁLEZ MENÉNDEZ, Ricardo. La nueva dimensión en la relación médico-paciente en nuestros días. En: Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Centro Félix Varela. 1997, p. 105-11.

[23] FERNÁNDEZ GATO, Araceli. Aspectos psicológicos del cáncer de mama [en línea]. Disponible en Internet: http://enfermeriacancerdemama.blogspot.com/2008/02/aspectos-psicolgicos-del-cncer-de-mama.html. [consultado marzo 23, 2009].

[24] GOMEZ B., Germán. Consideraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama [en línea]. Boletín oncológico. Disponible en Internet: http://www.boloncol.com/boletin-25/consideraciones-psicologicas-en-pacientes-con-cancer-de-mama.html. [consultado Marzo 13, 2009].

[25] Ibíd. p. 2

Como se aprecia una de las consecuencias más notorias de la mastectomía es el Impacto psicológico por no saber en qué va a desencadenar el diagnóstico del cáncer, la mastectomía y la reconstrucción, situación que se manifiesta en la paciente con el stress y la incertidumbre; al revisar la literatura se encontraron criterios autorizados como el del profesor *Jorge Psillakis* que plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, minusvalía, y para la mayoría de las mujeres representa una crisis personal y de interrelación difícil de superar.[26]

En Colombia, la expectativa jurídica con respecto a la reconstrucción mamaria, según la Resolución No. 00412 de 2000: "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública". Cabe resaltar que en el Artículo 9: La Detección temprana, hace referencia a la detección temprana del cáncer del cuello uterino y cáncer de mama. En Colombia, las mujeres a quienes se le haya practicado una mastectomía por cáncer de mama, y contemplado dentro del POS (Plan obligatorio de salud) tienen derecho a acceder a una cirugía reconstructiva; por desconocimiento las pacientes no hacen uso de sus derechos, según indicación médica, dicha intervención quirúrgica reparadora y las prótesis, deben ser cubiertas en su totalidad por la paciente.

Es importante resaltar el impacto que tiene la reconstrucción para la mujer mastectomizada. Las mamas de la mujer son consideradas un símbolo esencial de la feminidad desde tiempos remotos. La reconstrucción mamaria debe considerarse una parte esencial del tratamiento y rehabilitación de las pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, habiéndose demostrado que disminuye los trastornos psicológicos asociados a la mastectomía. Estos incluyen depresión, sensación de falta de feminidad, una imagen corporal negativa y la pérdida del interés sexual. La mujer reconstruida suele obtener una sensación de apariencia física mejorada, con aumento de la confianza en sí misma y de la autoestima.[27].

La reconstrucción mamaria logra recuperar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida en la mujer mastectomizada. Este aspecto es importante dentro de las políticas públicas en salud y enfermería es la disciplina llamada para generar espacios que permitan acompañar a las mujeres en superar esta experiencia de salud.

---

[26] PSILLAKIS, JM. Reconstrucción de mamas en pacientes mastectomizadas. En: Coiffman F. Texto Cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986, p. 1019.

[27] ESCUDERO, Francisco; OROZ, J. y PELAY, María. Reconstrucción de la mama tras mastectomía. Artículo de revisión. En: Revista anales del sistema sanitario de Navarra. 1997, vol. 20, p. 325 - 336.

En la significancia teórica se presenta lo que se conoce y no se conoce del fenómeno de interés (incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía) basado en la inmersión en el conocimientos existente, y articulado con el planteamiento del problema.

Según Fawcett f.[28] la significancia de la teoría**,** se refiere al criterio de significancia para reflejar lo teórico y lo social. La significancia teórica es evidente cuando la teoría direcciona un fenómeno de interés para una disciplina, atendiendo o completando los vacíos presentes en el conocimiento acerca del fenómeno.

La evidencia empírica de los hallazgos de la revisión de artículos del área temática, permitieron establecer algunas proposiciones de las investigaciones revisadas así: En cuanto a la incertidumbre, comparativamente, son menos las referencias bibliográficas que vinculan la calidad de vida con la incertidumbre frente a la enfermedad, definido esta última como la incapacidad de determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad y donde la persona que toma la decisión es incapaz de dar valores definidos a los hechos o no es capaz de predecir qué resultados se obtendrán (Mishel, 1998). Las investigaciones realizadas en este campo demuestran que los indicadores objetivos y subjetivos, tanto de la amenaza de muerte como de la sintomatología de la enfermedad, están sin lugar a dudas relacionados con ambos fenómenos[29].

Los estudios revisados sobre incertidumbre muestran como los pacientes presentaron mayor incertidumbre al momento del diagnóstico, y se puede concluir que ellos adoptaron estrategias de *coping* (afrontamiento) adoptadas por el ser humano para enfrentar los acontecimientos inductores de estrés, adecuados a su situación y la incertidumbre es apreciada como una oportunidad de crecimiento y de cambio. Este es un aspecto que merece futuras investigaciones. La incertidumbre cuando es entendida como amenazadora proporciona un reto y una oportunidad. Esta oportunidad que los pacientes tienen para mantener y/o mejorar su estado de salud puede conducir al aumento en su motivación dirigida para el seguimiento de tratamientos propuestos por los profesionales de la salud.

Referente al constructo Calidad de vida en las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama**;** es importante resaltar la experiencia por la que pasa la paciente al sufrir cáncer de mama, y esta no depende solo del pronóstico médico y del alcance del tratamiento, sino que se basa en gran parte en las conceptualizaciones previas de la enfermedad que tenga la mujer en su estado psicológico. Además, y profundamente arraigado en nuestra cultura, está el concepto de responsabilidad personal frente a la enfermedad, de forma que un estado de salud malo se achaca a motivos personales y a la flaqueza de carácter. Se atribuye el cáncer de mama a las emociones reprimidas, la depresión, el aporte

---

[28] FAWCETT, Jacqueline; DOWNS, Florence S. The relationship of theory and research. Capítulo 3. 2th. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company. USA. 1992.. p. 86 – 90.

[29] TORRES, Alexandra y SANHUEZA, Olivia. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. En: Cienc. enferm. Concepción. Jun. 2006, vol. 12, no. 1, p. 9-17.

nutricional deficiente, y el excesivo consumo de cafeína. Estas creencias son frecuentes, erróneas y tienden a provocar sentimientos de culpabilidad.[30]

El impacto psicológico general provocado por el cáncer de mama y el tratamiento en la calidad de vida se debe a: Trastornos psicológicos, tales como depresión, ansiedad, hostilidad y miedo, y cambios en los hábitos de vida motivados por trastornos psicológicos, malestares conyugales y sexuales, así como disminución del ritmo de actividad[31]. Por otro lado, existe literatura científica que hace un intento por comprender los cambios que se producen en la calidad de vida de los pacientes con cáncer, pero principalmente las pacientes con cáncer mamario. Esto, porque dicho tipo de cáncer supone la amputación del miembro en algunos casos, y en algunos otros solo la extirpación de un segmento. Sin embargo, sea cual fuere la invasividad de la cirugía, el cáncer mamario es un rubro de la ciencia oncológica que concierne, pues la mama supone un significado simbólico del que carecen otras partes del cuerpo.[32]

Levi y Anderson han afirmado que la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa. Se insiste en que no es el reflejo directo de las condiciones objetivas, sino de la evaluación realizada por el individuo. [33]

Teniendo como referente la literatura antes mencionada, se concluye con la siguiente proposición de acuerdo a los tópicos: La percepción que tienen las pacientes con un diagnóstico de cáncer de mama y la calidad de vida recibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención (diagnóstico, tratamiento o seguimiento y del estadio en el que se encuentre la enfermedad.[34]

De otra parte**,** Schain y Foltz (1987) entrevistaron a diversas mujeres en donde la mayoría mencionó que la pérdida de las mamas había afectado su identidad social. Todas mencionaron evitar el contacto social con los amigos y familiares, hablaron del miedo a que los demás se dieran cuenta de su problema físico, de cómo se produjeron cambios en la conducta de sus familiares y amigos al enterarse y de cómo constantemente están al pendiente de su pecho. Estas mujeres refirieron esconder su deformidad no solo por la evasión, sino también por el uso de ropa excesivo. Otra de las conductas que evitan es el

---

[30] ARCILA, D; ESCAPA, R. y VELÁSQUEZ, D. Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria. Óp. cit p. 5

[31] HABER, S (comp.). *Cáncer de Mama, Manual de Tratamiento psicológico*. 2000. España: Ediciones Piadós Ibérica.

[32] ARCILA, D ESCAPA, R Y VELASQUEZ, D. Óp. Cit. p. 5

[33] FIGUEREDO VILLA, Katiuska. Cuidados paliativos: una opción vital para pacientes con cáncer de mama. En: Rev haban cienc méd La Habana. Oct-dic, 2008, vol. 7, no. 4, p. 10.

[34] RUIZ, M. A., et al. Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama [en línea]. En: Anales Sis San Navarra. 1998, vol. 21, supl. 3, p. 119-124. Disponible en Internet en:http://www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos/vol21/suple3/suple15.html.

tomar baños cortos con el propósito de no verse (y sentirse) a sí mismas y la "vergüenza" de ser sorprendidas por su pareja. [35]

Es indiscutible que la mujer sometida a mastectomía se le afecta considerablemente su calidad de vida, y por ende su imagen corporal. Hay un consenso general que propone que las mujeres con BCS (cirugía conservadora de mama), reportan menos dificultades con la imagen corporal. Estudios acerca de calidad de vida en mujeres con mastectomía seguida de una reconstrucción en comparación con mujeres con mastectomía únicamente, han presentado un panorama similar: la Imagen corporal y las sensaciones de ser atractiva son generalmente mejores en las mujeres que tienen una reconstrucción, pero no difieren en cuanto a algunos otros aspectos de la calidad de vida.[36] Sin embargo, una investigación que comparó calidad de vida en pacientes con cirugía de carcinoma mamario (Cirugía conservadora de mama (BCS), mastectomía y mastectomía con reconstrucción) demostró que las pacientes con reconstrucción mamaria puntuaron significativamente peor en cuanto al bienestar funcional, que aquellas con cirugía conservadora.[37]

Estudios demuestran como el miedo influye en la calidad de vida de las pacientes. Maguire propone que aunque las consecuencias psicológicas de la mutilación quirúrgica pueden ser muy severas, hay que recordar que las pacientes pueden sufrir gran ansiedad por el miedo a que el cáncer no haya sido completamente removido o reincida. Por lo tanto, la percepción de la imagen corporal puede disminuir por miedo a la recurrencia del cáncer. Así, la Lumpectomía ha sido considerada una de las intervenciones quirúrgicas con menor impacto psicológico, en comparación con la mastectomía, sin embargo se han encontrado niveles más altos de ansiedad y depresión en las cirugías conservadoras.[38] Las únicas diferencias significativas entre las mujeres con mastectomía y aquellas con cirugía reconstructiva, se observaron solo 12 meses después de la línea de base.

En cuanto a la edad como factor importante en la calidad de vida, se ha demostrado que las mujeres más jóvenes con cáncer de mama reportan menor calidad de vida que aquellas mujeres mayores siguiendo un tratamiento de cáncer mamario[39].Holzner y colaboradores coinciden con esto al encontrar una reducción de la calidad de vida, específicamente en las áreas de funcionamiento social, emocional y sexual, no solo al

---

[35] BREDIN, Mary et al Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of women's experience. Journal of Advanced Nursing. 1999. Vol.29, nº 5. p. 1113 – 1120.

[36] NISSEN, M. et al. Quality of life after breast crcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. In: American Cancer Society. 2001, vol. 91 no. 7, p. 1238 – 1246.

[37] Ibíd. p. 1239

[38] MAGUIRE, Peter; PARKES COLIN, Murray. Surgery and loss of body parts. In: British medical journal. 1998, vol. 316, p. 7137.

[39] CARLSON, Linda E.; BULTZ, Barry D. Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. In: Health and quality of life outcomes. 2003, vol. 1 no. 1, p. 8.

inicio del tratamiento, sino que también en las sobrevivientes a largo tiempo después del tratamiento. [40]

En cuanto a la percepción que tienen las pacientes de su imagen corporal, son distintos los significados. El concepto de imagen corporal es derivado de las diferentes dimensiones en que la gente vive su cuerpo, es decir, que cada quien tiene un concepto distinto de lo que es imagen corporal según su punto de vista y experiencia de vida. Muchos autores han intentado definir el fenómeno de "imagen corporal", la definición más utilizada fue formulada por el neurólogo alemán Paul Schilder (1950): "La imagen del cuerpo humano tiene como significado la foto de nuestro propio cuerpo que nos formamos en nuestra mente, esto quiere decir la manera en que nos vemos a nosotros mismos".

La definición de Schilder, implica la gran subjetividad sobre la naturaleza de la imagen corporal. Al ser una representación interna de la manera que uno se siente sobre su propio cuerpo, puede diferir en la manera en cómo los demás ven nuestro cuerpo. Un factor que debe tomarse en cuenta en la imagen corporal, es cómo sentimos nuestro cuerpo físicamente a través de las sensaciones visuales y tactilares; si una mastectomía resulta en cicatrices vistosas, dolor, pérdida de sensación de la piel y tensión muscular, esto sin duda afectará la manera en que la mujer vive su cuerpo.[41]

Hasta hace muy poco, los problemas sexuales y de imagen corporal de las mujeres tratadas por cáncer de mama y por extirpación quirúrgica de la mama (mastectomía) fueron ignoradas por los médicos, terapeutas y profesionales de la salud. Las mujeres mastectomizadas tienen un significado diferente de la imagen corporal, lo que repercute en sus compañeros que son afectados por la receptividad sexual debido a la mastectomía[42].

Diez de los 12 estudios que han investigado los efectos sobre la imagen corporal de los tratamientos quirúrgicos de mama, han reportado resultados favorables con respecto a la imagen corporal en el grupo de las pacientes con cirugía conservadora, las pacientes se sienten más atractivas, menos avergonzadas, ansiosas o consternadas acerca de su imagen corporal[43]. Es posible que este sea el mismo efecto en un grupo de mujeres con cirugía reconstructiva.

El estudio de Romanek encontró que las mujeres que recibieron tratamiento conservador (cuadrantectomía un solo cuadrante, y lumpectomía extirpación solamente del tumor),

---

[40] CAFFO, Orazio et al. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. In: Breast cancer reserch trearment. 2003, vol. 80 no. 1, p. 39 – 48.

[41] BREDIN, Mary et al. Mastectoy, body image and therapeutic Message. In: Journal of Advansed Nursing. 1999, vol. 29 Issue 5, p. 1113 – 1120.

[42] KRISS, Regina T.; KRAEMER, Helena. Efficacy of group therapy for problems with postmastectomy self perception, body image, and sexuality. In: The journal of sex research. 1986, vol. 22 no. 4, p. 438-451.

[43] CURRAN D, et. al. Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-concerving procedures: results of EORTC trial 10801. In: European journal of cáncer. 1998, vol. 34 no. 3, p. 307 – 314.

tuvieron mejor imagen corporal dos años postratamiento que las que recibieron mastectomía (extirpación total de la glándula mamaria). Las mujeres que recibieron mastectomía tienen pobre imagen corporal. El estudio también estimó que la imagen corporal a su vez predice la salud mental a los dos años. Los investigadores concluyeron que el recibir un tratamiento adecuado con la preferencia de la apariencia, este fue importante a largo plazo con los resultados sobre la salud mental.[44]

No sólo la imagen y esquema corporal se ve afectada, sintiéndose la mujer en numerosas ocasiones poco atractiva, sino también en varias ocasiones "poco mujer" en tanto que nuestra cultura y sociedad tiende a considerar un cierto volumen de senos como un símbolo visible de feminidad, sexualidad y erotismo. La pérdida de este estímulo erótico es vivida como un atentado contra la estructuración psíquica de estas mujeres, siendo el resultado más frecuente la autoimagen empobrecida, vergüenza, angustia, ansiedad, depresión y la desesperanza.[45]

Las pacientes mastectomizadas reconstruidas de manera inmediata, según López,[46] necesitaron apoyo psicológico desde el diagnóstico hasta lograr la simetria mamaria, mientras que las pacientes reconstruidas de manera diferida se sometieron a terapia desde el momento del diagnóstico hasta 3-5 años que tardaron en plantearse y terminar el proceso de reconstrucción. Las pacientes no reconstruidas necesitaron ayuda psicológica de hasta 2-3 años después de la mastectomía. López también considera que hubo una mayor satisfacción ante la reconstrucción por parte de las pacientes que lo hicieron de manera diferida ya que vivieron con un cuerpo mutilado durante bastante tiempo y el cambio fue más gratificante que para las que nunca se enfrentaron a ello. Para estas mujeres vivir con ese cuerpo supuso un grave problema de autoestima, que les impidió volver a su vida habitual, social y de pareja después de la enfermedad.[47]

Las pacientes no reconstruidas manifestaron que en el momento del diagnóstico la información recibida no fue adecuada respecto a los métodos de reconstrucción y que todo sucedió de manera precipitada. Todas ellas lamentaron no escoger en ese momento la reconstrucción inmediata. Las mujeres a espera de ser mastectomizadas, manifestaron su deseo unánime de ser reconstruidas de manera inmediata.[48]

La gran mayoría de las pacientes con mastectomía post oncológica refieren un progreso satisfactorio en su calidad de vida, reflejado a través de una mejor percepción sobre el

---

[44] Ibíd. p. 805

[45] PÉREZ G., Paula; FLORENZANO A., Andrea. Mastectomia y sexualidad [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.psicosexual.com/2008/03/deseo-sexual.html. [consultado Mayo 20, 2009].

[46] LÓPEZ, Andrés Rosa. Mujeres con cáncer de mama nos hablan de sus experiencias y expectativas ante la reconstrucción mamaria. En: Rev Paraninfo digital. 2007, vol. 1. p . 165 -169 Disponible en Internet en: http://www.index-f.com/para/n1/p169.php

[47] Ibid. p. 165

[48] Ibíd. p. 169

órgano que fue amputado y reconstruido, lo cual influye de manera positiva en su cotidianidad. Es por lo anterior que las Instituciones y profesionales de la salud vinculados directa o indirectamente en el sometimiento de la paciente a procedimientos quirúrgicos tan radicales como la mastectomía oncológica deben estar atentos en diseñar estrategias de promoción de la reconstrucción inmediate o diferida de la mama, con el fin de mejorar la salud individual, familiar y laboral de la mujer mastectomizada.[49]

Finalmente, se observó que la imagen corporal ha sido considerada dentro de los conceptos de incertidumbre y calidad de vida de las pacientes mastectomizadas, como un aspecto muy importante a considerar. A la luz de esta reflexión surge la necesidad de investigar la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en las mujeres sometidas a mastectomía.

Vacíos en el conocimiento. Se necesita realizar investigaciones sobre la mujer sometida a mastectomía, pos mastectomía y valoraciones sobre la autoimagen, no asociadas a modificaciones derivadas de la intervención quirúrgica.

En cuanto a la significancia disciplinar se presenta la producción del conocimiento desarrollado por enfermería del fenómeno de investigación. Una de las constantes de todas las disciplinas profesionales a lo largo de la historia es la preocupación por incrementar el conocimiento científico a través de investigaciones de calidad. Así, por ejemplo, una función importante de la investigación en el ámbito de la Enfermería es contribuir al conocimiento científico con el fin de mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

Así pues, se han desarrollado múltiples estudios de enfermería sobre el cáncer de mama, sobre todo en países anglosajones.[50]. La aparición de esta línea de investigación se fundamenta en el hecho de que, el padecer cáncer ya no se percibe tanto como una enfermedad aguda terminal, sino como un proceso crónico de larga duración. Este hecho ha conllevado paralelamente un cambio de perspectiva en la investigación. Como consecuencia de este cambio, la investigación oncológica ha adoptado un enfoque holístico que se traduce en la introducción de un concepto amplio, definido como calidad de vida.[51]

En enfermería, la producción del conocimiento se considera un punto de partida para la profundización de esta temática y de la implementación de acciones estratégicas que contribuyen a una mejor calidad de vida en este grupo poblacional y sobre todo, al fortalecimiento de políticas públicas que ayuden a dar solución al problema identificado. Sin embargo, es necesario que se desarrolle más conocimiento al respecto, porque su

---

[49] ZAPATA CADAVID, Juliana y MANRIQUE, Rubén. Satisfacción pos mastectomía oncológica con los resultados estéticos de la reconstrucción mamaria con prótesis de silicona. Trabajo de grado medicina. Medellín. Universidad CES. Facultad de Medicina. 2005. p . 1 – 33.

[50] VIVAR, Cristina G. Calidad de vida en supervivientes a largo plazo de cáncer de mama. Un área olvidada en la investigación enfermera española. En: Index Enferm. Granada nov. 2005, vol.14, no. 50, p. 25-29.

[51] Ibíd. p .27

contribución científica es incipiente, los aspectos relacionados poseen aún muchos vacíos que deben ser llenados por la investigación continua en enfermería.

Es de suma Importancia para la Disciplina y a medida que las enfermeras investigan para solucionar los problemas de la práctica, el uso del conocimiento sustantivo basado en la teoría validada por la investigación.

La práctica basada en la teoría es más beneficiosa para los pacientes porque proporciona un método sistemático y erudito respecto a sus cuidados. También sirve a la profesión, porque las enfermeras son reconocidas por su contribución a la asistencia sanitaria de la sociedad. El desarrollo del conocimiento es una actividad importante a la que deben dedicarse las especialistas en enfermería. Es necesario que la enfermería siga siendo reconocida y respetada como disciplina erudita que contribuye a la salud de la sociedad. Finalmente, y más importante, la teoría de enfermería es una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones en la práctica de enfermería.[52]

En la exploración de la literatura sobre el conocimiento desarrollado por enfermería con respecto al fenómeno: Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía, se encontraron investigaciones donde se aborda uno o dos de estos constructos, pero no, donde se articulen los tres constructos Se .detecta por lo tanto un vacío en el conocimiento al respecto.

1.2 Justificación del estudio

La revisión de la producción científica relacionada con el fenómeno de investigación permitió identificar los siguientes vacíos en el conocimiento, que sustentan la realización de la presente investigación.

Enfermería necesita abordar el fenómeno de la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en las mujeres mastectomizadas, y contribuir con elementos teóricos y metodológicos al cuidado de enfermería y a los programas y políticas públicas de salud de la mujer. Aportar al cuidado de enfermería a partir del conocimiento de la incertidumbre, calidad de vida y la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas, puesto que no se encontró en la revisión realizada investigaciones que aborden estos tres constructos simultáneamente.

Enfermería necesita abordar el fenómeno y realizar investigaciones referentes a la mujer mastectomizada reconstruida y no reconstruida y realizar mediciones sobre la autoimagen, incertidumbre y calidad de vida.

Desde el punto de vista disciplinar, las intervenciones de enfermería deben tener un soporte científico donde los resultados de la investigación transformen la práctica. Las

[52] MARRINER, Tomey Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha (Ed). Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Madrid. España: Elsevier. 2007, p. 635, 636.

mujeres con cáncer de mama se ven enfrentadas a una serie de interrogantes, miedos y angustias que no son capaces de enfrentar solas, llegando a presentar un considerable grado de estrés e incertidumbre no solamente al momento de la intervención quirúrgica sino cuando ya se encuentran mastectomizadas, y con la expectativa de ser o no reconstruidas, lo cual incide en su calidad de vida y su imagen corporal; una investigación como la presente aporta conocimiento a la práctica disciplinar y al bienestar de las mujeres.

Desde el punto de vista del mérito científico, se amplía el conocimiento existente a través de una construcción conceptual teórica y empírica de los resultados del estudio; además de fortalecer la práctica articulando la teoría y la investigación.

Se justifica la realización de este estudio por el impacto social del fenómeno a estudiar, al contribuir al mejoramiento de la política pública en salud de la mujer, sus resultados permitirán formular estrategias de apoyo y bienestar, con el énfasis de garantizar la reconstrucción después de realizar la mastectomía. La revisión del estado del arte que condujo a la significancia social, teórica y disciplinar del fenómeno de estudio, permitió identificar vacíos teóricos y vacíos para la práctica de enfermería que justifican la realización de la presente investigación.

1.3 Pregunta de investigación

¿Existe relación entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva, en comparación con la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama mastectomizadas sin cirugía reconstructiva?

1.4 Hipótesis

Las hipótesis de partida planteadas en la investigación fueron las siguientes:

Hipótesis central

Existe una relación significativa entre la **incertidumbre, calidad de vida** e **imagen corporal** en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva. Y esta misma relación (incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal) existe en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.

$H_{o:}$ No existe una relación significativa entre la **incertidumbre, calidad de vida** e **imagen corporal** en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva. Y esta misma relación (incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal) existe en las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.

$H_{a:}$ Existe una relación significativa entre la incertidumbre y calidad de vida en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva

$H_{o:}$ No existe una relación significativa entre la incertidumbre y calidad de vida en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva

$H_{a:}$ Existe una relación significativa entre la incertidumbre e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva

$H_{o:}$ No existe una relación significativa entre la incertidumbre e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva

$H_{a:}$ Existe una relación significativa entre la calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.

$H_{o:}$ No existe una relación significativa entre la calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva

1.5 Variables del estudio

Las variables del presente estudio son:

- Variables sociodemográficas y de salud de las mujeres que han sido sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.

- Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal de las mujeres mastectomizadas reconstruidas.

- Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal de las mujeres mastectomizadas no reconstruidas

- Incertidumbre en las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.

- Calidad de vida en las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.

- Imagen corporal en las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Analizar la relación que existe entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.

1.6.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población objeto de estudio de mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva, determinando la relación de estas características, con la incertidumbre calidad de vida e imagen corporal en cada uno de los grupos.

- Comparar la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal al interior de cada uno de los grupos.

- Comparar la incertidumbre, la calidad de vida e imagen corporal entre los grupos.

- Explicar el grado de incertidumbre de las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y de las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva

- Explicar la calidad de vida de las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y de las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva

- Explicar la imagen corporal de las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva. y de las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.

- Explicar los hallazgos de la comparación del grado de incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal de las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva con las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.

1.7 Propósito del estudio

Aportar con los hallazgos de esta investigación elementos sociales, teóricos y disciplinares a la práctica del cuidado de enfermería de las mujeres con cáncer de seno sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva, permitiendo estrategias de promoción de la salud, prevención y limitación del daño, bienestar y calidad de vida en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama. Con el fin

de proporcionar evidencia a partir de conocer como es la incertidumbre, calidad de vida y la imagen corporal en este grupo de mujeres.

2. Marco Conceptual

En este capítulo se presentan los conceptos principales que guiaron la investigación: mujeres sobrevivientes al cáncer de mama mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas, incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal.

2.1 Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama

El concepto que se trabaja en esta investigación es el de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía, reconstruidas y no reconstruidas. Una mujer mastectomizada es aquella en la que parte de su mama es extraída total o parcialmente, existen muchos procedimientos diferentes de la mastectomía como son: mastectomía parcial o lumpectomía donde solamente extraen el tumor, la mastectomía simple, se extrae el seno completo, la mastectomia radical (seno completo, nódulos linfáticos de la axila y músculos del pecho), la mastectomía radical modificada se extrae el seno completo y algunos ganglios linfáticos[53 , 54]

En la ciudad de Cali, uno de los sitios de mayor incidencia de cáncer de seno en Colombia, se seleccionó un grupo de mujeres sobrevivientes al cáncer de seno, mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas quienes conformaron la población de estudio, para la definición de participante en la investigación, también se tuvo en cuenta las características de los conceptos derivados del análisis de diferentes investigaciones relacionadas con las mujeres sobrevivientes al cáncer de seno mastectomizadas con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva[55 ,56, 57,] lo cual condujo a confirmar y

[53] NATH, Ronald. Mastectomía.[en línea]. [consultado Mayo 22, 2010]. Disponible en Internet en: http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0a1af489-5b4c-4f2d-978e-3930be13b1f6&hunkiid=03 21.

[54] AMERICAN CANCER SOCIETY. Reconstrucción del seno tras la mastectomía. Last Medical Review. 2009. Consultado Julio de 2011. [En línea] Disponible en: http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003040-pdf.pdf

[55] GONZALEZ-MARINO, Mario A. Cáncer de Seno en la Clínica San Pedro Claver de Bogotá, 2004. *Rev. salud pública* [online]. 2006, vol.8, n.2 [citado 2011-10-01], pp. 163-169 . Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0124-00642006000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0124-0064.

comprender el fenómeno de la reconstrucción en las mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de seno y su relación con la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal.

La reconstrucción se puede hacer en dos etapas: La primera etapa es la reconstrucción inmediata que se realiza al mismo tiempo que se hace la mastectomía[58]; y se puede usar un implante de seno o el propio tejido de la mujer; la segunda etapa en otro momento posterior, mediante un expansor tisular con implante que se coloca debajo de la piel y del músculo del tórax, este método puede usarse si la piel y los tejidos de la pared torácica están bien ajustados. Varias investigaciones se han orientado a disminuir el riesgo y las complicaciones derivadas de estos procedimientos[59,60]. No se encontraron muchos estudios donde se indague sobre el efecto de la reconstrucción en la vida de las mujeres sobrevivientes al cáncer de seno que aporten más características a este constructo; la reconstrucción se realiza en el momento de la mastectomía o en cualquier momento más adelante, utilizando diferentes técnicas quirúrgicas, cuyos objetivos son aportar a la calidad de la vida de las pacientes mejorando su imagen corporal, y disminuyendo la incertidumbre.

2.2 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

---

[56] PIÑEROS, Marion y MURILLO, Raúl Hernando. Incidencia de cáncer en Colombia: importancia de las fuentes de información en la obtención de estimativas. Instituto Nacional de Cancerología. En: Rev. Colombiana de cancerología. 2004, vol. 8 no. 1, p. 5-14.

[57] Tasa de Incidencia de Cáncer en Mama Ajustada por Edad para América y el Mundo. Globocan. 2008. [online]. 2008. Consultado 2011-07-24. Disponible en: *http://es.scribd.com/doc/91316254/Breast-cancer-onset-age-distribution-in-developing-countries-Global-and-regional-patterns-of-age-at-onset-and-mortality-180811*.

[58] AMERICAN CANCER SOCIETY. Reconstrucción del seno tras la mastectomía. Last Medical Review. Detailed Guide: Breast Cancer. 2012. Accessed at http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/index on August 24, 2012.

[59] IMENEZ-PEREIRA, Eliécer; JIMENEZ-MONTERO, Valeska y VARGAS-VILLALOBOS, Francisco. Reconstrucción mamaria post-mastectomía con colgajo miocútaneo de latísimo cordal más prótesis de silicón. *Rev. costarric. cienc. méd* [online]. 2006, vol.27, n.1-2 [citado 2012-09-24], pp. 41-51 . Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482006000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0253-2948.

[60] IGLESIS G, RODRIGO et al. Cirugía oncoplástica de la mama: Cómo mejorar la resecabilidad en cirugía conservadora asegurando la estética. *Rev Chil Cir* [online]. 2009, vol.61, n.5 [citado 2012-09-24], pp. 433-437 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000500006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4026. doi: 10.4067/S0718-40262009000500006

valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán[61]. (Mishel, 1988).

La incertidumbre ocurre en una situación en la cual quien toma la decisión es incapaz de asignar un valor definitivo a los objetos o eventos y/o es incapaz de predecir los resultados en una forma precisa (Mishel, 1984). La teoría de incertidumbre frente a la enfermedad contiene conocimientos derivados de enfermería y de otras disciplinas, está dirigida a fenómenos clínicos derivados del campo de práctica (Roy, 1985) y ofrece una perspectiva interaccionista para explicar el proceso de determinar significado en la experiencia de la enfermedad.

Hasta el momento en que Mishel empieza sus investigaciones, la incertidumbre no había sido abordada en el contexto de la salud y la enfermedad; ella se basó, para definir algunos conceptos de su teoría, en la teoría de Lazarus y Folkman,[62] y luego aplicó este marco estresante de la incertidumbre a la enfermedad con lo que hace el concepto pertinente a la enfermería.[63] Posteriormente en 1990, Mishel reconceptualiza su teoría inicial, lineal y determinista, a partir de descubrimientos contradictorios luego de aplicar los postulados iniciales a enfermos crónicos. Si la incertidumbre se acepta como una parte más de la vida, ésta puede convertirse en una fuerza positiva que ofrezca múltiples oportunidades para alcanzar el buen estado de ánimo[64].

Posteriormente, y tras múltiples estudios cualitativos, se llega a la conclusión que "las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo".[65]

2.3 Calidad de vida

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) , el concepto de calidad de vida es algo más amplio, porque está "influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales del entorno". Se diferencia del término "nivel de vida", que tiende a ser un concepto más social, y traduce aspectos como educación, condiciones de vivienda, ingresos individuales, derechos humanos, etc.

Un concepto que involucra otras dimensiones de calidad de vida, es aquel que incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud,

---

[61] MISHEL, M.H. Uncertainty in illness. Image Journal of Nursing Scholarship. USA.1998. Vol 20. p 225-231.

[62] LAZARUS, Richard and FOLKMAN, Susan. Stress, appraisal and doping. New York: Sringer Publishing, 1984, p. 117-178.

[63] MARRINER, Tomey Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 5a edición. Op. cit., p. 635, 636. 2003.

[64] GELATT 1989, MISHEL 1990 en: MARRINER, Tomey Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 2007. 5a edición. Op. cit., p. 631.

[65] BRADEN, Carrie Jo; MISHEL, Merle and LONGMAN, Alice J. Self-Help intervention project women receiving breast cáncer treatment. In: Cancer practice. 1998, vol. 6, no. 2, p. 87-98.

debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud ..

Felce y Perry (1995) encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida, añadiendo un cuarto modelo a las tres conceptualizaciones propuestas por Borthwick-Duffy en 1992. Según éstas, la calidad de vida ha sido definida como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona; b) como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Gómez y Sabeh, 2000). [66, 67]

En la actualidad son numerosas las investigaciones dedicadas a la evaluación de la calidad de vida[68], empleando este concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Lugones, 2002)[69], concepto particularmente útil en el estudio de pacientes con patologías crónicas, especialmente las oncológicas, determinadas no sólo por las características biológicas de la enfermedad y su connotación psicosocial en la población (Bayes, 1991)[70], sino por el fuerte impacto emocional, físico y social que no sólo afectan al paciente sino también a su ntorno familiar (Moro, 1997)[71], y donde la adaptación constituye un factor significativo para el mantenimiento de un nivel razonable de calidad de vida (Lugo y col., 1998)[72].

---

[66] FERRELL, Betty et al. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups [online]. 1997, [Cited Junio 21, 2010] Available from Internet: http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t792306912. ISSN: 1540-7586

[67] GÓMEZ BERNAL, Germán y REBOREDA AMOEDO, Alejandra. Consideraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama [en línea]. En: Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel. Disponible en internet en: http://www.boloncol.com/boletin-25/consideraciones-psicologicas-en-pacientes-con-cancer-de-mama.html. [consultado Mayo 19, 2009].

[68] PADILLA, G.; GRANT, M.; FERRELL, B. Nursing research into quality of life. Quality of Life Research. 1992. vol 1. p . 341-348.

[69] LUGONES, M.Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana Medicina General Integral. 2002. Vol 25. n º 2 .La Habana. p. 4.

[70] BAYÉS, R., LIMONERO, J.T., BARRETO, P. y COMAS, M.D. Protocolo de una investigación multicéntrica sobre aspectos emocionales en enfermos en situación Terminal 2001. Ed. Medicna Paliativa. España.

[71] MORO, L. Variables que influyen en la respuesta psicológica al diagnóstico de cáncer. 1997. Consultado el 20 de Mayo 2010. [online] disponible en http://www.fsmorente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicología/iberpsi2/moro/moro.htm

[72] LUGO, J. BACALLAO, J. RODRÍGUEZ, G. Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mamas. Revista Cubana Oncología. 1998.Cuba:14 (2), 83-6.

2.4 Imagen corporal

La primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos fué propuesta por Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* (1935), en su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, el psicoanálisis y la sociología, definiéndola como: " la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos" (Schilder, 1950)[73,74] .

El análisis multidimensional del concepto de imagen corporal que hace Schilder, propone que las teorías psicoanalíticas que dominan en la primera mitad del siglo XX dan las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos asociados, poniendo especial hincapié en las manifestaciones inconscientes. Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: imagen corporal, esquema corporal, satisfacción corporal, estima corporal, apariencia, apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de trastorno de la imagen corporal, alteración de la imagen corporal, dismorfia corporal, insatisfacción corporal o distorsión perceptiva corporal.

Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1998)[75,76] , recogen una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como "satisfacción corporal", "exactitud de la percepción del tamaño", "satisfacción con la apariencia", etc, intentando definir más precisamente cada término. El uso de una expresión u otra depende más de la orientación científica del investigador, o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar o incluso de la técnica de evaluación disponible.

El Concepto de Cuerpo está muy ligado a la imagen corporal, biológicamente, el cuerpo es el conjunto de estructuras armónicamente integradas en una unidad morfológica y funcional que constituye el soporte físico de nuestra persona durante la vida, específicamente diferenciado en dos únicos tipos, masculino y femenino, según el carácter de nuestro propio sexo.[77] Como cuerpo físico que es, supone una masa que ocupa un volumen, está limitado en el espacio e impresiona nuestros sentidos.

---

[73] SCHILDER, P. The image and appearance of the human body. N. York. 1950 .International Universities Press.

[74] BAILE AYENSA, José Ignacio. Qué es la imagen corporal? Centro Asociado de la UNED de Tudela. En: Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de humanidades. 2003, no. 2, p. 53-70. ISSN 1579-4806 .

[75] THOMPSON, J.K et al. . Body image disturbances: assessment and treatment. Journal of social issues. USA. 1999.Vol 55, nª 2. P . 339-353.

[76] Ibid. p . 340

[77] BIBL. A. Faller, El cuerpo del hombre, Barcelona 1970; En: L. TESTUT, Tratado de Anatomía humana, Barcelona 1932; H. Rouviére, Anatomía humana, 3 ed. Madrid, 1953. Ediciones Rialp S.A. Gran Enciclopedia Rialp, 1991. [online]. Disponible en: http://www.canalsocial.net/Ger/ficha_GER.asp?id=9644&cat=medicina

El conocimiento del cuerpo sin lugar a dudas forma parte del concepto de imagen corporal, y es estudiado en muchos aspectos por varias y cada vez más prolíferas ciencias, los progresos de la técnica cursan paralelamente con descubrimientos de aspectos hasta ahora ignorados de nuestro soporte físico. De la consideración de la armonía que existe fuera de nosotros (el Cosmos) y la armonía que existe en nuestro propio cuerpo aún sin conocimiento absoluto de ambos, nos surge una idea de perfección en la que estamos insertos, inasequible racionalmente a nuestra limitada inteligencia.[78]

La profesora Raich[79] de la Universidad Autónoma de Barcelona, probablemente, será la investigadora que más ha trabajado en España en imagen corporal y en un libro específico que dedicó a este tema propone una definición integradora de imagen corporal: "...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos", y resumiendo su aporte se identifica que "la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo" (Raich, Torras y Figueras, 1996)[80]

Aunque la definición de los autores españoles puede ser aceptada en nuestro entorno, en una revisión de más de 100 artículos sobre imagen corporal se concluyó que "el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable" (Skrzypek, Wehmeier y Remschmidt, 2001). [81].

---

[78] Ibíd. p. 3

[79] RAICH, R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. 2000. Madrid, Ediciones Pirámide

[80] RAICH, R.M, TORRAS, J. FIGUERAS, M. "Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios". Análisis y Modificación de Conducta. 1.996. n 85, p. 604-624.

[81] BAILE AYENSA, José Ignacio. Qué es la imagen corporal? Centro Asociado de la UNED de Tudela. En: Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de humanidades. 2003, no. 2, p. 53-70. ISSN 1579-4806 .

3. Marco Teórico

Este capítulo presenta el componente teórico que guio la investigación compuesto por la teoría de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel), y las generalizaciones empíricas de los conceptos incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal.

3.1 Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad

Existe una teoría de rango medio denominada teoría de "incertidumbre frente a la enfermedad"[82], de la doctora Merle Helaine Mishel[83] , capaz de describir, explicar y predecir uno de los constructos del fenómeno de estudio de manera lógica y consistente, soportando la estructura del marco teórico y guiando el problema de investigación.

La Teoría de incertidumbre frente a la enfermedad, forma parte de lo que se conoce como un sistema conceptual teórico-empírico del conocimiento de enfermería, se parte de un cuestionamiento y de una situación que se evidencia en la práctica profesional de Enfermería; la eficacia de dos modalidades del cuidado como intervención (innovador el enfoque cognitivo) y la tradicional enfocado al apoyo emocional. En el caso de la teoría de incertidumbre se desarrolla un enfoque innovador cognitivo para solucionar problemas de la práctica.

---

[82] MISHEL, M.H. Uncertainty in illness. Image Journal of Nursing Scholarship. 1998. v 20. p 225-231.

[83] MERLE HELAINE MISHEL. B.A. Universidad de Boston, 1961. Enfermera especializada en atención Psiquiátrica Universidad de California 1976 . PhD en Psicología social Clarermont Calfornia 1980. Autora de la escala de la ambigüedad ante la enfermedad que inicialmente dio origen a tres escalas: una versión comunitaria para enfermos crónicos no hospitalizados, una medición de la percepción de la incertidumbre de los padres frente a la enfermedad de sus hijos y una medición de la incertidumbre de las parejas u otros familiares de pacientes gravemente enfermos. En: MARRINER, Tomey Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha (Ed). Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Madrid. España: Elsevier. 2007, p. 627. Actualmente, existen otras escalas derivas de este trabajo como la Escala de incertidumbre frente a la enfermedad.

La incertidumbre ante la enfermedad es ampliamente estudiada por la doctora Merle Helaine Mishel, quien explica el fenómeno a través de postulados conceptuales y teóricos que se encuentran inmersos en el modelo. La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad proporciona un marco global en el que contempla la experiencia de enfermedad aguda o crónica y organiza las intervenciones de enfermería para fomentar la adaptación óptima. La teoría ayuda a explicar los factores estresantes asociados con el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad importante, o de una condición crónica, los procesos por los que los individuos valoran y responden a una incertidumbre inherente a una experiencia de enfermedad y a la importancia de los cuidadores profesionales para proporcionar información y apoyo a los individuos para comprender y manejar la incertidumbre.

Mishel y sus colaboradores han utilizado la teoría como marco para cinco estudios sobre la intervención de enfermería, patrocinados por el gobierno de los EE.UU. La intervención ha resultado eficaz puesto que ha ayudado a aumentar el conocimiento del cáncer, a disminuir la carga que producen los síntomas y a mejorar la calidad de vida en mujeres latinoamericanas de origen Mexicano, caucásicas y afroamericanas con cáncer de mama y en hombres afroamericanos y caucásicos con cáncer de próstata localizado, además a sus familiares.[84] Así mismo se ha aplicado esta teoría en niños con tratamiento de cáncer.

Mishel[85] define la incertidumbre como la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con una enfermedad, y ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos; y de predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de información y conocimiento. También la define como 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, como un estado cognitivo, aparece cuando un evento no es adecuadamente estructurado o categorizado debido a que la información del paciente sobre el suceso en cuestión es escasa. Estos eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente. El estudio de la incertidumbre representa un área para investigación de fenómenos conceptuales. El aporte técnico de enfermería junto a disciplinas relacionadas proveerá conceptos como cuidado y apoyo, probando la teoría y confirmando su generalización en los problemas de la práctica clínica de enfermería.

La teoría de incertidumbre tiene su más fuerte apoyo entre los sujetos que están experimentando la fase aguda de una enfermedad, o están en una fase crónica con

---

[84] MISHEL, M. H.; BELYEA, M.; GERMINO, B.; STEWART, J., et al, Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects – Nurse delivered psychoeducational intervention over the telephone. In: Cancer, 2002, vol. 94, p. 1854 – 1866.

[85] MISHEL M. H. Op cit. p. 226

deterioro lento y progresivo de su cuerpo. Esta teoría no ha sido aplicada en pacientes que viven con una incertidumbre específica en una enfermedad, con una fase aguda tratable y con una eventual recurrencia. Los estudios sobre la incertidumbre como fenómeno o problema psicológico que influye en los pacientes como productora de síntomas psicológicos son escasos, la mayoría se refiere a estudios efectuados en pacientes con cáncer y solamente uno a enfermedades crónicas en general realizados en Estados Unidos. Esta fue una de las razones por las cuales se seleccionó esta teoría y el respectivo instrumento para abordar en parte el fenómeno de estudio.

Merle Mishel (1988) propuso un modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad basado en modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton (1979) y en el estudio de la personalidad de Budner (1962). Mishel atribuye parte de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman (1984) sobre estrés, valoración afrontamiento; lo que es exclusivo de Mishel es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad (Bailey y Stewart, 2003). 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, estos fenómenos son motivados por la falta de información y conocimiento (Mishel, 1988).

De esta forma, si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro (Isla, 1996).

La Teoría de Incertidumbre en la enfermedad de Mishel[86], está organizada alrededor de tres temas principales: *antecedentes de incertidumbre, el proceso de valoración y el afrontamiento de la incertidumbre*.

En los antecedentes de la Incertidumbre la teoría explica como los pacientes procesan cognitivamente los estímulos relacionados a la enfermedad y construyen un significado en estos eventos. La incertidumbre o la incapacidad para estructurar significado, puede desarrollarse si el paciente no forma un esquema cognitivo para los eventos de la enfermedad. Un esquema cognitivo es la interpretación subjetiva de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. Como podemos ver en el esquema anterior, el marco de estímulos, la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura preceden a la incertidumbre y ofrecen la información que es procesada por el paciente. Con base en la revisión de la teoría, se identifican los conceptos presentes que derivan del término teórico antecedentes de la incertidumbre y está compuesta por tres constructos con sus respectivos conceptos.

El proceso de valoración Con dos procesos definidos: la inferencia y la ilusión. La inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de

[86] Ibid. p. 225.

experiencias relacionadas (Mishel 1988); y la ilusión está enmarcada en las creencias que nacen de la incertidumbre (Mishel 1988).

c) Afrontamiento: Que tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se traduce en acciones y búsqueda de apoyo psicológico. Si, por el contrario, la incertidumbre se ve como una oportunidad, el afrontamiento se protege. De acuerdo al modelo, la adaptación siempre ocurre como resultado final del proceso, la diferencia está definida por el factor tiempo y en donde es posible realizar intervenciones específicas dirigidas a minimizar este factor, lo cual mejorará las estrategias de afrontamiento y determinará el proceso adaptativo mejorando sustancialmente la calidad de vida[87].

Se identifican los siguientes, supuestos: 1) La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar en 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. 3) La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye un resultado deseado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, o 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 de las situaciones de incertidumbre a la adaptación.

Los elementos conceptuales del modelo son: 1) Antecedentes de la incertidumbre: Definidos a través del marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura. 2) Autovaloración de la incertidumbre: Con dos procesos definidos: la inferencia y la ilusión. este segundo elemento puede verse como una apreciación de la incertidumbre como amenaza u oportunidad; la tercera corresponde a las estrategias de coping* adoptadas para reducir la incertidumbre evaluada como una amenaza, por otro lado; para mantener la incertidumbre evaluada como una oportunidad y finalmente, la cuarta etapa con relación al estado de adaptación que resulta de las estrategias del coping adoptadas[88, 89]

De acuerdo al modelo de incertidumbre frente a la enfermedad, la adaptación siempre ocurre como resultado final del proceso, la diferencia está definida por el factor tiempo y en donde es posible realizar intervenciones específicas dirigidas a minimizar este factor, lo cual mejorará las estrategias de afrontamiento y determinará el proceso mejorando sustancialmente la calidad de vida

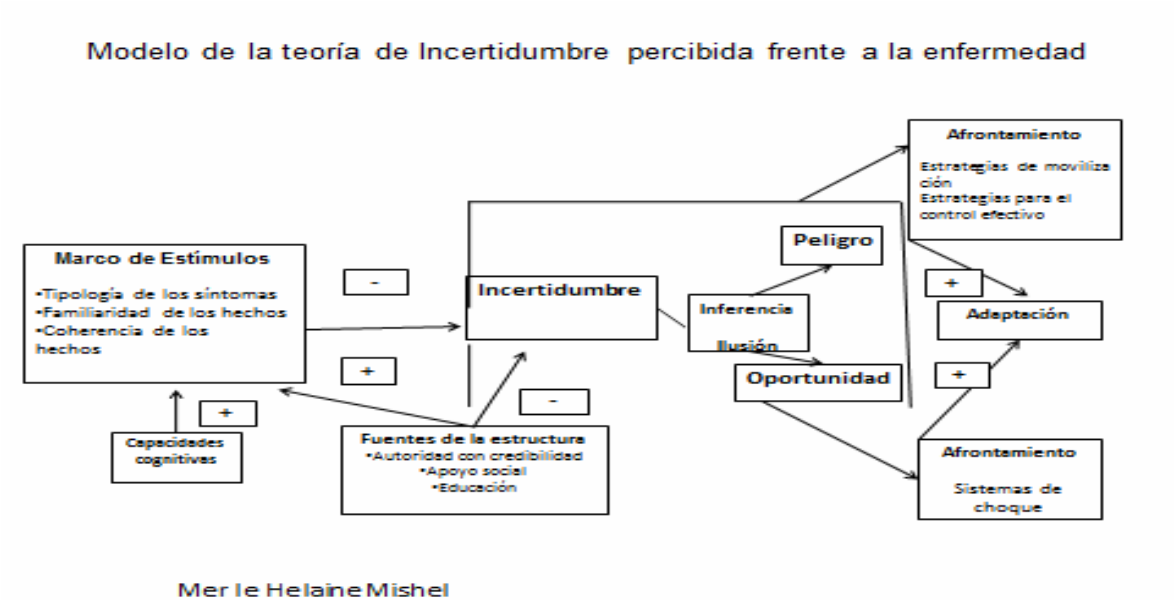
---

[87] Ibid. p. 227.

[88] LANDIS BJP. Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. [dissertation]. Austin: University of Texas; 2001.

[89] APOSTOLO, João Luís Alves; VIVEIROS, Catarina Sofia Castro; NUNES, Helena Isabel Ribeiro and DOMINGUES, Helena Raquel Faustino. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.4 [cited 2012-09-26], pp. 575-582 .Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1169. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400009.

Figura 1. Modelo de la teoría de incertidumbre percibida frente a la enfermedad (Mishel, 1988).



Fuente: Tomado de SMITH Mary Jane. LIEHR Patricia. Middle Range Theory for nursing. 2008. Segunda edición. New York. Springer publishing company. P. 59.

Marco de estímulos. Se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe; el marco de estímulos tiene tres componentes: el patrón de síntomas, familiaridad del evento y la congruencia con el evento. Estos tres componentes proveen los estímulos que son estructurados por el paciente en un esquema cognitivo, que crea menos incertidumbre. *El patrón de síntomas* se refiere al grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir que tienen un patrón o configuración. Basados en este patrón, el significado de los síntomas puede ser determinado. *La familiaridad con el evento*, se refiere al grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves reconocidas. Cuando los eventos se reconocen como familiares, ellos pueden asociarse con eventos de la memoria y su significado puede ser determinado. *La congruencia con el evento* se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad. Esta consistencia implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión. Estos componentes del marco de estímulos están inversamente relacionados con la incertidumbre; ellos reducen la incertidumbre.[90].

Los tres componentes del marco de estímulos están influenciados por dos variables: Capacidad cognitiva y proveedores de estructura. La capacidad cognitiva se refiere a las habilidades de la persona para procesar la información, y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación. (Mishel 1988).

[90] MERLE, Mishel. Incertidumbre en la enfermedad. Op. cit., p. 229.

La Capacidad cognitiva son las habilidades de la persona para procesar la información, y reflejan tanto las capacidades innatas como la respuesta a la situación (MIshel 1988). Cualquier alteración fisiológica puede disminuir esta capacidad y tener un impacto en la cognición. Las habilidades de procesamiento más susceptibles de alteración son aquellas que requieren de la atención. Las demandas en la capacidad de atención alteran el procesamiento de la información del marco de estímulos, incrementando la incertidumbre[91].

La segunda variable que influye en el marco de estímulos son los proveedores de estructura. Los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos. Se ha propuesto que los proveedores de estructura reducen el estado de incertidumbre tanto directa como indirectamente. La reducción de la incertidumbre ocurre indirectamente cuando los proveedores de estructura ayudan al paciente a determinar el patrón de los síntomas, la familiaridad de los eventos y la congruencia de experiencias. Los proveedores de estructura son autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social.

Los estímulos son procesados por los pacientes para construir un esquema cognitivo para los eventos de enfermedad. La incertidumbre resulta cuando no se puede formar un esquema cognitivo. En la experiencia de la enfermedad la incertidumbre tiene cuatro formas: a) Ambigüedad relacionada con el estado de la enfermedad. b) Complejidad con relación al tratamiento y sistema de cuidado c) Falta de información acerca del diagnóstico y la seriedad de la enfermedad y d) Falta de predicción sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico.

Proveedores de la estructura**.** *Educación.* La educación tiene una relación tanto directa como indirecta con la incertidumbre. En la relación indirecta, la educación puede ayudar a suplir la estructura de los eventos en el marco de estímulos, incrementando la base de conocimientos con los cuales se asocian estos eventos, dándoles así significado y contexto. El apoyo a esta posición es desigual cuando la educación se considera junto con otros componentes de los proveedores de la estructura (MIshel 1981; Mishel & Branden, 1988). Aquellos con un nivel de educación mayor son capaces de modificar la incertidumbre más rápidamente que los anteriores. Los individuos con menor educación parecen requerir más tiempo para construir un significado para los eventos y ellos experimentan incertidumbre por períodos más largos de tiempo que los individuos que tienen mayor educación (Christman et al., 1988; Mishel, 1985)[92].

Apoyo social. El apoyo social actúa para prevenir la incertidumbre en diferentes crisis vitales, supliendo una retroalimentación en el significado de los eventos (Wortman & Dunkel, Schetter, 1979). La oportunidad de clarificar la situación a través de la discusión e interacciones de apoyo con otros, clarifican las contingencias y ayudan al paciente a formar un esquema cognitivo (Wortman, 1984). Los investigadores en apoyo social han encontrado que los sistemas de apoyo tienen tanto una influencia directa como indirecta

---

[91] Ibid. p . 230

[92] MISHEL MH. Uncertainty in illness. Image: The Journal of Nursing Scholarship. 1988.Vol 20. p. 225–232.

en la incertidumbre. El resultado de la influencia directa es la modificación de tres tipos de incertidumbre: a) La ambigüedad relacionada con el estado de la enfermedad, b) la complejidad del tratamiento percibido, c) la falta de predicción del futuro (Hilton, 1986; Mishel & Branden, 1987). La influencia indirecta del soporte social es el fortalecimiento de la claridad sobre el patrón de los síntomas (Mishel & Branden 1988). Compartir información con las persona en la red social ayuda a los pacientes a evaluar los síntomas. La importancia del soporte social como fuente de información se extiende más allá del paciente y de los cuidadores. Entre los cuidadores la falta de éste apoyo se asocia con niveles elevados de incertidumbre (King, 1983).

Además de proveer información, el apoyo social también funciona evitando la incertidumbre, estableciendo redes donde cada miembro depende de la experticia de otro para manejar varios eventos amenazantes.[93]

Credibilidad en la autoridad**.** Se refiere al grado de veracidad y confidencialidad que tienen los pacientes en los proveedores de salud. Indirectamente la credibilidad en la autoridad influye en la incertidumbre por su asociación positiva con el marco de estímulos. La credibilidad en la autoridad en la forma de una enfermera o de un médico, fortalece el marco de estímulos al_proveer la información sobre las causas y consecuencias de los síntomas. La autoridad con credibilidad y el apoyo social, ayudan en la prevención de la incertidumbre estructurando un significado relativo a las diferentes señales (Mishel & Branden, 1988). Las señales que residen en el ambiente las abordan mejor las autoridades que tienen mayor credibilidad. Tales señales se refieren a aspectos físicos del tratamiento, su eficacia, las relaciones con los proveedores de salud, las expectativas acerca de los resultados del cuidado y el desempeño del sistema de salud. Las señales que residen en los individuos se abordan mejor, mediante la interacción con personas significativas. Estas señales se refieren a las preocupaciones personales tales como la interpretación de los signos y síntomas corporales y la planeación de la propia vida y las responsabilidades personales[94].

El concepto de incertidumbre en la enfermedad viene sufriendo alteraciones a lo largo del tiempo. No obstante, se acepta que la incertidumbre en la enfermedad es un estado cognitivo, en el cual el individuo es incapaz de atribuir un significado a los acontecimientos relativos a la enfermedad. Lo cual se verifica en situaciones donde aquel no tiene capacidad para atribuir valores definitivos a los objetos y acontecimientos y/o es incapaz de predecir correctamente los resultados de esta enfermedad[95, 96] , aspectos que pueden interferir con el proceso de motivación y de seguimiento del tratamiento.

---

[93] MISHEL M H. Incertidumbre en la enfermedad. Op. cit., p. 6.

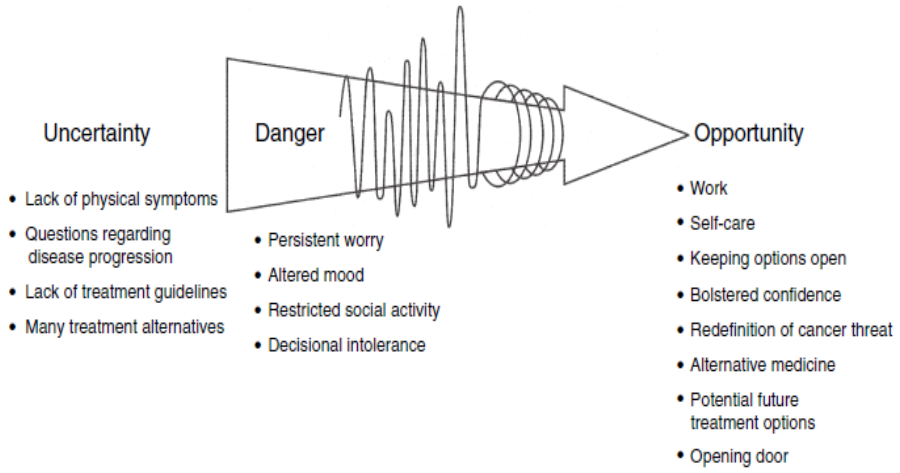
[94] Ibid, p. 7.

[95] MISHEL MH, Braden CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. Nurs Res 1988; Vol 37(2). p .98-103.

[96] MISHEL MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. Image J Nurs Sch 1990. Vol 22 (4). p 256-262.

Posteriormente en 1990 Mishel presenta la reconceptualización[97] y sostiene que las personas con experiencias de incertidumbre a lo largo del tiempo llegan a vivirla como un cambio en el enfoque de su vida. Ante un evento que amenaza o daña su vida, se provoca un desequilibrio por el cual las personas pueden incorporar un estado de continua incertidumbre donde se genera "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[98,99.] La teoría reconceptualizada ha permitido que los investigadores comprendan la experiencia de la incertidumbre de las mujeres y de las familias que han superado un cáncer de mama. La teoría también ha servido como base en el estudio más reciente sobre la intervención de enfermería, llevado a cabo por Mishel y su equipo de trabajo, donde estudian a mujeres que tienen que soportar la continua e inherente incertidumbre que sienten al haber superado un cáncer de mama.[100].

Figura 2. Modelo reconceptualizado de incertidumbre en la enfermedad. Mishel 1990



Fuente: BAILEY Donald E. WALLACE Meredith. MISHEL Merle H. Tomado de Watching, waiting and uncertainty in prostate cáncer. Journal clinical nursing. 2007. Vol 16. P . 735

---

[97] Ibid. p . 256.

[98] MERLE, Mishel. Uncertainty in illness. En: Image: Journal of Nursing Scholarship.1988, vol. 20, p. 225-231. Citado por: MARRINER, Tomey Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Madrid: Mosby, 2007. p .565.

[99] SMITH Mary Jane. LIEHR Patricia. Middle Range Theory for nursing.2008.Segunda edición. New York. Springer publishing company. p . 62.

[100] MARRINER, Tomey Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha (Ed). Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Madrid. España: Elsevier. 2007, p. 635, 636.

El UIT; incertidumbre percibida frente a la enfermedad. Mishel (1988), fue ampliado más a fondo para considerar situaciones de la incertidumbre continua (como en enfermedad crónica), teniendo este referente inicial, Mishel realiza la reconceptualización de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad (RUIT) (1990), a partir de la teoría del caos, esta teoría explica que un sistema sano, estable también puede incluir aleatoriedad intrínseca, diversidad, relaciones no lineares, inestabilidad, y el desequilibrio (Pool, 1989; & amp de Prigogine; Stengers, 1984).

El RUIT representa un proceso en movimiento que va desde la incertidumbre como peligro a una oportunidad y un recurso para ver la vida con un nuevo lente[101].

La incertidumbre se presenta desde el mismo momento del diagnóstico y esta hace referencia a la carencia de síntomas físicos, preguntas relacionadas con la progresión de la enfermedad, carencia de lineaminetos en el tratamiento o muchas alternativas en el tratamiento, esto puede desencadenar en un peligro cuando existen preocupaciones persistentes, alteración en el estado de ánimo, actividades sociales restringidas e intolerancia en la toma de decisiones; de la misma manera se puede ver como una oportunidad cuando hay trabajo, autocuidado, confianza, redefinición de la amenaza del cáncer, opciones de medicina alternativa, futuras formas potenciales del tratamiento y apertura de nuevas opciones.

La incertidumbre en la teoría de la enfermedad se ha utilizado de múltiples maneras para informar el entendimiento clínico de los pacientes, las familias y las situaciones de enfermedad. La investigación clínica guiada tanto por el original UIT (1988) y el RUIT (1990), con personas que sufren de enfermedades agudas y crónicas continúa siendo vigente para ayudar a identificar las intervenciones de enfermería.

En definitiva, el reconocimiento de la importancia de la incertidumbre puede cambiar la práctica clínica, permitiendo el desarrollo de la enfermería en intervenciones que faciliten una adaptación positiva del paciente a la experiencia de la enfermedad[102]. Mishel en (1990) concluyó que la incertidumbre se podría considerar como fuente de desequilibrio causada por la experiencia de la enfermedad, situación que lleva a la persona a moverse desde una perspectiva original de la vida (equilibrio) hacia una nueva y más compleja vista de la vida. Durante la transición, las personas intentan integrar la experiencia de la incertidumbre en sus opiniones de sí mismos y del mundo, experimentando que la incertidumbre es intrínsecamente una parte de vida[103].

La relación actual de los conceptos de la teoría de Mishel, se centra en la adaptación positiva de la persona a su situación de enfermedad, versus la experiencia de enfermedad; sin embargo la esencia de la relación de conceptos se muestra en los tres temas: Antecedentes de la incertidumbre, proceso de valoración y enfrentamiento. El

---

[101] SMITH Mary Jane. LIEHR Patricia. Op cit. p 62..

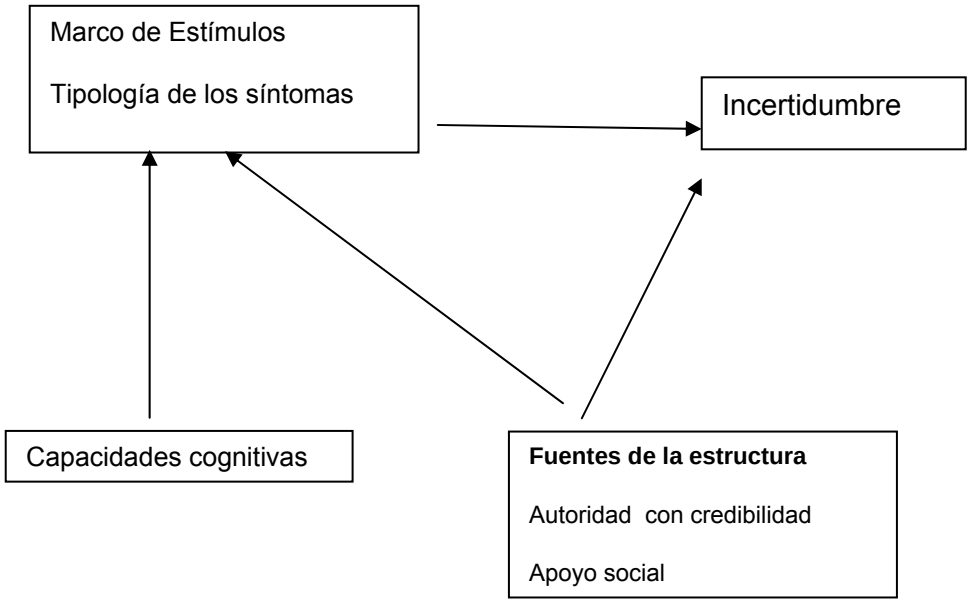
[102] Ibid. p 78.

[103] WELLAM F. Yu Ko, LESLEY F. Degner Uncertainty after treatment for prostate cancer: definition, assessment, and management. Clin J Oncol Nurs. 2008. Vol 12. n º 5. p . 749 - 755

primer tema de la teoría tiene unos elementos como son: marco de estímulos, capacidad cognitiva y fuentes de la estructura. El segundo tema contiene los elementos de inferencia e ilusión. El tercer tema que es el afrontamiento solamente desarrolla el elemento de estrategia. El marco de estímulos comprende los siguientes componentes: el patrón del síntoma, la familiaridad con el evento y la congruencia. Estos tres componentes son fuertemente influenciados por la capacidad cognitiva, convirtiéndose en el esquema cognitivo que procesa la persona. (Anexo A)

Para guiar la investigación también se retomó a Mishel (1988) haciendo la claridad de que al no haber intervención solo se trabajó la parte que a continuación se muestra del modelo

Figura 3. Modelo de incertidumbre sin intervención utilizado en la presente investigación



Fuente: Mishel M.H. Uncertainty I illness. Image: The journal of nursing scholarship. 1988. Vol 20. P 226.

Teniendo como referente la teoría de Mishel (1988) de Incertidumbre frente a la enfermedad, la cual ha originado tres tipos de instrumentos: *La forma comunitaria*, *la de las familias de los niños con cáncer y la forma del adulto que incluye el manejo de las pacientes con cáncer*, este último fue uno de los instrumentos seleccionados para la investigación por hacer referencia a la población del fenómeno de estudio.

Instrumento de incertidumbre frente a la enfermedad: Merle Mishel, elaboró la Escala de Medición de Incertidumbre en la Enfermedad, (M.U.I.S) [104] la cual entrega un criterio

[104] MISHEL. M . H. Uncertainty in illness scales. Manual. 1997. School of nursing University of North Carolina. Website: http://www.muic.org.

básico para seleccionar la unidad de análisis e identifica plenamente, la percepción de la incertidumbre frente a la enfermedad.

La escala de incertidumbre en la enfermedad (Mishel), es una escala tipo Likert que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo) la cual se puede auto-administrar. La validez de constructo mostró una fiabilidad y consistencia interna de 0.92 (Mishel 1997)[105]. Esta escala mide la incertidumbre generada en los pacientes por el proceso de la enfermedad, frente a la sintomatología, el diagnóstico y tratamiento, además de medir las relaciones entre el paciente y el personal de cuidado y el planteamiento para el futuro del paciente. La escala ha sido traducida a varios idiomas como: sueco, alemán, koreano, español, hebreo, mandarín, griego entre otros (Anexo B).

Para la investigación se requirió tener presente la validación al español del instrumento**:** La escala de la incertidumbre desarrollada por Mishel y validado en pacientes con enfermedades crónicas, como en el estudio Power, Uncertainty, Self-Transcendence, and quality of life in breast cáncer survivors. La escala en este estudio arrojó un alfa de cronbach de 89[106]. Otra validación fue realizada en chile por Tapia (1987) en su estudio Nivel de Incertidumbre en los pacientes hospitalizados durante el período pre-operatorio, mostrando altos niveles de confiabilidad y correlación de los ítems con los dominios, con un r de Pearson de 0.76. La escala completa se midió a través del coeficiente de Spearman – Brown que entregó un valor de 0.86, demostrando que la escala de incertidumbre capta consistentemente el fenómeno para el cual fue creada. Y también por Isla (1995) en su estudio del Nivel de Incertidumbre de pacientes diabéticos[107].Esta escala mide la incertidumbre generada en los pacientes por el proceso de la enfermedad, frente a la sintomatología, el diagnóstico y tratamiento, además de medir las relaciones entre el paciente y el personal de cuidado (enfermeras) y el planteamiento para el futuro del paciente.

Investigaciones realizadas en Chile por Torres (2006) Calidad de vida y nivel incertidumbre en mujeres con cánceres prevalentes. Chile, 2005 – 2006. presenta la estructura del instrumento de valoración de la incertidumbre y su adaptación para la aplicación del modelo[108]. En Colombia ha sido utilizada la escala en diferentes estudios, uno de ellos es el de “espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo ii”. (Gómez Isabel).

El instrumento consta de 33 ítems no agrupados. Para determinar las dimensiones del instrumento y facilitar su posterior análisis, se desarrolló una estrategia metodológica

---

[105] Ibid. p . 4 – 5

[106] FARREN, Arlene T. Power, Uncertainty, Self-Transcendence, and quality of life in breast cáncer survivors. Rev. Nursing Science Quarterly. Disponible en: http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/1/63

[107] TORRES, Alexandra. Escala de Mischel de medición de incertidumbre en la enfermedad (M.U.I.S). Extraído de documento de tesis Doctorado “Calidad de vida y nivel incertidumbre en mujeres con cánceres prevalentes. Chile, 2005 – 2006.

[108] Ibíd. p, 1.

soportándose en los temas, elementos y componentes de la teoría que permitieron estructurar la relación entre conceptos.

La investigadora se soportó en los conceptos centrales de la teoría de rango medio *de incertidumbre frente a la enfermedad*, para tal efecto, se convocó un panel de tres expertos: dos psicólogos y una cirujana especialista en reconstrucción de seno, quienes dada su experticia aportaron a la ubicación de los ítems en tres dimensiones relacionadas con los elementos conceptuales de: marco de estímulos, capacidad cognitiva y proveedores de la estructura, los cuales forman parte del tema de antecedentes de incertidumbre.

Cada uno de los expertos, una vez leído el instrumento, y conocida la teoría de *incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel*, previa presentación de la referida teoría por parte de la investigadora y entrega del Instructivo para determinar los ítems en las dimensiones antes mencionadas, se procedió a la revisión con el fin de seleccionar y justificar la ubicación de los ítems en cada una de las dimensiones (Anexo C).

Al consolidar la información aportada por los expertos se encontró que los ítems se ubican en su mayoría en el elemento de la capacidad cognitiva, al respecto, se observó que la mayoría de los ítems corresponden a la capacidad cognitiva. Tan solo tres ítems no reportaban coincidencia frente a las dimensiones marco de estímulos y capacidad cognitiva, exigiendo un nuevo panel con los expertos para lograr el consenso y afinar el instrumento. Este afinamiento del instrumento permitió facilitar la interpretación de los resultados, teniendo en cuenta que los demás instrumentos están organizados por dimensiones.

Tabla 1. Análisis de las dimensiones con los ítems ajustados del instrumento de incertidumbre frente la enfermedad (Mishel 1988*).*

Marco de estímulos	Capacidad cognitiva	Proveedores o fuentes de la estructura
Se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. Esto hace referencia a los síntomas que se presentan.	Se refiere a las habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación.	Autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social. (Médicos, enfermeras, personal de salud).
Tipología de los síntomas:(Grado en que los síntomas Se presentan Ítems: 4-7-9-17-22-29 Coherencia de los Hechos:(Se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad). Ítems:-6--15 Familiaridad con los Hechos: (supone el grado en que una situación se presenta habitual y repetitiva, o el grado en que las claves son reconocibles. Preguntas: -28	Inferencia: Se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas. Ilusión: Se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre. Adaptación: Refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual. Preguntas: 1-2-3-5-8-10-12-14-16-18-20-21--24-25-26-27-30.	Autoridad con credibilidad: Es el grado de confianza que la persona tiene en el personal de salud que la atiende Apoyo Social: El apoyo social que recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos. preguntas: 11-13-19-23-31-32-33

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012.

El proceso de establecer dimensiones de los ítems mediante la validación facial, constituyó un primer aporte metodológico para esta investigación, tal como se muestra en la (tabla 1), donde se presenta el análisis de las dimensiones con los ítems ajustados del instrumento de incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel 1988.

3.2. Constructo de calidad de vida

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término "calidad de vida" (CV) en muy variados contextos, político, económico, social y académico, este concepto se usa indistintamente, al tiempo que representa una premisa o aspiración, y que ha sido sustento de todo tipo de discursos.

Resulta imposible, en una revisión de esta naturaleza, hacer una reflexión completa de los aspectos que atañen a la investigación de la calidad de vida en relación con la salud. Los estudios realizan una aproximación a los problemas más actuales desde diferentes perspectivas. Tal aproximación no podría lograrse sin una clara convicción de los límites de cada disciplina y los aportes de la interdisciplinariedad, para su conceptualización o medición. El estudio de la Calidad de Vida, por lo tanto, invita a abandonar posiciones tradicionales y vislumbrar fuentes comunes de abordaje.

Casi todos los autores coinciden en afirmar que el término aparece en la década del 70 y tuvo su expansión hacia los años 80, encubierto por el desarrollo de conceptos tales como los de bienestar, salud y felicidad. Aunque su prehistoria data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea, es en el contexto del debate entre los indicadores materiales y subjetivos del bienestar en el que surge propiamente el término.

En el contexto de la salud, este concepto se convirtió, desde 1977, en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en el sistema Medline, aunque llegó a ser realmente popular entre los investigadores de la salud durante la década del 80 (Hollandsworth, 1988). A partir de entonces, la tendencia ha sido al crecimiento, en gran parte determinado por la prevalencia de enfermedades crónicas y el aumento en la esperanza de vida, lo que hace de la Calidad de Vida un objetivo de la atención en salud, cuando no es posible aumentar la cantidad de la vida misma, o cuando comienza a importar más la satisfacción con la vida que el incremento en pocos años, al acercarse la cantidad de la vida a sus propios límites biológicos (Lara-Muñoz y cols, 1995). En una búsqueda computarizada de tres años (1978-1980) se encontraron aproximadamente 200 artículos que incluían en el título el término "Calidad de Vida". En un sólo año (enero-diciembre de 1991), Lara-Muñoz y cols (1995) encontraron 829 trabajos en las que se incluía la Calidad de Vida como descriptor, 205 de ellos en español e inglés. En 1990, la revista Medical Care publicó una lista de trabajos relacionados con la Calidad de Vida de pacientes con diferentes padecimientos, 108 de estos trabajos eran en pacientes oncológicos. De esta forma, a la par que crecía el número de estudios sobre Calidad de

Vida, este concepto iba sufriendo un proceso de maduración, aumentando de complejidad, y a la vez, enriqueciendo su vulnerabilidad. [109]

Se hizo una revisión sobre el concepto de calidad de vida y su relación con salud; encontrándose dos grandes tendencias, una centrada en la persona y otra en os lineamientos que rigen las políticas generales de salud, en este último sentido en los hallazgos a partir, de los pronunciamientos y lineamientos de las conferencias internacionales de promoción de la salud, se identifica como el concepto ha ido evolucionando desde estar inmerso en otros constructos hasta ser visibilizado específicamente,[110,111,112,113,114] ..

Tanto en Alma Atá 1978, como en la carta de Otawa 1986[115], Se definió el concepto de promoción de la salud como parte del bienestar, el cual no concierne exclusivamente al sector salud, pues plantea la salud como bienestar que trasciende la idea de formas de vida sana, reconociendo requisitos previos a la salud relacionados con el contexto.

En Adelaida 1988[116], se trabajaron las políticas públicas en todos los sectores y como estas influencian los determinantes de la salud y son un importante vehículo para reducir inequidades sociales y económicas asegurando el acceso equitativo a bienes y servicios, así como la atención a la salud. En esta reunión se identifica la calidad de vida influenciada por los determinantes de la salud.

---

[109] GRAU ABALO, Jorge A**.** Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación [en línea]. En**:** *Instituto nacional de oncología y radiobiología - INOR La Habana, Cuba. Boletín Latinoamericano de Psicología en salud.1998. Disponible en Internet en:* http://www.alapsa.org/boletin/art01.htm *[consultado noviembre de 2011].*

[110] Recomendaciones de Adelaida sobre las políticas . públicas favorables a la salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Políticas públicas favorables a la salud. Adelaida, Australia, 5-9 de abril de 1988.

[111] Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para 6. la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Sundsvall (Suecia), 9-15 de junio de 1991.

[112] Declaración de Bogotá. Promoción de la Salud 7. en América Latina. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe. Bogota, Noviembre 1992.

[113] Informe sobre la salud en el mundo 1997 - Vencer 15. el sufrimiento, enriquecer a la humanidad. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1997.

[114] Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir 19. los riesgos y promover una vida sana. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002.

[115] Carta de Otawa para la Promoción de la Salud. 4. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Notario, Canadá, Noviembre de 1986.

[116] Carta de Otawa para la Promoción de la Salud. 4. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Notario, Canadá, Noviembre de 1986.

En Bangkok 2005[117], el documento final de la conferencia es la promoción de la salud. La carta identifica los desafíos principales para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y pide que un mayor número de interesados directos se comprometan con las iniciativas para lograr la salud para todos. Estos determinantes son: servicios de salud accesibles, entornos favorables y políticas públicas que ayuden a reducir los riesgos para la salud, los cuales forman parte de la calidad de vida.

Desde la perspectiva de enfermería, el concepto se ha abordado más centrado en las personas, algunos autores como (Ferrel y cols, 1989; Grau, 1997) remontan las primeras contribuciones del término a trabajos teóricos de Filosofía y Ética y aseguran que en trabajos clásicos se usó este término para discutir los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento. Bech (1993) reporta que la primera persona pública que utilizó el término fue el presidente estadounidense Lyndon B. Johnson, en 1964. Otros señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las Ciencias de la salud para extenderse rápidamente a las ciencias humanas, intentando desplazar otros términos más difíciles de operativizar como bienestar y felicidad (Moreno, Ximénez, 1996).

El concepto de "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003), especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el cáncer.[118]

Se identifican dos constructos básicos del concepto de calidad de vida: el primero, considerado como una unidad integral y, el segundo, compuesto por un conjunto de unidades componentes derivados de la estructura social y el medio ambiente general. Felce y Perry (1995) encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida, añadiendo un cuarto modelo a las tres conceptualizaciones propuestas por Borthwick-Duffy en 1992. Según éstas, la calidad de vida ha sido definida como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona; b) como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Gómez y Sabeh, 2000)[119].

Existe un consenso que la calidad de vida es un área multidimensional que abarca, como mínimo, tres grandes campos (físico, psicológico y social) y puede verse afectado por

---

[117] Carta de Bangkok para el Fomento de la salud en un mundo globalizado. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Tailandia, Bangkok, 7-11 Agosto 2005.

[118] GAVIRIA, Ana Milena, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. En: Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. 2007, nº. 20, p. 50-75.

[119] TORRES, Alexandra y SANHUEZA, Olivia. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. En: Cienc. enferm. Concepción. Jun. 2006, vol. 12, no. 1, p. 9-17.

una enfermedad y/o tratamiento. El funcionamiento físico se define como la capacidad de realizar un grupo de actividades de la vida diaria, así como los síntomas físicos resultantes de una enfermedad o de un tratamiento médico. La función psicológica va desde un distrés psicológico severo hasta un sentimiento positivo de bienestar y puede, igualmente, abarcar la función cognitiva. Por último, el aspecto social incluye los aspectos cualitativos y cuantitativos de la interacción, la relación y la integración social. Aparte de estos tres campos centrales de la calidad de vida, otros aspectos pueden tener relevancia para los grupos específicos de pacientes de cáncer, en función de las afectaciones que le provocan su enfermedad y tratamiento[120].

Minayo y col. (2000) señalan la relatividad del concepto de calidad de vida, el cual posee tres marcos de referencia: histórico, donde cada sociedad tiene parámetros de calidad de vida en distintos momentos históricos; cultural, dependientes de sus tradiciones culturales, y clase social, donde las expectativas que cada uno tiene están en estrecha relación con los niveles económicos, educacionales y oportunidad de acceso. La esencia de este concepto es el reconocimiento de que la percepción de las personas sobre su estado de salud, depende en gran medida de sus valores y creencias, su contexto cultural e historia personal, siendo una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar y social (Schwartzmann, 2003)[121].

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)[122], el concepto de calidad de vida es algo muy amplio, que está "influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales del entorno". Se diferencia del término "nivel de vida", que tiende a ser un concepto más social, y traduce aspectos como educación, condiciones de vivienda, ingresos individuales, y derechos humanos. En cambio, la calidad de vida tiene su máxima expresión en lo que se refiere a la salud, entendida como el bienestar bio-psico-social de la persona.

El concepto de calidad de vida es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario, con términos como satisfacción, felicidad y bienestar. Se ha reportado la existencia de una preocupación individual, de naturaleza fundamentalmente subjetiva. Para determinar el impacto de las intervenciones paliativas sobre la calidad de vida, hay que emplear medidas simples, asequibles, válidas y confiables. Lo anteriormente expuesto indica que se impone desarrollar investigaciones multicéntricas, fomentando la colaboración entre diferentes equipos y unidades de cuidados paliativos con el fin de profundizar el

---

[120] IZQUIERDO GONZÁLEZ, Marlen et al. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama [en línea]. En: Rev haban cienc méd. La Habana, abr-jun, 2008, vol. 7, no. 2, p. 1-11. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n2/rhcm14208.pdf. [consultado junio de 2011]

[121] TORRES, Alexandra y SANHUEZA, Olivia. Op. cit., p 11.

[122] WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med. 1995; Vol 41. nª10. P ..403-1.409.

conocimiento acerca de las acciones más efectivas para ayudar a morir con calidad. La aplicación de instrumentos sencillos y fáciles de administrar facilitaría la recopilación de la información y la comunicación con el enfermo con objetivos terapéuticos. [123].

Es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros), es en última instancia, una apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo en su valoración (Padilla, 2005) que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, recursos que estime poseer, y estrategias de afrontamiento que instrumente para hacer frente a las dificultades (Grau, 1998; Grau & Gonzáles, 1997). La forma de afrontar los sucesos como la enfermedad crónica no sólo está mediada por la interpretación que hace el individuo de aquél, o por el concepto de calidad de vida que posea, sino también por el apoyo social que perciba, esto es, su valoración de las redes sociales que podrían favorecer la adaptación a dicho acontecimiento vital (Moreno & Ximénez, 1996). El afrontamiento de dicha situación entraña que el individuo haga juicios reales sobre la enfermedad y utilice operaciones cognitivas que le permitan incrementar su gama de posibilidades, lo que incidirá en la actitud hacia sí mismo, ante la vida y ante los demás.[124]

En los últimos años, se han desarrollado varios estudios de calidad de vida en pacientes con cáncer, varios de ellos en cáncer de mama[125],[126],[127],[128]. Los investigadores lograron demostrar que la calidad de vida del grupo en estudio es similar a la de grupos de referencia y a la de otras pacientes con cáncer de mama con más de un año de sobrevida, con un mejor funcionamiento físico. La evaluación de los exponentes del estado emocional, tales como nerviosismo, preocupación, irritabilidad y depresión, demostró que la evaluación de la calidad de la escala emocional ofrece valores significativamente inferiores a grupos normativos de otros países, pero se corresponde con el reportado para mujeres con cáncer de mama con igual tiempo de sobrevida e igual

---

[123] FIGUEREDO VILLA, Katiuska. CUIDADOS PALIATIVOS: UNA OPCION VITAL PARA PACIENTES CON CANCER DE MAMA. *Rev haban cienc méd* [online]. 2008, vol.7, n.4 [citado 2012-09-29], pp. 0-0 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-519X.

[124] GAVIRIA, Ana Milena et al. Op. cit., p. 50-75.

[125] GANZ, Patricia A. et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. In: J. Natl. Cancer Inst. 2002, vol. 94, p. 39-49.

[126] GANZ, Patricia A. et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. In: J Natl Cancer Inst. 2004, vol. 96, no. 5, p. 376-87.

[127] KIEBERT, G. M.; DE HAES, J. C., and VAN DE VELDE. The impact of breast conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early stage breast cancer patients: a review. In: J. Clin. Oncol. Jun 1991, vol. 6, p. 1059-1070.

[128] GANZ, Patricia A. et al. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. In: Breast Cancer Res. 1996, vol. 38, p. 183-199.

al valor obtenido para pacientes con cáncer en tratamiento y menos de un año de sobrevida.[129]

Para enfermería el conocimiento de la calidad de vida y su asociación con el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad, adquiere gran importancia, lo cual permitiría profundizar en las necesidades de atención de estas pacientes, aportando información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades oncológicas y de los factores psicosociales que en ellas influyen. De este modo, las profesionales de enfermería que tienen a su cargo este tipo de pacientes podrían incorporar estos aspectos a la valoración y la intervención en enfermería en su plan de cuidados; al mismo tiempo elaborar estrategias cuya labor puede extenderse ya sea tanto en la clínica hospitalaria, la atención de enfermería en domicilio, la rehabilitación, la orientación en salud y la consejería familiar para la adaptación a la enfermedad, todo lo cual contribuirá no sólo al mejoramiento de la calidad de vida del paciente y familia, sino al de la propia comunidad.[130]

La Imagen corporal está muy relacionada con la calidad de vida, este concepto de imagen corporal es derivado de las diferentes dimensiones en que la gente vive su cuerpo, es decir, que cada quien tiene un concepto distinto de lo que es imagen corporal según su punto de vista y experiencia de vida. Muchos autores han intentado definir el fenómeno de "imagen corporal", la definición más utilizada fue formulada por el neurólogo alemán Paul Schilder (1950): "La imagen del cuerpo humano tiene como significado la foto de nuestro propio cuerpo que nos formamos en nuestra mente, esto quiere decir la manera en que nos vemos a nosotros mismos"

Schain y Foltz (1987) entrevistaron a diversas mujeres en donde la mayoría mencionó que la pérdida de las mamas había afectado su identidad social. Todas mencionaron evitar el contacto social con los amigos y familiares, hablaron del miedo a que los demás se dieran cuenta de su problema físico, de cómo se produjeron cambios en la conducta de sus familiares y amigos al enterarse y de cómo constantemente están al pendiente de su pecho. Estas mujeres refirieron esconder su deformidad no solo por la evasión, sino también por el uso de ropa excesivo. Otra de las conductas que se pueden evitar es el tomar baños cortos con el propósito de no verse (y sentirse) a sí mismas y la "vergüenza" de ser sorprendidas por su pareja. [131] El cáncer de mama, generalmente causa impacto entre las mujeres, tanto por la importancia que se da a la mama, como por el miedo relacionado a los tratamientos. La enfermedad es agresiva y traumática, pudiendo afectar a la mujer en todas las dimensiones de su calidad de vida, acarreando cambios en el desempeño de sus roles y en la percepción de su imagen corporal.

---

[129] IZQUIERDO GONZÁLEZ, Marlen et al. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama [en línea]. En: Rev haban cienc méd. La Habana, abr-jun, 2008, vol. 7, no. 2, p. 1-11. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n2/rhcm14208.pdf. [consultado junio de 2011]

[130] TORRES, Alexandra y SANHUEZA, Olivia. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Op. cit., p. 11.

[131] ARCILA, D.; ESCAPA, R. y VELÁSQUEZ, D. Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria. Op. cit., p. 16.

Instrumento Calidad de Vida. QOL, Betty Ferrell 1995. Existen numerosos instrumentos para medir calidad de vida, el que más se adecúa a la investigación por sus características y trayectoria en pacientes sobrevivientes al cáncer es el que a continuación se describe:

Instrumento sobre Calidad de Vida en pacientes sobrevivientes al cáncer QOL de Betty Ferrell y col 1995, este instrumento se basa en versiones anteriores de la escala de calidad de vida de Grant, Padilla y Ferrell; posteriormente fue revisado en pacientes que sobrevivieron al cáncer; incluye 41 ítems, que presentan 4 dimensiones de bienestar de en la calidad de vida: bienestar físico, Psicológico, social y espiritual. Tiene un grado de confiabilidad y validez de 0.89; la consistencia presentó un alfa de Cronbach de 0.69 en las cuatro dimensiones.[132] Sus buenas propiedades psicométricas, han sido evaluadas en más de 200 artículos, y los numerosos estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, convierten este cuestionario en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.[133](Anexo D)

El bienestar físico, incluye la habilidad funcional, la salud física en general, síntomas como fatiga / agotamiento, cambios de apetito dolor, cambios en el dormir y la forma como estos impactan en la salud física del cuidador. Los puntajes mínimos en la dimensión física equivalen a una percepción positiva del estado de salud. El bienestar psicológico, indaga una amplia gama de emociones y preocupaciones desde el control, felicidad y satisfacción con las cosas de la vida, capacidad de recordación, el significado de la enfermedad, el afrontamiento, evaluación cognitiva, depresión ansiedad y temor. En la dimensión psicológica el puntaje mínimo es equivalente a una percepción negativa en el área emocional. El bienestar social**,** Investiga los componentes de la interrelación de la calidad de vida describiendo el papel que ellos juegan, apoyo familiar y/otros familiares, carga/ agobio del familiar, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual. En la dimensión social el puntaje mínimo equivale a una percepción positiva de su interacción social. El Bienestar espiritual**,** incorpora aspectos como la religión, espiritualidad, esperanza, desesperación.

Es importante destacar que estos instrumentos han sido utilizados y validados en diversos países como Europa, Asia y América Latina para medir la calidad de vida relacionada con la salud, además describen fortalezas y utilidades en su aplicación. Las evaluaciones de la Calidad de vida se han utilizado para una variedad de fines investigativos dentro de la oncología, entre las cuales se incluyen: descripción de la naturaleza y alcance de los problemas funcionales y psicosociales que confrontan los pacientes en diversas etapas de la enfermedad; investigación de casos para posibles intervenciones conductuales o

---

[132] PARRA GONZÁLEZ Lina Marcela. CARRILLO GONZÁLEZ Gloria Mabel. Calidad de vida de mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de cérvix. En: Av. Enferm., 2011, vol. 24, nº 1, p. 87 – 96.

[133] FERREL, Betty R.; HASSEY-DOW, K.; GRANT, M. Measurement of the QOL in Cancer Survivors. In: Quality of Life Research, 1995, vol. 4, p. 523-531.

psicofarmacológicas; monitoreo de la calidad de la atención y la evaluación de la eficacia de las intervenciones médicas o psicosociales.[134]

En enfermería existe un modelo estructurado de calidad de vida e incertidumbre. Retomando el modelo de Mishel, Torres y Sanhueza proponen un modelo estructural de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. El objetivo del modelo es averiguar cómo la incertidumbre afecta a cada uno de los dominios del constructo calidad de vida. Estas enfermeras intentan avanzar en la comprensión de la relación entre la calidad de vida y la incertidumbre frente a la enfermedad. Dicho modelo se fundamenta principalmente en base a relaciones causales, en las que el cambio en una variable se supone que produce un cambio en otra variable; de este modo las variables son clasificadas en dos clases, las observadas directamente y las latentes, las cuales no son observadas pero están relacionadas con las primeras. En forma general, el modelo asume que existe una estructuración causal entre las variables latentes y éstas aparecen como causas fundamentales de las variables observadas, las cuales pueden ser analizadas a través de la técnica del modelo de ecuaciones estructurales considerado como una extensión de varias técnicas multivariantes y que tiene la capacidad de analizar relaciones para cada subconjunto de variables (González, 1989)[135].

Schwartzmann y col. (1999) proponen un modelo de evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. Este modelo considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente[136]

Posteriomente, Schwartzmann (2003) presenta un modelo de calidad de vida adaptado de Kuok Fai Leung y en donde postula el papel de los procesos de adaptación a las nuevas situaciones, los cuales llevan a cambios en la valoración con patrones temporales o interpersonales también cambiantes, lo cual puede ser probado desde el punto de vista clínico a través del estudio de los mecanismos de afrontamiento (coping) y patrones con los cuales la persona se compara.

La calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuera tan disímil. En este mismo sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos

---

[134] AARONSON, NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. In: Cancer. 1991, vol. 67, p. 844-50.

[135] TORRES, Alexandra y SANHUEZA, Olivia. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Op. cit.,p. 10.

[136] Ibíd p. 13.

vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidiría negativamente (pobreza, desempleo, duelos).

Desde la perspectiva de este modelo, para el caso de pacientes con cáncer, el diagnóstico y posterior tratamiento de las enfermedades oncológicas provoca un fuerte impacto emocional, donde aparecen problemas psicológicos cambiantes, que se suceden en las diversas fases de su enfermedad, fenómeno que dependerá de las estrategias de afrontamiento que utilice para enfrentarse a la enfermedad y que, en suma, determinaran su proceso adaptativo y con ello su calidad de vida (evaluación afectiva y mecanismos de afrontamiento) (Kaufman, 1989).

Los pacientes que están en mejores condiciones para adaptarse podrán continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad física y emocional y seguir participando en actividades que son significativas para ellos, encontrando aún significado e importancia en sus vidas. Los pacientes que no se adapten bien probablemente participarán menos en sus propias actividades vitales, se retraerán y perderán esperanza.[137]

Teniendo como referentes estos modelos teóricos de incertidumbre y calidad de vida relacionada con la salud, la autora de esta investigación propone un nuevo modelo que incorpora la imagen corporal (figura 25) para tener en cuenta en la mujer sobreviviente al cáncer de mama y sometida a mastectomía; las relaciones finales darán pie a un nuevo modelo de atención integral biopsicosocial que incorporen estos tres constructos (incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal) y que se dejará planteado dentro de las recomendaciones de la investigación.

3.3 Constructo de Imagen corporal

En cuanto a la Imagen corporal, este constructo ha sido poco estudiado, varios autores coinciden en que la imagen corporal es la representación mental que se tiene en cualquier momento del propio cuerpo en situación de descanso o movimiento. Es la forma característica en que una persona es consciente de su propio cuerpo y de acuerdo a las experiencias espaciales, visuales, táctiles, cenestésicas y vestibulares, pasadas y actuales (Bloch y cols., 1996; Océano-Centrum, 1998).

El constructo en la representación que tiene la persona de su cuerpo, y en la que existe un conflicto más profundo e inconsciente entre la forma en que se percibe y experimenta el propio cuerpo, generalmente incluye una discordancia respecto a las características reales de género y edad del individuo (Torras De Béa, 1987; Laufer, 1991; Raich, 2001).

Investigaciones realizadas sobre el impacto de la mastectomía, ya sea de un pecho o de los dos, en el aspecto emocional, social y físico, manifiestan que Indudablemente, mientras más mutilante sea la cirugía, mayores serán las alteraciones emocionales, pero a largo plazo, la mayoría de las mujeres se adapta al cambio de su imagen corporal. Entre

[137] Ibíd. p. 14

los efectos documentados están los sentimientos de mutilación e imagen corporal alterada, valoración personal disminuida, pérdida del sentido de la feminidad, disminución en la atracción y funcionamiento sexual, ansiedad depresión, vergüenza, miedo a la recurrencia y a la muerte. Estos problemas pueden encontrarse y afectar el bienestar emocional.[138]

La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales. Se señalan afectaciones del auto concepto y de identidad en las pacientes sometidas a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas por cáncer de mama. Las más afectadas, psicológica y socialmente son las pacientes mastectomizadas[139,140].

Muchos tipos de cirugía pueden afectar tanto la forma como la función, al perder una mama, puede ser un claro ejemplo de alteración de la forma y la función. Mientras que el cáncer ocasiona ansiedad en cuanto a la enfermedad, la mastectomía amenaza a las mujeres con un perturbante cambio en su imagen corporal; en gran parte por la asociación física y simbólica que hay entre el pecho y la feminidad[141]. Una mama reconstruida tendrá sus limitaciones estéticas y funcionales (pérdida de sensibilidad al tacto, lactancia) pero le aporta una mejor calidad de vida a la mujer, porque le mejora su imagen corporal.

Maguire[142] propone que aunque las consecuencias psicológicas de la mutilación quirúrgica pueden ser muy severas, hay que recordar que las pacientes pueden sufrir gran ansiedad por el miedo a que el cáncer no haya sido completamente removido o reincida. Por lo tanto, la percepción de la imagen corporal puede disminuir por miedo a la recurrencia del cáncer.

La imagen corporal es indudablemente la más afectada, mientras más mutilante sea la cirugía, mayores serán las alteraciones emocionales, pero a largo plazo la mayoría de las mujeres se adapta al cambio de su imagen corporal. La elección de un tipo de intervención psicológica específicamente en la esfera de la autoimagen corporal para la mujer mastectomizada deberá en particular encaminarse a sus afrontamientos y de igual

---

[138] DELGADO BUENO, Santiago y TEJERINA, Armando. Medicina legal en patología mamaria.. Madrid: Ediciones Díaz de Santos: 2002. p. 153-159.

[139] ARRARAS URDANIZ, Juan. Evaluation through the EORTC questionnaires of long-term quality of life in patients with breast cancer in initial stages. In: Revista Clínica Española. 2003; vol. 203, no. 12, p. 577-81.

[140] LLULL, Darío Martín; GARCÍA, Fernando y ZANIER, Justo. Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. En: Psico USF. Dic. 2003, vol. 8, nº. 2, p. 175-182.

[141] Ibíd. p .178

[142] ARCILA, D; ESCAPA, R. y VELÁSQUEZ, D. Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria. Op. cit., p. 1-17.

forma, deberá posibilitar la utilización de un tratamiento diferenciado al nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de que disponga cada paciente.[143]

Según el estudio sobre *Evaluación psicológica en mujeres mastectomizadas* [144] realizado a 50 mujeres donde se exploró algunas variables psicológicas con el objetivo de identificar el grado de conocimiento que tienen estas mujeres acerca de su enfermedad, actitud hacia la vida, percepción que tienen de su ambiente y de sí mismas, valoración que hacen del apoyo social que reciben, presencia de síntomas psiquiátricos, reconocimiento de conflictos previos a su enfermedad y estilo de afrontamiento que adoptan ante ésta, los resultados muestran que la mayoría de estas pacientes desconocen su enfermedad, no reconocen cambios en su actitud ante la vida y se describen a sí mismas y al ambiente de manera positiva; el apoyo social mejor evaluado es la familia, mientras que el equipo de atención primaria de salud no ocupa posiciones envidiables. En todos las pacientes se constata ansiedad y en la mayoría depresión; no hay diferencia notable entre las que reconocen o no, la presencia de conflictos previos a la enfermedad y se señala pérdida familiar como acontecimiento significativo, ocupando el primer lugar. Las pacientes asumen fundamentalmente un estilo de afrontamiento activo

La reconstrucción mamaria es un punto fundamental en el tratamiento completo del cáncer de mama. Su objetivo es restaurar la mama para devolver a las mujeres mastectomizadas, su imagen corporal afectada. Esta reconstrucción no modifica el pronóstico de su enfermedad.

En cuanto a la reconstrucción inmediata, que ha sido postulada como una técnica que permite evitar el trauma psíquico por la mastectomía, las evidencias parecen ser controversiales, y puede ser que se interprete como una suerte de "premio de consolación" a cambio de aceptar la mutilación, en una mujer angustiada por el diagnóstico de un cáncer que ella quiere ver desaparecer lo antes posible. En ese momento, la mujer puede no entender lo que le dice el cirujano, lo que explicaría los fracasos psicológicos a largo plazo de algunas reconstrucciones. Asimismo, se han reportado (4) mayores alteraciones del humor y menor bienestar en mujeres sometidas a cirugía de reconstrucción de mama, en un estudio comparativo entre pacientes que sufrieron cirugía conservadora, mastectomía sola, y mastectomía con reconstrucción. Estas diferencias permanecieron l8 meses después de la cirugía.[145]

A pesar de que las mujeres puedan ser o no reconstruidas, algo que no puede olvidarse es el efecto psicológico como consecuencia de la alteración de la imagen corporal .La principal consecuencia de la mastectomía sin reconstrucción es el trastorno depresivo mayor (TDM) es un trastorno psiquiátrico que se presenta con relativa frecuencia en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama o que se encuentran en tratamiento para el

---

[143] SUÁREZ VERA, Diana Marjorie. Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. Op. cit., p. 1-11.

[144] CARDENAS, Clara Pérez. Evaluación psicológica de mujeres mastectomizadas [en línea]. En: Revista electrónica Psicologia Cientifica Disponible en Internet: http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-219-1-evaluacion-psicologica-de-mujeres-mastectomizadas.html. [consultado Julio 3, 2009].

[145] MELET, Argelia. Después de la mastectomía: la calidad de vida. Op. cit., p. 115-119.

mismo. No obstante, no existen datos específicos en Colombia acerca de la prevalencia de depresión en las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada (MRM) sin reconstrucción. En un estudio de 80 mujeres mastectomizadas sin reconstrucción, de tipo descriptivo transversal, los autores afirman que la prevalencia del trastorno depresivo mayor tuvo más incidencia que en la población general; el TDM se relaciona directamente con los problemas derivados de la cirugía e inversamente con el apoyo social. [Suárez G, Rueda AC[146].

Además de la depresión otras de las manifestaciones es la ansiedad, la cual se considera como una reacción común cuando las personas encuentran nuevos problemas y no saben que esperar. La ansiedad ocurre cuando no se sabe lo nuevo que representa realmente, una situación. La inseguridad ocurre por la ansiedad, debido a la situación en que la persona se encuentra y que la atemoriza al principio, y conjuntamente puede tener sentimiento de inutilidad o incapacidad[147]. Muchas de estas manifestaciones se sienten como la incertidumbre.

La angustia también se asocia con el trastorno depresivo mayor, generalmente continúa incluso después de haber superado el impacto inicial del diagnóstico del cáncer de mama y de la mastectomía. A medida que las mujeres comienzan lo que con frecuencia es un largo proceso de tratamiento, pueden hallarse afrontando nuevos problemas. Por ejemplo, pueden hallar confusión en sus relaciones personales, sentirse realmente cansadas todo el tiempo y estar muy preocupadas respecto a los síntomas, el tratamiento y la muerte. Enfrentar la discriminación de los empleadores o las compañías de seguro son uno de los factores que contribuyen al estrés crónico, la ansiedad y la depresión.[148]

Los síntomas de ansiedad predominan sobre los depresivos. Las estrategias de afrontamiento se relacionan con la adaptación psicológica pero no con el apoyo social percibido. La comunicación en el núcleo familiar sobre la enfermedad constituye una variable relevante en relación al apoyo social percibido y la adaptación psicológica.

La Calidad de Vida Percibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención diagnóstico, tratamiento o seguimiento y del estadio en el que se encuentre la enfermedad.

El reconocimiento de implicaciones psicológicas y sociales de enfermedades crónicas ha dado lugar a que los profesionales establezcan objetivos de atención relacionado con la comunicación efectiva entre cuidadores de la salud y el paciente. La mayoría de las personas presentaron bienestar espiritual, y la relación interpersonal permitió explorar y comprender valores y actitudes, con la finalidad de conducir a la salud, como cualidad dinámica que permite la experiencia potencial del bienestar físico, psicológico y social,

---

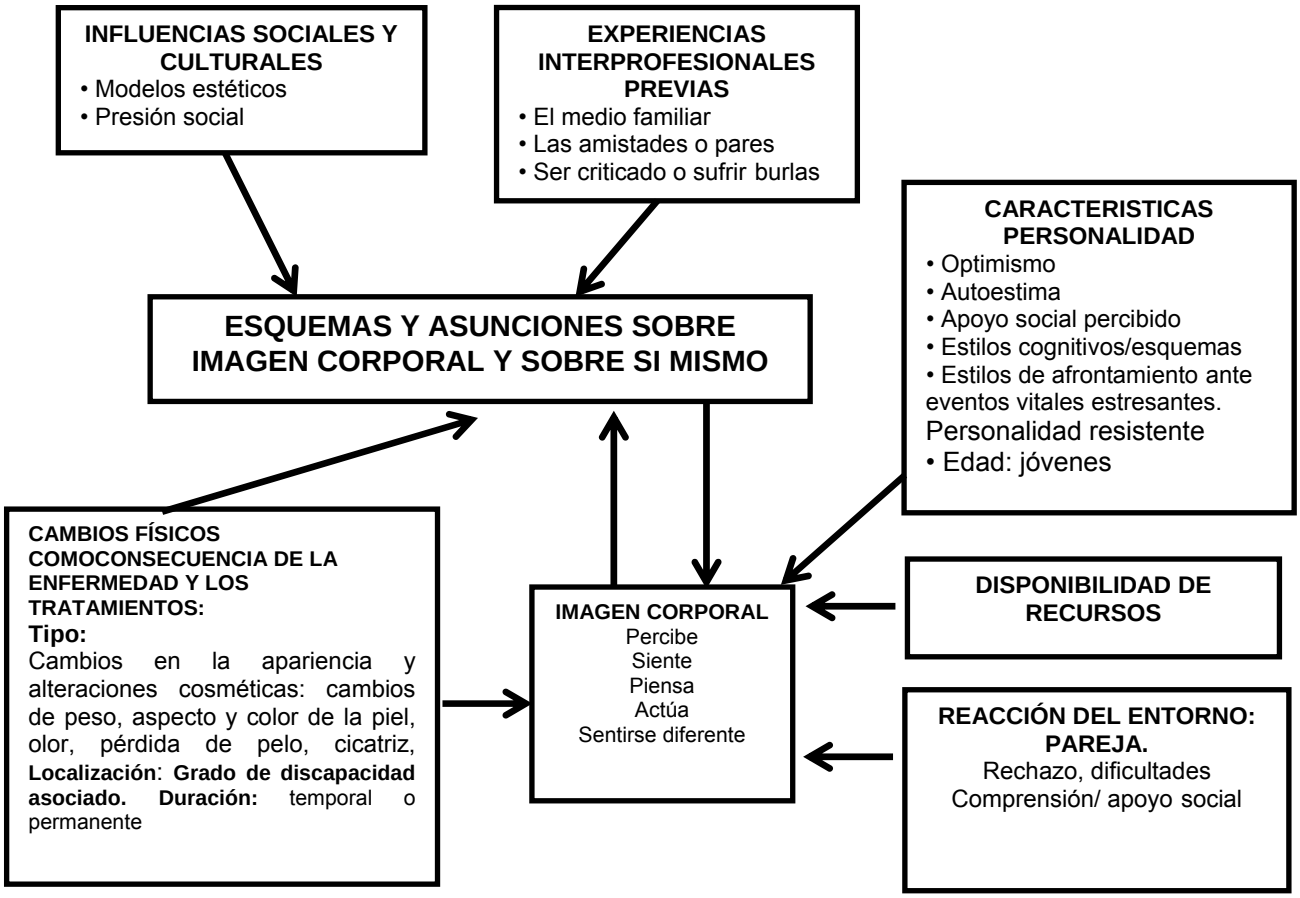
[146] SUAREZ CARREÑO, Gloria Lucía y RUEDA LOPEZ Ana Celina. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con mastectomía radical modificada sin reconstrucción. Op. cit., p. 24-27.

[147] Ibíd. p. 26

[148] Ibíd. p. 27

que confiere la oportunidad de vivir bien y en armonía. Como conclusiones de esta revisión teórica- empírica- conceptual de las piezas de investigación se determina lo siguiente: El cáncer de mama es sin duda una enfermedad destacada que afecta profundamente el bienestar físico, mental y social de la mujer, y su imagen corporal.

Figura 4. Variables que influyen en el cambio de la imagen corporal[149].



Fuente: FERNÁNDEZ Ana Isabel. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos.

[149] FERNÁNDEZ Ana Isabel. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología. Vol. 1, n . 2-3, 2004, p. 171

Por envolver el estigma de muerte, y traer repercusiones negativas como depresión, angustia, miedo de morir, inseguridad, perjudicando a la auto-imagen y auto-estima de la mujer mastectomizada [150,151,152,153,154,155], se encuentran cambios en las diferentes esferas de la vida, como consecuencia de la alteración de la imagen corporal (Figura 4)

El instrumento escala de imagen corporal, BIS. (Hopwood Penélope 1993), fue el instrumento seleccionado para medir imagen corporal en la investigación.

La escala de imagen corporal desarrollada por Hopwood Penélope[156]. introduce las cuestiones que Hopwood (1993) propone como fundamentales para la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama. La escala consta de 12 items, (afectivos, cognitivos y conductuales) que se contestan mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones que va de 1= nada a 4 = mucho. Las preguntas están relacionados con seis áreas: Grado de satisfacción con la apariencia vestida, tanto consigo misma como con los demás, pérdida de la feminidad, Sentimientos acerca del atractivo sexual, grado de satisfacción con la apariencia desnuda, tanto consigo misma como con los demás, pérdida de la integridad corporal, grado de satisfacción con la cicatriz.[157] La puntuación máxima posible es de 48 puntos. A mayor puntuación obtenida mayor problemática relacionada con la imagen corporal. La fiabilidad del instrumento utilizando el índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala de Imagen corporal fue de 0,93.[158] (Anexo E)

---

[150] ASOCIACIÓN AMERICANA de Psicología. Cáncer de mama: Cómo puede la mente ayudar al cuerpo [en línea]. Disponible en Internet en: http://projectoliberacion.org/V_2/Ayuda/C%C3%A1ncer%20de%20mama%20C%C3%B3mo%20puede%20la%20mente%20ayudar%20al%20cuerpo.html. [consultado Marzo 29, 2010].

[151] GAVIRIA, Ana Milena, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Op. cit., p. 50-75.

[152] SANCHES, Nuria et al. Influencia de la comunicación en el núcleo familiar y las estrategias de afrontamiento sobre el apoyo social percIbíd.o y la adaptación psicológica en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. En: Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2002, vol. 29, nº. 5, p. 296-300.

[153] GALLEGOS, Alvarado Mónica y HERNÁNDEZ, Dolores Eunice. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. En: Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2008, vol. 16, nº. 2, p. 99-104.

[154] NISSEN, M. et al. Quality of life after breast crcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. Op. cit., p. 1238 – 1246.

[155] ENGEL, Jutta et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. In: The Breast Journal. 2004, vol. 10, nº. 3, p. 223–231.

[156] HOPWOOD. P. FLETCHER I, LEE A, AL GHAZAL S. A body image scale for use with cancer patients. European Journal of Cancer . 2001. Vol 37. P . 189-197.

[157] Ibid. p. 189.

[158] SEBASTIÁN, Julia, et al. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Op. cit., p. 137-161.

Esta escala fue desarrollada junto con la EORTC (European Organization for research and treatment of cáncer. Quality of life questionnaire), con el objetivo de evaluar la imagen corporal en pacientes oncológicos. Los ítems de la escala surgieron a partir de revisiones de la literatura científica relacionada con este tema, el consenso entre los diferentes profesionales de la salud y las entrevistas realizadas a pacientes con cáncer de mama. Este instrumento está formado por 12 ítems que comprenden el área afectiva (sentimientos de feminidad y sentimientos de atractivo), comportamental (dificultad para mirar la cicatriz, evitar a gente por el aspecto) y cognitiva (satisfacción con la apariencia y satisfacción con la cicatriz) de la imagen corporal. Así, seis ítems se formularon de forma positiva y las otros seis de forma negativa. Los 12 ítems están estructurados en una escala tipo "Likert", presentando cuatro categorías de respuesta. La puntuación total oscila en un rango de 0 a 30, donde puntuaciones elevadas informan de la presencia de alteraciones en la imagen corporal[159].

La escala ha sido validada en varios idiomas entre ellos al español; en relación a las características psicométricas de la escala, la fiabilidad de la escala para una muestra formada por pacientes con diferentes neoplasias era adecuada, alcanzando el alfa de Cron Bach un valor de 0,93 y la fiabilidad test-retest 0,7 para el coeficiente de correlación de Pearson. De esta forma, los autores observaron que la escala presentaba una buena validez clínica, basada en la prevalencia de respuesta, la validez discriminante (p.0.001, U de Mann-Whitney), la sensibilidad al cambio (p.0.001, prueba de Wilcoxon), y la consistencia en los resultados[160].

3.4 Proposiciones empíricas de la investigación

Las proposiciones que sustentan el presente estudio, están acordes a la revisión de literatura realizada de diez años atrás y ordenadas por las dimensiones teóricas de incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal, estas proposiciones son:

Incertidumbre: La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente los casos de enfermedad, debido a la falta de claves suficientes.[161]

- La incertidumbre puede presentarse bajo la forma de: ambigüedad, complejidad, falta de información, información nada consistente e imprevisibilidad.
- Los patrones de síntomas, evento familiar, credibilidad de la autoridad y educación tienen efecto en la incertidumbre.

---

[159] OLIVARES,María Eugenia.MARTÍN María Dolores, ROMÁN José María y MORENO Arazazu. Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. . Psicooncología; Vol 7. No 1 2010. p. 81– 97.

[160] Hopwood P, Flectcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body scale for use with cancer patients. Eur J Cancer 2001; 37: 189-97

[161] MERLE, Mishel. Uncertainty in illness. En: Image: Journal of Nursing Scholarship.1988, vol. 20, p. 225-231.

- La angustia del síntoma tiene asociación positiva con la presencia de incertidumbre.

- La influencia que tiene la incertidumbre en las consecuencias psicológicas se ve mediada por la efectividad de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a disminuir la incertidumbre valorada como peligro o a mantenerla valorada como una oportunidad.

- Cuando el marco de estímulos aumenta, el grado de incertidumbre disminuye.

- La incertidumbre valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigido a reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional que ésta genera.

- La reducción de la incertidumbre ocurre indirectamente cuando los proveedores de la estructura ayudan al paciente a determinar el patrón de los síntomas, la familiaridad de los eventos y la congruencia de experiencias.

- Los estímulos son procesados por los pacientes para construir un esquema cognitivo para los eventos de la enfermedad. La incertidumbre resulta cuando no se puede formar un esquema cognitivo.

- Los proveedores de la estructura son autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social.

Calidad de Vida: Considera el estado de salud del individuo como un aspecto que debe estar implícito en la evaluación de la calidad de vida de las personas. El estado de salud está relacionado con el estado funcional del individuo.

- El bienestar físico está determinado por el mantenimiento de la funcionalidad para la realización de las actividades de la vida diaria.

- El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar.

- El bienestar psicológico, es la búsqueda de un sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad o problemática que amenaza la vida. caracterizada por un problema emocional, una alteración de las prioridades de la vida y miedo a lo desconocido, al igual que cambios positivos en la vida.

- El bienestar espiritual está relacionado con la fe, las creencias y los significados interiores de cada persona, integrando algo más grande que la religiosidad.

Mantiene la esperanza y el significado de la experiencia que se caracteriza por la incertidumbre.

- Capacidad de evaluar y de entender los elementos que influyen en la calidad de vida del individuo deberían ser el enfoque con el cual los profesionales de la salud, direccionan las intervenciones a realizar.

- El estado de salud del paciente es un indicador de calidad del cuidado que se ofrece.

- Los perfiles de salud de la población pueden ser usados para analizar el costo efectividad de las decisiones tomadas acerca del cuidado y como se deben invertir los recursos.

- La condición específica de la calidad de vida es frecuentemente usada para determinar el impacto de una condición individual en las perspectivas personales. Puede proporcionar una mayor comprensión de las dimensiones de la vida que afectan la condición del ser.

- Determinar la efectividad de un tratamiento sobre el impacto positivo en la calidad de vida, guiar la práctica clínica y la selección de una intervención más efectiva

Imagen corporal**:** La pérdida de partes corporales tiene consecuencias psicológicas significativas [162]

- La alteración cognitiva y afectiva está relacionada con la insatisfacción y sentimientos negativos de la imagen corporal.

- La percepción que tienen las mujeres respecto a la imagen corporal, está relacionada con la insatisfacción de la apariencia, pérdida de la feminidad, sentirse menos atractiva, preocupación por la nueva apariencia e insatisfacción con la cicatriz.

- Las sobrevivientes al cáncer de mama que presentan cambios físicos permanentes o temporales en sus organismos pueden correr el riesgo de tener una imagen corporal deficiente mientras aprenden a adaptarse a los cambios en sus organismos.

---

[162] Curran D, et. al. Quality of Life of Early-stage Breast Cancer Patients Treated with Radical Mastectomy or Breast-concerving Procedures: Results of EORTC Trial 10801. European Journal of Cancer 1998; 34 (3):307 – 314.

- Los efectos de un cambio físico temporal en su imagen corporal pueden ser de corta duración. Un cambio físico permanente puede tener efectos permanentes en su imagen corporal.

- La imagen corporal que muestra un conflicto profundo resulta ser una consecuencia frecuente e importante de la mastectomía radical.

- La mastectomía, vulnera la imagen corporal de la mujer. Las mujeres mastectomizadas tienen un significado diferente de la imagen corporal.

- La mutilación está relacionada con la pérdida de la integridad corporal.

La revisión del estado del arte correspondió a 124 piezas de investigación comprendió: 2 revisiones documentales, 6 artículos de revisión, 3 Conglomerados (meta análisis – meta síntesis), 32 estudios cualitativos, 80 estudios cuantitativos, 1 estudio mixto cualitativo-cuantitativo, relacionados con la incertidumbre, calidad de vida, y la imagen corporal de las mujeres sometidas a mastectomía. En el período comprendido en los años 1999 y 2009. Los artículos fueron seleccionados de las bases de datos: Ovid, Hinari, Pubmed, Medline, EBSCO, Academic Search Premier, British Nursing Index, Cochrane Breast Cancer group, embase, Library e info entre otras. Este análisis arrojó los hallazgos antes mencionados.

El fortalecimiento de la revisión de la literatura hecha a partir de las piezas de investigación se organizó de acuerdo a la construcción de la trama de incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía acompañada por una secuencia cronológica de la producción de investigación revisada (estudios cualitativos, estudios cuantitativos, estudios cuantitativos y cualitativos, estudios investigativos y estudios documentales y de revisión).

4. Marco Metodológico

Este capítulo presenta el diseño de la investigación, el universo, la población, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, el análisis estadístico, control de sesgos, los riesgos del diseño, las consideraciones éticas, el procedimiento para la recolección de los datos, la prueba pre-piloto, piloto y estudio principal desarrollado para la obtención de los datos de la investigación.

4.1 Diseño y tipo de estudio

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo analítico observacional. Propuso una relación entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en el grupo de mujeres sometidas a mastectomía sobrevivientes al cáncer de mama con cirugía reconstructiva, y la relación entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía sobrevivientes al cáncer de mama sin cirugía reconstructiva. De esta manera si miramos el enfoque cuantitativo, el investigador utiliza su diseño para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular o para reportar evidencia respecto de los lineamientos de la investigación[163].

Igualmente, comparó la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía sobrevivientes al cáncer de mama sin cirugía reconstructiva con la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía sobrevivientes al cáncer de mama sin cirugía reconstructiva; y de esta manera realizó una indagación más detallada sobre el fenómeno de estudio.

---

[163] HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4a. ed. México: McGrawHill- Interamericana. 2006, p. 120.

De acuerdo a la temporalidad el diseño del estudio es de corte transversal o transeccional debido a que las variables del estudio se tomaron en un tiempo determinado; y la recolección y análisis de la información se hizo en un solo momento y en un tiempo único.

El diseño según Sampieri[164], fue no experimental, transeccional, correlacional, es decir, este estudio se realizó sin la manipulación deliberada de las variables, y en él, se analizó el fenómeno de estudio: *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva,* en su ambiente natural, *la ciudad de Cali – Colombia 2011,* para después explorar, comparar y correlacionar los constructos del fenómeno al interior del grupo y en los dos grupos (mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas), este diseño estableció relaciones entre dos o más variables en un momento determinado[165].

En una primera fase de la investigación se consideró el análisis descriptivo univariado, y el análisis factorial multivariado este permitió la comparación entre las variables del estudio: Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en el grupo de mujeres mastectomizadas reconstruidas y mastectomizadas no reconstruidas sobrevivientes al cáncer de mama. Los estudios observacionales pretenden describir un fenómeno dentro de una población de estudio y conocer su distribución en la misma. El diseño también tiene en cuenta los lineamientos de la investigación epidemiológica.

> ***La información necesaria para cumplir con los objetivos de la investigación epidemiológica, (ensayos epidemiológicos aleatorizados, estudios de cohorte, estudio de casos y controles, estudios transversales, estudios ecológicos o de conglomerados) ya sea de tipo descriptivo o analítico, se deriva de la experimentación con seres humanos o, más frecuentemente, de la observación directa de grupos poblacionales. A pesar de que para la epidemiología es de interés principal derivar conocimiento de aplicación poblacional, raramente estudia a la población en su conjunto. Por ello, tanto para la experimentación con voluntarios como para la observación de grupos poblacionales es necesario desarrollar estrategias muéstrales y de medición que permitan, en primera instancia, estudiar subgrupos de la población y, en un segundo término, hacer extrapolaciones del conocimiento generado hacia el total de la población[166].***

En un segundo momento se realizó la correlación. En los estudios observacionales analíticos, el investigador pretende relacionar causalmente algún factor de riesgo o agente causal con un determinado efecto, es decir, establecer una relación causal entre dos

---

[164] SAMPIERI H Roberto. FERNANDEZ C. Carlos. BAPTISTA L. Pilar. Metodología de la Investigación.5$_a$ ed. México. M$_c$ Graw Hill. 2010.

[165] Ibíd. p, 151-156

[166] HERNANDEZ-AVILA, Mauricio; GARRIDO-LATORRE, Francisco and LOPEZ-MORENO, Sergio. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública Méx* [online]. 2000, vol.42, n.2 [cited 2012-10-02], pp. 144-154 . Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000200010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342000000200010.

fenómenos naturales[167], en este caso se relacionó la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal en las mujeres tanto reconstruidas como no reconstruidas; para determinar cómo se comportan estas variables del estudio al interior del grupo y en los dos grupos; sin establecer relación causa efecto ni manipulación de variables.

En el diseño correlacional el investigador puede buscar describir una relación, predecir relaciones entre las variables o analizar las relaciones propuestas en las proposiciones teóricas[168]. Estos diseños de correlación, involucran a la investigación sistémica de la naturaleza de relaciones o asociaciones entre las variables, en vez de las relaciones directas de causa y efecto. Los diseños de correlación son típicamente transversales. La utilidad principal de la correlación es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas[169].

4.2 Descripción de las variables

Las Variables no fueron manipuladas se enmarcaron bajo el fenómeno de la investigación: *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.* En la siguiente tabla se presenta el tipo de variable, la definición operacional, el instrumento de medición y la escala.

Tabla 2. Tipos de variables y su descripción.

Variable -	Definición operacional	Instrumento de medición	Escala de la variable
Incertidumbre Variable categórica ordinal	Imposibilidad de averiguar el significado de los acontecimientos relacionados con la enfermedad debido a la falta de señales. Estas señales permiten que el paciente pueda predecir el resultado de la enfermedad.*	Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Elaine MIshel 1988.Ver (Anexo B)	La incertidumbre frente a la enfermedad Mishel, es una Escala de la Comunidad de forma (MUIS-C) (Mishel, 1988) es un cuestionario para ser autoadministrado y consta de 33 items mide la incertidumbre percibida en la enfermedad. en las escalas de tipo Likert de cinco puntos que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo).

[167] VEIGA DE CABO, Jorge; FUENTE DIEZ, Elena de la y ZIMMERMANN VERDEJO, Marta. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med. segur. trab.* [online]. 2008, vol.54, n.210 [citado 2012-10-02], pp. 81-88 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0465-546X. http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2008000100011.

[168] BURNS, Nancy and GROVE, Susan. The practice nursing research – Conduct, critique, & utilization. 3a. ed. Philadelphia: W.B Saunders company.1997, p. 258-259.

[169] HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 5a. ed. México: McGrawHill- Interamericana. 2006, p. 130.

Calidad de Vida. Variable categórica ordinal	Percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social**.	Escala sobre Calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer. Betty Ferrell 1995.Ver (Anexo D)	Este instrumento de Betty Ferrell, establece la calidad de vida desde las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. El instrumento consta de 41 ítems organizados en 4 subes calas, que describen las 4 dimensiones que aborda (bienestar físico, psicológico, social y espiritual). La puntuación se basa en una escala de o: peor resultado, a 10: mejor resultado, donde 0 corresponde a un problema severo o muchísima afectación en su calidad de vida .
Imagen Corporal Categórica Ordinal	La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos" (Schilder,1950) ***	Escala de imagen corporal de Penélope Hopwood 1993.Ver (Anexo F)	Esta Escala propone como fundamentales para la imagen corporal de mujeres con cáncer de mama. La escala final consta de 12 ítems, a los que se contesta mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones que va de 1= nada a 4 = mucho. La puntuación máxima posible es de 48 puntos. A mayor puntuación obtenida mayor problemática relacionada con la imagen corporal.

Fuente: * MISHEL Merle Helaine. Escala de Incertidumbre en la enfermedad. 1998. ** FERREL, Betty. Escala de Calidad de vida. 1995. *** HOPWOOD Penélope. Escala de Imagen Corporal BIS (1993).

4.3 Riesgos del Diseño

Asociado a la situación de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas, que corresponde a un evento del pasado, se indagó y se midió en ellas, la incertidumbre, calidad de vida y la imagen corporal. Para lograr el objetivo de la investigación se tuvo en cuenta los riesgos que pudieron presentarse en el diseño de tipo correlacional utilizado en la investigación.

Los riegos identificados en esta investigación fueron: maduración, instrumentación, mortalidad y sensibilización, asociados al diseño correlacional, el cuál fue utilizado en la presente investigación, estos hacen referencia a la validez Interna del estudio[170].

- Maduración, Se refiere a los procesos que experimentan los sujetos como resultado del paso del tiempo[171], es posible que existiera disminución del recuerdo de la experiencia de sobrevivir tanto al cáncer de mama, como a la mastectomía; dependiendo de cómo afrontó el diagnóstico inicial y el tratamiento, sin embargo la experiencia es tan trascendente en la vida de las mujeres participantes que recuerdan el evento.

- Instrumentación, se refiere a que las pruebas o instrumentos aplicados a los distintos grupos que participaron en el estudio no sean equivalentes. Para controlar este riesgo, se seleccionaron tres instrumentos originarios en experiencias de mujeres con cáncer que administran escalas tipo Likert y que permiten medir los tres constructos del fenómeno de estudio lo cual facilitó que fueran aplicados a todas, las mujeres participantes de la investigación, las que se definieron mediante los criterios de inclusión y exclusión.

- Mortalidad, se refiere, a que los participantes abandonen el estudio[172]. Este riesgo no se evidenció en la investigación puesto que ninguna de las participantes abandonó el estudio, además se tenía previsto más participantes que el número de mujeres sobrevivientes al cáncer mastectomizadas.

- Sensibilización, que en este caso reside en los cuestionarios, que pueden tener un efecto sensibilizador sobre temas que antes no habían sido objeto de reflexión, lo cual puede generar cambios de actitud, independientemente de que se hubieran familiarizado o no con el tema; por otra parte, las pre -pruebas pueden generar efectos en el desempeño de los participantes[173]. Durante el desarrollo de la investigación las mujeres participantes manifestaron durante la aplicación de los instrumentos trajeron al presente historia de la experiencia relacionada con el fenómeno de estudio, hicieron reflexiones sobre su estilo de vida, su estructura familiar, trabajo, relación de pareja. Este riesgo se manejó centrando la atención en la aplicación de los instrumentos, pero sin olvidar la parte humana, permitiendo

---

[170] HERNÁNDEZ, Sampieri Roberto; FERNÁNDEZ, Collado Carlos y BAPTISTA, Lucio Pilar Op. cit.5ª edición. p. 130.

[171] POLIT, D y HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a. ed. México: Mc Graw Hill, 2000. p. 222-223.

[172] HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar.. Op. cit.., 130.

[173] POLIT, D y HUNGLER, B. Op. cit.., p. 222-223.

una relación terapéutica de sanación a través de la comunicación que evoca recuerdos, sentimientos, experiencias, vivencias.

Los sesgos de la investigación se controlaron de la siguiente forma: Los de los investigadores desde un comienzo se tuvo una claridad que no hubo relación causa – efecto entre las variables y solamente se abordó la relación entre ellas.

En relación con la *selección,* desde el principio hubo claridad en el proceso de las mujeres participantes en la muestra; sobre la *información* se mantuvo el mismo proceso de recolección de la información, los mismos instrumentos para los dos grupos. En cuanto al sesgo de *confusión* en la presente investigación no se presentaron conclusiones espurias sobre las hipótesis de evaluación.

Como se presentó anteriormente en el riesgo de mortalidad tampoco hubo sesgos de atrición por pérdida de mujeres participantes del estudio.

4.4 Participantes

4.4.1 Abordaje

En la presente investigación las participantes fueron mujeres adultas de Cali – Colombia, sobrevivientes al cáncer de mama, se estudiaron dos grupos: las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva y luego se compararon los grupos**.** En estos estudios comparativos*,* llamados también de estudios *ex pos facto* o *comparativos causales*; describen, diferencias en las variables que se dan de forma natural entre dos o más casos, sujetos o unidades de estudio.

Las participantes fueron tomadas de los programas: “AIMMA” (Programa de atención integral a la mujer que requiere cirugía mamaria) del servicio de oncología y cirugía plástica del Hospital Universitario del Valle, en Cali - Colombia, y del Programa de Excelencia en Mama y cirugía reconstructiva del Centro Médico Imbanaco, Centro Médico Fundación Valle del Lili , fundaciones (Funcáncer- Unicáncer) y de las Asociaciones de apoyo a la mujer con cáncer de seno (Ámese), estas organizaciones sociales e instituciones cumplen una importante labor en el manejo integral de la mujer con cáncer y sobreviviente al cáncer y en torno de ella se agrupan las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión.

La investigadora realizó una previa inmersión al campo para conocer la filosofía de las instituciones, el funcionamiento de los programas, y el personal que atiende a las usuarias. Fue de particular interés el trabajo previo realizado con las enfermeras encargadas del programa de oncología, donde realizan acciones de seguimiento, educación y administración de medicamentos, quienes permitieron un acercamiento más cálido con las mujeres. Para la recolección de los datos se ambientó el momento con diferentes estrategias que permitieron una interacción entre la investigadora y las mujeres participantes. Se les explicó lo concerniente al proyecto de investigación y se efectuó el diligenciamiento del consentimiento informado por parte de la investigadora.

En cuanto a los procedimientos para proteger a las participantes del estudio, la investigadora, les explicó personalmente en que consistió la investigación, y cuál debía ser su participación, y al igual que el respeto de sus derechos, beneficios y riesgos. La posibilidad de retirarse en el momento que lo desearan sin perjuicio alguno fue otros de los aspectos contemplados en esta información, como también la garantía de la privacidad sin interrupciones y el derecho a la confidencialidad de la información y de los hallazgos.

Toda la recolección de la información la realizó la investigadora. El trabajo de campo para el estudio principal se realizó durante el período comprendido entre Febrero y Diciembre de 2011, en los sitios antes mencionados.

Paralelamente a la recolección de los datos, la investigadora adoptó algunas estrategias complementarias como actividades académicas lúdicas y sociales, que le permitieron un acercamiento e interacción continua con las mujeres participantes del estudio. (Anexo F).

4.4.2 Universo población y muestra

A continuación se describe el universo, la población y la muestra requerida para el desarrollo de la investigación:

El Universo estuvo constituido por las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en Cali provenientes del Valle y sur occidente Colombiano dato tomado del último Registro Poblacional de cáncer (Anexo H) y la población todas las mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de mama en el Hospital Universitario del Valle (HUV) e instituciones privadas de la ciudad de Cali nombradas en el anterior aparte.

- Muestra. La muestra fue constituida por setenta y seis (76) mujeres sobrevivientes al cáncer de mama que fueron sometidas a mastectomía. La mitad de este grupo con cirugía reconstructiva y la otra mitad sin cirugía reconstructiva, captadas en el Hospital Universitario del Valle (HUV), en clínicas privadas y fundaciones de apoyo a la mujer sobreviviente al cáncer de la ciudad de Cali durante el año 2011. Esta muestra de acuerdo a las características de la población objeto limitada por el número de mujeres reconstruidas, se puede considerar como incidental. *Se denomina muestra incidental a aquella que se emplea porque está a disposición del investigador en un momento determinado*[174]

- Muestreo. Dada las características del fenómeno de estudio: *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva, s*e utilizó en el estudio un muestreo mixto (intencional y aleatorio), debido a que los dos grupos no eran

[174] PEREDA, MARIN, S. (1987) (pag.127). En: ARGIBAY Juan Carlos. Muestra en investigación cuantitativa. Subjetividad y procesos cognitivos. Uces. [online]. 2009, [citado 2012-10-02], p. 13 - 29. Disponible en: <http://scielo. org.ar/

homogéneos, la mayoría de las pacientes estaban sin reconstruir por influencias del contexto económico, social, político y de pareja de las mujeres mastectomizadas. En el grupo de las mujeres no reconstruidas que era la mayor parte de la población se tomó un muestreo aleatorio simple; y en el grupo de las mujeres reconstruidas la muestra fue intencional.

El muestreo mixto está indicado cuando la población es compleja como la de la investigación, determinada por la cirugía reconstructiva, en estos casos se aplica un muestreo mixto que combina dos o más tipos de muestreo[175] El objetivo de este muestreo, fue determinar en una parte de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama y mastectomizadas de la ciudad de Cali, unas reconstruidas y otras no, la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal para ser una inferencia de cómo se comportan estos tres constructos en dicha población.

- Determinación del tamaño de la muestra. En el presente estudio se planteó analizar la Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en el grupo de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometida a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.

  En Cali, en los últimos 5 años fueron diagnosticadas con cáncer de mama 2000 mujeres, de este grupo se mastectomizaron 724 y solamente el 5 % se reconstruyeron (35)[176]. Si la población es finita como este caso, es decir conocemos el total de la población (724) y deseamos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta seria[177]

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^{2} \times p \times q}{d^{2} \times (N-1) + Z_{\alpha}^{2} \times p \times q}$$

N: 724 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama mastectomizadas
Z_{α}^{2} = 1.96[2]
p: Proporción esperada (en este caso se considera que el 5% de las mujeres que deseen participar en el estudio): 0.05
q: 1-p (en este caso 1- 0.05: 0.95)
d: precisión (corresponde al error que se acepta al recolectar la muestra, en este caso deseamos 7%): 0.07
Dónde:

---

[175] CASAL, Jordi y MATEU, Enric. Tipos de Muestreo. En: Rev. Epidem. Med. Prev. 2003, vol. 1, p. 3-7.

[176] REGISTRO POBLACIONAL DE CANCER Cali .Colombia.

[177] FERNANDEZ, Pita. Determinación del tamaño muestral. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. En: Cuadernos de Atención Primaria. 1996, vol. 3, p. 138-141.

$$n = \frac{724 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.07^2 \times (724 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95} = 35$$

Al tamaño de la muestra obtenida (35) se le dio una holgura del 6% equivalente a 2 pacientes más, obteniéndose un tamaño de muestra final de 37 para cada grupo. Es importante resaltar que con este proceso quedaron incluidas todas las pacientes reconstruidas de la ciudad de Cali, para un total de 74 mujeres.

4.4.3 Criterios de inclusión

Llamados también criterios de elegibilidad (inclusión) o delimitación (exclusión), son criterios que se usan para seleccionar la muestra desde todas las posibles unidades[178]. Los de inclusión, son los aspectos que necesariamente deberán tener los sujetos del estudio, y los de exclusión, quienes no tengan las características anteriores

Para la investigación los criterios de inclusión fueron:1) Ser mujer entre 18 y 65 años. 2) Estar en condiciones mentalmente competente (Las mujeres participantes de la investigación estaban ubicadas en las tres esferas tiempo, lugar y persona como constaba en las historias clínicas y en el interrogatorio previo y en la aplicación del instrumento). 3) Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas. 4) Para el grupo de reconstruidas se requería que cumplieran con este requisito. 5) Tiempo de la reconstrucción no mayor de 10 años.

Los criterios de exclusión fueron: 1) Pacientes mastectomizadas que al momento de la aplicación del instrumento tuvieran complicaciones quirúrgicas o de otro tipo 2) Imposibilidad de otorgar el consentimiento informado, ya sea por voluntad propia o por no querer participar en el estudio. 3) Mujeres no mastectomizadas o que no cumplieran los criterios de inclusión.

4.5 Aspectos Éticos

Las consideraciones éticas para esta investigación han seguido los lineamientos establecidos por la Dirección de Investigación Sede Bogotá (DIB) de la Universidad Nacional de Colombia[179], en la cual se propone tener en cuenta el Código de Núremberg y el código de Helsinki y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica

---

[178] LOBIONDO W., Geri and HABER, Judith. Sampling. En: Nursing Research, Methods and critical appraisal for evidence-based practice. Cap. 12. 6a. ed. Mosby Elsevier. 2006, p. 261.

[179] UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección de Investigación Sede Bogotá (DIB). Ética e investigación. [en línea] Disponible en Internet en: http://www.dib.unal.edu.co/documentos/etica.html. [consultado mayo de 2008].

en seres humanos establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de ciencias Médicas (CIOMS)[180], en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002, y los principios que dispone la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en la Ley 911 de 2004[181].

Este estudio es considerado de riesgo mínimo, porque no se hacen intervenciones ni procedimientos invasivos, pero al trabajar en la relación terapéutica para obtener la información de la investigación, se pueden desencadenar problemas en la esfera psicológica, para lo cual la investigadora previamente buscó el soporte del equipo interdisciplinar de las instituciones donde se tomó la muestra. De la misma manera, la relación de los riesgos y los beneficios, en la presente investigación como se ha mencionado anteriormente son mínimos, por lo tanto, los beneficios como el acompañamiento, apoyo emocional, orientación y educación superan los riesgos, de igual forma, las participantes no incurrirán en gastos económicos. En caso de presentarse una situación como depresión, angustia psicológica, estado de ánimo bajo, se remitirá inmediatamente al servicio de orientación psicológica,

Respeto a la autonomía[182]**:** Las mujeres del presente estudio sometidas a mastectomía reconstruidas y no reconstruidas tenían libertad de elegir y de determinar sus propias acciones.

El consentimiento informado se constituyó en el respeto del investigador al ejercicio de la autonomía de la persona para decidir su participación en la investigación después de ofrecer información completa de la naturaleza y finalidad de la investigación. A las mujeres participantes del estudio se les informó sobre la investigación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento, también se les informó sobre los beneficios y se les permitió formular preguntas e inquietudes. (Anexo G); además se les informó sobre la toma de fotografías y la decisión de participar o no. La investigadora en todo momento respeto la autonomía de las participantes.

Beneficencia: Las mujeres participantes del estudio recibieron posterior al diligenciamiento de los instrumentos los siguientes beneficios: Información y educación sobre cuidados postoperatorios, manejo de la mastectomía, nutrición, participación en actividad física, apoyo terapéutico mediante la implementación de grupos de baile, manualidades Contacto con los medios de comunicación para apoyar las campañas de detección precoz de cáncer de seno y participación en la caminata.

---

[180] CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) . Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. [en línea] Disponible en Internet en: http://www.dib.unal.edu.co/documentos/etica_biomedica_humanos.pdf. [consultado mayo de 2009].

[181] CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004.

[182] MAYA MEJÍA José M**.** Ética en Investigación Biomédica y del Comportamiento. En: Revista **CES** MEDICINA. Julio - Diciembre / 2001, vol. 15, nº 2**.**

Lo más importante fue la relación terapéutica que permitió a las mujeres manifestar sus experiencias, vivencias y detectar redes de apoyo para las participantes y remisión a programas. En este estudio se tuvo en cuenta la privacidad y la preservación del derecho a la intimidad, aspectos tenidos en cuenta al momento de la recolecta de los datos y del registro fotográfico de sus mamas.

Teniendo en cuenta el mérito científico, los aportes de esta investigación están orientados a la ciencia del cuidado y justificados por los hallazgos para mejorar la práctica del cuidado de enfermería de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama reconstruidas y no reconstruidas. El valor social está fundamentado en el beneficio que tendrán los hallazgos para atender las mujeres con cáncer de seno y el respeto a su derecho de la reconstrucción,

Privacidad y confidencialidad. A las mujeres sujetos de este estudio se respetó el derecho a la privacidad en todo el proceso. La identificación de información de los pacientes o del hospital no serán publicadas en los artículos de investigación,.

Se hicieron las gestiones ante las instituciones y se obtuvieron los respectivos avales éticos. (Anexo H)

Principio de Reciprocidad. Una vez finalizada la investigación los resultados serán presentados a las instituciones y a las mujeres participantes, mediante socialización abierta o privada.

Se tuvieron en cuenta las recomendaciones para el aval del Comité de ética de la Facultad de Enfermería. Finalmente el aporte de la investigación va dirigido a la comunidad académica y al sistema de salud y a las políticas de atención a mujeres mastectomizadas.

4.6 Instrumentos de medición

La unidad de análisis se determinará mediante los resultados de los datos obtenidos con la aplicación de los instrumentos que miden incertidumbre en la enfermedad, calidad de vida e imagen corporal los cuales previamente fueron validados.

Los instrumentos que se utilizaron en la recolección de la información de la presente investigación se enumeran a continuación y fueron presentados en el marco teórico y en la parte inicial de este marco metodológico:

Cuestionario Sociodemográfico de las mujeres sometidas a mastectomía**.** Este cuestionario fue elaborado por la investigadora y engloba aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados con el sistema de salud, aspectos clínicos como diagnóstico, tratamiento, reconstrucción. **(**Anexo I).

Instrumento para medir Incertidumbre, Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad. MUIS, Merle Helaine Mishel. (Anexo B).

Escala sobre Calidad de Vida en pacientes sobrevivientes al cáncer, Betty Ferrell 1995**.** (Anexo D)

Escala de imagen corporal (BIS) Body Image Scale Hopwood Penélope 1993. Ver (Anexo E)

4.7 Recolección y análisis de la información

Esta parte de la investigación hace referencia a los procesos realizados para llevar a cabo la prueba pre-piloto, piloto y estudio principal.

En la prueba pre-piloto se llevó a cabo la validez facial y de contenido de los instrumentos por parte de un grupo de expertos. Esta validez se realizó con el fin de determinar la aceptabilidad de la escala en el correspondiente escenario de aplicación. Cómo lo plantean Tristán A[183] y Sánchez & Echeverri (2004)[184] esta validez también denominada "validez de presentación o de aspecto" se refiere a la apreciación subjetiva que hacen las personas cuando revisan en forma general un instrumento. Depende básicamente del juicio de expertos y no de mediciones estadísticas. Ver (Anexos C)

Procedimiento para la prueba piloto. Esta fase de la investigación incluyó: inmersión al escenario, visita a las diferentes Instituciones de Salud, contacto con directivas y enfermeras de servicio, antes de realizar el estudio principal. Sus objetivos fueron: Verificar la confiabilidad[185] de los instrumentos a utilizar. Se realizó la prueba a diez mujeres las cuales reunieron las mismas características de la población en estudio, y formaron parte de la muestra, a fin de ajustar los ítems y los indicadores de las variables en investigación. Ver (Anexo C)

También en esta fase se logró: probar en el escenario los instrumentos de medición, y verificar el manejo de las operaciones de campo, sugerir algunas modificaciones logísticas antes de realizar el muestreo a escala completa, planificar en detalle el trabajo de campo para el estudio principal, elaborar un esquema para manejar cada pieza de información, para todas las etapas de aplicación de los instrumentos de medición, aplicación del consentimiento informado a las participantes de la prueba piloto y elaboración y prueba de la base de datos para el estudio principal. Ver (Anexo I)

Estudio principal. En esta fase se recolectaron, procesaron y analizaron los datos de la investigación. Este proceso se llevó a cabo mediante los siguientes pasos: Además del aval ético y administrativo de las instituciones, (Anexo H) los permisos respectivos, el afinamiento de los instrumentos y procesos en la prueba pre-piloto y piloto; este estudio inició con el diligenciamiento de las bases de datos obtenidas de las historias clinicas y los datos sociodemográficos de las participantes, utilizando estadística de tipo descriptivo

---

[183] TRISTAN, Agustín. Elementos de diseño y análisis de instrumentos objetivos. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada. Material de uso interno del Postgrado de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

[184] SANCHEZ, Ricardo; ECHEVERRY, Jairo. Validación de Escalas de Medición en Salud. Op. cit., p. 302-318.

[185] HERNÁNDEZ, SAMPIERI Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar.. Óp. cit.. p . 200.

básicamente medidas de tendencia central. Ver (Anexo I), que permitieron describir y sintetizar datos caracterizando la muestra del estudio [186].

El análisis factorial exploratorio, facilitó la reducción de datos para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numerosos de ellas; para el instrumento de incertidumbre de Mishel 33 variables o ítems (Anexo B), para la escala de calidad de vida de Ferrell, 41 variables (Anexo D), y para la escala de imagen corporal de Hopwood, 12 variables (Anexo E) .

Estos grupos homogéneos se forman con las variables que correlacionan mucho entre si y procurando, inicialmente que unos grupos sean independientes de otros. Cuando se recoge un gran número de variables de forma simultánea, como en la presente investigación, se puede averiguar si las preguntas del instrumento utilizado se agrupan de alguna forma característica, mediante la aplicación del análisis factorial a las respuestas de las participantes, igualmente se pudo encontrar grupos de variables con significado común y conseguir de esta manera reducir el número de variables necesarias para explicar las respuestas de las personas entrevistadas.

El análisis factorial es, por tanto una técnica de reducción de la dimensionalidad de los datos. Su propósito último consiste en buscar el número mínimo de dimensiones capaces de explicar al máximo la información contenida en los datos. A diferencia de lo que ocurre en otras técnicas como el análisis de varianza o el de regresión, en el análisis factorial todas las variables del análisis cumplen el mismo papel; todas ellas son independientes en el sentido de que no existe a priori una dependencia conceptual de unas variables sobre otras[187].

Existen constructos, tales como, la Incertidumbre, calidad de vida, y la imagen corporal que no se pueden medir con una sola pregunta debido a que son fenómenos complejos. Son el resultado de la medición de un conjunto de características. El análisis factorial permite descubrir patrones simples en el patrón de relaciones entre variables. Explora si las variables observadas pueden ser explicadas en términos de un menor número de variables llamadas *factores*. Las variables observadas, por lo tanto, pueden ser modeladas como combinaciones lineales de factores más el error de medida.[188] [189] El análisis factorial puede ser exploratorio, esto es, permite generar hipótesis sobre las variables subyacentes a los datos, por lo que, a priori, cualquier variable puede estar

---

[186] POLIT, D y HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. Op. cit.., p. 421.

[187] Análisis Factorial. comparación de dos modelos factoriales. En: psquiatria.com. 2001.'[En línea] consultado, septiembre 10 de 2012. Disponible en: http://www.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D_departamento/materiales/analisis_datosyMultivariable/20factor_SPSS.pdf

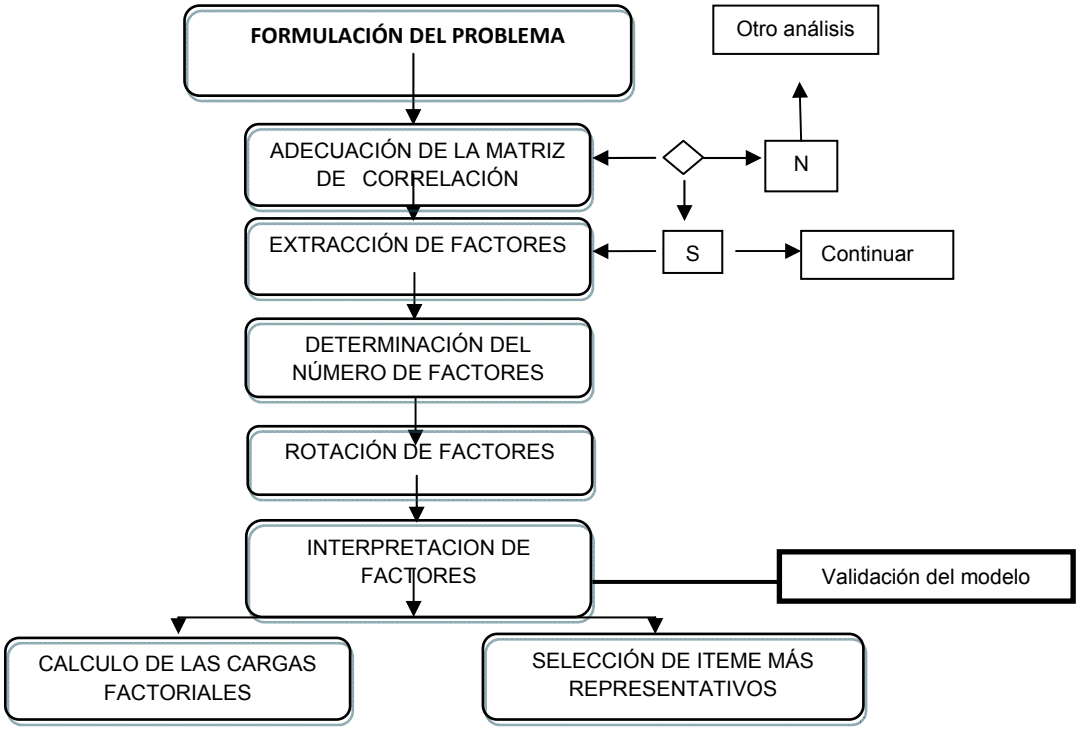
[188] GONZÁLEZ M, IBÁÑEZ I. Cuestionario de Salud General (GHQ-12):

[189] MORRISON D. Multivariate Statistical Methods: New York: MacGraw-Hill, 1990.

asociada a cualquier factor[190]. La ventaja que tiene el Análisis Factorial es que se trata todas las variables simultáneamente, cada una relacionada con las demás y no existe una variable dependiente y otras independientes.

En el siguiente apartado se presenta en que consistió cada una de las etapas del análisis factorial de la presente investigación.

Figura 5. Estructura del proceso del análisis factorial.



Fuente: Análisis Factorial. Comparación de dos modelos factoriales[191], complementado por: MEJÍA ROJAS María Elena.

En la formulación del problema se seleccionaron los constructos de incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal con sus respectivas variables a analizar, así como los elementos de la población en la que dichas variables fueron observadas, mujeres sobrevivientes al cáncer de mama mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas; seguidamente se adecuó la matriz de correlación, en esta fase del procedimiento, se debe recordar que las variables que tienen pequeñas correlaciones entre sí, son aquellas que

[190] GARMENDIA María Luisa. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. Rev Chil Salud Pública 2007, vol. 11, nº 2, p. 57-65.

[191] Análisis factorial. Comparación de dos modelos factoriales En: psquiatria.com. 2001.'[En línea] consultado, septiembre 10 de 2012. Disponible en: http://www.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D_departamento/materiales/analisis_datosyMultivariable/20factor_SPSS.pdf

no comparten factores en común. Por medio de la prueba de esfericidad de Bartlett se prueba la hipótesis que la matriz de correlación, es una matriz de identidad, es decir que todos los valores en la diagonal son 1 y todos fuera de la diagonal son 0[192].

Con el fin de determinar el número de factores (extracción de factores), necesarios para representar los datos, resulta muy útil examinar el porcentaje total de la varianza que es explicada por cada uno de ellos. La varianza total es la suma de las varianzas de cada variable. Esto se expresa de manera estandarizada con una media de cero y una desviación estándar de 1. Por lo que el total de la varianza estará determinada por el total de las variables incluidas en el estudio. Para la interpretación de los factores existen dos estrategias: a) ordenarlos y b) eliminar las cargas bajas; esto facilita la interpretación de los resultados. En la investigación el índice de KMO fue mayor de 0.5 en los tres instrumentos, por lo tanto se justificó realizar el análisis factorial.

En cuanto a la rotación de factores, esta transforma la matriz inicial en una que sea más fácil de interpretar, lo cual es importante siendo que lo que se pretende es identificar factores que sean substancialmente significativos. La rotación redistribuye la varianza explicada por los factores individuales. Así que diferentes métodos de rotación pueden conducir a la identificación de factores diferentes. El método más utilizado es el Varimax, este es el más común y trata de minimizar el número de variables que tienen alta carga en un factor. Este método fortaleció la interpretabilidad de los factores. En la investigación todos los tres instrumentos fueron reducidos por este método. En el próximo capítulo se mostrará el procedimiento.

El cálculo de las cargas factoriales expresan el grado de correlación de cada variable con el factor; y de esta manera se seleccionan los ítems más representativos que corresponden al peso mayor de cada variable en la carga factorial El último paso en el análisis factorial es estudiar la validez del modelo factorial, dicha validación se hizo en dos direcciones: analizando la bondad del ajuste del mismo y la generabilidad de sus conclusiones a partir del anterior análisis.

4.8 Procesamiento de los datos

El software utilizado para el análisis de los datos de investigación en cada fase fueron: Paquete estadístico STATA: Utilizado para organizar la base de datos inicial de la investigación. SPSS. Versión licenciada Universidad Nacional de Colombia: Statical product and service solutions, herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico[193]. Se utilizó para realizar el análisis factorial. Paquete estadístico R.[194]. Utilizado para programar los datos de la investigación.

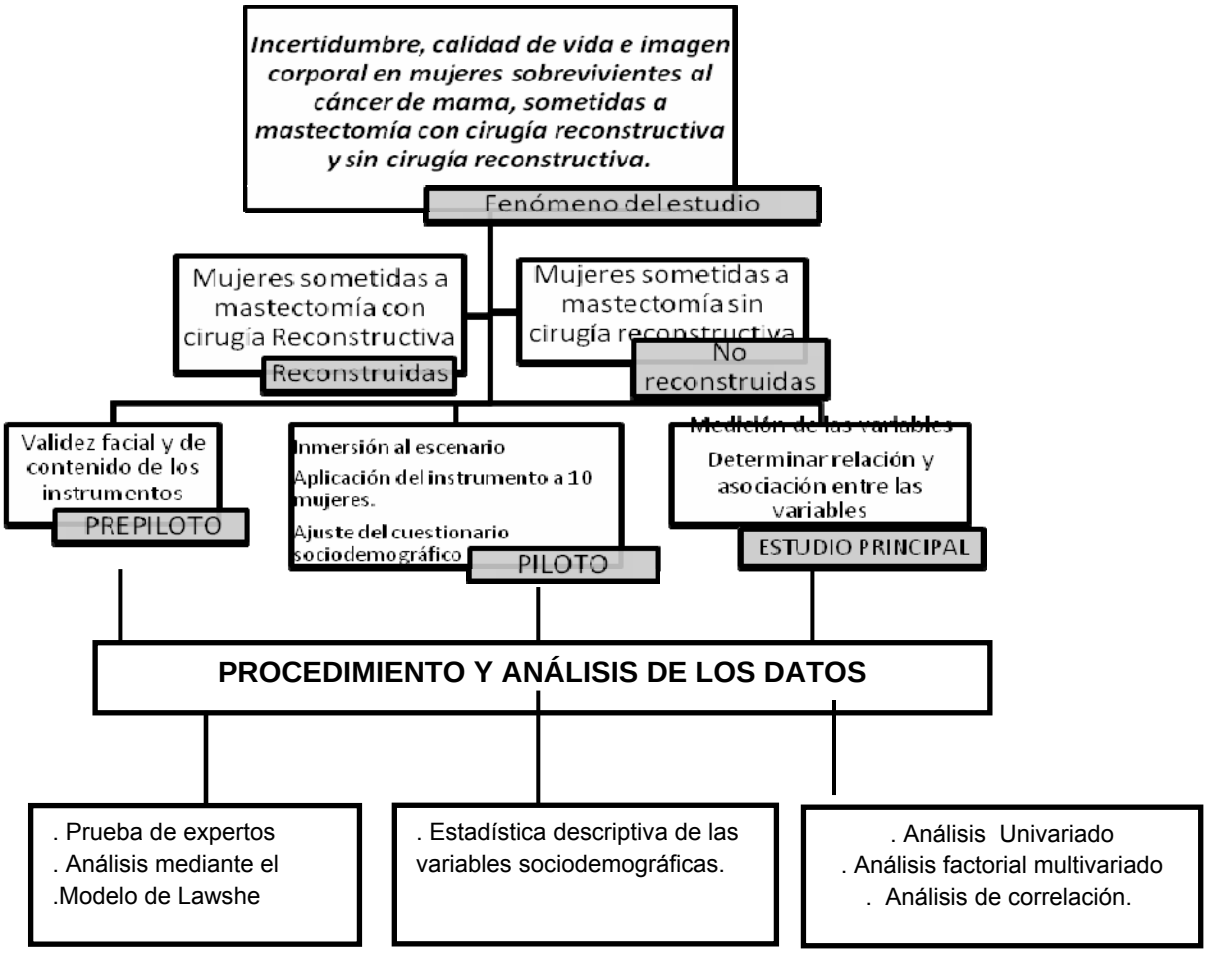
---

[192] GRAJALES. Tevni. El análisis factorial. [En línea] consultado 2012-01-24. Disponible en: http://tgrajales.net/estfactorial.pdf

[193] PARDO, A. y RUIZ, M. A. SPSS 11. Guía para el análisis de datos. Madrid: McGraw-Hill. 2002, p. 3. ISBN 84-841-3750-7.

A continuación en la figura 6 se presentan las fases del estudio, recolección, análisis y procesamiento de datos, se identifica el fenómeno del estudio la población y las fases de la investigación.

Figura 6: Fases del estudio. Recolección y análisis de datos.



Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012.

[194] DIAZ URIARTE, Ramón. Introducción al uso y programación del sistema estadístico R. Unidad de Bioinformática Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). 2003.

5. Marco de Análisis y Resultados

En este capítulo se muestra el análisis y los resultados de los datos recolectados en cada una de las fases del estudio: prueba pre- piloto, prueba piloto y estudio principal.

5.1 Prueba pre-piloto

En esta parte se presenta el informe de la validez facial y de contenido de los instrumentos utilizados en la investigación: Escala de Medición de Incertidumbre en la Enfermedad, (M.U.I.S) de Merle Mishel [195] Instrumento sobre Calidad de Vida en pacientes sobrevivientes al cáncer QOL de Betty Ferrell y col 1995[196], y Escala de imagen corporal desarrollada por Hopwood Penélope[197].

Para este proceso se tuvo en cuenta la Validez facial, que hace referencia a la relevancia de los ítems de la prueba, evaluando claridad y la comprensión del lenguaje que se utiliza para la redacción de cada uno de los ítems, es decir, evalúa uno a uno todos los ítems, grado en que una situación de medida parece ser válida desde el punto de vista de un experto. Para evaluar la validez facial o aparente de los instrumentos, se consideraron los siguientes conceptos. a) Claridad: Frase o ítem con lenguaje y redacción fácil de comprender. b) precisión: frase o ítem puntual y exacto, no da lugar a dudas. c) comprensión: entendimiento de lo que se quiere decir al leer el ítem.

En esta validación se siguieron los siguientes pasos: 1. Se definieron las características que deberían tener los jueces o expertos 2. Se seleccionó una muestra de jueces. 3. reunión personal con cada uno de los expertos. 4. se administró el instrumento a cada uno de ellos. 5. devolución del instrumento por parte del experto al investigador. 6.

---

[195] MISHEL. M . H. Uncertainty in illness scales. Manual. 1997. School of nursing University of North Carolina. Website: http://www.muic.org.

[196] FERREL, Betty R.; HASSEY-DOW, K.; GRANT, M. Measurement of the QOL in Cancer Survivors. In: Quality of Life Research, 1995, vol. 4, p. 523-531.

[197] HOPWOOD. P. FLETCHER I, LEE A, AL GHAZAL S. A body image scale for use with cancer patients. European Journal of Cancer . 2001. Vol 37. P . 189-197.

análisis de cada uno de los ítems evaluados.7. Se presentaron los resultados en un cuadro resumen.

En la Selección de Jueces, se convocó a un panel de expertos en el área, con el fin de realizar el proceso de validación facial y de contenido de los Instrumentos a utilizar en la investigación: "Incertidumbre, Calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas Cali – Colombia. Ver (Anexo C) carta enviada a los expertos. Finalmente se seleccionan 6 expertos así: tres enfermeras especialistas y con formación doctoral para evaluar los instrumentos: Incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel) se tuvieron en cuenta los aportes para dimensionar el instrumento, proceso presentado en el numeral 3.2 y Calidad de vida en sobrevivientes al cáncer (Ferrell).

Para evaluar el instrumento de Imagen Corporal se seleccionaron: Una enfermera PhD., una cirujana Plástica y una Psicóloga. El tiempo aproximado desde la entrega de los instrumentos hasta el análisis fue de dos meses.

Validez de contenido: (Juicio de expertos o validación por jueces) grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Lawshe (1975) dijo que es la comunidad o traslapo que existe entre la ejecución en la prueba bajo investigación y la habilidad para funcionar en el dominio de ejecución asociado a una tarea determinada. Por su parte, Novick (1985) establece que la validez de contenido es la forma mediante la cual los miembros del panel de evaluación del instrumento perciben traslapo entre la prueba y el dominio que se está analizando. Muchinsky (2006), define la validez de contenido como el grado al cual la prueba contenga una muestra representativa de la conducta a medirse. El dominio de contenido normalmente es definido o establecido por la literatura, la teoría y estudios antecedentes. Lawshe, desarrolló un modelo matemático que utiliza la opinión de una muestra de jueces con el objetivo de identificar sí el ítem es pertinente o no para el medir el constructo bajo estudio.

Los pasos que se siguieron para hallar la validez de contenido según lawshe fueron: primero se definieron las características que debían tener los jueces: a) Se seleccionó una muestra de jueces. b) Se administró el instrumento a los jueces. c) Se halló el coeficiente de validez de contenido del ítem. d) Se eliminaron del instrumento todos los ítems que no cumplieron con el criterio establecido. e) Se halló la validez de contenido del instrumento (IVC).

Como conclusión de la validez facial o aparente, el grupo de expertos coinciden en que los instrumentos son válidos en cuanto a claridad, precisión y comprensión. Además, mencionan que para incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal, estos son instrumentos están validados en otros países y que cuentan con todas la pruebas psicométricas. Los resultados de la validación facial y de contenido se presentan en el (Anexo C). En la tabla 3 se muestra los resultados del proceso de validación de los instrumentos que se utilizaron en la investigación.

Tabla 3: Resultados de la validez facial y de contenido de los instrumentos.

Instrumento	Validez facial	Validez de contenido	Decisión

Incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel)	27 ítems de 33, fueron evaluados por los jueces como claros, precisos y comprensibles. Ítems no claros:1-2-8-16-22-26	De los 33 ítems evaluados por los jueces, 3 ítems son considerados como poco relevantes y 3 como no relevantes. Ítems poco relevantes: 10-13 Ítems no relevantes: 26-31-33	Si dos de los expertos coincidían en que el ítem era poco relevante se retiraba, en este caso fue solamente un experto, que no coincidió, por lo tanto se dejaron los ítems. No fue necesario reformularlos porque en una segunda revisión con los jueces se llegó a este acuerdo.
Calidad de Vida (Ferrell)	38 ítems de 41 fueron evaluados por los jueces con claridad, precisión y comprensión. Ítems no claros: 20-33-40	De los 41 ítems evaluados por los jueces, 3 ítems los consideraron como poco relevantes y 7 como no relevantes. Ïtems poco relevantes: 16-17-39 Ítems no relevantes: 14-18-19-20-21-22-37	Si dos de los expertos coincidían en que el ítem era poco relevante se retiraba, en este caso fue solamente un experto, que no coincidió, por lo tanto se dejaron los ítems. No fue necesario reformularlos..
Imagen corporal (Hopwood)	De los 12 ítems evaluados por los expertos, 11 los consideran con claridad, precisión y comprensión. Ítems no claros: 3	Todos los ítems evaluados por los jueces fueron relevantes.	Dos de los 3 expertos consideraron que era necesario dejarlos. No fue necesario reformularlos.

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Como conclusión de la validez de contenido los expertos, tomaron las decisiones siguientes: (a) los ítems donde hay un 100 por ciento de coincidencia favorable entre los 3 jueces (congruentes, claros y no tendenciosos) quedan incluidos en el instrumento; (b) los ítems donde hay un 100 por ciento de coincidencia desfavorable entre los jueces, quedan excluidos del instrumento; y (c) los ítems donde sólo hay coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados, reformulados, si es necesario, y nuevamente validados.

Todos los jueces indicaron que los ítems son pertinentes para los instrumentos de incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal: Índice de pertinencia del ítem CVT = 0.99; Entre más se aproxime a 1 es mejor la validez; por lo tanto para la presente investigación se dejaron los ítems de los tres instrumentos como estaban inicialmente, y no sufrieron ninguna modificación.

5.2 Prueba piloto

Se realizó la prueba piloto a cinco mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y cinco mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva, las cuales reunieron las

mismas características de la población del estudio principal, a fin de mirar el ajuste de los ítems y los indicadores de las variables de los instrumentos de la investigación.

Es importante resaltar que no hubo inconvenientes en cuanto a la aplicación de los instrumentos incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal, las participantes no reportaron incomodidad con respecto al tiempo de diligenciamiento de los instrumentos, al contrario, hubo comodidad y privacidad en la recolección de la información, hallazgo que le permite a la investigadora mantener estas mismas condiciones en el estudio principal.

Comportamiento de las variables según la situación de las participantes. En el análisis socio demográfico de las participantes en la prueba piloto, se encontró que 6 mujeres participantes procedían de Cali, con una edad promedio de 51- 60 años, y un número promedio de 2 hijos tanto para el grupo reconstruidas como de no reconstruidas respectivamente.

También se identificó que las mujeres del grupo de reconstruidas presentaron mayor nivel de escolaridad en comparación al grupo de no reconstruidas; igualmente predominó el estrato 4 (4 participantes) en el grupo de reconstruidas, en contraste con el grupo de no reconstruidas donde fueron relevantes los estratos 1, 2 y 3.

En cuanto al estado marital predomino las mujeres casadas (6) para ambos grupos. 5 de las participantes tienen vinculación laboral en contraste con el grupo de no reconstruidas 2 pacientes sin vinculación laboral y por último 8 de las mujeres en ambos grupos están afiliadas actualmente al sistema de salud.

Características clínicas. Se observó que el diagnóstico y estadio del tumor fue detectado inicialmente en el 100% de las mujeres que fueron reconstruidas en contraste el estadio avanzado 60% fue el que predominó en las mujeres no reconstruidas; el tratamiento más relevante fue la combinación entre cirugía y quimioterapia en un 60% para ambos grupos, siendo mayor el grupo de mujeres con mastectomía total en un 60% en el grupo de reconstruidas y en las no reconstruidas en un 40%, seguidas de las mastectomía radical modificada para el grupo de mujeres reconstruidas y para el grupo de mujeres no reconstruidas fue la Cuadrantectomía.

Por último el diagnóstico de cáncer fue del 80% a partir del auto examen para ambos grupos, lo que indica la efectividad de esta prueba para tanto para las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas.

Tabla 4. Resultados de la prueba piloto.

Instrumentos	Reconstruidas (n:5)	No reconstruidas (n:5)	Resultados
Datos sociodemográficos	Nivel de escolaridad completo, promedio de 2 hijos por mujer, edad entre 51 – 60 años. Estrato 4, y 4 mujeres con vinculación laboral. Afiliación al sistema de salud EPS y medicina	Menor nivel de escolaridad, promedio de 2 hijos, edad entre 51 y 60 años, estratos: 1, 2 y 3. En este grupo 2 mujeres se encuentran sin vínculo laboral. Afiliación al sistema de salud (Sisben)	Los datos sociodemográficos mostraron diferencias significativas para ambos grupos, en los tres constructos, **orientadas por el estrato socioeconómico y el nivel de escolaridad.**

	prepagada	régimen subsidiado.	
Incertidumbre	La importancia para este grupo se observa en la incertidumbre que se genera al momento del diagnóstico inicial y el significado que tienen de la enfermedad, creando mayor incertidumbre	Desconocimiento del curso de la enfermedad y eventos futuros, formando un esquema cognitivo inapropiado desde el inicio.	Es importante determinar cómo desde el mismo diagnóstico se genera la incertidumbre, en la medida que reciben apoyo y cuidado del equipo de salud, la incertidumbre disminuye y aún más cuando les realizan la reconstrucción de forma inmediata. Las pacientes que tuvieron mayor educación tuvieron la experiencia de formar un esquema cognitivo, por lo tanto presentaron menos incertidumbre en este caso para el grupo de mujeres reconstruidas.
Calidad de vida	3 mujeres de este grupo no presentaron problemas en su bienestar físico, 2 refirieron aspectos positivos en sus vidas y sintieron menos angustia. El total de las mujeres participaron en actividades religiosas	4 de las mujeres de este grupo manifestaron problemas en el bienestar físico y social. Una paciente refirió insatisfacción con su vida como resultado de la enfermedad. Este grupo se aferraron al bienestar espiritual.	La calidad de vida se vio alterada en el grupo de mujeres no reconstruidas, este grupo manifestó su inconformidad debido a la alteración en su imagen corporal.
Imagen Corporal	4 de las 5 mujeres manifestaron estar satisfechas con su aspecto físico.	3 mujeres de este grupo manifestaron sentirse menos atractivas, deformadas por la mastectomía, El total de las mujeres de este grupo refirieron insatisfacción con su aspecto físico	Las mujeres reconstruidas tuvieron una tendencia positiva a estar conforme con su apariencia física, en contraste con las no reconstruidas que evidenciaron una tendencia negativa en la percepción de su imagen corporal.

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

5.3 Estudio principal

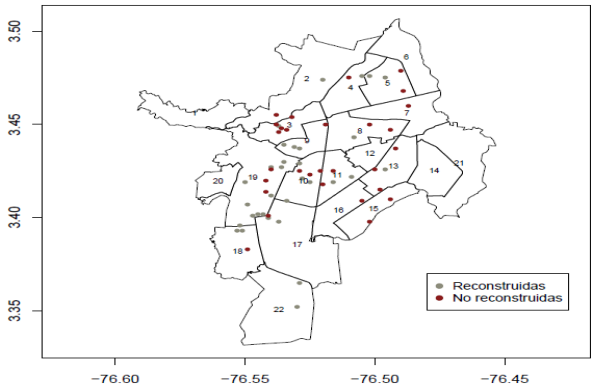
Las participantes del estudio fueron 76 mujeres, de las cuales 37 reconstruidas y 39 no reconstruidas. Los datos socio-demográficos fueron analizados con estadística descriptiva univariada, adicionalmente para cada análisis se utilizó un método analítico expresado en tablas y gráficas. Para las variables cuantitativas discretas y cualitativas se utilizaron porcentaje para describirlas mediante un test de diferencias de proporciones para evaluar si existe un cambio significativo entre las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva. Todos los análisis fueron significativos a un nivel de 5% ($p<0.05$) y se manejó el paquete estadístico STATA 10.

5.4 Análisis univariado de los datos sociodemográficos

Este análisis permitió caracterizar a las participantes en cuanto a la distribución por comunas, edad, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, estado marital, número de hijos, religión, accesibilidad al sistema de salud y la trayectoria de la enfermedad.

La distribución por comuna (organización geográfica de la ciudad de Cali) entre pacientes reconstruidas y no reconstruidas fue similar excepto en la comunas 15 (p=0.02), comuna 18 (p=0.02) y comuna 19 (p=0.01) (Tabla 7, figura 13). La distribución espacial muestra mayor concentración de los casos en el centro y norte tanto en pacientes reconstruidas como no reconstruidas, en cambio en la zona sur se presentaron más casos de pacientes reconstruidas (figura 13).

Figura 7. Distribución espacial de las mujeres según cirugía reconstructiva.



Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012.

En la tabla 5 se muestran diferencias entre la proporción de pacientes de 51-60 años reconstruidas con respecto a las que no tuvieron reconstrucción (29.7% Vs 12.8%) (p=0.03); Las pacientes reconstruidas tienen mayor nivel socioeconómico y educativo que las no reconstruidas (Estrato 4: 27% Vs 2.6%) (p<0.05); además tienen menos hijos en comparación con el grupo de mujeres no reconstruidas (3 a 4 hijos: 13.5% Vs 30.8%) (p=0.03).

Tabla 5. Características socio demográficas según pacientes y reconstrucción.

Características	Reconstruidas n= 37	n	%	No reconstruidas n= 39	n	%	P (valor)
Edad	51 – 60 > 60	11 7	29.7 18.9	51 – 60 > 60 41-50	5 17 13	12.8 43.6 33.3	0.03 0.02 0.68

Estrato socioeconómico	3 4 5	13 10 7	35.1 27 18.9	1 2 3	6 16 12	15.4 41 30.8	0.01 0.05 0.69
Nivel de escolaridad	Universidad Bachillerato Técnico	21 8 5	56.8 21.6 13.5	Bachillerato Primaria Universidad	20 12 2	51.3 30.8 5.1	0.05 0.05 0.05
Completó el nivel de escolaridad	Si No	33 4	89.2 10.8	Si No	17 22	43.6 56.4	0.05
Estado Marital	Casadas Solteras	19 8	51.4 21.6	Casadas Solteras	15 8	38.5 20.5	0.26 0.31
Número de hijos	1-2 0	24 8	64.9 21.6	1-2 3-4 Más de 4 hijos	18 12 4	46.2 30.8 10.2	0.03 0.04
Religión	Católica	28	75.7	Católica	33	84.6	0.33

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

La edad predominante para ambos grupos estuvo entre los rangos de 41 a 50 años (38% y 33 %). El estrato socioeconómico de las pacientes de la investigación, en las mujeres reconstruidas se observa una notoria diferencia referente a las no reconstruidas, las pacientes reconstruidas figuran en estratos altos (4, 5 y 6), las no reconstruidas corresponden a estratos bajos (1, 2 y 3).

En cuanto al nivel de escolaridad, las pacientes reconstruidas la gran mayoría tienen formación universitaria, (57%) las no reconstruidas apenas lograron terminar su bachillerato en un (51%); de estos grupos el 89% de las pacientes reconstruidas terminaron sus estudios universitarios, en contraposición con en el grupo de pacientes no reconstruidas el 56% no terminaron sus estudios de secundaria.

En el estado civil o marital se observa que las pacientes reconstruidas la gran mayoría están casadas (51%), solteras en un (22%); en el grupo de mujeres no reconstruidas un (38%) son casadas y un (21%) están solteras.

El número de hijos para ambos grupos oscila entre 1 y 2 hijos, para el grupo de mujeres reconstruidas en un (65%) y para el grupo de mujeres no reconstruidas un (46%) predominando en este último 3 y 4 hijos.

En cuanto a la religión se observa que es similar para ambos grupos la católica el (75%) en las pacientes reconstruidas, y el (85%) para las no reconstruidas, seguidas de la religión cristiana.

Tabla 6: Las participantes y el acceso al sistema de salud.

Características	Reconstruidas	n	%	No reconstruidas	n	%	P (valor)
Afiliación al sistema de salud	EPS y medicina prepagada	18	48.6	Otros (Sisben) EPS	27 9	69.2 23.1	<0.05 <0.03

Diagnóstico	Autoexamen Mamografía	25 10	67.6 27	Autoexamen Mamografía	34 2	87.2 5.1	0.04 <0.05
Antecedentes familiares	Si No	21 15	58.3 41.7	Si No	14 25	35.9 64.1	0.04 0.03
Progresión de la enfermedad	Si No	12 25	32.4 67.6	Si No	12 27	30.8 69.2	0.88 0.88
Tratamiento	Quimioterapia, radioterapia, cirugía. Quimioterapia y cirugía Cirugía Radioterapia y cirugía	15 11 10 1	40.5 29.7 27 2.7	Quimio, radio y cirugía Cirugía Quimioterapia y cirugía Radioterapia y cirugía	14 9 8 8	35.9 23.1 20.5 20.5	0.68 0.69 0.35 0.02
Tipo de cirugía	Mastectomía total Mastectomía radical modificada Cuadrantectomía	19 14 3	51.4 37.8 8.1	Mastectomía total Mastectomía radical modificada Cuadrantectomía	9 7 21	23.1 17.9 53.8	0.01 0.05 0.05
Estadio del tumor	Inicial Avanzado	18 19	48.6 51.4	Inicial Avanzado	2 37	5.1 94.9	**< 0.05** **< 0.05**

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

La tabla 6 muestra el comportamiento de la accesibilidad al sistema de salud, las pacientes con cirugía reconstructiva tiene un sistema de afiliación a los servicios de salud de EPS y medicina prepagada, en contraste con las pacientes no reconstruidas el sistema de afiliación de mayor proporción es subsidiado SISBEN (EPS y Medicina prepagada: 43.2% Vs 23.1%) (p=0.03). El diagnóstico de cáncer de mama en las reconstruidas se destacó la mamografía en las no reconstruidas fue el autoexamen (Mamografía: 27% Vs 5.1%) (p<0.05). Igualmente se observó mayor antecedentes familiares en las pacientes con cirugía reconstructiva (58.3% Vs 35.9%) (p=0.04). En cuanto a la progresión de la enfermedad fue similar entre pacientes con reconstrucción y sin reconstrucción al igual que en el tipo de tratamiento recibido, destacándose Quimio, Radio y Cirugía para ambos grupos. Se destacó mayor proporción de pacientes con mastectomía total en el grupo de pacientes reconstruidas (51.4% Vs 23.1) (p=0.01) y radical modificada (37.8% Vs 17.9) (p=0.04) y en el grupo sin reconstrucción se observa la cuadrantectomia como opción de cirugía (8.1% Vs 53.8%) (p<0.05). También se presentó mayor número de pacientes con estadio del tumor avanzado en las pacientes no reconstruidas (51.4% Vs 94.9%) (p<0.05). Sabiendo que el p valor es significativo cuando se tienen valores por debajo de 0.05.

La significancia estadística de las preguntas relacionadas con la atención de salud y la evolución del tratamiento (tabla 7), demuestra que la incertidumbre disminuye en las

mujeres de mayor estrato socioeconómico y nivel de escolaridad, que pueden ser reconstruidas, en relación con el grupo de las no reconstruidas, como se presento en el estudio piloto (tabla 4).

5.5 Análisis de los constructos

En las dimensiones del constructo Incertidumbre, se estimaron las frecuencias absolutas y relativas, se compararon los porcentajes para las categorías de cada ítem entre pacientes reconstruidas y sin cirugía reconstructiva utilizando el test la prueba chi cuadrado.

Para las dimensiones de los constructos Calidad de vida e Imagen corporal se estimaron indicadores de tendencia central y dispersión y se compararon los promedios del grupo de pacientes reconstruidas y no reconstruidas por medio del test no paramétrico Wilcoxon-Mann Whitney, este test es el análogo no paramétrico del t-test y se puede utilizar cuando no se asumen normalidad en la variable dependiente, además la variable debe ser al menos de escala ordinal. En el análisis se tuvo en cuenta las dimensiones derivadas de la validez facial realizada en la presente investigación al instrumento de Incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel).

Escala de incertidumbre marco de estímulos, la tabla 7, muestra la comparación de las pacientes reconstruidas y no reconstruidas para la dimensión marco de estímulos del constructo incertidumbre. a la pregunta “no sé que está mal conmigo” estuvieron de acuerdo las pacientes no reconstruidas (p=0.04), “tengo muchas preguntas sin respuestas” la tendencia fue intermedia ya que predominaron las categorías “en desacuerdo” (p<0.01) y “de acuerdo” (p<0.01); “no estoy seguro de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando” también fue equilibrada la tendencia, con mayor incertidumbre en las pacientes no reconstruidas “de acuerdo” (p=0.04); “no tengo claro qué tan fuerte será el dolor” tuvieron mayor incertidumbre las pacientes no reconstruidas (p=0.02); “las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas” estuvieron en desacuerdo las pacientes reconstruidas (p=0.03) y en acuerdo las pacientes no reconstruidas (p=0.05); “tengo claro el propósito de cada tratamiento” estuvieron en desacuerdo las pacientes reconstruidas (p=0.01) y en desacuerdo las pacientes no reconstruidas (p=0.02); “cuando tengo un dolor, sé lo que eso significa con respecto a mi condición” estuvieron de acuerdo las pacientes no reconstruidas (p=0.04); “no sé cuándo esperar que se me hagan cosas” estuvieron en desacuerdo las pacientes reconstruidas (p<0.01) y desacuerdo las pacientes no reconstruidas (p=0.02); “mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible” estuvieron totalmente en desacuerdo las pacientes no reconstruidas (p=0.04) y de acuerdo las pacientes reconstruidas (p<0.01).

Tabla 7. Comparación de ítems del marco de estímulos al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
No sé qué está mal conmigo.					
Reconstruidas	1(100%)	14(64%)	1(100%)	7(44%)	14(39%)
No reconstruidas	0(0%)	8(36%)	0(0%)	9(56%)	22(61%)
p	-	0.02	-	0.52	0.04
Tengo muchas preguntas sin respuestas					
Reconstruidas	0(0%)	16(84%)	0(0%)	2(12%)	19(49%)

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
No reconstruidas	0(0%)	3(16%)	1(100%)	15(88%)	20(51%)
p	-	<0.001	-	<0.001	0.86
No estoy seguro de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando.					
Reconstruidas	0(0%)	11(79%)	0(0%)	7(28%)	19(53%)
No reconstruidas	1(100%)	3(21%)	0(0%)	18(72%)	17(47%)
p	-	<0.001	-	0.04	0.72
No tengo claro qué tan fuerte será el dolor.					
Reconstruidas	0(0%)	15(83%)	0(0%)	6(32%)	16(42%)
No reconstruidas	0(0%)	3(16.67%)	1(100%)	13(68.42%)	22(57.89%)
p	-	0.01	-	0.02	0.32
Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas.					
Reconstruidas	0(0%)	17(71%)	0(0%)	10(40%)	10(38%)
No reconstruidas	1(100%)	7(29%)	0(0%)	15(60%)	16(62%)
p	-	0.03	-	0.04	0.05
Tengo claro el propósito de cada tratamiento.					
Reconstruidas	0(0%)	5(71%)	0(0%)	7(39%)	25(49%)
No reconstruidas	0(0%)	2(29%)	0(0%)	11(61%)	26(51%)
p	-	0.01	-	0.02	0.44
No sé cuándo esperar que se me hagan cosas.					
Reconstruidas	0(0%)	18(95%)	1(50%)	4(24%)	14(37%)
No reconstruidas	0(0%)	1(5%)	1(50%)	13(76%)	24(63%)
p	-	<0.01	1	0.02	0.03
Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible.					
Reconstruidas	0(0%)	21(81%)	0(0%)	2(13%)	14(41%)
No reconstruidas	0(0%)	5(19%)	1(100%)	13(87%)	20(59%)
p	-	<0.01	-	<0.01	0.04

p: Valor *p* de la prueba chi cuadrado. Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: De los 8 ítems del marco de estímulos del constructo de incertidumbre, 3 ítems, fueron significativos para el grupo de mujeres no reconstruidas, preguntas que corresponden a un mayor grado de incertidumbre percibido por ellas; en el grupo de mujeres reconstruidas tuvo significancia estadística las preguntas relacionadas con la atención de salud y la evolución del tratamiento, en relación con los síntomas que cambian de manera impredecible, tuvo relevancia estadística en ambos grupos. Este marco de estímulos hace referencia a la forma, composición y estructura de los estímulos que las mujeres perciben, y son estructurados por ellas mediante un esquema cognitivo, si están presentes estos síntomas crean mayor incertidumbre como en el caso de la tabla; anterior, en las mujeres no reconstruidas que no pudieron procesar esa información y no formaron un esquema cognitivo generando más incertidumbre.

Tabla 8. Comparación de ítems de la capacidad cognitiva al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados.					
Reconstruidas	0(0%)	21(75%)	0(0%)	6(27%)	10(38%)
No reconstruidas	0(0%)	7(25%)	0(0%)	16(73%)	16(62%)
p	-	<0.01	-	0.01	0.05

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Puedo predecir cuánto durará mi enfermedad.					
Reconstruidas	0(0%)	15(41%)	0(0%)	4(36%)	18(67%)
No reconstruidas	0(0%)	22(59%)	1(100%)	7(64%)	9(33%)
p	-	0.07	-	0.12	<0.01
Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo.					
Reconstruidas	0(0%)	29(74%)	0(0%)	3(13%)	5(36%)
No reconstruidas	0(0%)	10(26%)	0(0%)	20(87%)	9(64%)
p	-	<0.01	-	<0.01	0.01
Hay muchos tipos de personal; no está claro quién es responsable de cada cosa.					
Reconstruidas	0(0%)	28(68%)	0(0%)	4(17%)	5(45%)
No reconstruidas	0(0%)	13(32%)	1(100%)	19(83%)	6(55%)
p	-	<0.01	-	<0.01	0.32
Debido a la impredictibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro.					
Reconstruidas	0(0%)	16(80%)	0(0%)	7(23%)	14(58%)
No reconstruidas	0(0%)	4(20%)	1(100%)	24(77%)	10(42%)
p	-	<0.01	-	<0.01	0.22
No tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital.					
Reconstruidas	0(0%)	25(81%)	0(0%)	3(17%)	9(33%)
No reconstruidas	0(0%)	6(19%)	0(0%)	15(83%)	18(67%)
p	-	<0.01	-	<0.01	0.03
Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo.					
Reconstruidas	0(0%)	13(76%)	0(0%)	3(17%)	21(51%)
No reconstruidas	0(0%)	4(24%)	0(0%)	15(83%)	20(49%)
p	-	<0.01	-	<0.01	0.57
No está claro lo que me está pasando.					
Reconstruidas	0(0%)	23(61%)	0(0%)	2(11%)	12(60%)
No reconstruidas	0(0%)	15(39%)	0(0%)	16(89%)	8(40%)
p	-	0.03	-	<0.01	0.04
Los resultados de mis test son inconsistentes.					
Reconstruidas	1(0%)	2(3%)	3(0%)	4(16%)	5(8%)
No reconstruidas	0(0%)	55(97%)	0(0%)	21(84%)	57(92%)
p	-	<0.01	-	0.02	<0.01
La efectividad del tratamiento no está determinada.					
Reconstruidas	0(0%)	30(55%)	0(0%)	3(21%)	4(57%)
No reconstruidas	0(0%)	25(45%)	0(0%)	11(79%)	3(43%)
p	-	0.74	-	<0.01	0.21
Es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mí mismo.					
Reconstruidas	0(0%)	14(93%)	0(0%)	10(29%)	13(48%)
No reconstruidas	0(0%)	1(7%)	0(0%)	24(71%)	14(52%)
p	-	<0.01	-	<0.01	0.77
Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo es variable.					
Reconstruidas	0(0%)	5(100%)	0(0%)	7(28%)	25(54%)
No reconstruidas	0(0%)	0(0%)	0(0%)	18(72%)	21(46%)
p	-	-	-	<0.01	0.42

p: Valor *p* de la prueba chi cuadrado. Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Escala de incertidumbre. Capacidad cognitiva. La tabla 8 muestra la comparación de las pacientes reconstruidas y sin reconstrucción para la dimensión capacidad cognitiva del constructo incertidumbre.

Análisis: Para el grupo de mujeres reconstruidas lo más significativo en esta dimensión es el significado que tiene la información que suministra el personal de salud, la predicción de su enfermedad y el no poder planear su futuro ($p < 0.01$)

En cuanto al grupo de mujeres no reconstruidas lo significativo fue la complejidad del tratamiento, muchas personas que brindan la información, el no poder planear su futuro, no tener claridad del cuidado después de la cirugía, les suministran muchas opiniones diferentes acerca de su enfermedad, el no tener claridad de su situación, inconsistencia en los resultados de sus exámenes, el no saber exactamente el tiempo de recuperación de su situación de salud y el no poder realizar actividades debido a su enfermedad. ($p<0.01$)

Las habilidades para el procesamiento de la información lo presentaron las mujeres reconstruidas, solo una cantidad limitada de información fueron procesadas por el grupo de mujeres no reconstruidas, la limitación de esta capacidad reduce la habilidad para percibir el marco de estímulos y por ende crear mayor incertidumbre en el evento de la enfermedad.

Escala de incertidumbre. Proveedores o fuentes de la estructura. La tabla 9, muestra la comparación de las pacientes reconstruidas y sin reconstrucción para la dimensión proveedores fuente de la estructura en incertidumbre.

A la pregunta “Estoy seguro de que no encontrarán nada malo conmigo” no se presentaron diferencias entre el grupo pacientes; “El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida” estuvieron de acuerdo las pacientes no reconstruidas (p=0.01); “No me han dado un diagnóstico específico” no se presentaron diferencias significativas entre los grupos de pacientes. “Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar” estuvieron de acuerdo las pacientes no reconstruidas (p=0.02); “Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite” estuvieron de acuerdo las pacientes reconstruidas (p=0.02).

Por último en las preguntas “Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad” y “Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo” no se presentaron diferencias significativas entre los grupos de comparación.

Análisis: En esta dimensión de proveedores o fuentes de la estructura para el grupo de mujeres reconstruidas no hubo diferencias significativas; en el grupo de mujeres no reconstruidas, lo significativo fue la probabilidad de éxito que reciben del tratamiento, las molestias físicas que se acentúan, confianza en las enfermeras y muy significativo el lenguaje que utilizan los médicos para explicarles su situación de salud.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos y comparación de proveedores o fuentes de la estructura al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida.					
Reconstruidas	0(0%)	0(0%)	0(0%)	6(38%)	31(52%)
No reconstruidas	0(0%)	0(0%)	0(0%)	10(63%)	29(48%)
p	-	-	-	0.01	0.32
Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar.					
Reconstruidas	0(0%)	3(75%)	0(0%)	5(38%)	29(49%)
No reconstruidas	0(0%)	1(25%)	0(0%)	8(62%)	30(51%)
p	-	-	-	0.02	0.87
Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite.					
Reconstruidas	0(0%)	3(75%)	0(0%)	5(38%)	29(49%)
No reconstruidas	0(0%)	1(25%)	0(0%)	8(62%)	30(51%)
p	-	-	-	0.02	0.41
Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo.					
Reconstruidas	0(0%)	5(63%)	0(0%)	6(46%)	26(47%)
No reconstruidas	0(0%)	3(38%)	0(0%)	7(54%)	29(53%)
p	-	0.02	-	0.34	0.26

p: Valor *p* de la prueba chi cuadrado. Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Los proveedores de la estructura son autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social, en este sentido en el grupo de mujeres reconstruidas percibieron este apoyo; para el grupo de mujeres no reconstruidas, manifestaron este apoyo parcialmente ayudando a determinar el patrón de los síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia de experiencias, y de esta manera reducir la incertidumbre que ocurre indirectamente cuando los proveedores de la estructura ayudan al paciente a determinar este patrón.

Escala de calidad de vida. Bienestar físico**.** Se encontró diferencias significativas en la distribución de las pacientes reconstruidas y no reconstruidas en cambios de apetito ($p<0.01$) y clasificación física general ($p=0.04$) donde se denota mayores problemas en las pacientes no reconstruidas (ver tabla 10).

Tabla 10. Estadísticos descriptivos y comparación de bienestar físico en la escala de calidad de vida al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Ítem	Promedio	DE	Mediana	*p*
Cambios de apetito				
Reconstruidas	5.1	2.7	10	<0.01
No reconstruidas	7.6	2.8	9	
Clasifique su salud física en general				
Reconstruidas	6.9	1.3	9	
No reconstruidas	8.8	1.6	8	0.04

DE**:** Desviación estándar. ***p:*** Valor *p* del test Wilcoxon-Mann Whitney. Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Tanto para el grupo de mujeres reconstruidas como en el grupo de mujeres no reconstruidas lo más significativo en esta dimensión fueron los cambios en el apetito

(0.01), y en cuanto al estado de su salud física, las mujeres no reconstruidas manifestaron una mala clasificación de su estado de salud física en general (0.04).

Escala de calidad de vida. Bienestar psicológico. La tabla 11 muestra la comparación de la distribución de las respuestas entre pacientes reconstruidas y sin reconstrucción para la dimensión bienestar psicológico del constructo calidad de vida. Se encontró diferencias significativas en "¿Qué tan difícil es para usted contender/lidiar con su vida como resultado de su enfermedad y tratamiento?" (p<0.01) donde se ve mayor problema en las pacientes no reconstruidas. En la pregunta "¿Cuánta felicidad siente usted?" hubo diferencias importantes entre el grupo de comparación (p=0.02) prevaleciendo las pacientes reconstruidas; la pregunta "¿Cómo clasificaría su capacidad actual para concentrarse o recordar cosas?" fue favorable en pacientes reconstruidas ya que el promedio de las respuesta fue superior al de las pacientes no reconstruidas (p=0.03); "¿Ha causado su enfermedad o tratamiento cambios en su apariencia?" en esta pregunta se vio más afectada el grupo de pacientes no reconstruidas con un promedio superior al de las pacientes reconstruidas (p=0.01), este comportamiento se presentó en la pregunta "¿Ha ocasionado su enfermedad o tratamiento cambios en su auto concepto (la manera en que usted se percibe/se ve)?" (p=0.01).

Tabla 11. Estadísticos descriptivos y comparación de bienestar psicológico al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Ítem	Promedio	DE	Mediana	*p*
¿Qué tan difícil es para usted contender/lidiar con su vida como resultado de su enfermedad y tratamiento?				
Reconstruidas	6.3	3.1	6	<0.01
No reconstruidas	7.8	2.2	8	
¿Cuánta felicidad siente usted?				
Reconstruidas	8.9	1.6	8	0.02
No reconstruidas	7.8	2.1	10	
¿Cómo clasificaría su capacidad actual para concentrarse o recordar cosas?				
Reconstruidas	7.7	1.7	6	0.03
No reconstruidas	5.9	2.4	8	
¿Ha causado su enfermedad o tratamiento cambios en su apariencia?				
Reconstruidas	7.8	2.2	7	0.01
No reconstruidas	9.2	1.7	10	
¿Ha ocasionado su enfermedad o tratamiento cambios en su auto concepto (la manera en que usted se percibe/se ve)?				
Reconstruidas	6.8	1.1	10	0.01
No reconstruidas	9.5	1.5	9	

DE: Desviación estándar. ***p:*** Valor *p* del test Wilcoxon-Mann Whitney. Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Es altamente significativo en esta dimensión, el lidiar con sus vidas como resultado de la enfermedad para ambos grupos, las mujeres no reconstruidas

manifestaron no sentir ninguna felicidad e insatisfacción con sus vidas, la falta de concentración, los cambios en su apariencia y en la forma como se ven y se perciben.

El bienestar psicológico se ve afectado debido a la falta del proceso de la información que se genera por el estado cognitivo, a su vez, signos como el miedo, ansiedad, depresión, incomunicación, pérdida de autoestima entre otros facilitan el desajuste emocional que afecta este bienestar. Los datos más significativos correspondieron al grupo de mujeres no reconstruidas.

Escala de calidad de vida. Aflicción y angustia. La tabla 12 muestra la comparación de la distribución de las respuestas entre pacientes reconstruidas y sin reconstrucción para la dimensión de aflicción y angustia del constructo calidad de vida. Solo se encontró diferencias significativas entre los grupos en la pregunta "Futuros exámenes diagnósticos (tales como rayos-x o exploración ultrasónica)" donde hubo mayor en la percepción de la angustia en las pacientes no reconstruidas (*p*=0.02).

Tabla 12. Estadísticos descriptivos y comparación de aflicción y angustia al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Ítem	Promedio	DE	Mediana	*p*
Futuros exámenes diagnósticos (tales como rayos-x o exploración ultrasónica)				
Reconstruidas	7.7	2.5	8	0.02
No reconstruidas	8.3	1.8	9	

DE: Desviación estándar. ***p:*** Valor *p* del test Wilcoxon-Mann Whitney.Fuente: Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis. En esta dimensión lo más significativo en ambos grupos son los futuros exámenes diagnósticos (p<.0.02) La angustia generada por el diagnóstico inicial se vio reflejada en el grupo de mujeres no reconstruidas, para este grupo el miedo a futuros exámenes diagnósticos fue lo más significativo; aunque para el grupo de mujeres reconstruidas también fue relevante, es decir, un sentimiento recurrente como la preocupación constante por su enfermedad, por el tratamiento y el miedo a la recidiva.

Escala de calidad de vida. Bienestar social. La tabla 13 muestra la comparación de la distribución de las respuestas entre pacientes reconstruidas y sin reconstrucción para la dimensión de preocupación social del constructo calidad de vida. Se encontraron diferencias significativas en la pregunta "¿Ha sido impactado/afectado su sexualidad por su enfermedad?" (*p*=0.01), donde se denota mayor problema para las pacientes no reconstruidas; también se encontró muchas preocupación en las pacientes reconstruidas a la pregunta "¿Hasta qué punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con sus actividades/quehaceres en el hogar?" mostrando diferencias importantes con el grupo de pacientes reconstruidas (*p*=0.02); por último se encontró que las pacientes no reconstruidas culpan a la enfermedad de su aislamiento (*p*=0.01).

Tabla 13. Estadísticos descriptivos y comparación del bienestar social al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Ítem	Promedio	DE	Mediana	*P*
¿Ha sido impactado/afectado su sexualidad por su enfermedad?				
Reconstruidas	6.8	3	8	
No reconstruidas	8.3	3.1	10	0.01
¿Hasta qué punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con sus actividades/quehaceres en el hogar?				
Reconstruidas	7	3.1	8	0.02
No reconstruidas	8.4	2.1	9	
¿Cuánto aislamiento le atribuye usted a su enfermedad y tratamiento?				
Reconstruidas	5.8	3.6	6	0.01
No reconstruidas	7.3	2.4	8	

DE: Desviación estándar. ***p:*** Valor *p* del test Wilcoxon-Mann Whitney. Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Hubo significancia estadística en ambos grupos en esta dimensión en el impacto de la enfermedad sobre su sexualidad; esta es la mayor preocupación en este grupo de pacientes en cuanto al bienestar social, de otra manera, las mujeres experimentan sentimientos de pérdida, los que influyen negativamente en su relación de pareja. Otro aspecto fundamental es el cambio de roles en sus vidas y el aislamiento debido a la enfermedad, observándose notoriamente en las mujeres no reconstruidas.

Escala de calidad de vida. Bienestar espiritual. La tabla 14, muestra la comparación de la distribución de las respuestas entre pacientes reconstruidas y sin reconstrucción para la dimensión de bienestar espiritual del constructo calidad de vida. Se encontraron diferencias significativas en la pregunta "¿Hasta qué punto su enfermedad ha realizado cambios positivos en su vida?" (p=0.02) donde las pacientes no reconstruidas presentaron mucha incertidumbre en los sucesos futuros con respecto a las pacientes reconstruidas; en cuanto a los otros ítems la tendencia fue homogénea en ambos grupos.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos y comparación de bienestar espiritual al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Ítem	Promedio	DE	Mediana	*p*
¿Cuánta incertidumbre/duda siente usted en cuanto el futuro?				
Reconstruidas	7.5	2.6	8	0.02
No reconstruidas	8.3	2.1	9	

DE: Desviación estándar. ***p:*** Valor *p* del test Wilcoxon-Mann Whitney.
Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Este bienestar fue homogéneo para ambos grupos ($p<0.02$) ven la enfermedad como una oportunidad nueva de vida, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. Este bienestar muestra una significancia estadística alta y se retoma nuevamente la incertidumbre que sienten las mujeres en cuanto al futuro y es esa una de las razones del apego a las actividades religiosas.

Escala de imagen corporal. La tabla 15 muestra la comparación de la distribución de las respuestas entre pacientes reconstruidas y sin reconstrucción para el constructo de imagen corporal. Hubo diferencias entre ambos grupos en la pregunta "Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente" (p=0.04) donde las pacientes no reconstruidas tuvieron mucho problema en la percepción del atractivo sexual después de la operación, también se sintieron más deformadas y mutiladas (p=0.02) con respecto al grupo de pacientes reconstruidas. Las pacientes no reconstruidas presentaron un promedio superior en la pregunta "Evito que los demás me vean la cicatriz" (p=0.03) evidenciando diferencias importantes con el grupo de pacientes reconstruidas; por último las pacientes sin cirugía reconstructiva tuvieron mayor sensación de rechazo por su cicatriz (p=0.04).

Tabla 15. Estadísticos descriptivos y comparación de la imagen corporal al interior de cada grupo en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Ítem	Promedio	DE	Mediana	*p*
Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente				
Reconstruidas	2.9	1.1	3	0.04
No reconstruidas	3.5	0.7	4	
Me siento algo deformada o mutilada				
Reconstruidas	2.8	1.2	3	0.02
No reconstruidas	3.5	0.7	4	
Evito que los demás me vean la cicatriz				
Reconstruidas	2.8	1.1	3	0.03
No reconstruidas	3.2	0.8	3	
Me repugna la cicatriz				
Reconstruidas	1.7	1	1	0.04
No reconstruidas	2.5	1.1	2	

DE: Desviación estándar. ***p:*** Valor *p* del test Wilcoxon-Mann Whitney. Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Hubo significancia estadística para el grupo de mujeres no reconstruidas estas manifestaron sentirse con un cuerpo incompleto, estuvieron insatisfechas con la cicatriz, mutiladas y les era difícil mirarse al espejo, mientras que para el grupo de mujeres reconstruidas el cambio de su imagen corporal y sentirse con un cuerpo completo no les afectó, otros factores relevantes y que afectan la imagen corporal es el sentirse menos atractiva, insatisfecha con su apariencia, menos femenina y menos atractiva sexualmente a sus parejas lo que las hace sentirse a la gran mayoría como insatisfechas con sus cuerpos. Al parecer la cirugía tiene un impacto no sólo en su imagen, sino también en su desenvolvimiento sexual y social.

5.6 Análisis multivariado

Se realizó un Análisis Factorial (AF) por el método de componentes principales a la escala de respuestas para sintetizar las posibles relaciones existentes entre las dimensiones que mide cada instrumento (incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal). Se eligió para el procesamiento de datos el análisis factorial, ésta es una técnica estadística multivariada

donde no existe ninguna distinción entre variables dependientes e independientes, más bien se concentra en todo el conjunto de relaciones interdependientes de las variables, destacando los componentes o factores. Las características de los cuestionarios forzaron a realizar dos análisis de factores, uno para el grupo de mujeres reconstruidas y el otro para el grupo de mujeres no reconstruidas. El análisis de los datos se hizo con el paquete estadístico SPSS 19. A continuación se detallan los pasos del proceso:

Adecuación de la matriz de correlaciones. Para cada instrumento se analizó el test de esfericidad de Bartlett (1950) el cual prueba la hipótesis nula de que la matriz de correlación poblacional es identidad, es decir, que las variables están incorrelacionadas en la población. Si no puede rechazarse dicha hipótesis, habrá que aceptar que la matriz de correlación solo contiene "ruido". Posteriormente se estudia el grado de relación conjunta entre las variables a partir del índice KMO de Kaiser, (1970) para evaluar hasta donde las puntuaciones en cada una de las variables son predecibles desde las demás. El valor de referencia propuesto por Kaiser (1970) sugiere que la matriz de correlación será apropiada para factorizar si el índice de KMO es superior a 0.5.

Tabla 16. Adecuación de los datos según índice de KMO e instrumentos en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Instrumentos	Reconstruidas		No reconstruidas	
	Bartlett (valor-p)	KMO	Bartlett (valor-p)	KMO
Incertidumbre	6.71E-20	0.71	3.88E-244	0.68
Calidad de vida	1.15E-22	0.63	1.44E-19	0.56
Percepción imagen corporal	1.67E-119	0.73	1.52E-108	0.79

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

En la tabla 16 los resultados permiten valorar la bondad de ajuste o adecuación de los datos analizados a un modelo factorial. Para todos los instrumentos se rechazó la hipótesis de la matriz de correlación identidad y al mismo tiempo el índice de KMO se mantuvo por encima de 0.5, los índices para los instrumentos en mujeres reconstruidas fueron: incertidumbre 0.71 calidad de vida 0.63, imagen corporal 0.73; para las mujeres no reconstruidas los índices fueron: incertidumbre 0.68, calidad de vida 0.56, imagen corporal

0.79, en esto permite concluir que existen las condiciones válidas para un análisis factorial en ambos grupos de estudio.

Extracción de los factores. Para estimar el modelo de Análisis de Factores se utilizó el método basado en el criterio de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO), estas metodologías tienen la ventaja de poder contrastar de forma estricta el ajuste del modelo a los datos, además no se asume la normalidad multivariada ya que en el caso de los ítems nunca se cumple.

Determinación del número de factores. Adicionalmente el número de factores a extraer se evaluó mediante el porcentaje de varianza explicada por cada factor según el grupo de análisis. La tabla 17 muestra la extracción de los factores y determina el número de factores retenidos mediante el criterio del porcentaje de varianza explicada seleccionando hasta explicar más del 70% de la información, mediante la agrupación de datos. Es así, que para el instrumento de Incertidumbre (Mishel), 11 factores retenidos logran explicar el 79.73 % de la incertidumbre en mujeres reconstruidas y el 76.58 % de la incertidumbre en mujeres no reconstruidas, y para el bienestar psicológico 5 factores logran explicar en las mujeres reconstruidas el 78.58% de este bienestar y el 81.85% en mujeres no reconstruidas.

Tabla 17. Varianza explicada por los factores según instrumento de medición.

Dimensiones	Reconstruidas		No reconstruidas	
	Numero de factores	Varianza explicada (%)	Numero de factores	Varianza explicada (%)
Incertidumbre	11	79.73	11	76.58
Bienestar físico	4	76.82	4	75.02
Bienestar psicológico	5	78.58	5	81.85
Bienestar social	4	75.15	5	74.58
Bienestar espiritual	3	73.64	3	73.14
Percepción imagen corporal	4	76.377	4	74.91

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012.

Interpretación de la carga factorial. Una vez la carga factorial del factor y el ítem han sido estandarizados a través del modelo de regresión, permiten reflejar la importancia que tiene el factor sobre el ítem; es decir, cuanto mayor sea la carga, mayor la importancia del factor, y por tanto menor la influencia del error. Para el instrumento de incertidumbre se puede afirmar que la correlación entre el factor 1 y el ítem 2 de la matriz de cargas

factoriales en pacientes reconstruidas fue de 0.5661, y así sucesivamente para los demás correlaciones .Ver (Anexos J) y (Anexo K)).

Rotación de los factores. No obstante la claridad en la carga factorial de los ítems explicados en el punto anterior, (anexos J y K) resultó necesario efectuar una rotación que permitió hallar una solución más clara para facilitar la interpretación. El método de rotación utilizado fue Varimax con el objetivo de redistribuir la varianza a lo largo de todos los componentes en la matriz de cargas factoriales. Con esto se simplifica el modelo y se obtienen resultados más claros para identificar los factores en cada componente, aproximando las cargas altas a 1 y las bajas a -1. En los resultados se consideraron importantes los ítems con cargas factoriales mayores a ±0.4 y se describen solo los factores que se relacionen con más de un ítem.

Para el instrumento de incertidumbre, (anexos j y K) muestran la relación de cada uno de los factores con los diferentes ítems, es así en la tabla 18 para la incertidumbre**,** se reflejan el ítem 11 con una carga de 0.88, el ítem 5 con una carga de 0.62 para el factor 2, el ítem 12 con una carga de .083, y el ítem 10 con una carga de 0.73 para el factor 3

Conviene advertir que tanto en la rotación ortogonal, como en la rotación oblicua la comunalidad de cada variable no se modifica, es decir, la rotación no afecta a la bondad de ajuste de la solución factorial: aunque cambie la matriz factorial, las especificidades no cambian y por tanto, las comunalidades permanecen inalteradas. En los resultados se reportaron las cargas factoriales rotadas por encima de ±0.4.

Análisis de las comunalidades. Se denomina comunalidad a la proporción de la varianza explicada por los factores comunes en una variable. La comunalidad es la suma de los pesos factoriales al cuadrado en cada una de las filas. Se estimó la comunalidad de cada ítem según la dimensión. Para el presente trabajo se muestran los items con comunalidades superiores al 90%.

Ejemplo: La comunalidad estimada para bienestar físico en pacientes reconstruidas del ítem 1 (ver tabla 25) fue la siguiente:

$$Com_{b1} = (0.56)^2 + (0.28)^2 + (0.71)^2 + (-0.23)^2 = 0.995$$

Es decir que los 4 factores explican el 99.5% de la varianza de las puntuaciones en este ítem y por tanto el 0.5% restante seria la varianza debida al error.

5.7 Análisis factorial de los datos en la escala de Incertidumbre.

A continuación se presenta la matriz de cargas factoriales extraídas del modelo inicial de los 11 factores retenidos para los 33 ítems del instrumento en pacientes reconstruidas y no reconstruidas, estas cargas representan la importancia del ítem en cada factor.

Una vez determinada la matriz de cargas factoriales se realizó la rotación para visualizar mejor los ítems más relevantes para cada factor como lo muestra la tabla 18 y 19, estas contienen las cargas factoriales utilizando la rotación varimax.

Tabla 18. Matriz de cargas factoriales rotadas para la escala de Incertidumbre (Mishel), en mujeres reconstruidas.

Ítem	Reconstruidas										
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11
Esm1	0.61										
Esm2	0.67										
Esm8	0.64										
Esm11	0.88										
Esm3		0.65									
Esm4		0.54									
Esm5		0.62									
Esm9		0.61									
Esm22		0.51									
Esm10			0.73								
Esm31			0.58								
Esm33			0.83								
Esm12				0.60							
Esm27				0.87							
Esm28				0.70							
Esm17					0.57						
Esm26					0.74						
Esm32					0.82						
Esm13							0.60				
Esm16							0.58				
Esm20							0.53				

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

En este punto es pertinente resaltar que de los resultados de la prueba pre piloto con respecto al instrumento de incertidumbre, el análisis del estudio principal y de los factores están orientados respecto a las dimensiones construidas por la investigadora y el grupo de expertos. En este sentido, los factores derivados del análisis factorial están analizados según las dimensiones del instrumento de incertidumbre (Marco de estímulos, capacidad cognitiva y proveedores o fuentes de la estructura).

Factor 1: Contiene las preguntas 1, 2, 8, 11 (no sé qué está mal conmigo, tengo muchas preguntas sin respuestas, no sé cuánto esperar para que se me hagan las cosas y los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados), estas preguntas se encuentran relacionadas con la capacidad cognitiva y proveedores o fuente de estructura. (Ver anexo C)

Factor 2: Contiene las preguntas 3, 4, 5, 9, 22 (no estoy segura de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando, no tengo claro que tan fuerte será el dolor, las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas, mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible, y los resultados de mis test son inconsistentes) estas preguntas se encuentran relacionadas con la capacidad cognitiva y el marco de estímulos.

Factor 3: Contiene las preguntas 10, 31, 33 (entiendo todo lo que se me explica, puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite y los doctores y

enfermeras utilizan lenguaje cotidiano para que pueda entender lo que me están diciendo) se encuentran relacionadas con la capacidad cognitiva y proveedores de la estructura.

Factor 4: Contiene las preguntas 12, 27, 28 (puedo predecir cuánto durará mi enfermedad, estoy segura de que no encontrarán nada malo conmigo y el tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida) y se encuentra relacionado con la capacidad cognitiva y proveedores de estructura.

Factor 5: Contiene las preguntas 17, 26, 32 (el curso de mi enfermedad sigue cambiando, tengo días buenos y malos, debido al tratamiento lo que puedo y no puedo hacer es variable, se ha determinado la gravedad de mi enfermedad) está relacionado con la tipología de los síntomas, la capacidad cognitiva y proveedores de estructura.

Factor 6: Contiene las preguntas 7, 29 (cuando tengo un dolor, sé lo que eso significa con respecto a mi condición, no me han dado un diagnóstico específico) está relacionado con la tipología de los síntomas y proveedores de estructura.

Factor 7: Contiene las preguntas 13, 16, 20 (mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo, debido a la impredictibilidad de mi enfermedad, no puedo planear mi futuro, no está claro lo que me está pasando) está relacionado con la coherencia de los hechos, la tipología de los síntomas y la capacidad cognitiva.

Análisis: Es importante resaltar como la capacidad cognitiva influye positivamente o negativamente sobre la percepción de la enfermedad, en la manera como la información que reciben acerca de su enfermedad, las habilidades para procesar dicha información y la manera como esta es procesada, se ve reflejado en los estímulos que la persona recibe, estos componentes del marco de estímulos están inversamente relacionados con la incertidumbre, si estos son bien procesados, reducen la incertidumbre.

Tabla 19. Matriz de cargas factoriales rotadas para la escala de Incertidumbre (Mishel), en mujeres no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas										
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11
Esm27	0.743										
Esm28	0.805										
Esm31	0.519										
Esm32	0.56										
Esm33	0.533										
Esm5		0.546									
Esm8		0.62									
Esm17		0.635									
Esm19		0.671									
Esm1			0.795								
Esm2			0.815								
Esm14				0.808							
Esm24				0.655							

Ítem	No reconstruidas										
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11
Esm4					0.931						
Esm18					0.525						
Esm21						0.655					
Esm30						0.906					

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Factor 1: Contiene las preguntas 27, 28, 31, 32, 33 (estoy segura de que no encontrarán nada malo conmigo, el tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida, puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite, se ha determinado la gravedad de mi enfermedad, los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo) estas preguntas se encuentran relacionadas con los proveedores o fuentes de la estructura.

Factor 2: Contiene las preguntas 5, 8, 17, 19 (las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas, no sé cuánto esperar para que se me hagan las cosas, el curso de mi enfermedad sigue cambiando, tengo días bueno y malos, me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo) se encuentra relacionado con la capacidad cognitiva, marco de estímulo y proveedores de estructura.

Factor 3: Contiene las preguntas 1, 2 (no sé que está mal conmigo. Tengo muchas preguntas sin respuestas) relacionado con la capacidad cognitiva.

Factor 4: Contiene las preguntas 14, 24 (es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome, es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mí misma) con capacidad cognitiva.

Factor 5: Contiene las preguntas 4, 18 (no tengo claro que tan fuerte será el dolor, no tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital) está relacionado con marco de estímulos.

Factor 6: Contiene las preguntas 21, 30 (generalmente sé si voy a tener un buen día o un mal día, mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar) está relacionado con la capacidad cognitiva.

Análisis: Para el grupo de mujeres no reconstruidas la capacidad cognitiva no fue tan sobresaliente como en el grupo de mujeres reconstruidas, al no poder procesar la información que reciben acerca de su enfermedad, no pueden formar un esquema cognitivo ni una respuesta a la situación; por lo tanto se genera más incertidumbre.

En la tabla 20 se reportan las Comunalidades de cada ítem de acuerdo a las pacientes con y sin cirugía reconstructiva, esta expresa el grado de variabilidad explicada por cada ítem, siendo los más importantes los cercanos al 100%.

Tabla 20. Comunalidades para la escala de incertidumbre (Mishel), según reconstrucción.

Ítem	Comunalidad (%)	
	Reconstruidas	No reconstruidas
Esm5	99.50	
Esm11	99.50	
Esm20		99.50
Esm22		99.50
Esm23	99.50	
Esm28		93.13
Esm29	93.40	
Esm30	99.50	99.50

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

La comunalidad estimada para incertidumbre en las pacientes reconstruidas en el ítem 5 fue de 99.50, es decir que los 11 factores retenidos del instrumento explican el 99.5% de la varianza de las puntuaciones en este ítem . Para este caso, corresponde a la pregunta: "las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas "; seguidamente del ítem 11 : "Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados". Respecto al ítem 23: "la efectividad del tratamiento no está determinada ". El ítem 29 corresponde a: "no me han dado un diagnóstico específico", y el ítem 30: "mis molestias físicas son predecibles, yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar".

Para el caso de las pacientes no reconstruidas, los ítems más representativos fueron: ítem 20: "no está claro lo que me está pasando", ítem 22: "los resultados de mis test son inconsistentes "; ítem 28: "el tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida"; ítem 30: "mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar".

Análisis de las Comunalidades: En el grupo de mujeres reconstruidas se observó que la dimensión más significativa para ellas correspondió a la de proveedores o fuentes de la estructura, estas fuentes son las autoridades confiables que por su nivel de educación brindan el cuidado. Para el grupo de mujeres no reconstruidas lo más importante para ellas fueron los ítems enmarcados dentro de la dimensión de capacidad cognitiva.

Es importante destacar que esta misma secuencia del análisis factorial se utilizó para el análisis de calidad de vida y el de imagen corporal en cada dimensión, las tablas se presentarán en un archivo en anexos.

5.8 Análisis factorial de los datos en la escala de calidad de vida

Dimensión de bienestar físico**.** Se presenta la matriz de cargas factoriales extraídas del modelo inicial de los 4 factores retenidos en pacientes reconstruidas y no reconstruidas, estas cargas representan el grado de asociación entre el ítem y el factor. Ver (Anexo L) (tabla 21 a la 45).

En las tablas 23 y 24 (Anexo L) se muestra la matriz de cargas factoriales después de la rotación con el objetivo de facilitar la interpretación, la rotación utilizada en este caso fue Varimax una rotación ortogonal, esta consiste en cambiar los ejes de referencia sobre el origen, esto permite redistribuir la varianza para obtener un patrón de factores más claros; en esta rotación se visualizan los ítems más relevantes para cada factor como lo muestra la tabla 23 y 24 respectivamente.

La matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar físico en mujeres reconstruidas, determinó 3 factores representativos:

Factor 1: corresponde a las preguntas (2, 6, 1, 5) relacionadas con los cambios de apetito (0.99), las náuseas (0.69), agotamiento o fatiga (0.58) y estreñimiento (0.43). El factor 3: Contiene las preguntas (1, 3) relacionadas con la fatiga o el agotamiento (0.72) y el dolor (0.45). El factor 4: Contiene las preguntas (5, 8) relacionadas el estreñimiento (0.57) y con una clasificación de la salud física en general sumamente mala (0.42).

El ítem de mayor peso y mayor carga factorial en este grupo corresponde a la pregunta relacionada con los cambios del apetito (0.99).

La matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar físico en pacientes no reconstruidas determinó 3 factores:

Factor 1: Contiene las preguntas (2, 6) relacionadas con el cambio de apetito (0.529) y con las náuseas (0.989). El factor 2: Contiene las preguntas (4, 7) relacionadas los cambios en dormir (0.964) y cambios en la menstruación (0.437), y el factor 4: Contiene las preguntas (1, 2) relacionadas con la fatiga (0.479) y cambios de apetito (0.741).

El ítem más representativo y con carga factorial alta para este grupo corresponde a la pregunta relacionada con los problemas en el bienestar físico como son las náuseas (0.989).

Continuando con los pasos del proceso del análisis factorial, se sigue con la comunalidad, esta es la variabilidad que viene explicada por una serie de factores comunes con el resto de ítems. En la tabla 25 (Anexo L) se encontró comunalidades altas en los ítems relacionados con la fatiga o el agotamiento, cambios de apetito cambios en el dormir en pacientes reconstruidas, mientras en las pacientes que no fueron reconstruidas se destacaron los ítems relacionados con los cambios en el dormir, el estreñimiento y las náuseas respectivamente.

Para la dimensión de bienestar psicológico. En las tablas 26 y 27 (AnexoL) se muestran las cargas factoriales en pacientes reconstruidas y no reconstruidas, estas cargas indican el grado de relación entre las variables que son los ítems y los factores. Así, los ítems con cargas próximas a 1 se explican en gran parte por el factor, mientras los que tengan cargas próximas a 0 no se explican por el factor. Para poder determinar cuáles son los ítems más significativos se realiza la rotación de los factores.

Las tablas 28 y 29 (Anexo L) muestran la matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar psicológico en mujeres reconstruidas y no reconstruidas. Esta rotación permitió identificar los siguientes factores para el grupo de mujeres reconstruidas:

Factor 1: Contiene las preguntas (11, 13) relacionadas con cuanta felicidad siente la paciente (0.595) y la satisfacción con su vida (0.993). El factor 2: Contiene las preguntas (12, 14) relacionadas con el control sobre las cosas en su vida (0.468) y la capacidad actual para concentrarse o recordar cosas (0.977), y el factor 5: Contiene las preguntas (9, 16) relacionadas con lo difícil para lidiar con su vida como resultado de su enfermedad y tratamiento (0.566) y si ha causado su enfermedad cambios en la apariencia (0.415).

El ítem más representativo fue el correspondiente a la satisfacción que sienten las mujeres con sus vidas, con una carga factorial de (0.993).

La matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar psicológico en pacientes no reconstruidas muestra los siguientes factores retenidos:

Factor 1: Contiene las preguntas (11, 12, 13) relacionadas con la felicidad que sienten (0.50), el control de las cosas de sus vidas (0.83) y hasta qué punto le satisface su vida (0.81). Para el factor 3: las preguntas (9, 10) relacionadas con la dificultad para lidiar con su vida (0.65) y que tan buena es la calidad de su vida (0.63). El factor 5: Contiene las preguntas (14, 15) relacionadas con la capacidad para actual para concentrarse (0.43) y que tal útil se siente (0.52). En este sentido, el ítem más significativo corresponde a la pregunta sobre sentir que tiene el control de las cosas de sus vidas (0.83).

La comunalidad para esta dimensión en pacientes reconstruidas fueron relevantes los ítems relacionados con la calidad de vida, la satisfacción y la capacidad para concentrarse o recordar cosas. Mientras en las pacientes no reconstruidas les preocupo más la felicidad y los cambios en la apariencia .Ver tabla 30 (Anexo L). Comunalidades.

Dimensión de bienestar social. En las tablas 31 (mujeres reconstruidas) y 32 (mujeres no reconstruidas) (Anexo L). se muestran las cargas factoriales de acuerdo a los factores retenidos y los ítems. Estas contienen 2 factores relevantes obtenidos después de la rotación:

Factor 1: Contiene los ítems (31, 32, 34) relacionadas con las siguientes preguntas: hasta qué punto ha interferido la enfermedad con el empleo (0.46), interferencia con las actividades del hogar (0.76) y cuanta carga económica ha tenido como resultado de la enfermedad (0.75). En cuanto al factor 2: hace referencia a las preguntas (29, 31, 33) se relacionan como la enfermedad interfiere en las relaciones personales (0.60), interferencia de la enfermedad con el empleo (0.49) y cuanto aislamiento le atribuye a la enfermedad (0.79). Este último constituye en la preocupación más importante para este grupo de mujeres.

En cuanto a la matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión preocupación social en pacientes no reconstruidas, 2 fueron los factores relevantes; el factor 1: Contiene las preguntas (31, 32, 33, 34) relacionadas con la interferencia con el empleo (0.53), las actividades del hogar (0.54), el aislamiento (0.79) y la carga económica como resultado de la enfermedad (0.72). El factor 4: Contiene las preguntas (28, 33) se relaciona de manera inversa con el apoyo que recibe de parte de otros (0.52), también se relaciona con el aislamiento debido a la enfermedad y tratamiento (0.79); al igual que en el grupo de mujeres reconstruidas el aislamiento se constituye en la preocupación más relevante en esta dimensión de bienestar social.

La tabla 35 (Anexo L).muestra las Comunalidades donde se destacan en las pacientes reconstruidas los ítems relacionados con la angustia que genera la enfermedad en su familia y como la enfermedad ha impactado en las actividades o quehaceres del hogar. En las pacientes no reconstruidas también hubo mayor relevancia en los ítems que explican la angustia en la familia y el impacto de la enfermedad sobre su sexualidad.

Dimensión de Bienestar espiritual. Las tablas 36 y 37 (Anexo L).muestran las cargas factoriales del análisis inicial de acuerdo a los 3 factores retenidos y los ítems. Las tablas 38 y 39 reportan las cargas factoriales después de la rotación de los factores con el objetivo de transformar la matriz inicial en una más fácil de interpretar.

La matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión bienestar espiritual en mujeres reconstruidas fue determinada de la siguiente manera; en cuanto al factor 1, este contiene las preguntas (35, 36, 40, 41) relacionadas con la importancia en la participación en actividades religiosas (0.728), importancia de otras actividades espirituales como la meditación (0.798), sensación de propósito o misión en la vida (0.685) y cuanta esperanza siente (0.685). El factor 2: Contiene las preguntas (36, 40, 41) está relacionado directamente con la importancia de otras actividades espirituales (0.597), el sentimiento de esperanza (0.425) y la sensación de que tienen un propósito en sus vidas (0.725); y el factor 3: Contiene las preguntas (39, 41) se relacionan con los cambios positivos en sus vidas (0.485) y cuanta esperanza sienten las pacientes (0.566). En este sentido lo más significativo en esta dimensión para las mujeres reconstruidas fue la importancia de participar en otras actividades espirituales como la meditación, más que la participación en actividades de la iglesia.

En lo relacionado con la matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión bienestar espiritual en mujeres no reconstruidas 3 factores fueron los representativos para esta dimensión. Factor 1: Contiene las preguntas (35, 36, 37, 40) está relacionado con la participación en actividades religiosas y la influencia de la religión en el padecimiento del cáncer de mama. El factor 2: Contiene las preguntas (35, 37, 40) se relaciona con la participación en actividades religiosas, y cambios en su vida con el diagnóstico del cáncer, y el factor 3: Contiene las preguntas (36, 39) relacionado con otras actividades espirituales y los cambios positivos en su vida a raíz del cáncer.

Los ítems con mayor importancia para las mujeres no reconstruidas fueron las actividades religiosas como ir a la iglesia, rezar y estar todo el tiempo conectadas con Dios. Ver (tabla 39). Referente a la comunalidad para esta dimensión, los ítems con mayor importancia para las pacientes reconstruidas fueron las actividades de meditación, en pacientes no reconstruidas estuvo mejor explicado por las actividades religiosas como ir a la iglesia o rezar, también fue muy importante el propósito o la misión que tienen en sus vidas a raíz del cáncer.

5.9 Análisis factorial de los datos de la escala de imagen corporal

En cuanto al análisis factorial de la Escala de Imagen corporal y de acuerdo a los factores retenidos, se presentan las cargas factoriales del análisis inicial en pacientes reconstruidas y sin reconstrucción. Ver tablas 41 y 42 (Anexo L).; de igual manera en las tablas 43 y 44 (Anexo L).que corresponde a las matrices de cargas factoriales con larotación de factores, la rotación es utilizada para mejorar la interpretación de los factores

y esclarecer que ítems se relacionan mejor con cada factor. Para el grupo de mujeres reconstruidas la matriz de cargas factoriales con rotación para esta dimensión 3 factores fueron significativos: el factor 1 con los ítems (2, 9, 4, y 6) corresponden a la pérdida del atractivo como mujer (0.81), sentirse menos femenina después de la operación (0.73), evitar que los demás le vean la cicatriz (0.57) e insatisfacción con la cicatriz (0.52). El ítem más significativo y con una carga factorial alta (0.81) en este grupo de mujeres reconstruidas corresponde a la pérdida del atractivo como mujer. Ver (Tabla43).

Para el grupo de mujeres no reconstruidas, 3 factores fueron retenidos. El factor 1 con los ítems (4 y 9) evitar que los demás le vean la cicatriz (0.611), sentirse menos femenina después de la operación (0.56). El factor 2 y los ítems (1,2,3), que corresponden a: sentirse menos atractiva sexualmente (0.567), pérdida del atractivo como mujer (0.779) y sentirse deformada- mutilada (0.64). El factor 3 (6, 8) que corresponde a evitar mirarse la cicatriz (0.589) y no estar satisfecha de su aspecto cuando está desnuda (0.627). Los ítems significantes en las mujeres no reconstruidas está relacionado con la pérdida del atractivo como mujer y sentimientos de deformidad y mutilación. Ver Tabla 44 (Anexo L). Esta significancia de los ítems, también corresponde igual en la interpretación de la comunalidad, siendo importantes los ítems con pesos factoriales de 0.9950. En las pacientes reconstruidas las Comunalidades más importantes fueron en los ítems relacionados con la pérdida del atractivo como mujer (ítem 2) y la satisfacción del aspecto físico cuando se encuentra vestida (ítem 10) ; mientras en las pacientes no reconstruidas fue relevante el ítem que explica “Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz” (ítem 6) y no estar satisfecha de su aspecto cuando está vestida (ítem 8), relacionados con sentimientos de deformidad y mutilación. (ver tabla 45, Anexo L).

Tabla 46. Ítems y factores según Comunalidades y reconstrucción más representativos de los instrumentos de medición.

Constructo	Dimensiones	Reconstruidas		No	Reconstruidas
		Ítems	Factores	Ítems	Factores
Incertidumbre	Marco de estímulos Capacidad cognitiva Proveedores de la estructura	5,11,23,27,30	F_{2-} F_1 – F_9 – F_4 – F_8	4,20,22,25,30	F_{5-} F_7 – F_9 – F_{10}– F_6
Calidad de vida	Bienestar físico	1,2,4	F_1 – F_2	4,5,6	F_2 – F_3 – F_1
	Psicológico	10,13,14	F_3 – F_1 – F_2	11,16	F_1 – F_2
	Social	27,32	F_3 – F_1	27,30	F_2 – F_3
	Espiritual	36,40	F_1	35,36,40	F_1 – F_2
Imagen corporal	Percepción de su imagen corporal	2,10	F_1 – F_2	6,8	F3

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012.

Interpretación de las comunalidades

La tabla 46, muestra los ítems con comunalidades mayores al 90% en el caso del constructo de incertidumbre, los ítems más representativos en el grupo de pacientes con cirugía reconstructiva fueron: (5, 11, 23, 27, y 30) las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas, los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados, la efectividad del tratamiento no está determinada, estoy segura de que no encontrarán nada malo conmigo, mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar.

Estos ítems corresponden a los factores 1,2,4,8,y 9 ; que tienen relevancia sobre: el impacto de la enfermedad (F1), percepción, afrontamiento y adaptación (F2), predicción y efectividad del tratamiento, actitud positiva (F4), y el grado de incertidumbre (F8 y F9); y una fuerte asociación de la dimensión con la capacidad cognitiva.

Para el constructo calidad de vida los ítems más representativos (1, 2, 4, 10, 13, 14, 27, 32, 36 y 40) fueron: para la dimensión de bienestar físico: fatiga/agotamiento, cambios de apetito, cambios en el dormir (F1 y F2).

En la dimensión de bienestar psicológico: Qué tan buena es su calidad de vida, hasta qué punto le satisface su vida, como clasificaría su capacidad actual para concentrarse y recordar las cosas. (F1 – F2 – F3).

En la dimensión de preocupación social: cuanta aflicción o angustia le ha ocasionado la enfermedad a su familia, hasta qué punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con sus actividades y quehaceres del hogar (F1 – F3).

Para la dimensión de bienestar espiritual: Importancia de otras actividades espirituales como la meditación, propósito de misión en la vida. (F1)
Para el constructo de imagen corporal los ítems más representativos (2 , 10) fueron: Pérdida del atractivo como mujer y satisfacción de su aspecto cuando está vestida (F1 F2).

En el grupo de mujeres sin cirugía reconstructiva los ítems más representativos en el constructo de incertidumbre (4, 20, 22, 25, 30) fueron: No tengo claro que tan fuerte será el dolor, no está claro lo que me está pasando, los resultados de mis test son inconsistentes, generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad, mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar. Ítems enmarcados dentro de la dimensión de capacidad cognitiva.

Estos ítems corresponde a los factores (5,6,7,9,10) que tienen importancia en: el dolor ocasionado por los síntomas de la enfermedad y la incertidumbre generada por el impacto del diagnóstico, la percepción de la enfermedad , los síntomas y la incertidumbre generada desde el mismo diagnóstico.

Para el constructo calidad de vida los ítems más representativos (1,2,4, 10,13,14,27,32, 36 y 40) fueron: Para la dimensión de bienestar físico: cambios en el dormir, estreñimiento y náuseas (F1 , F2 y F3). En la dimensión de bienestar psicológico: Cuanta felicidad siente y ha causado su enfermedad o tratamiento cambios en su apariencia (F1 – F2). En la dimensión de preocupación social: cuanta aflicción o angustia le ha ocasionado la

enfermedad a su familia, ha sido impactada o afectada su sexualidad por su enfermedad (F2 – F3). Para la dimensión de bienestar espiritual: Que tan importante es para usted su participación en actividades religiosas tales como rezar, ir a la iglesia o al templo, Importancia de otras actividades espirituales como la meditación, propósito de misión en la vida. (F1 – F2). Para el constructo de imagen corporal los ítems más representativos (6, 8) fueron: Me siento deformada mutilada, cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz, no estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy desnuda (F3).

5.10 Análisis Correlacional

En este segundo momento, se realizó el análisis correlacional, su utilidad y el propósito es conocer el comportamiento de un concepto o variable, conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas; es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de personas o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen las variables relacionadas; en el caso del presente estudio se trató de correlacionar la relación que existe entre la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.

Esta correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva significa que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar altos valores en la otra variable. Si no hay correlación entre las variables, estas nos indican que varían sin seguir un patrón sistemático entre sí, habrá sujetos que tengan altos valores en una de las dos variables y bajos en la otra variable (correlación negativa)[198].

Tabla 47. Matriz de correlación de las dimensiones de los tres instrumentos en mujeres reconstruidas**.**

	Marco de estimulo	Capacidad cognitiva	Proveedores de la estructura	Bienestar físico	Bienestar psicológico	Bienestar social	Bienestar espiritual	Imagen corporal
Marco de estimulo	1	0.33 (0.47)	0.25 (0.10)	0.29 (0.12)	**0.41 (0.059)**	**0.45 (0.041)**	0.21 (0.48)	**0.38 (0.16)**
Capacidad cognitiva		1	**0.46 (0.032)**	0.13 (0.31)	**0.42 (0.048)**	0.37 (0.31)	**0.65 (0.011)**	0.03 (0.86)
Proveedores de la estructura			1	0.22 (0.48)	0.29 (0.30)	**0.44 (0.044)**	0.01 (0.83)	-0.04 (0.76)
Bienestar físico				1	0.32 (0.56)	**0.64 (0.023)**	-0.07 (0.83)	0.24 (0.13)

(Significancia estadística de la correlación)
Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

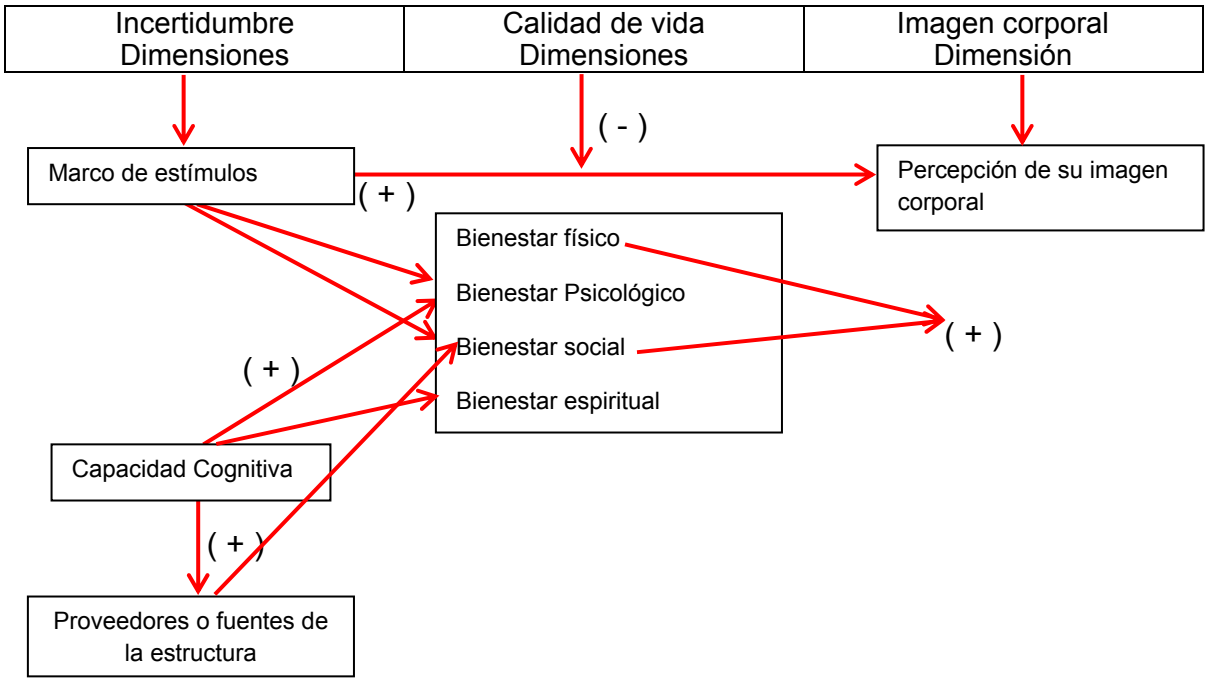
Se agruparon las 4 dimensiones de calidad de vida estimando la mediana de los ítems al igual que las 3 dimensiones de incertidumbre, y la dimensión de imagen corporal, posteriormente se halló la matriz de correlación entre las 8 dimensiones (marco de

[198] HERNANDEZ et al. Op cit., p.121

estímulos, capacidad cognitiva, proveedores de la estructura, bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar social, bienestar espiritual e imagen corporal) tanto para las pacientes reconstruidas como para las no reconstruidas. Finalmente se agruparon usando la mediana de los ítems, en 3 constructos (Incertidumbre, calidad de vida, imagen corporal)

La tabla 47, muestra el grado de correlación al interior de cada grupo y entre las dimensiones de los instrumentos: incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal. Se observa una correlación positiva entre la capacidad cognitiva y los proveedores de la estructura; igualmente correlacionan capacidad cognitiva del instrumento de incertidumbre con bienestar psicológico, social y espiritual del instrumento de calidad de vida; de la misma manera correlacionan bienestar físico con bienestar social. Existe una correlación baja en cuanto al marco de estímulos e imagen corporal, esta baja correlación corresponde al grupo de pacientes reconstruidas, se evidencia una aceptación de su imagen corporal con la reconstrucción. A continuación se presenta el análisis correlacional al interior de cada grupo y entre dimensiones de los instrumentos en mujeres reconstruidas

Figura 8: Análisis correlacional al interior de cada grupo y entre dimensiones de los instrumentos en mujeres reconstruidas.



Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

El análisis correlacional al interior de cada grupo muestra una relación positiva entre las dimensiones capacidad cognitiva y los proveedores de la estructura, esto representa como las mujeres que reciben una información oportuna, buena atención, aclaramiento

sobre sus dudas y temores, procesan bien un esquema cognitivo logrando de esta manera un afrontamiento efectivo sobre su enfermedad. De otra manera los síntomas que se generan a raíz de la enfermedad en el marco de estímulos se ven influenciados por el bienestar psicológico, social y espiritual.

En cuanto al bienestar social, este se encuentra relacionado con los proveedores de la estructura que son las personas que brindan el cuidado. Existe una correlación negativa del marco de estímulos en cuanto a su imagen corporal, esta no se vio afectada por cuanto las mujeres reconstruidas aceptan su nueva imagen y por lo tanto no repercute en su calidad de vida.

Tabla 48. Matriz de correlación de las dimensiones de los tres instrumentos en mujeres no reconstruidas.

	Marco de estimulo	Capacidad cognitiva	Proveedores de la estructura	Bienestar físico	Bienestar psicológico	Bienestar social	Bienestar espiritual	Imagen corporal
Marco de estimulo	1	**0.66 (p 0.02)**	**0.49 (0.04)**	-0.09 (0.66)	0.30 (0.18)	0.35 (0.2)	0.07 (0.83)	0.17 (0.37)
Capacidad cognitiva		1	0.32 (0.16)	-0.07 (0.78)	0.29 (0.27)	**0.38 (0.09)**	0.16 (0.4)	0.04 (0.72)
Bienestar psicológico					1	**0.66 (0.02)**	0.16 (0.41)	0.20 (0.64)
Bienestar social						1	0.22 (0.64)	**0.40 (0.031)**

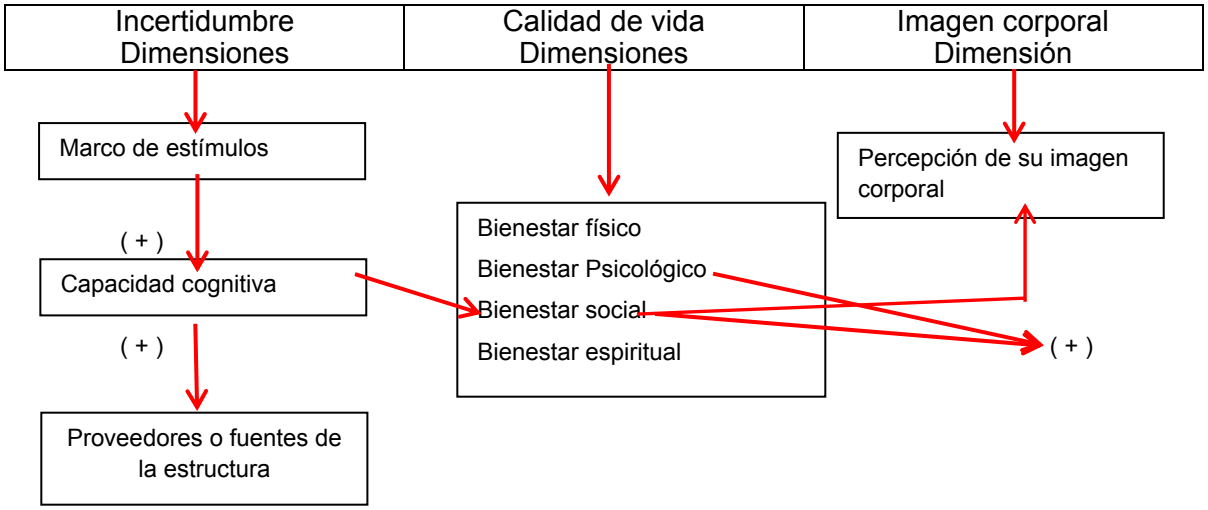
Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

La tabla 48 muestra las correlaciones de las dimensiones de los instrumentos de incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en el grupo de pacientes no reconstruidas. Es importante resaltar como el marco de estímulos (estímulos que la persona recibe) están fuertemente relacionados con la capacidad cognitiva (habilidades de la persona para procesar la información) y los proveedores de la estructura (autoridades confiables que brindad el cuidado).

Se evidencia una correlación fuerte entre incertidumbre y calidad de vida en las dimensiones de: capacidad cognitiva y el bienestar social y el bienestar psicológico con el bienestar social. Igualmente, para este grupo de pacientes no reconstruidas existe una correlación alta entre calidad de vida e imagen corporal en la dimensión de bienestar social y la percepción de su imagen corporal.

Esto corresponde al rechazo de su imagen corporal originado por la mutilación debido a la mastectomía sin reconstrucción. A continuación se presenta el análisis correlacional al interior de cada grupo y entre dimensiones de los instrumentos en mujeres no reconstruidas.

Figura 9: Análisis correlacional al interior de cada grupo y entre dimensiones de los instrumentos en mujeres no reconstruidas



Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Existe una correlación positiva al interior del grupo del constructo de incertidumbre, donde el marco de estímulos está influenciado por la capacidad cognitiva y los proveedores de la estructura, la limitación de la capacidad cognitiva reduce la habilidad para percibir el marco de estímulos, por lo tanto se aumenta el nivel de incertidumbre. Este a su vez (la capacidad cognitiva), que son las habilidades de la persona para procesar la información, está correlacionado con el bienestar social del constructo de calidad de vida, afectando las funciones y las relaciones, el afecto, la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar; esta afectación del bienestar social repercute sobre su imagen corporal(mastectomía) y se relaciona fuertemente con el deterioro de la imagen con sentimientos de mutilación, pérdida del sentido de la feminidad, disminución en la atracción y funcionamiento sexual, ansiedad, depresión, miedo y muerte; estos problemas afectan los roles, el bienestar emocional y la relación de pareja.

Tabla 49. Matriz de correlación de los constructos incertidumbre, calidad de vida, imagen corporal en mujeres reconstruidas.

	Calidad de vida	**Imagen corporal**	**Incertidumbre**
Calidad de vida	1	0.28 *(0.76)	**0.42 (0.08)**
Imagen corporal	-	1	0.17 (0.44)
Incertidumbre	-	-	1

* (Significancia estadística de la correlación)
Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

La tabla 49 muestra la correlación entre las variables del estudio; se observa una correlación alta en el grupo de pacientes reconstruidas entre incertidumbre y calidad de

vida. No existe correlación con imagen corporal, por no existir alteraciones significativas de su imagen corporal debido a la reconstrucción.

Tabla 50. Matriz de correlación de los constructos incertidumbre, calidad de vida, imagen corporal en pacientes no reconstruidas.

	Calidad de vida	Imagen corporal	Incertidumbre
Calidad de vida	1	0.31 (0.16)	0.31 (0.21)
Imagen corporal		1	0.18 (0.52)
Incertidumbre			1

(Significancia estadística de la correlación) Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

La tabla 50 evidencia una correlación alta entre incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal. Es de resaltar que a mayor puntuación obtenida, mayor problema relacionado con la imagen corporal. No correlaciona incertidumbre con imagen corporal. La variable que se observa más alterada para este grupo es la calidad de vida como repercusión de su imagen corporal afectada y la incertidumbre generada por el diagnóstico y tratamiento.

Tabla 51: Matriz de correlación de los constructos incertidumbre, calidad de vida, imagen corporal en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Constructos	Reconstruidas	No Reconstruidas
Incertidumbre	Correlación positiva	**Correlación positiva alta**
Calidad de vida	Correlación positiva	
Imagen corporal		

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Para el grupo de mujeres reconstruidas existe una correlación positiva entre los constructos de incertidumbre y calidad de vida, en este caso la incertidumbre se presenta como la inhabilidad de las mujeres para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad; la calidad de vida se ve alterada en todas sus dimensiones afectando el bienestar, en este sentido la reconstrucción de la mama influye positivamente en la calidad de vida en este grupo de mujeres, en cuanto a la imagen corporal no correlaciona porque no se encuentra alterada, existe una reconstrucción que de una u otra forma disminuyen las consecuencias psicológicas que conlleva la mutilación.

El grado de relación entre las variables del grupo de mujeres no reconstruidas, es alto; es decir hay una correlación positiva entre los tres constructos de la investigación, de observa una marcada diferencia con las reconstruidas, en las mujeres no reconstruidas la incertidumbre representa la inadecuación del esquema cognitivo existente de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad, que afectan notablemente su calidad de vida en las cuatro dimensiones, y sumado a esto la imagen corporal afectada por el impacto de la mastectomía, mientras más mutilante sea la cirugía, mayores serán las alteraciones emocionales, psicológicas y físicas.

Una mujer en situación de enfermedad crónica como el cáncer de mama, se enfrenta a una condición de pronóstico incierto, de incertidumbre, que le genera continuos cambios en su estilo de vida y el de la familia, y la lleva a depender del sistema de servicios de salud, de su familia, de sus amigos, o por el contrario aislarse de todo su entorno y no crear sistemas de afrontamiento, generándole secuelas que la marcaran para siempre y una desmejoría en su calidad de vida..

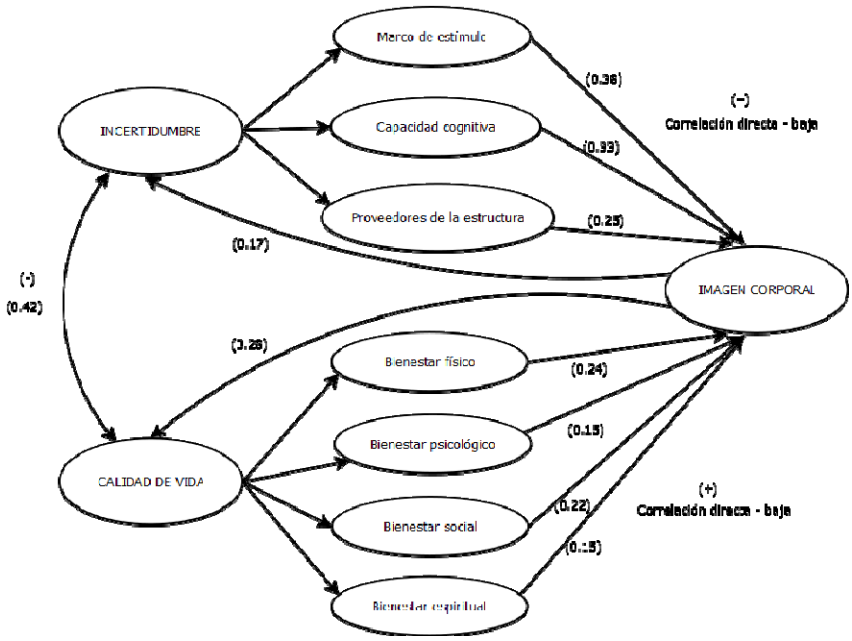
Finalmente, se llevó a cabo un análisis correlacional sobre los distintos factores. Se pudo comprobar la afinidad o similitud existente entre esas distintas estructuras factoriales. Al mismo tiempo, se observó el abanico que se da en el grado de correlación que denota diferencias más o menos significativas entre esas distintas estructuras factoriales y, que pueden indicar, el diferente concepto entre incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal.

Efectivamente, si bien todos los coeficientes de correlación son estadísticamente significativos, se observan correlaciones muy altas que denotan equivalencia de las dimensiones llegando a alcanzar en algunos casos una correlación casi total.

En el marco metodológico de esta investigación se planteó como hipótesis inicial que existe relación entre la incertidumbre calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía, y es precisamente el análisis correlacional de la incertidumbre y la Calidad de Vida el que arroja los conocimientos más interesantes de este estudio, confirmándose que si existe relación entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía.

A continuación se presentan los diagramas finales de las correlaciones, tomado del análisis final de la investigación. Se presenta un esquema conceptualizado de Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva..

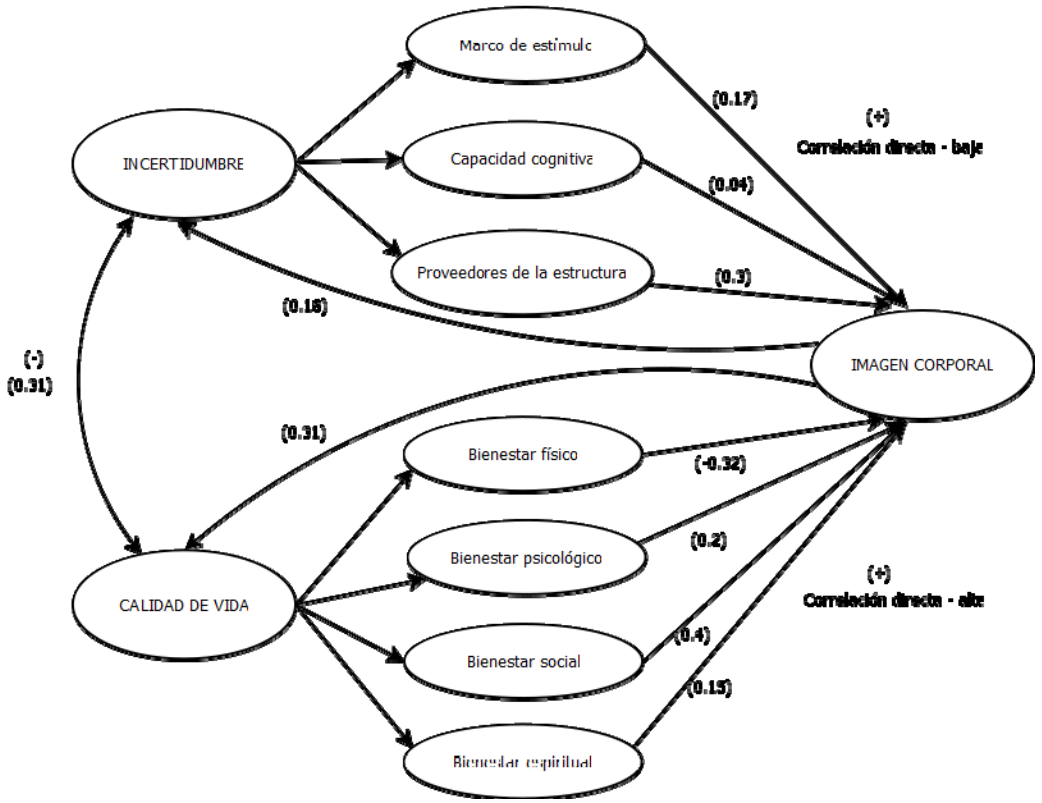
Figura 10. Diagrama de correlación de Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva.



Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Existe una correlación directa baja entre incertidumbre e imagen corporal, donde sobre sale el marco de estímulos y la capacidad cognitiva, fundamental para el afrontamiento de la enfermedad y la percepción de su nueva imagen corporal con la reconstrucción; una correlación negativa entre incertidumbre y calidad de vida, esto corresponde a valores altos en el constructo de calidad de vida y bajos en el de incertidumbre , a su vez hay una correlación directa baja entre imagen corporal y calidad de vida, afectando solamente el bienestar físico y social.

Figura 11. Diagrama de correlación de Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.

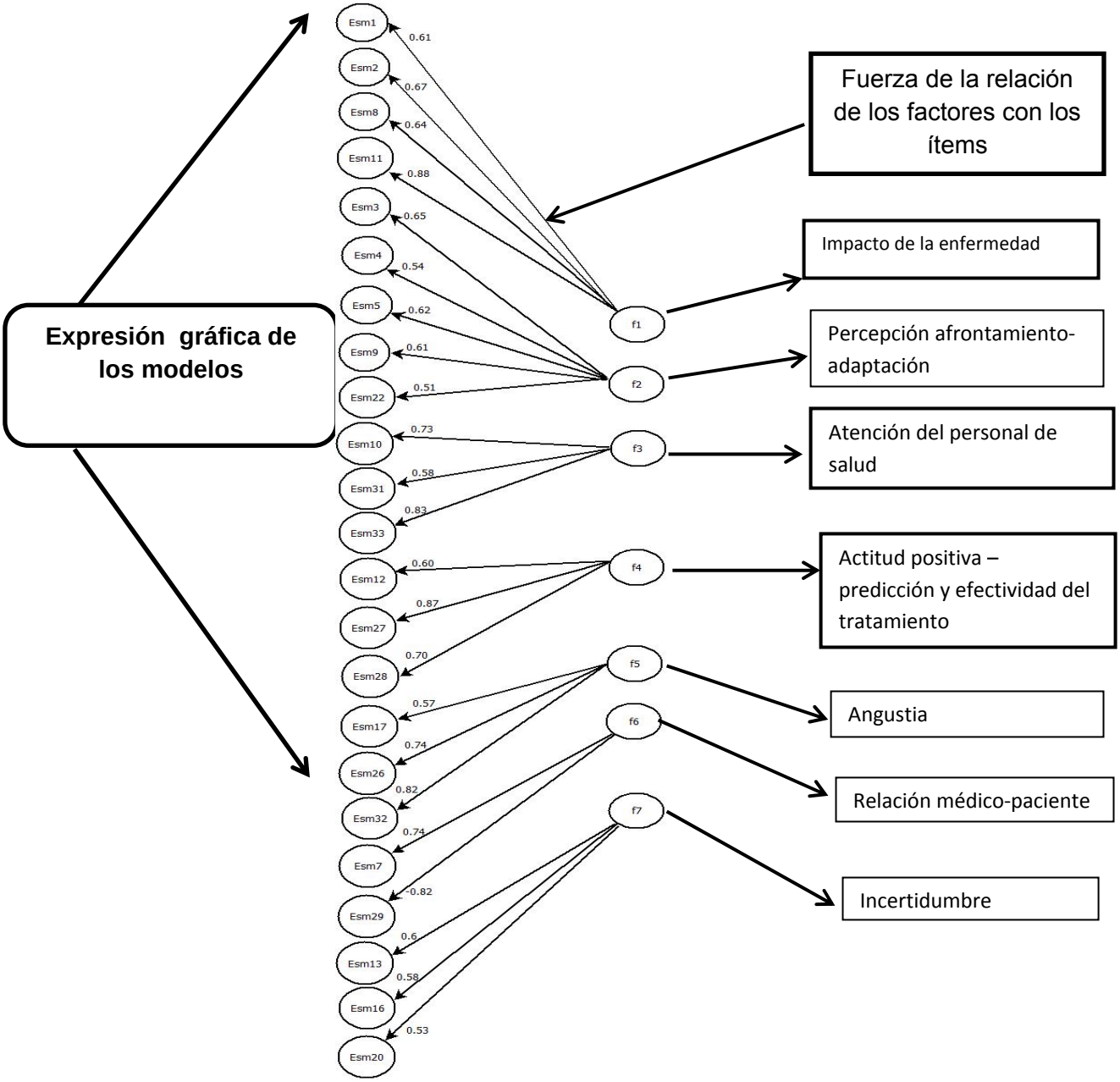


Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Existe una correlación positiva alta entre calidad de vida e imagen corporal, esta imagen alterada es afectada por el impacto de la mastectomía que a su vez repercute en el bienestar físico y social. En cuanto al constructo de incertidumbre se observa una correlación negativa con el constructo de calidad de vida, lo que significa a menor calidad de vida mayor el grado de incertidumbre.

A continuación se presentan los diagramas de Wright como producto final del análisis factorial; en él se distinguen los factores y la fuerza de relación con los ítems.

Figura 12. Diagrama de Wright para la escala de incertidumbre en mujeres reconstruidas.



Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: En el diagrama anterior se muestran Diagrama de Wright para la escala de incertidumbre en mujeres reconstruidas, en él se hace una expresión grafica en forma de modelo de los factores más relevantes:

Son 7 factores retenidos o preponderantes, el factor 1 agrupa 4 ítems que corresponden al impacto del diagnóstico inicial de la enfermedad.

Vivir con una enfermedad crónica e incurable es vivir en un estado de inseguridad constante; la incertidumbre es considerada el mayor factor que afecta la adaptación a la enfermedad.

El segundo factor agrupa 3 ítems que representan la predicción que tienen las pacientes sobre la evolución de la enfermedad y efectividad del tratamiento con una actitud positiva y de mantener siempre la esperanza de salvación.

El tercer factor con 3 ítems representativos, hacen referencia a la atención que les ofrece el personal de salud, la confianza que reciben de las enfermeras y el cuidado que les brindan. Es indispensable este apoyo social de los proveedores de la estructura para poder sobrellevar la enfermedad.

El factor 4 con 3 ítems relevantes está relacionado con la angustia que se genera al momento del diagnóstico, y que perdura en todo el tratamiento llegando incluso a presentar ansiedad y desesperación debido al impacto de la enfermedad.

El quinto factor hace referencia a la relación médico paciente, es muy importante para este grupo de mujeres la interacción que se establece, la forma de recibir la información y la manera como es procesada por la paciente, llegando a desencadenar incertidumbre si no se orienta en una manera precisa y puntual.

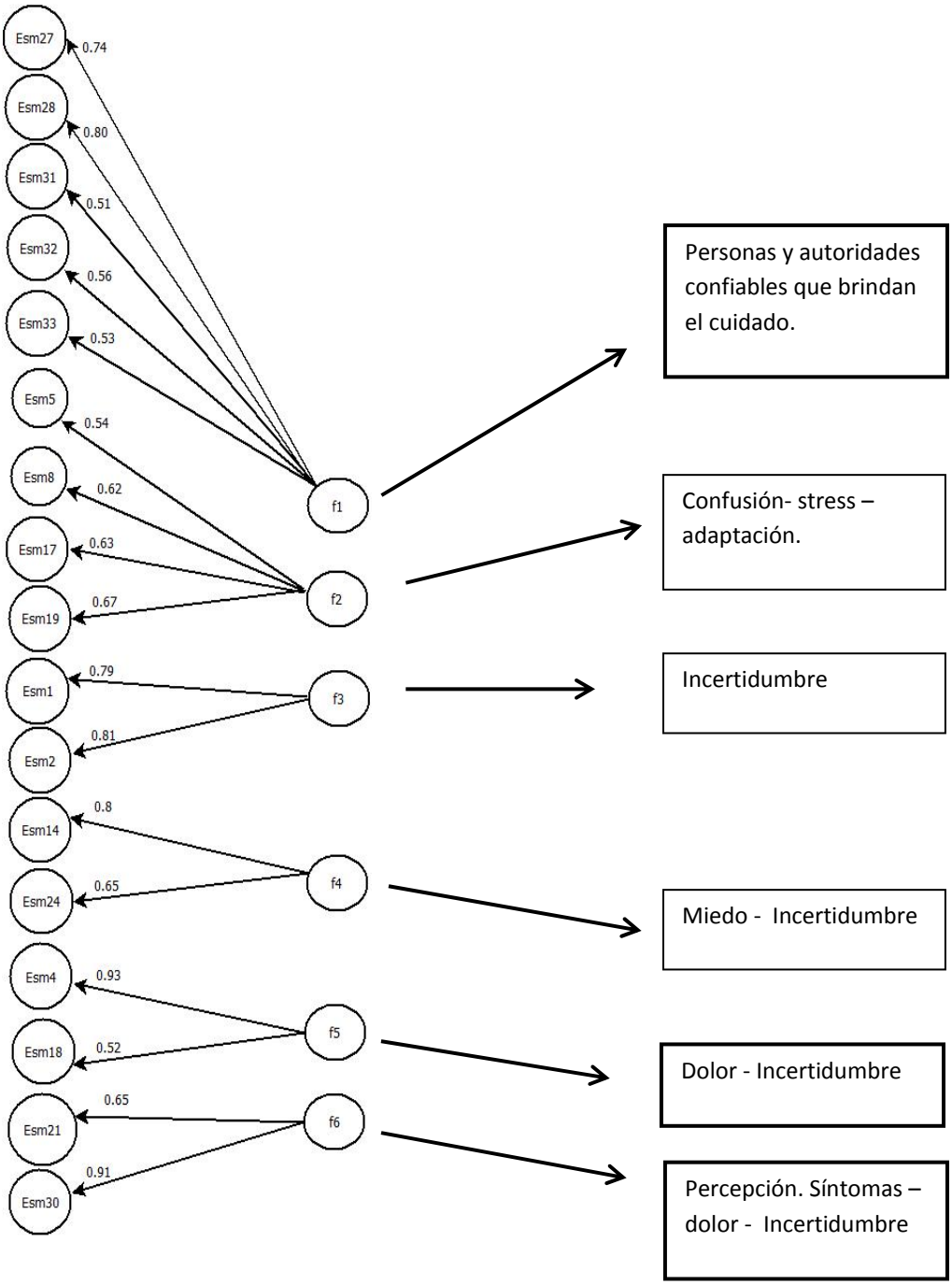
El sexto factor agrupa 5 ítems que representan la percepción que tienen las pacientes de la enfermedad, la manera de afrontamiento y el proceso de adaptación, cuando hay un buen afrontamiento a la situación ocurre la adaptación, si, por el contrario esto no se presenta, conlleva a un peligro que requiere intervención oportuna.

El séptimo factor está relacionado con la incertidumbre que se origina desde el diagnóstico inicial y perdura a través de todo el tratamiento.

Estos factores estresantes asociados con el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad son importantes para los procesos que valoran y responden a la incertidumbre.

De la misma forma como se presento el diagrama de Wright para la escala de incertidumbre en mujeres reconstruidas, a continuación se presenta el diagrama de Wright para la escala de incertidumbre en mujeres no reconstruidas donde el dolor marca la diferencia entre los dos grupos, aspecto importante para tener en cuenta en el plan de cuidados de enfermería.

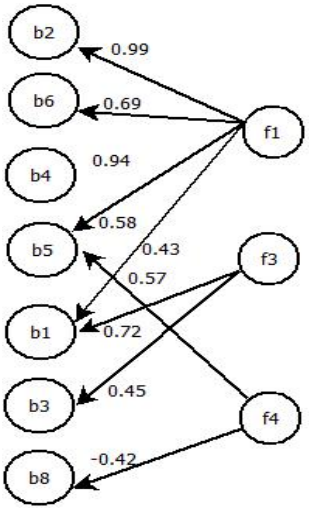
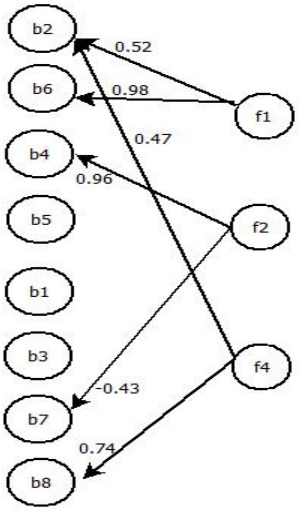
Figura 13. Diagrama de Wright para la escala de incertidumbre en mujeres no reconstruidas.



Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Análisis: Para el grupo de mujeres no reconstruidas, 6 factores fueron importantes y retenidos mediante la rotación. El factor de mayor peso en la carga factorial es el 5 y corresponde al dolor que sienten las pacientes, este grupo tuvo un diagnóstico del tumor en un estadio avanzado, por lo tanto la incertidumbre se presenta desde el mismo momento del diagnóstico. El segundo factor más importante en la representación gráfica del diagrama de Wright, es el 6 y corresponde a la percepción que tienen las pacientes de su enfermedad, los síntomas derivados del cáncer y el dolor que se manifiesta a lo largo de todo el tratamiento. El 3 factor está fuertemente relacionado con la incertidumbre que se origina cuando se inicia el tratamiento y permanece hasta la finalización del mismo. Es muy importante para este grupo de mujeres las personas y autoridades que brindan el cuidado, la calidad en la atención y el apoyo que reciben del personal de salud, este corresponde al factor 1. El factor 6 guarda relación con la confusión que se presenta a raíz del diagnóstico inicial, seguidamente de un proceso de estrés hasta lograr una adaptación, si esta no ocurre, se origina mayor incertidumbre, afectando su calidad de vida.

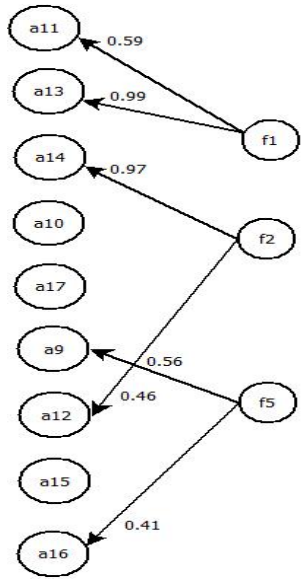
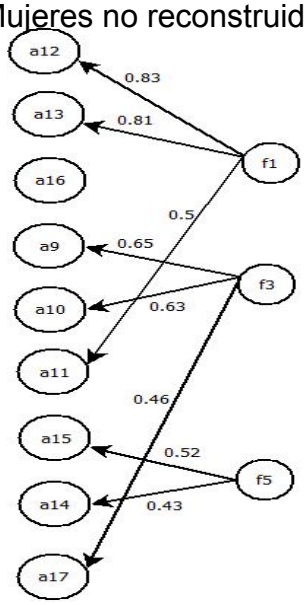
Figura 14. Diagrama de Wright para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar físico en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

a. Mujeres reconstruidas.	**b.** Mujeres no reconstruidas
	
Reconstruidas bienestar físico	No reconstruidas bienestar físico
Factor 1: Cambios de apetito – náuseas- agotamiento – fatiga - estreñimiento	Factor 1: Cambios de apetito - náuseas
Factor3: Fatiga – agotamiento - dolor	Factor 2: Cambios en el dormir, cambios en la menstruación
Factor 4: Estreñimiento- salud física en general buena	Factor 4: Cambios en el apetito, mala salud física en general

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Este diagrama de Wright representa la fuerza de relación que hay entre los factores y los ítems más significativos; para la dimensión de bienestar físico en la escala de calidad de vida en mujeres reconstruidas, el factor 1 presenta una correlación alta en el ítem 2 (0.99), que corresponde a los cambios de apetito y esta misma correlación se presentó en las mujeres no reconstruidas con una carga factorial de 0.52, siendo aún más significativa las náuseas en el grupo de mujeres no reconstruidas con una carga factorial de (0.98).

Figura 15. Diagrama de Wright para bienestar psicológico en la escala de calidad de vida en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

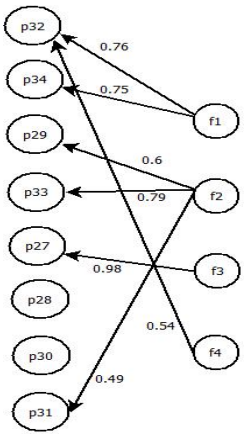
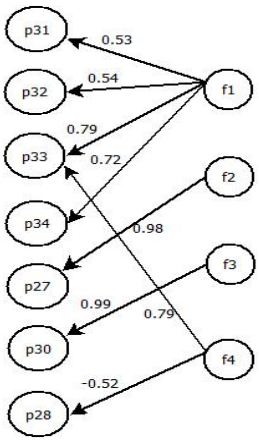
a. Mujeres reconstruidas.	**b.** Mujeres no reconstruidas.
	
Reconstruidas bienestar psicológico	**No Reconstruidas bienestar psicológico**
Factor 1: Felicidad que sienten las mujeres y satisfacción con sus vidas.	**Factor 1**: Felicidad que sienten las mujeres y Control sobre las cosas de sus vidas – insatisfacción con sus vidas.
Factor 2: Control de las cosas de sus vidas – capacidad de concentración	**Factor 3**: dificultad para lidiar con sus vidas– mala calidad de vida - cambios en el auto concepto.
Factor 5: Dificultad para lidiar con sus vidas - cambios en la apariencia.	**Factor 5:** Dificultad para concentrarse y recordar las cosas – sentirse inútiles

Fuente; MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

En esta dimensión se observa la fuerza del factor 1 sobre los ítems, en este caso para el grupo de mujeres reconstruidas la satisfacción con sus vidas (0.99), caso contrario con las mujeres no reconstruidas que manifestaron insatisfacción con sus vidas como resultado de su enfermedad (0.81), es muy importante para este grupo de mujeres el control que

tienen sobre las cosas de sus vidas y la dificultad que presentan para lidiar con sus vidas ocasionando una carga para la familia.

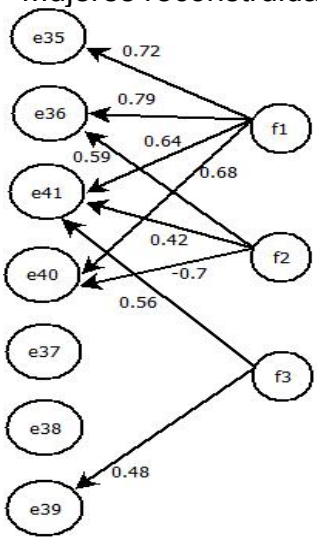
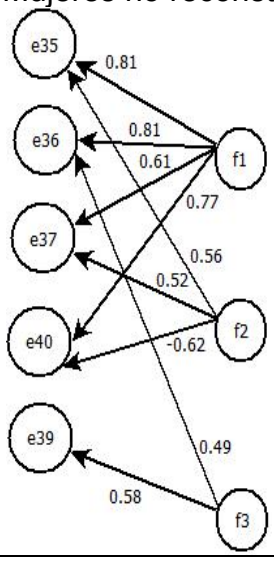
Figura 16. Diagrama de Wright para la dimensión de bienestar social en la escala de calidad de vida en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

a. Mujeres reconstruidas.	**b.** Mujeres no reconstruidas.
	
Reconstruidas bienestar social	**No reconstruidas bienestar social**
Factor 1: Interferencia de su enfermedad en los quehaceres del hogar – carga económica	Factor 1: Interferencia de su enfermedad con el empleo – con los quehaceres del hogar- aislamiento y carga económica.
Factor 2: Interferencia de la enfermedad en sus relaciones personales- aislamiento - empleo	Factor 2: Angustia por la enfermedad en su familia
Factor 3:Angustia por la enfermedad en su familia	Factor 3: Impacto sobre su sexualidad
Factor 4: Interferencia de su enfermedad en los quehaceres del hogar.	Factor 4: Apoyo que reciben de otros – aislamiento.

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Es muy importante para el grupo de mujeres reconstruidas la angustia que le ocasiona la enfermedad a su familia siendo significativo este factor 3 con una carga de (0.98) seguido del aislamiento que sienten a raíz de la enfermedad; para el grupo de mujeres no reconstruidas el factor más significativo es el 3 y corresponde al impacto de la enfermedad sobre su sexualidad y la angustia que le ocasiona la enfermedad a su familia.

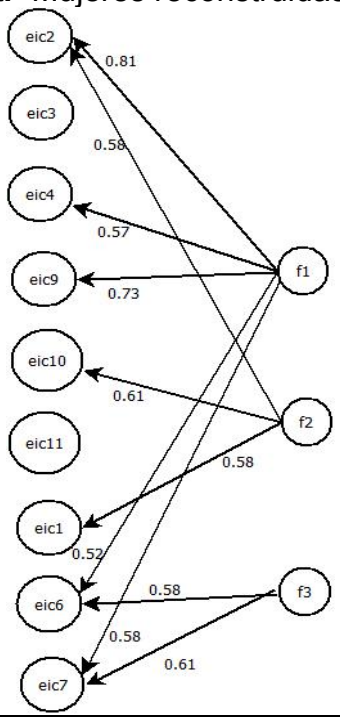
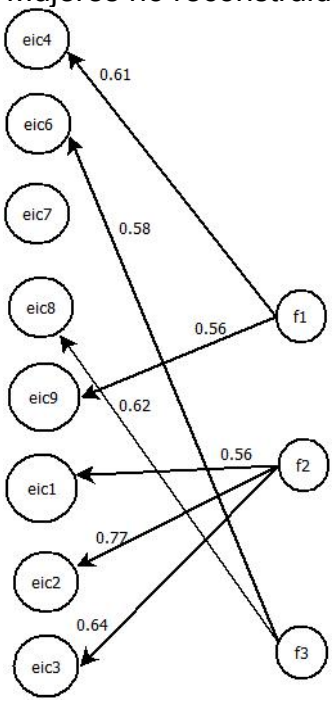
Figura 17. Diagrama de Wright para bienestar espiritual en la escala de calidad de vida en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

a. Mujeres reconstruidas.	b. Mujeres no reconstruidas.
	
Reconstruidas bienestar espiritual	**No reconstruidas bienestar espiritual**
Factor 1: Importancia en la participación de actividades religiosas- otras actividades espirituales como la meditación – esperanza – propósito o misión en la vida.	**Factor 1:** Importancia en la participación de actividades religiosas y otras actividades – cambios en su vida espiritual – propósito o misión en sus vidas
Factor 2: Otras actividades espirituales como la meditación – esperanza- Misión en la vida	**Factor 2:** Cambios en su vida espiritual a raíz del cáncer – propósito o misión en sus vidas
Factor 3: Esperanza - cambios positivos en sus vidas a raíz de la enfermedad	**Factor 3:** Cambios positivos en sus vidas – importancia en otras actividades espirituales

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

El factor más significativo para el grupo de mujeres reconstruidas en esta dimensión de bienestar espiritual es el 1, siendo lo más relevante la participación en otras actividades religiosas y espirituales como la meditación, cambios positivos en sus vidas a raíz del cáncer y la esperanza que sienten de salir adelante; en el grupo de mujeres no reconstruidas el factor 1 fue el más significativo y se relaciona con la importancia en la participación de actividades religiosas como rezar, ir a la iglesia, estar conectadas todo el tiempo con Dios, a su vez este grupo de mujeres sienten que tienen un propósito o misión en sus vidas y la razón por la cual se encuentran vivas y, de aferrarse más a la religión la cual le da fortaleza para luchar y salir de la enfermedad.

Figura 18. Diagrama de Wright para la escala de imagen corporal en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

a. Mujeres reconstruidas.	**b.** Mujeres no reconstruidas.
	
Reconstruidas imagen corporal	**No reconstruidas imagen corporal**
Factor 1: Pérdida del atractivo como mujer, insatisfacción de su apariencia por la cicatriz, pérdida de la feminidad	Factor 1: Insatisfacción por la cicatriz – pérdida de la feminidad
Factor 2: Satisfacción con su aspecto cuando está vestida, pérdida de la atracción como mujer	Factor 2: Pérdida del atractivo como mujer, sentimientos de mutilación.
Factor 3: Insatisfacción por la cicatriz	Factor 3: Insatisfacción por la cicatriz, insatisfacción de su aspecto cuando está desnuda.

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

En esta dimensión de imagen corporal para el grupo de mujeres reconstruidas, el factor más significativo fue el 1, siendo la pérdida del atractivo como mujer lo más relevante con una carga factorial de (0.81) seguido de la insatisfacción de la apariencia por la cicatriz y la pérdida de la feminidad; para el grupo de mujeres no reconstruidas, lo más importante fue la pérdida del atractivo como mujer y los sentimientos de deformidad y mutilación que conlleva una mastectomía.

6. Discusión

Este capítulo del trabajo de la investigación se centra en la presentación y discusión de los resultados del estudio principal, puesto que los hallazgos de la prueba pre piloto y piloto se presentaron en el capítulo anterior; datos obtenidos por medio de los instrumentos elegidos para el estudio. Los resultados arrojan información valiosa para interpretar cómo afecta la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal a las mujeres sometidas a mastectomía.

Este estudio encontró que el análisis factorial exploratorio es una herramienta útil para determinar como la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal influyen positivamente o negativamente en las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva. El análisis de los resultados está enfocado en el cumplimiento de los objetivos de la investigación, y en dar respuesta a las hipótesis planteadas, para lograr los objetivos de la investigación se utilizó la metodología del análisis factorial exploratorio con características de resumen y reducción de los datos, obteniéndose suficientes correlaciones para la explicación del fenómeno de estudio.

La discusión se ha estructurado de acuerdo a los siguientes tópicos: caracterización sociodemográfica de las participantes del estudio, contraste de los hallazgos de las correlaciones de los constructos con la literatura, relación entre conceptos de los tres constructos, síntesis final mediante diagramas de correlación.

6.1 Caracterización sociodemográfica de las participantes

Las transformaciones demográficas, sociales y económicas de la ciudad de Cali[199] han generado grandes implicaciones cualitativas y cuantitativas en el desarrollo poblacional global pues entre otros efectos, ha significado un acelerado proceso de urbanización, de

[199] Cali: Fundada el 25 de Julio de 1536 por Sebastián de Belalcázar, capital del Departamento del Valle de Cauca, situada a 995 metros de altura sobre el nivel del mar, 37% de superficie de territorio con piso térmico cálido y el 43% con piso térmico medio, con una temperatura media de 24 ºC, es la ciudad de mayor atracción poblacional del Sur Occidente Colombiano con una población censal estimada al 2011 de 2´.730.796 habitantes lo que la convierte en la segunda ciudad del país.

metrópolis y por lo mismo, de alta participación en la redistribución espacial de la población.[200]

Si se observa en la distribución espacial, la mayoría de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, participantes en esta investigación están concentradas en las comunas de la zona norte y centro de la ciudad de Cali.

En esta zona se ha identificado gran contaminación, debido a las grandes fábricas e industrias que se encuentran ubicadas en ese sector, el norte de Cali sigue siendo el lugar más contaminado porque recibe todas las partículas de la zona industrial de Yumbo. Diferentes estudios muestran como la contaminación ambiental influye en la aparición de cáncer y en especial de mama[201]. Los productos contaminantes son más peligrosos para nuestra salud de lo que se pensaba y causan más cáncer de lo que hasta ahora se había creído, revela una investigación realizada por la University of Liverpool, en Gran Bretaña, cuyos resultados publica el Journal of Nutritional and Environmental Medicine, la investigación consistió en una revisión sistemática de estudios y literatura reciente acerca de la relación entre el cáncer y el medioambiente ,los profesores Vyvyan Howard y John A. Newby, del departamento de anatomía humana y biología celular de dicha universidad, descubrieron que la calidad del medioambiente afecta realmente a nuestra salud, y también que una inclinación genética a padecer cáncer combinada con un entorno contaminado aumenta el riesgo[202].

La mayoría de las pacientes reconstruidas están ubicadas en la comuna 19 compuesta por 22 barrios, corresponde a un estrato socioeconómico 5 y es importante resaltar que en esta comuna se presenta la segunda concentración más grande de servicios sociales y de salud y esto hace de esta comuna un clúster de salud de la ciudad[203].Este grupo de personas son las que están afiliadas a una EPS y a medicina prepagada, por su capacidad de pago; se puede observar cómo la influencia del poder económico está relacionada con el acceso y posibilidad a una cirugía reconstructiva realizada después de la extirpación del tumor .

En la variable edad, se observa cómo el cáncer de mama es una condición que no discrimina a ningún tipo de mujer, en esta investigación se evidencian casos de mujeres muy jóvenes entre 18 y 37 años, como en mujeres mayores de 60 años; sin embargo sigue siendo el grupo de mujeres entre 41 y 50 años el más afectado.

---

[200] SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y MUNICIPAL. Alcaldía de Santiago de Cali. Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali 2008 – 2011.

[201] MORALES, Martha. Se confirma la relación entre la contaminación ambiental y el cáncer. [en línea] Tendencias sociales. Disponible en Internet en: http://www.tendencias21.net/Se-confirma-la-relacion-entre-la-contaminacion-ambiental-y-el-cancer_a923.html. [consultado abril de 2010]

[202] NEWBY JA and HOWARD V. Environmental influences in cancer aetiology.. Journal of Nutritional & Environmental Medicine. 2006. p . 1-59. PrView article.

[203] ALONSO, Julio César. ARCOS , Mauricio Alejandro, *et a*l. Una mirada descriptiva a las comunas de Cali. Revista Cienfi. Universidad Icesi. Cali. 2007.

Diversos estudios muestran que las mujeres mayores de 50 años son las que tienen mayor riesgo de padecer esta enfermedad[204,205,206].De esta manera se corrobora que el auge de la incidencia del cáncer de mama se encuentra en la cuarta y quinta décadas de la vida. Si se compara el grupo de mujeres no reconstruidas con el grupo de mujeres reconstruidas, se observa que la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal son afectadas por las variables de estrato socioeconómico y nivel educativo.

6.2 Contraste de los hallazgos del análisis factorial de los constructos, incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal con la literatura

Los datos que determinó el análisis factorial son representativos para las mujeres mastectomizadas sobrevivientes al cáncer de mama de la ciudad de Cali, con una incidencia de este cáncer de 32 por cada 100.000 mujeres, según el Registro Poblacional de Cáncer, esta incidencia va en aumento, pero la mortalidad ha descendido debido a las múltiples campañas de detección precoz y tamizaje oportuno.

Es importante destacar en los últimos tres años, el escaso porcentaje de mujeres reconstruidas 5% (35), del total de las mujeres mastectomizadas (724), de 2000 diagnosticadas en este periodo. Las mujeres que tuvieron acceso a una cirugía reconstructiva lo hicieron particularmente, por medicina prepagada, o EPS contributiva, caso contrario al de las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción, la mayoría del régimen subsidiado.

En Colombia, a partir de la Ley 100 de 1993, el cáncer de mama se catalogó como enfermedad de interés en salud pública[207] y se contempló su detección temprana en la Resolución 412 de 2000, reforzada por la Resolución 3384, aunque con algunas imprecisiones debidas a la falta de claridad en el tipo de programa de tamización planteado y a que sólo se incluyó la población del régimen contributivo y subsidiado[208].Es

---

[204] CÁNCER DE MAMA. Medline plus. [On line] Consultado Noviembre de 2012. Disponible en Internet: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm

[205] ANGARITA Fernando Andrés. ACUÑA Sergio Andrés . Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. Univ. Méd. Bogotá (Colombia). 2008. Vol 49. n. 3. p . 344-372.

[206] GAVA, R. R. et al. Importancia de la edad como factor pronóstico determinante de la variabilidad de las características clínico-patológicas de las pacientes con cáncer de mama. *Medifam* [online]. 2002, vol.12, n.6 [citado 2012-11-05], p. 29-40 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000600002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1131-5768. http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682002000600002.

[207] DÍAZ S, SÁNCHEZ O, PIÑEROS M. Detección temprana del cáncer de mama: Aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. Rev Colomb Cir. 2005;20:93-105.

[208] GUTIERREZ ANGÉLICA MARÍA OLAYA JUSTO GERMÁN . MEDINA ROLANDO MEDINA. Frecuencia de cáncer de seno mediante detección temprana en el hospital universitario de Neiva entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2007. Rev Colomb Cir. 2009. Vol 24. p . :31-38.

importante resaltar como antes de aprobarse la Ley Sandra Ceballos[209], las mujeres por desconocimiento no tenían acceso a una cirugía reconstructiva, después de la Ley Sandra Ceballos, esta Ley se hace más notoria en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.

La no reconstrucción de sus senos origina en las mujeres alteración del bienestar físico, psicológico, social y sentimientos de deformidad y mutilación como se aprecia en la figura 22, donde se presenta el análisis correlacional de los tres constructos: incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres mastectomizadas no reconstruidas. Para enfermería este hallazgo tiene particular importancia, pues las secuelas que se originan con la no reconstrucción inmediata suelen con frecuencia manifestarse en un trastorno depresivo mayor que afecta su calidad de vida, como lo indican los estudios de Suárez y Rueda[210].

La no reconstrucción se da por varios factores entre ellos, la inequidad en los planes de beneficio del actual sistema de salud, desconocimiento de sus derechos después de la Ley Sandra Ceballos del 2010, y el no contar con un apoyo familiar y redes sociales suficientes. En cuanto a la imagen corporal lo más significativo para las mujeres de los dos grupos es la pérdida del atractivo como mujer y el sentirse menos femenina después de la mastectomía, lo más relevante para el grupo de mujeres no reconstruidas fueron los sentimientos de deformidad y mutilación originados por la mastectomía.

Las mujeres mastectomizadas tienen un significado diferente de la imagen corporal. Por otra parte, algunos autores afirman que la mujer a la que se le realiza una mastectomía se afecta por un choque de proporciones inauditas, como la pérdida del cabello por la quimioterapia, la preocupación por la ganancia o pérdida de peso, pobre salud mental, baja autoestima y dificultad con la comprensión de su pareja[211].La mujer reconstruida suele obtener una sensación de apariencia física mejorada, con aumento de la confianza en sí misma y de la autoestima.[212]. En la situación de las mujeres de los dos grupos la incertidumbre es el constructo eje que permite identificar la correlación de variables y los factores más significativos de estas. La respuesta de las mujeres ante la experiencia del diagnóstico de cáncer de mama, tratamiento de quimioterapia y radioterapia, mastectomía y reconstrucción o no del seno, determina la forma como afronta esta situación y como maneja la incertidumbre y la calidad de vida, Algunas mujeres enfrentan esta situación con poco apoyo familiar e institucional, pero otras tienen excelentes redes de apoyo y su estructura de personalidad les permite un mejor manejo.

---

[209] LEY SANDRA CEBALLOS, Nº 1384 . Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia". 19 de Abril de 2010.

[210] SUAREZ CARREÑO, Gloria Lucía y RUEDA LOPEZ Ana Celina. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con mastectomía radical modificada sin reconstrucción. MedUnab. 2007.Vol 10 n. 1 . p. 24-27

[211] FOBAIR Pat, STEWART Susan,et. al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. In: Psycho-Oncology. 2006. vol 15. p . 579–594.

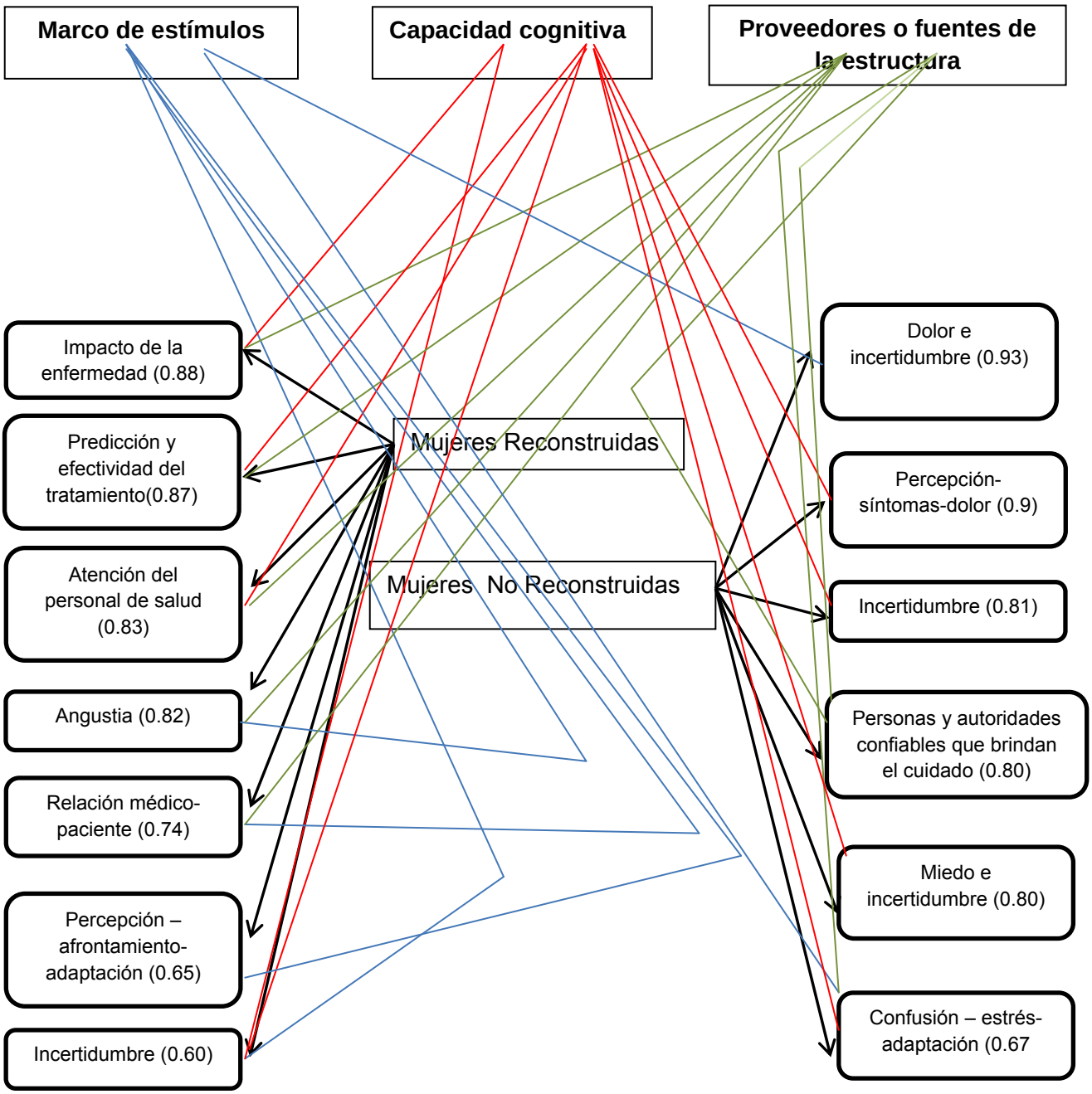
[212] ESCUDERO, Francisco; OROZ, J. y PELAY, María. Reconstrucción de la mama tras mastectomía. Artículo de revisión. En: Revista anales del sistema sanitario de Navarra. 1997, vol. 20, p. 325 - 336.

En contraposición, el análisis factorial de los tres constructos al interior del grupo de las mujeres mastectomizadas reconstruidas, presenta una relación significativa entre incertidumbre con el factor de impacto de la enfermedad, predicción y efectividad del tratamiento y la atención que brinda el personal de salud y la calidad de vida donde son significativos las relaciones de la incertidumbre con cada una de las dimensiones de la calidad de vida, resaltando los ítems de fatiga y agotamiento, satisfacción con sus vidas, angustia generada por la enfermedad en su familia y la importancia de las actividades espirituales. Para el grupo de mujeres mastectomizadas no reconstruidas lo más significativo en esta relación fue el dolor ocasionado por la enfermedad, la percepción de los síntomas originando incertidumbre desde este mismo momento.

Al interior de cada uno de los grupos, la dimensión más significativa fue la de capacidad cognitiva y esta, como se ha mencionado antes, según Mishel, se relaciona con las habilidades de la persona para procesar la información, cualquier alteración fisiológica puede disminuir esta capacidad y tener un impacto en la cognición. Las habilidades de procesamiento más susceptibles de alteración son aquellas que requieren de la atención. La demanda en la capacidad de atención alteran el procesamiento de la información del marco de estímulos, incrementando la incertidumbre.

El análisis factorial para la escala de Mishel en mujeres reconstruidas, determinó 11 factores, que explican el 79.73 % de la varianza de los datos, de los cuales 7 guardan correlación y una relación positiva al momento del análisis. El primer factor identificado para la escala de Mishel, se encuentra fuertemente relacionado con la capacidad cognitiva y los proveedores de la estructura; el factor de mayor peso es la capacidad cognitiva, o sea la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización; en este sentido la capacidad cognitiva se refiere a las habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación. Está claramente identificado cómo ante una situación estresante en un diagnóstico de cáncer de mama, lo primero que pasa por la mente de estas personas es precisamente no saber qué va a pasar, generándose una cantidad de preguntas sin respuestas, confusión y muchas dudas ante su nueva condición. Y, es precisamente la forma en que se encuentre en ese momento de su afiliación al sistema de salud, lo que genera un estado de incertidumbre total, ocasionando un caos a nivel de su salud mental sobre todo en la forma de pensar, de actuar y cuánto tiempo deberá esperar para que le inicien el tratamiento y lo primero que imaginan estas mujeres es saber si van a morir pronto o no. A continuación se presenta la relación de conceptos del constructo de incertidumbre con sus respectivos factores más relevantes y las cargas factoriales representativas para cada ítem.

Figura 19. Incertidumbre conceptualización. Relación entre conceptos y dimensiones.



Fuente: MEJÍA ROJAS, María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012.

En este sentido se observa como la capacidad cognitiva repercute en el procesamiento de la información que reciben acerca de su enfermedad y cómo crean un esquema cognitivo que las hace aceptar o rechazar su nueva condición de salud. La incertidumbre como lo afirma Mishel, 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[213]. (Mishel, 1988).

El impacto emocional no sólo depende del pronóstico médico sino que se basa en las creencias previas que tenga la paciente respecto al cáncer de mama, estas creencias provocan sentimientos de culpabilidad en la mujer. Para algunas mujeres, el impacto psicológico provocado por el diagnóstico de cáncer de mama, puede ser mayor debido a trastornos psicológicos como el miedo, la depresión, ansiedad y hostilidad. Así mismo existen variables individuales que influyen en la duración de dicho impacto, tales como: la edad, importancia en la apariencia física y las creencias sobre los tratamientos; dependiendo del tipo de intervención dependerá el tipo de respuesta emocional que experimenta la paciente. Datos confirmados con el estudio del doctor Gómez B, estrategias de intervención psicológicas en pacientes con cáncer de mama.

En cuanto a los proveedores de la estructura, son las autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social, (médicos, enfermeras, y personal de salud) representan también los recursos existentes para atender a las personas en la interpretación del marco de estímulos. Es importante destacar en las pacientes de la investigación al momento de recibir la orientación sobre su diagnóstico, se encontraron confusas por la información que se les brindó al momento de recibirlo, y lo percibieron como una información con muchos significados, con muchas dudas acerca de su futuro, ocasionando mayor incertidumbre en ellas.

El segundo factor relevante del análisis está relacionado con la capacidad cognitiva y el marco de estímulos, la capacidad cognitiva se explicó anteriormente y el marco de estímulos se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe, o sea los síntomas que se presentan; estas dimensiones hacen referencia a la manera cómo perciben su enfermedad, si está mejorando o empeorando, cómo será de fuerte el dolor a medida que evoluciona su enfermedad, la mayoría de las pacientes del estudio refirieron cómo las explicaciones que les dieron sobre su condición les parecieron confusas y esto hizo que les generaran muchas dudas; afirmaciones comprobadas en el estudio relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama por Bárez Milagros. En este sentido, padecer un cáncer supone enfrentarse a una situación altamente estresante, ante la cual el sujeto debe poner en marcha mecanismos de afrontamiento que le permitan adaptarse. La adaptación a la enfermedad se refiere por un lado al proceso de afrontamiento al diagnóstico y los tratamientos, y por otro lado al resultado de un buen estado emocional y el mantenimiento de una buena calidad de vida a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad[214].

El factor 3 enmarca la capacidad cognitiva y los proveedores de la estructura, como se mencionaba antes, este factor relacionado con las dimensiones de la escala de Mishel tienen fuerte relación con la manera cómo el personal de salud los atiende, la confianza

---

[213] MISHEL, M.H. Uncertainty in illness. Image Journal of Nursing Scholarship. USA.1998. Vol 20. p 225-231.

[214] BÁREZ VILLORIA, Milagros. Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Op. cit., p. 1.

que depositan las enfermeras en las pacientes y en el cuidado que les brindan; de esta forma se ve reflejado en lo que se les explica respecto a su enfermedad.

Para que la mujer pueda sobrellevar la enfermedad de la mejor manera posible se necesita de un equipo multidisciplinario, Trabajando en equipo siempre se obtendrán mejores resultados que actuando individualmente. Partiendo de la base de la paciente mastectomizada como un ser bio-psico-social, entenderemos que cada miembro del equipo tiene un papel que desempeñar para cubrir adecuadamente todo el ámbito personal de la paciente. La atención integral de la paciente vendrá compuesta por la "curación", que la ofrecen los médicos, el "apoyo" los profesionales de la psicología, y los "cuidados", ofrecidos por los profesionales de enfermería. Para conseguir el objetivo de atención integral, el equipo multidisciplinar deberá crear unos canales de comunicación óptimos para transmitir a la paciente mastectomizada la imagen de un equipo de salud interrelacionado y compacto. El buen funcionamiento de un equipo multidisciplinar transmite seguridad y confianza a la paciente.

El cuarto factor derivado de la matriz factorial, está relacionado con la capacidad cognitiva y los proveedores de la estructura. Esta carga factorial hace relación con la predicción que tienen las pacientes sobre la evolución de su enfermedad, de la seguridad en la efectividad del tratamiento y la probabilidad de éxito. Mantener una actitud positiva respecto al futuro es benéfico, aunque resulte difícil, puesto que se trata de una enfermedad que genera mucho miedo y angustia personal, una actitud positiva respecto a las posibilidades de curación favorece la recuperación de la misma. El nerviosismo y la depresión producen una disminución de las defensas del organismo, lo que resulta adecuado para superar la enfermedad. Una actitud positiva mejora la calidad de vida durante el tratamiento del cáncer; esto permite mantener un nivel de actividad diaria, de relaciones familiares y sociales; a su vez, esto puede mejorar el sentimiento de bienestar y ayuda para enfrentarse mejor a su nueva situación. Una actitud positiva también puede ayudar a colaborar más activamente y responsablemente durante el tratamiento.

Referente al factor 5 relacionado con el marco de estímulos, y los proveedores de la estructura, específicamente sobre la tipología de los síntomas (grado en que los síntomas se presentan) las pacientes manifiestan que debido a la enfermedad tenían días buenos y días malos y que generalmente lo que podían y no podían hacer era variable debido a la sintomatología que presentaban; además le dieron mucho valor a la gravedad de la enfermedad. La angustia generalmente continúa incluso después de haber superado el impacto inicial del diagnóstico. A medida que las mujeres comienzan lo que con frecuencia es un largo proceso de tratamiento, pueden hallarse afrontando nuevos problemas. Por ejemplo, pueden sentir confusión en sus relaciones personales, realmente cansadas todo el tiempo y estar muy preocupadas respecto a los síntomas, el tratamiento y la mortalidad. Pueden enfrentar la discriminación de los empleadores o las compañías de seguro. Factores como estos contribuyen al estrés crónico, la ansiedad y la depresión.[215] Aseveraciones confirmados por la Asociación Americana de Psicología.

---

[215] ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICOLOGÍA. Cómo puede la mente ayudar al cuerpo. Op cit.

El factor 6 enmarca las preguntas relacionadas con la tipología de los síntomas y los proveedores de la estructura, estos hacen referencia a la manera cómo afrontan el dolor ocasionado por los síntomas que presentaron a consecuencia del cáncer; generalmente en el cáncer de mama, se encuentran las estrategias de afrontamiento y el ajuste psicosocial a la enfermedad, las cuales resultan de vital importancia para comprender cómo el paciente se enfrenta a la tarea de reorganizar su vida diaria en los diferentes ámbitos como en el social, el laboral, el interpersonal, el sexual y el familiar. Según Lazarus y Folkman (1991) quienes definen afrontamiento como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Las diversas estrategias de afrontamiento que los individuos despliegan ante situaciones estresantes, pueden o no ser efectivas, esto dependerá de si dichas estrategias ayudan a resolver el problema, ya sea cambiando las condiciones ambientales o modificando la percepción de las mismas (a través de la reestructuración cognoscitiva) o del manejo pertinente de las respuestas emocionales. El resultado del afrontamiento (efectivo o inefectivo), tendrá un impacto importante en la vida cotidiana, de tal modo que una paciente, con cáncer de mama por ejemplo, experimentará cambios en diferentes esferas de su vida y, dependiendo del tipo de afrontamiento podrá manejar favorable o desfavorablemente dichos cambios (Urquidi, 1996). Los cambios conductuales que el individuo realiza ante la enfermedad y el grado en que ésta afecta la vida cotidiana, han sido denominados como ajuste psicosocial a la enfermedad.[216]

Otro factor estresante en las pacientes es la duda e incertidumbre que genera cuando no le dan un diagnóstico específico, el personal de salud que ofrece esta información no son lo suficientemente claros en la orientación sobre su diagnóstico. Los propios médicos tienen dificultades relacionadas con la incertidumbre en cuanto a los resultados finales de este tratamiento. Ellos afrontan una frustración, ya que tienen como meta aliviar el sufrimiento y curar a los enfermos. Esta relación médico - paciente se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y la paciente con el fin de devolver a ésta la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. De aquí resulta adecuado para establecer esta relación es a través de una buena comunicación verbal como no verbal, apoyándose en la empatía para sentir la necesidad que la paciente demanda. Si bien parte de esta necesidad puede ser cubierta ofreciendo confianza, ayuda desinteresada y actitudes motivacionales, trascendiendo de un bien individual a un bien social.

La confianza a la paciente le permite expresar sus dudas, sentimientos y expectativas acerca del cáncer de mama; por su parte, el médico, la enfermera y el personal de salud debe corresponder de manera análoga aclarando sus dudas, dando explicaciones y preparando a la paciente para asimilar la información. Entre las características del personal de salud se destacan, el ser visto como cálidos, atentos, amigables e

---

[216] URQUIDI TREVIÑO, Laura Elena; MONTIEL CARBAJAL, María Martha; GÁLVEZ LÓPEZ, María de los Ángeles. Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. En: Revista Sonorense de Psicología 1999, Vol. 13, nº 1, p. 30-36.

interesados en el bienestar de la paciente, así también la comunicación no verbal está implicada, el contacto ocular, la sonrisa, la adopción de posturas abiertas, entre otras. Estos factores influyen en que el paciente mantenga la relación terapéutica. El tipo de relación más adecuada en las enfermedades crónicas es donde ambos participan activamente, aquí paciente - médico cooperan en conjunto para el tratamiento, dejando atrás el papel pasivo del paciente, permitiendo sugerir, decidir e incluso tomar iniciativa, en pro de su bienestar.

El último factor significativo de esta matriz correlacional, es el séptimo factor, relacionado con la coherencia de los hechos, la tipología de los síntomas y la capacidad cognitiva. La coherencia de los hechos se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad; la tipología de los síntomas es el grado en que los síntomas se presentan y la capacidad cognitiva se refiere a las habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación. En este sentido las pacientes una vez confirmado el diagnóstico entran en un estado de incertidumbre total, de tal forma de no poder explicar lo que les está pasando debido a lo complejo de la enfermedad, de pensar en que van a morir y debido a la impredictibilidad de la enfermedad no poder planear su futuro, generando una confusión e inestabilidad en sus vidas. La enfermedad crónica afecta la capacidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas; en el cáncer de mama, dada su naturaleza, progresión, tratamiento, provoca diversas modificaciones en la vida de las pacientes, que consiste en un cambio drástico de sus vidas, adaptarse a la enfermedad, aprender estilos de afrontamiento, entre otros. Esta inestabilidad causa dolor, el tener que afrontar de lleno las implicaciones del hecho de que las realidades establecidas de la propia vida diaria se vuelvan repentinamente inestables

Su vida está en completa desesperación es lo que produce, el cambio en el estatus, en los planes a futuro, las consecuencias sociales, su impacto en el matrimonio, familia e hijos. Sin embargo nada se compara con la percepción que hacen los demás hacia la paciente, son vistas como incapacitadas, trayendo problemas psicológicos y sociales que repercuten en el bienestar de la paciente.

Otro de los impactos más destacados durante el diagnóstico es el momento de elegir un tratamiento, generando problemas con el esposo, la familia, cambios físicos en la paciente, cargas económicas y dificultades laborales, todos ellos intervienen justo ante la toma de decisión creando un impacto psicológico mayor.

Por otra parte, todas las personas allegadas brindan expectativas acerca de la enfermedad, de las instituciones médicas, de los posibles tratamientos, generando mayor ansiedad en la paciente. En general, la persona que recibe un diagnóstico de cáncer de mama, tiene que enfrentarse a una nueva vida, adaptarse a la enfermedad tratando de tener una mejor calidad de vida.

El factor de mayor peso de este análisis factorial de la escala de Mishel es el 2 y está relacionado con la percepción que tienen las pacientes sobre su enfermedad y como utilizan los mecanismos de afrontamiento y adaptación ante su nueva condición. El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo, y es una de las variables personales declaradas como intervinientes o participantes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las

investigaciones sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico. El afrontamiento entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta un somero control de solo las emociones suscitadas por el evento estresante (Fierro, 1997, citado por Arjona y Guerrero, 2004)[217].

Las inferencias acerca de la adaptación psicosocial al cáncer no pueden basarse sólo en el estado de la enfermedad, sino que requieren una evaluación psicológica específica. Por otra parte, las intervenciones psicosociales efectuadas por profesionales capacitados ya han demostrado efectos mayores al reducir el malestar emocional, mejorar la calidad de vida, disminuir el dolor de origen oncológico, reducir las náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia, mejorar los parámetros inmunitarios y facilitar la adaptación familiar al diagnóstico y tratamiento del cáncer[218].

Vale la pena destacar en este análisis como la capacidad cognitiva es decisiva en la forma de afrontamiento y adaptación en la enfermedad en el grupo de mujeres reconstruidas. Mishel plantea como la capacidad cognitiva refleja tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación, en este sentido solo una cantidad limitada de información puede ser procesada por las pacientes en cualquier momento. La sobrecarga de información ocurre cuando esta capacidad es excedida; por otro lado se confirma que *la incertidumbre es considerada el mayor factor que afecta la adaptación a la enfermedad.*

El análisis factorial para la escala de Mishel en mujeres no reconstruidas, determinó 11 factores que explican el 76.58 % de la varianza de los datos, de los cuales 6 están relacionados con las tres dimensiones del instrumento de Mishel, proveedores o fuentes de la estructura, la capacidad cognitiva y el marco de estímulos.

El primer factor está relacionado con las personas y autoridades confiables que brindan el cuidado y la confianza que las pacientes tienen en el personal de salud que las atiende. Es importante para este grupo de pacientes la seguridad en la evolución del tratamiento, pudiendo llegar a afirmar, que para futuros exámenes no encontrarán nada malo en ellas y que el tratamiento que recibieron tuvo una probabilidad de éxito reconocida. Un diagnóstico precoz permite realizar tratamientos que tienen un porcentaje muy alto de éxito. Una vez que aparece el cáncer, la lucha para vencerlo comienza con la consulta ante el primer síntoma. En la actualidad el cáncer de mama puede curarse o transformarse en una enfermedad crónica con una expectativa de vida de muchos años, si es diagnosticado en forma temprana y se cumplen con los controles indicados.

Igualmente es de suma importancia la calidad en la atención que brinda el personal de salud (enfermeras, médicos, psicólogos) y la forma como utilizan el lenguaje para que las pacientes puedan entender todo lo que les explican.

---

[217] BAQUERO S, Alejandra; BAQUERO, Lucía, et al. Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. [en línea]. Disponible en internet en: http://amesecolombia.com/userfiles/file/estrategias.pdf. [consultado Enero 24, 2012].

[218] FAWZY, F. L.; FAWZY, N. W. Canadá AL Psychosocial treatment of cáncer: an update. In: Curr Opin Psychiatry. 1998, vol. 11, p. 601 – 605.

El personal de enfermería y el equipo de salud en general desempeñan un rol importante al apoyar a los pacientes durante la crisis que representa el cáncer y tiene un papel destacado en el equipo multidisciplinario de atención del cáncer en nuestros días. Cumple con funciones claves en casi todos los estadios de la evolución del cáncer. El personal de enfermería de los consultorios y los centros de hospitalización es con frecuencia el primer contacto clínico de los pacientes y los miembros de la familia y, a través de sus interacciones iniciales, fija el tono del apoyo que el paciente recibirá durante toda su atención. Los enfermeros son fuentes importantes de información acerca de los procedimientos, los tratamientos y otros aspectos de la atención del paciente. Al pasar la mayor parte del tiempo con el paciente, en comparación con los miembros del equipo médico de tratamiento, los enfermeros son a menudo los miembros del equipo de oncología en quienes más se confía cuando se trata de obtener información y actúan como defensores del paciente cuando surgen preguntas importantes y sensitivas como "¿Cuán malo es? o "¿Cuánto tiempo de vida me queda? Los enfermeros también deben atender a las necesidades emocionales del paciente y la familia después de que reciben malas noticias y son los primeros en lidiar con otras situaciones que desgastan emocionalmente, como pacientes o miembros de la familia enojados, o pacientes que se aíslan y deprimen. El personal de enfermería de capacitación avanzada proporciona atención directa al paciente y, a menudo, actúa como extensión del médico y administra gran parte de la atención diaria del paciente[219].

El factor 2 de esta matriz se encuentra relacionado con la capacidad cognitiva, el marco de estímulos y los proveedores de la estructura, hace referencia a la confusión que genera en las pacientes la explicación que les da el personal de salud sobre su condición, originando mayor grado de incertidumbre. En este sentido, la incertidumbre es considerada el mayor factor que afecta la adaptación a la enfermedad, habiendo sido realizados pocos trabajos con el objetivo de comprender sus efectos prolongados frente a la llegada de la enfermedad crónica[220].

El concepto de incertidumbre en la enfermedad viene sufriendo alteraciones a lo largo del tiempo. No obstante, se acepta que la incertidumbre en la enfermedad es un estado cognitivo, en el cual el individuo es incapaz de atribuir un significado a los acontecimientos relativos a la enfermedad[221]. Lo cual se verifica en situaciones donde aquel no tiene capacidad para atribuir valores definitivos a los objetos y acontecimientos y/o es incapaz

---

[219] INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER EE.UU. Comunicación en la atención del cáncer. [en línea] Disponible en Internet en: http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/comunicacion/healthprofessional/page4/Print. 2011. [consultado mayo 2011]

[220] LANDIS, B. J. P. Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. [dissertation]. Austin: University of Texas, 2001.

[221] MISHEL MH, Braden CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. In: Nurs Res, 1988, vol. 37 nº 2, p. 98-103.

de predecir correctamente los resultados de esta enfermedad[222], aspectos que pueden interferir con el proceso de motivación y de seguimiento del tratamiento. Igualmente en este factor se pudo apreciar como la incertidumbre aumenta a medida que avanza la enfermedad referenciado por las pacientes como la percepción de su enfermedad en días buenos y días malos, además la familia interfiere en cuanto a las creencias y significados que tienen acerca del cáncer ocasionando mayor grado de confusión en las pacientes sobre todo en las opiniones que le dan sobre su enfermedad y lo que está mal en ellas.

El diagnóstico de cáncer ocasiona, inmediatamente, un impacto en la familia de la persona diagnosticada por la enfermedad y en su círculo de amistades. El diagnóstico de la enfermedad lleva a un momento de crisis, tanto para la persona afectada como para su familia, reflejándose en el ambiente social en que está inserta.[223]

La familia de un portador de cáncer, particularmente de mama, requiere mayor atención por el carácter crónico y gravedad de la enfermedad, más allá del significado social y del impacto psicológico que representa para la mujer y sus familiares. No es fácil aceptar un diagnóstico de cáncer, independientemente de los conocimientos que se pueda tener sobre la enfermedad. El impacto del diagnóstico afecta no sólo a la mujer, sino a todos los miembros de la familia.[224] Algunos estudios como el de Alves Apostolo, confirman esta aseveración, en la cual el impacto que provoca un diagnóstico de cáncer en algún miembro de la familia afecta a todo el grupo, y en muchas ocasiones es recibida en forma dramática, percibiéndose sentimientos de angustia, miedo, culpa e incertidumbre.

De la misma manera, la familia también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de afrontamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio familiar podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación de la mujer. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio, influenciando, de forma negativa, su recuperación.

El factor 3 de la carga de la matriz factorial hace referencia a la dimensión de capacidad cognitiva, específicamente a la ilusión que se manifiesta en las creencias que nacen de la incertidumbre; en tal sentido las pacientes al momento del diagnóstico no entienden que es lo que está pasando en ellas, porqué les pasa eso y no conciben que es lo que está mal, ocasionando muchas preguntas sin respuestas y generando aún más incertidumbre ante la enfermedad.

Mishel afirma: cuando no se puede elaborar el significado de lo que le pasa ante un nuevo suceso surge el asombro, pero también la incertidumbre por su desenlace, ya que el dinamismo propio de las situaciones humanas sugiere un entrelazado de relaciones

---

[222] MISHEL MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. In: Image J Nurs Sch, 1990, vol. 22 nº 4, p. 256-62.

[223] MESQUITA Melo, E. MAGALHÃES da Silva, R. DE ALMEIDA, A.M. et al . Comportamiento de la familia frente al diagnóstico del cáncer de mama. En: Enfermería Global Nº 10. Revista electrónica. 2007, p . 2.

[224] Ibíd, p. 2.

interpersonales y con el entorno. Las personas enfrentadas a situaciones de enfermedad física aguda o crónica viven una incertidumbre como peligro o como oportunidad, llegando incluso a desarrollar una nueva perspectiva de vida[225].

El factor 4 de la matriz, se relaciona con la capacidad cognitiva y nos presenta la incertidumbre que se genera a raíz del tratamiento, para las pacientes con un diagnóstico de cáncer de mama, les es difícil saber si el tratamiento que están recibiendo o que acaban de iniciar ya sea quimioterapia o medicamentos por vía oral realmente les está ayudando en su recuperación.

En el tratamiento de toda enfermedad se dan los beneficios pero a la vez los contras, que en muchas veces son ocasionados por la misma persona enferma y en otras muchas por su mismo organismo. El tratamiento para el cáncer de mama ha estado cambiado gradualmente en las pasadas tres décadas dejando de ser un tratamiento con énfasis anatómico, radical y mutilante para pasar a ser desde la década de los años 80, un tratamiento biológico y más efectivo en mantener la calidad de vida de las mujeres que sufren de esta condición. Hace aproximadamente 25 años el tratamiento usualmente disponible era la cirugía mientras que hoy en día la mayoría de las mujeres reciben cirugía, radioterapia, quimioterapia y/o terapia hormonal como parte de su tratamiento primario.

La incertidumbre se genera en el sentido de las decisiones sobre cuál es el mejor tratamiento a seguir y surgen muchos interrogantes en las pacientes como qué tan rápido crecerá el tumor, las probabilidades que se disemine por todo el cuerpo, las probabilidades de recidiva o regreso del cáncer y qué tan eficaz resulta el tratamiento. La incertidumbre continúa con la intervención quirúrgica, y es aquí donde más preocupación sienten las pacientes, además del traumatismo físico que supone para una mujer la práctica de una mastectomía, existe otro, no menos importante, que es el psicológico. Ambos pueden ser atenuados con nuestra participación. La paciente a la que se le diagnostica un cáncer de mama se encuentra de repente ante una situación nueva, inesperada en la mayoría de las ocasiones, y ellas manifiestan que “se les va a venir el mundo encima”. Experimentarán miedo a su enfermedad, miedo a una muerte prematura, miedo a la intervención quirúrgica incluida la anestesia, y finalmente miedo a enfrentarse ante una vida que va a ser distinta para ella al encontrarse sin una de sus mamas[226].

---

[225] MAGDALENA AIMAR, Ángela Noemí. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. En: Index Enferm. Abr.-jun. 2009, vol. 18 nº.2.

[226] DEL VAL GIL, J.M.; LÓPEZ BAÑERES, M. F., et al. Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. En: Revista de Cirugía Española. 2001, vol. 69 nº 1, p. 61

En cuanto al factor 5 relacionado con el marco de estímulos, específicamente con la tipología de los síntomas, o sea el grado en que los síntomas se presentan y la coherencia de los hechos, entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad, las pacientes manifiestan su preocupación sobre el dolor como resultado de su enfermedad y tratamiento, para ellas no fue claro que tan fuerte sería el dolor durante todo el proceso y les ocasionó demasiada incertidumbre, en precisamente no saber qué va a pasar y no tener una predicción sobre su futuro; además no tenían claro cómo cuidarse después de salir del hospital una vez realizada la mastectomía, en muchas ocasiones el personal de enfermería les explicaban y las acompañaban, sobre todo en las pacientes con capacidad de pago, con medicina prepagada y reconstruidas, en contraposición con las pacientes sin capacidad de pago y no reconstruidas, la situación fue diferente, ellas manifestaron su inconformismo con el cuidado que les brindaron y se sintieron en esta etapa muy desprotegidas. La incertidumbre por las que se atraviesa en estas situaciones no es privativa de la experiencia de las pacientes. Al respecto, interesa indagar cómo ciertas formas de organizar la atención y el cuidado de estas patologías producen y hacen circular la incertidumbre que se produce en las pacientes y la experiencia de convivir con esta enfermedad. En primer lugar, puede observarse un registro de incertidumbre más evidente y quizás menos relevante. Participando en las reuniones de equipo, pueden apreciarse las dudas y la falta de certezas del equipo médico respecto del estado clínico y las terapias a seguir en algunos pacientes o en algunos momentos particulares de la trayectoria de un paciente[227]. En segundo lugar, interesa marcar otro registro en que se produce y circula la incertidumbre en la interacción de los pacientes con el equipo; idealmente, los Cuidados Paliativos. Estos proponen un tipo de relación con los pacientes basada en que estos conozcan tanto el diagnóstico como el pronóstico de su enfermedad. De hecho, la “aceptación” por parte del paciente de su propia condición, tiene un lugar central en las intervenciones del equipo de salud.

El factor 6 de la matriz, contiene las preguntas relacionadas con la capacidad cognitiva, esta hace relación a las habilidades que tiene la persona para procesar la información, fundamentalmente en la percepción que tuvieron las pacientes respecto a los síntomas y como mediante su capacidad cognitiva llegaron a predecir si tendrían un buen día o un mal día, y como estas molestias físicas fueron predecibles en cuanto si van a mejorar o empeorar. La enfermedad crónica afecta la capacidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas; en el cáncer de mama, dada su naturaleza, progresión, tratamiento, provoca diversas modificaciones en la vida de las pacientes, que consiste en un cambio drástico de sus vidas, adaptarse a la enfermedad, aprender estilos de afrontamiento, entre otros. Esta inestabilidad causa dolor, el tener que afrontar de lleno las implicaciones ocasionadas por la enfermedad y las realidades establecidas de la propia vida diaria se vuelvan repentinamente inestables. Su vida está en completa desesperación es lo que produce, el cambio en el estatus, en los planes a futuro, las consecuencias sociales, su impacto en el matrimonio, familia e hijos. Sin embargo nada se compara con la percepción que hacen los demás hacia la paciente, son vistas como

[227] ALONSO, Juan Pedro. El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en Cuidados Paliativos. En: Cuadernos de Antropología Social. 2009, nº 29. 2009. p. 108–109,

incapacitadas, trayendo problemas psicológicos y sociales que repercuten en el bienestar de la paciente. Otro de los impactos más destacados durante el diagnóstico es el momento de elegir un tratamiento, generando problemas con el esposo, la familia, cambios físicos en la paciente, cargas económicas y dificultades laborales, todos ellos intervienen justo ante la toma de decisión creando un impacto psicológico mayor. Por otra parte, todas las personas allegadas brindan expectativas acerca de la enfermedad, de las instituciones médicas, de los posibles tratamientos, generando mayor ansiedad en la paciente. En general, la persona que recibe un diagnóstico de cáncer de mama, tiene que enfrentarse a una nueva vida, manejar la incertidumbre, adaptarse a la enfermedad tratando de tener una mejor calidad de vida.

El factor de mayor peso y representativo en la carga factorial es el 5 y corresponde al dolor que sienten las mujeres, está relacionado con la tipología de los síntomas o sea el grado en que los síntomas se presentan y la coherencia de los hechos entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad este grupo tuvo un diagnóstico del tumor en un estadio avanzado, por lo tanto la incertidumbre se presentó desde el mismo momento del diagnóstico; a diferencia del grupo de mujeres reconstruidas que la incertidumbre se manifestó notoriamente hacia el final del tratamiento, pero se mantuvo a lo largo de todo el proceso con unas cargas factoriales de menor peso que en el grupo de mujeres no reconstruidas.

Al comparar las variables principales del estudio entre las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva, se destacan varios aspectos:

- En el grupo de mujeres reconstruidas, una correlación negativa entre incertidumbre y calidad de vida, esto corresponde a valores altos en el constructo de calidad de vida y bajos en el de incertidumbre.

- Correlación directa baja entre imagen corporal y calidad de vida, afectando solamente el bienestar físico y social.

- Existe una correlación directa baja entre incertidumbre e imagen corporal, donde sobre sale el marco de estímulos y la capacidad cognitiva, fundamental para el afrontamiento de la enfermedad y la percepción de su nueva imagen corporal con la reconstrucción.

Para el grupo de mujeres no reconstruidas se observó:

- Existe una correlación positiva alta entre calidad de vida e imagen corporal, esta imagen alterada es afectada por el impacto de la mastectomía que a su vez repercute en el bienestar físico y social.

- En cuanto al constructo de incertidumbre se observó una correlación negativa con el constructo de calidad de vida, lo que significa a menor calidad de vida mayor el grado de incertidumbre.

- El grado de relación entre las variables del grupo de mujeres no reconstruidas, es alto; es decir hay una correlación positiva entre los tres constructos de la investigación, de observa una marcada diferencia con las reconstruidas, en las mujeres no reconstruidas la incertidumbre representa la inadecuación del esquema cognitivo existente de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad, que afectan notablemente su calidad de vida en las cuatro dimensiones, y sumado a esto la imagen corporal afectada por el impacto de la mastectomía, mientras más mutilante sea la cirugía, mayores serán las alteraciones emocionales, psicológicas y físicas.

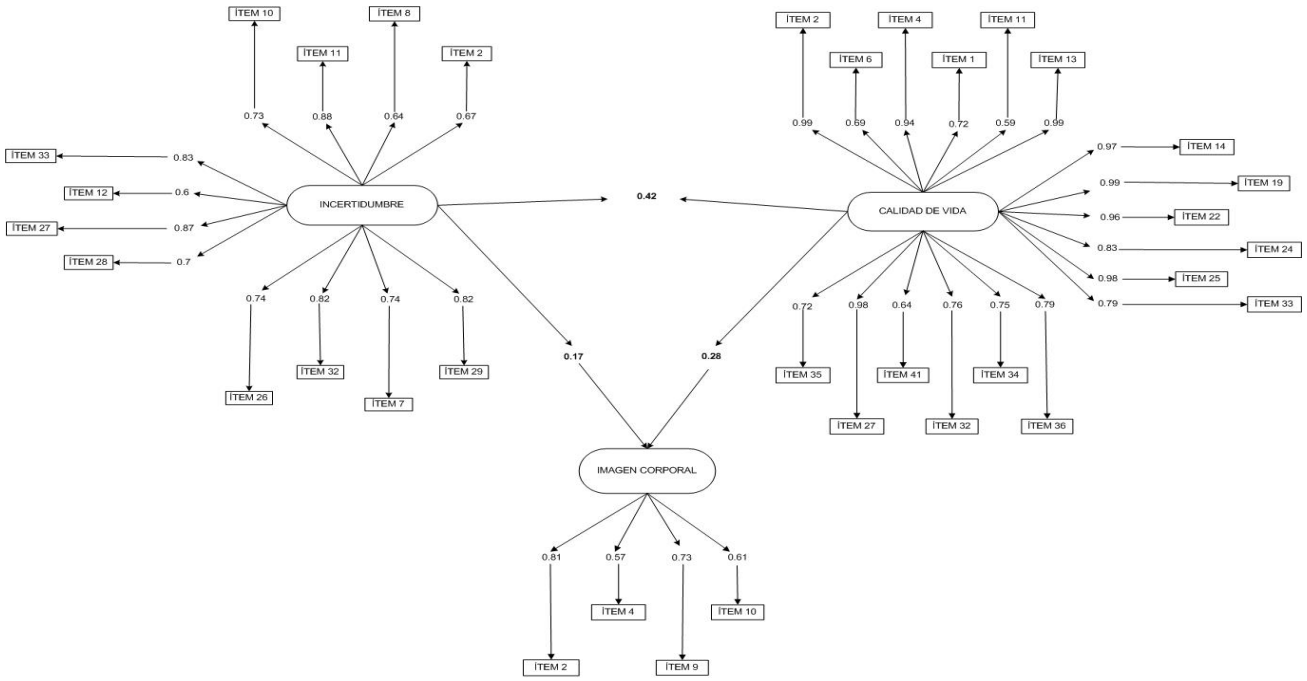
En general las pacientes presentan un bajo grado de incertidumbre en el grupo de mujeres reconstruidas y en el grupo de mujeres no reconstruidas un grado alto de incertidumbre en la enfermedad. En cuanto a la calidad de la información recibida, es importante resaltar como la proximidad con los profesionales de la salud conllevan a aclarar sus dudas brindando la información necesaria sobre la enfermedad y de esta manera se traduce en un grado bajo de incertidumbre. De hecho la teoría presenta que la ausencia de información es precursora de un estado de incertidumbre en la que la persona no puede atribuir significado a los sucesos y no puede esquematizar un cuadro de referencia propio.

A continuación en la figura 20 se presenta la síntesis final de las correlaciones entre los tres constructos del estudio en el grupo de mujeres mastectomizadas reconstruidas, donde la relación más significativa esta entre incertidumbre y calidad de vida, en cuanto al constructo de imagen corporal, la correlación no fue significativa.

Las cargas factoriales con mayor peso en el constructo de incertidumbre corresponden a los ítems relacionados con el impacto de la enfermedad, la predicción y efectividad del tratamiento, la atención del personal de salud y la angustia que se genera con la incertidumbre, en cuanto al constructo de calidad de vida, lo más representativo en cada dimensión fueron: en el bienestar físico la fatiga y agotamiento, en el bienestar psicológico la satisfacción con sus vidas, en el bienestar social la angustia ocasionada por la enfermedad en su familia y en lo referente al bienestar espiritual para este grupo de mujeres fue muy significativo la participación de otras actividades espirituales como la meditación, más que estar en la iglesia.

En relación al constructo de imagen corporal fue importante en este grupo la pérdida del atractivo como mujer y el sentirse menos femenina después de la cirugía.

Figura 20. Análisis correlacional de los tres constructos en mujeres mastectomizadas con cirugía reconstructiva.



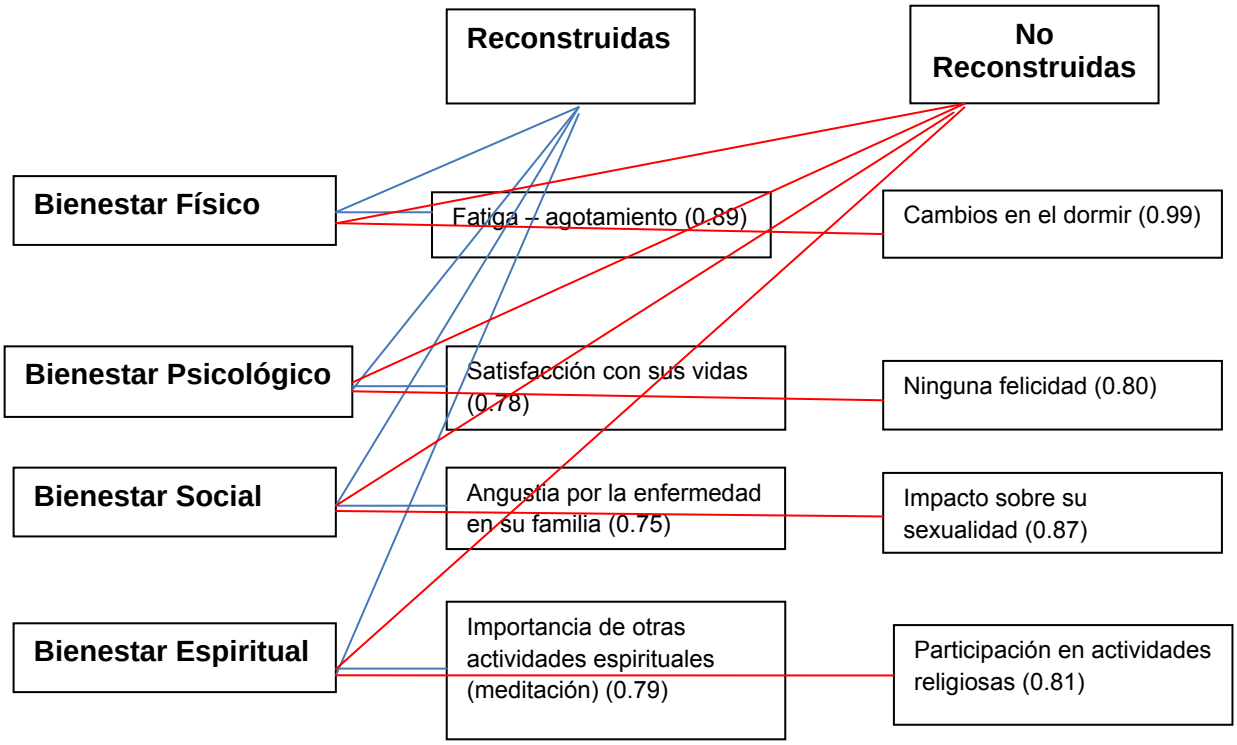
Fuente: MEJÍA ROJAS, María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012.

CALIDAD DE VIDA.

En el constructo sobre calidad de vida se manejaron 4 dimensiones: Bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar espiritual. En la siguiente figura se muestra la relación final de los ítems más representativos para cada dimensión según el grupo de mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

Vale la pena resaltar la presencia de los cambios en el patrón de sueño y el impacto sobre la sexualidad como los conceptos de las dimensiones de calidad de vida de las mujeres no reconstruidas.

Figura 21. Calidad de vida, conceptualización relación entre conceptos y dimensiones.



Fuente: MEJÍA ROJAS, María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012.

En lo referente a la matriz de cargas factoriales para la dimensión de bienestar físico en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva, 3 factores fueron relevantes de la matriz; (factor 1, 3 y 4) el primer factor se relacionó con los cambios de apetito, náuseas, agotamiento, fatiga y estreñimiento; el tercer factor relacionado con la fatiga o agotamiento y el dolor; el cuarto factor asociado a estreñimiento y una clasificación de la salud física en general mala. El bienestar físico se define como el control o alivio de los síntomas y mantenimiento de la funcionalidad y la independencia. En este sentido la percepción de la calidad de vida se vio afectada por los síntomas anteriores mencionados El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas y está influenciado por los síntomas relacionados con el cáncer y su tratamiento. En general se habla de este bienestar como el control o alivio de los síntomas y el mantenimiento de la función y la independencia[228]. Este bienestar se ve alterado en diferentes situaciones como frecuentes dolores musculares, dolor y malestar general, problemas de sueño y cambios en el apetito, especialmente cuando las pacientes inician quimioterapia y se evidencia este deterioro cuando los síntomas se acentúan y se intensifican como consecuencias del tratamiento. Ferrell describe la

[228] FERRELL, Betty R. La calidad de las vidas: 1525 voces del cáncer. En: Foro de Enfermería Clínica. Julio 1996, vol. 23, no. 6, p. 15.

calidad de vida como un concepto complejo, por ser subjetivo, es la resultante de los síntomas físicos, psicológicos que la enfermedad y el manejo de la misma producen en la persona; en cambio, Levi y Anderson han afirmado que la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa. Se insiste en que no es el reflejo directo de las condiciones objetivas, sino de la evaluación realizada por el individuo. [229]

Analizando el bienestar físico en el grupo de mujeres no reconstruidas se observó que los factores con mayor peso para esta dimensión fueron el 1, 2 y 4; relacionados con los cambios en el apetito, las náuseas, cambios en el dormir, cambios en la menstruación, fatiga y agotamiento. Vale la pena destacar que para ambos grupos lo más relevante fueron los síntomas relacionados con los cambios en el apetito, en el dormir, las náuseas, el agotamiento y la fatiga, siendo significativo para el grupo de mujeres reconstruidas la fatiga y el agotamiento y en el grupo de mujeres no reconstruidas los cambios en el dormir.

La gran mayoría de los pacientes con cáncer experimentan astenia o cansancio durante la quimioterapia, lo que les impide llevar una vida normal. Este síntoma afecta notablemente al estado de ánimo de las pacientes y es considerada como un aspecto muy importante de su vida cotidiana para poder superar la enfermedad con fuerza, ya que impacta directamente en las relaciones sociales, familiares, laborales , de entretenimiento y el autocuidado.

Sin embargo, el impacto del cansancio varía de un paciente a otro, y también su incidencia a la hora de llevar sus actividades cotidianas. Aunque el personal de salud puede reconocer estas diferencias entre pacientes, actualmente existen varias herramientas que miden la intensidad, la frecuencia y/o la duración de la astenia o fatiga relacionada con el cáncer, mientras otras evalúan su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud. Es decir, recogen objetivamente el estado de cada paciente a través de un estándar. La primera dimensión en afectarse en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, mastectomizadas es la del bienestar físico y estos influyen de forma directa sobre el bienestar psicológico. Un concepto que involucra otras dimensiones de calidad de vida, es aquel que incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

En cuanto a la dimensión de bienestar psicológico en las pacientes con cirugía reconstructiva, 3 factores son los predominantes en este análisis (1, 2 y 5), relacionados con la felicidad que sienten las pacientes, el control sobre las cosas de su vida, lo difícil de lidiar con la vida como resultado de la enfermedad, la capacidad actual para concentrarse o recordar las cosas y cambios en la apariencia. Dentro de los eventos

---

[229] FIGUEREDO VILLA, Katiuska. Cuidados paliativos: una opción vital para pacientes con cáncer de mama. En: Rev haban cienc méd La Habana. Oct-dic, 2008, vol. 7, no. 4, p. 10.

vitales que pueden acontecer a las personas, no hay duda de que las enfermedades crónicas, especialmente aquellas socialmente estigmatizadas como es el caso del cáncer, imponen una serie de demandas que movilizan en un sentido u otro los recursos de afrontamiento; sin embargo, las repercusiones de la enfermedad en una paciente con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, la relación de pareja, la laboral y social.[230] En este sentido el ítem de mayor significancia en esta dimensión para este grupo a pesar de su situación de salud es la satisfacción que sienten con sus vidas y el simple hecho de sentirse vivas las hace sentirse bien.

El impacto psicológico recoge todos aquellos aspectos psicológicos de la persona con cáncer en el momento del diagnóstico, independientemente de que este sea favorable o no. Las diferentes reacciones emocionales experimentadas por la paciente son secundarias a su diagnóstico y no por ello deben ser, de ninguna manera, subestimadas o minimizadas.

Indudablemente la cirugía reconstructiva, en la actualidad, tiene en cuenta tanto el aspecto físico como el psicológico de la mujer, y optimiza al máximo la calidad de vida y de las relaciones personales futuras, paliando el efecto que la mastectomía pueda ejercer sobre la paciente.

La mujer mastectomizada experimenta sentimientos de incertidumbre e inseguridad, desde el descubrimiento del nódulo extendiéndose hasta su rehabilitación. Para enfrentar esa situación, la mujer busca organizar sus relaciones sociales, constituyendo una red de elementos que involucran personas de la familia, amigos, profesionales de salud y otros grupos sociales que podrán ayudarla durante ese proceso. También enfrenta el estigma asociado a la enfermedad en el transcurso de la mutilación[231]. La reconstrucción mamaria inmediata disminuye la ansiedad ante la mastectomía y reduce el impacto emocional frente a su nueva imagen corporal; Sin embargo, una investigación que comparó calidad de vida en pacientes con cirugía de carcinoma mamario (Cirugía conservadora de mama (BCS), mastectomía y mastectomía con reconstrucción) demostró que las pacientes con reconstrucción mamaria puntuaron significativamente peor en cuanto al bienestar funcional, que aquellas con cirugía conservadora.[232]

Comparando la matriz en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar psicológico en pacientes no reconstruidas se observó que los factores predominantes fueron (1, 3 y 5) relacionadas con la felicidad que sienten en términos sobre el control de las cosas de sus vidas, la satisfacción con su vida, la dificultad de lidiar con su vida como resultado de la enfermedad, la capacidad para concentrarse, qué tan útil se sienten y en

---

[230] VICTORIA, Carmen Regina; VINIEGRAS GARCÍA- GONZÁLEZ BLANCO, Maritza. Bienestar psicológico y cáncer de mama. En: Av. Psicol. Latinoam. Jan./June 2007, vol. 25 nº.1.

[231] DE LIMA, María; TAVORA, T. et al. Señales de la mujer con cáncer de mama, sus relaciones sociales. Artículos científicos. En: Enfermería Integral. 2006, p. 2.

[232] Ibíd. p. 1239

general la calidad de vida que perciben. El ítem significativo para este grupo fue la insatisfacción con sus vidas como resultado de la enfermedad y el no sentir ninguna felicidad.

La mastectomía es vivida por las mujeres afectadas como una pérdida, como un ataque a su integridad física, a su valoración como mujer. Por otro lado, estos hechos también producen una perturbación en su vida sexual. Conlleva sentimientos de deformidad, de asimetría, de mutilación que provocan vergüenza y rechazo hacia esa parte del cuerpo.

En muchos casos, y de no mediar una cirugía reparadora y el apoyo psicológico necesario para la elaboración de la pérdida y la aceptación de la nueva imagen, esta situación podría desencadenar el fin de la vida sexual de una mujer, originando una insatisfacción con su vida, como lo manifiestan las pacientes del estudio. Sin duda, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden de todo tipo. La aparición de la enfermedad es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que la sufre. Ciertas secuelas quirúrgicas pueden producir trastornos de la imagen corporal, sentimientos de desagrado hacia sí mismo y hacia los otros. Nada es ni será igual que antes de la enfermedad o el tratamiento.

Los pensamientos y sentimientos negativos que podrían interferir en mujeres mastectomizadas sin reconstrucción podrían relacionarse con su autoimagen empobrecida y la percepción de ellas mismas como mujeres des-erotizadas. No hay que olvidar que usualmente quienes padecen de estas disfunciones no están al tanto del rol activo que ellas mismas tienen en sus inhibiciones, ya que este proceso operaría de manera inconsciente, automática e involuntaria.

En el grupo de mujeres reconstruidas la satisfacción con su vida fue mayor en contraposición con el grupo de mujeres no reconstruidas quienes vivieron insatisfacción con su vida como resultado de la mutilación.

La tercera dimensión de la Escala de calidad de vida referente al bienestar social, en mujeres reconstruidas, la matriz factorial determina 2 factores relevantes relacionados con la interferencia de la enfermedad con el empleo, con las actividades en el hogar, la carga económica interferencia de la enfermedad con lo personal, lo laboral y el aislamiento a raíz del diagnóstico del cáncer. El ítem de mayor carga factorial para esta dimensión fue el relacionado con la angustia generada por la enfermedad en su familia.

El bienestar social, hace referencia a las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. Ferrell describe la relación de los síntomas físicos con el deterioro o afectación de los roles y relaciones, las actividades de ocio y la función. También refiere la relación del género sobre la influencia en el bienestar social.

Una enfermedad no solo perturba el desarrollo de las acciones del sujeto y se deterioran, sino también, las representaciones del cuerpo y de sí mismo; todo enfermo necesita “ser apoyado”, reafirmado y reasegurado, en este caso es evidente que las pacientes con

cáncer de mama no son una excepción, desafortunadamente, ellas experimentarán un dolor muy fuerte no sólo durante el tratamiento y post tratamiento, sino también durante el diagnóstico.

Es muy importante que las pacientes que tengan esta enfermedad, estén acompañadas cuando el personal de salud les informe la noticia, la paciente entra en un estado muy vulnerable y necesitará el apoyo necesario para afrontar esta nueva situación. Los estragos que hace la enfermedad en el cuerpo influyen en cómo los demás ejercen su influencia sobre la paciente y sobre todo, cómo la perciben. Así el ámbito social es extremadamente significativo y no sólo la asistencia médica brinda este apoyo, consiste en ayudar a la paciente a seguir adelante no tanto profesionalmente, sino permitiéndole que se desprenda de su rol de enfermo ante sí mismo y ante los demás. Con esto se certifica que: "a mayor apoyo social, menor probabilidad de desarrollar y agravar la enfermedad".

En cuanto a la matriz factorial en la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar social en las pacientes no reconstruidas, los factores predominantes en este análisis son el 1 y el 4, relacionado con las preocupaciones que tuvieron las pacientes con la parte laboral, las actividades del hogar, el aislamiento, la sexualidad, la carga económica y el apoyo recibido. El cáncer es una enfermedad social y la mujer actualmente no es solo pieza clave de la dinámica familiar, sino un elemento tanto o más indispensable que el hombre en el complejo entramado socio laboral. Inicialmente la paciente pierde su papel social y se siente excluida debiendo posponer con urgencia todos sus proyectos vitales. Se constituye a la vez en fuente de "problemas" y necesidades para su entorno próximo. Surgen necesidades sanitarias (cobertura sanitaria, bajas médicas, tiempo para acudir a consultas), económicas (gastos médicos, pérdidas de producción salarial), laborales (despidos, separación de su ambiente laboral y de la socialización que conlleva) y familiares (pérdida de liderazgo familiar, sentimiento de compasión, incomprensión, soledad, crisis conyugal). Cuando la mujer termina sus tratamientos y se propone normalizar su vida, debe realizar un esfuerzo suplementario para recuperar su rol social, familiar y laboral. Toda esta gama de alteraciones pueden reducirse significativamente si la mujer cuenta con una buena red de apoyo socio familiar[233]. Para este grupo de mujeres no reconstruidas el impacto sobre su sexualidad fue lo más significativo e importante en este bienestar social.

La dimensión de bienestar espiritual de la escala de calidad de vida en las pacientes reconstruidas según la carga factorial de la matriz, nos muestra 3 factores relacionados con la importancia en la participación de las actividades religiosas, sensación de propósito o misión en la vida, la esperanza que sienten las pacientes y los cambios positivos en sus vidas a raíz del cáncer. El bienestar espiritual es "la habilidad para mantener la esperanza y obtener significado de la experiencia de convivir con un cáncer y se caracteriza por la incertidumbre. Incluye aspectos de trascendencia y se mejora a través

[233] BAYO C, Juan Lucas; GARCIA M, Jesús., et al. Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes. Primera edición. Madrid. Editorial Entheos. 2007. ISBN 84-690-3084-1.

de la religión y otras fuentes de apoyo social" [234]. Se estima que la necesidad de significado de vida construye el componente espiritual de la experiencia humana y que encontrando significado a la vida se permite el bienestar y la paz interna proporcionando tranquilidad y un bienestar espiritual en las pacientes[235]. En esta dimensión para el grupo de mujeres reconstruidas lo más significativo fue la participación en otras actividades espirituales como la meditación, más que estar en el templo; en contraposición con el grupo de mujeres no reconstruidas, fue muy significativo la participación en actividades religiosas, ir a la iglesia y estar todo el tiempo conectadas con Dios, esto les permitió mayor fortaleza y ánimos para seguir adelante.

Otro aspecto importante de resaltar es cuando la persona descubre que su enfermedad ha fortalecido su fe (crecimiento espiritual), siendo este un aspecto positivo e importante en el estudio lo que es similar a lo encontrado en la investigación de la experiencia de la espiritualidad en la adaptación psicosocial de los sobrevivientes de cáncer, en donde los investigadores muestran el fortalecimiento en la fe cuando se les da el diagnóstico de cáncer de mama[236]. Vale la pena destacar que las pacientes de la investigación todas se sienten capaces de obtener un bienestar espiritual a fondo, dando las directrices necesarias para proporcionar intervención de enfermería específica para el fortalecimiento de este bienestar. La dimensión de bienestar espiritual para el grupo de pacientes no reconstruidas de esta matriz factorial se relacionan con 3 factores correspondientes a la participación en las actividades religiosas, la influencia de la religión en el padecimiento del cáncer de mama y cambios positivos en su vida a raíz del cáncer.

Se ha demostrado en diferentes estudios[237],[238],[239] que la religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con medidas de adaptación y con el tratamiento de síntomas en pacientes con cáncer. Los mecanismos religiosos y espirituales de adaptación se han relacionado con índices inferiores de incomodidad, así como menor hostilidad, ansiedad y aislamiento social de los pacientes con cáncer y de los familiares encargados de su

---

[234] FERRELL, Betty R. La calidad de las vidas: 1525 voces del cáncer. Op cit. p. 907-908

[235] LEVINE, E. G.; TARG, E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. In: Integr Cancer Ther. 2002, vol. 1 nº 2, p. 166-74.

[236] SAMSON, A.; ZERTER, B. The experience of spirituality in the psycho-social adaptation of cancer survivors. In: J Pastoral Care Counsel. 2003, vol. 57 nº 3, p. 329-43.

[237] DAALEMAN Timothy; KUCKELMAN Ann; FREY Bruce. Spirituality and wellbeing:an exploratory study of the patient perspective.Rev. Social Sciencie & Medicine 53 (2001) 1503 -1511. www.elsevier.com/locate/socscimed.

[238] GONZÁLEZ R, Gustavo; VARELA, Daniela. Espiritualidad y autotrascendencia. Explorando esta dimensión de la personalidad con el TCI de C.R. Cloninger. Rev. Psiquiatría. Vol. 6.Nº. 2 .Jun. 2002.

[239] LANDIS,B.J. Uncertainty, Sprirituality, well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. Issues in Mental Health Nursing, 17,217 – 231. 199

cuidado.[240] Características específicas de creencias religiosas sólidas, como esperanza, optimismo, falta de arrepentimiento y satisfacción por la vida se han relacionado también con mejor adaptación de las personas diagnosticadas con cáncer.[241] El bienestar espiritual, especialmente la sensación de que la vida tiene sentido y la paz, se relacionan de manera primordial con la capacidad de los pacientes de cáncer para continuar disfrutando de la vida a pesar de altos grados de dolor o cansancio crónico. El bienestar espiritual y la depresión están inversamente relacionados. El aumento de la sensación de propósito interior y paz se ha relacionado también con una menor incidencia de depresión[242]. En cuanto al bienestar espiritual, las pacientes reafirmaron sus creencias personales y espirituales, esto les permitió mayor fortaleza para enfrentar las dificultades del diagnóstico.

Es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros), es en última instancia, una apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo en su valoración (Padilla, 2005) que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, recursos que estime poseer, y estrategias de afrontamiento que instrumente para hacer frente a las dificultades (Grau, 1998; Grau & Gonzáles, 1997). La forma de afrontar los sucesos como la enfermedad crónica no sólo está mediada por la interpretación que hace el individuo de aquél, o por el concepto de calidad de vida que posea, sino también por el apoyo social que perciba, esto es, su valoración de las redes sociales que podrían favorecer la adaptación a dicho acontecimiento vital (Moreno & Ximénez, 1996). El afrontamiento de dicha situación entraña que el individuo haga juicios reales sobre la enfermedad y utilice operaciones cognitivas que le permitan incrementar su gama de posibilidades, lo que incidirá en la actitud hacia sí mismo, ante la vida y ante los demás.[243]

Estudios como el de Ribbon[244] afirman que las mujeres con diagnóstico temprano de cáncer de mama tienen mejor calidad de vida, menor fatiga y mejor estado físico, datos corroborados en la presente investigación en el grupo de mujeres reconstruidas. En cuanto a la edad como factor importante en la calidad de vida, se ha demostrado que las mujeres más jóvenes con cáncer de mama reportan menor calidad de vida que aquellas mujeres mayores siguiendo un tratamiento de cáncer mamario[245].Holzner y colaboradores

---

[240] JANISZEWSKA, J.; BUSS, T.; DE WALDEN-GAŁUSZKO, K., et al. The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stages. In: Support Care Cancer. 2008, vol. 16 nº 12, p. 1361-6.

[241] WEISMAN, A. D.; WORDEN, J. W. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. In: Int J Psychiatry Med. 1977, vol. 7 nº 1, p. 1-15.

[242] BRADY, M. J.; PETERMAN, A. H.; FITCHETT, G., et al.: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. In: Psychooncology. 1999, vol. 8 nº 5, p. 417-28.

[243] GAVIRIA, Ana Milena et al. Op. cit., p. 50-75.

[244] RIBBON OF PINK, un programa de Novartis Oncology. Acondicionamiento físico [en línea]. p.1 Disponible en Internet: http://www.ribbonofpink.com/spanish/content/breast-cancer-exercise.jsp. [consultado Junio 23, 2009].

[245] CARLSON, Linda E.; BULTZ, Barry D. Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. In: Health and quality of life outcomes. 2003, vol. 1 no. 1, p. 8.

coinciden con esto al encontrar una reducción de la calidad de vida, específicamente en las áreas de funcionamiento social, emocional y sexual, no solo al inicio del tratamiento, sino que también en las sobrevivientes a largo tiempo después del tratamiento. [246]

Estudios[247] acerca del Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama, los autores refieren que se generan sentimientos de miedo, tristeza y negación en la mujer y en los familiares. El cáncer de mama y la consiguiente mastectomía ocasionan impacto en la familia extendiéndose a los amigos. Estos hallazgos encontrados en la revisión de literatura coinciden con los hallazgos del estudio Conviene resaltar que, en la medida en que los familiares procuren desempeñar sus roles de forma equilibrada, mayor van a ser los comportamientos adaptativos. Ante las dificultades vivenciadas por la familia frente a la mastectomía, se enfatiza sobre la importancia de implicar a la familia en el proceso de tratamiento, a fin de minimizar los sentimientos negativos proporcionados por la enfermedad. Según el estudio sobre el entorno socio psicológico de las pacientes con cáncer de mama[248], los autores refieren que la mayoría de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama sufren un fuerte impacto emocional ante esta situación de amenaza, presentando diversas respuestas emocionales. Para adaptarse de nuevo a su cotidianeidad ponen en marcha estrategias de afrontamientos, pudiendo ser adaptativas o des adaptativas para ellas. Datos confirmados en la presente investigación.

La calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional cuya definición es polémica. Algunos autores consideran que comprende tres dimensiones: la física, la psicológica y la social. La dimensión física incluye aspectos de la vida cotidiana y de la sintomatología clínica (dolor y fatiga), así como aspectos relacionados con el trabajo y la recreación, la dimensión psicológica se relaciona con el estado anímico (la depresión y la ansiedad), con las funciones cognitivas (memoria y concentración) y con el sentimiento de bienestar. Por último la dimensión social comprende la participación del paciente en las actividades sociales y familiares, sus relaciones de género y su vida profesional. Para la presente investigación, la calidad de vida guarda una relación directa en la medida en que dichas necesidades sean satisfechas.

Para enfermería el conocimiento de la calidad de vida y su asociación con el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad, adquiere gran importancia, lo cual permitiría profundizar en las necesidades de atención de estas pacientes, aportando información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades oncológicas y de los factores que en ellas influyen.

---

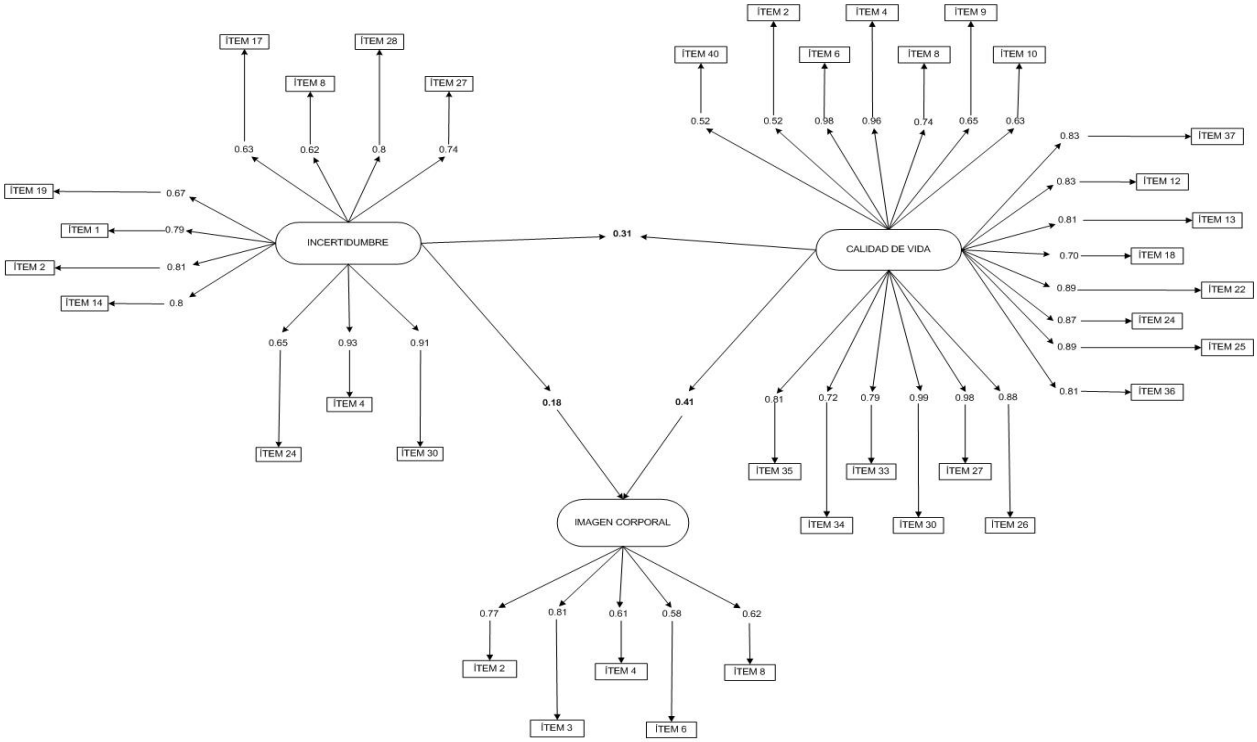
[246] CAFFO, Orazio et al. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. In: Breast cancer reserch trearment. 2003, vol. 80 no. 1, p. 39 – 48.

[247] MELO MESQUITA, et al. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. En: Enfermería global. Revista electrónica de enfermería. 2007, vol. 10, p. 1-10.

[248] PÉREZ EXPÓSITO, Neyvis y MESA VILLALONGA, Mireisy. El entorno sociopsicológico de las pacientes con cáncer de mama [en línea]. Disponible en Internet: http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/Ijornada/Mireysi/MIREISY.htm. [consultado Junio 24, 2009].

En el siguiente apartado se presenta el análisis de correlación de los constructos de estudio en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, mastectomizadas y sin reconstrucción**.**

Figura 22. Análisis correlacional de los tres constructos en mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.



Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

En este diagrama se presenta la síntesis final de las correlaciones de los tres constructos del estudio en este grupo, siendo altamente significativo como la imagen corporal alterada influye en la calidad de vida de las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva y esta a su vez repercute en su bienestar físico, psicológico y social generando mayor incertidumbre; es decir a menor calidad de vida mayor incertidumbre

Conociendo las cargas factoriales de la relación entre incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal, los ítems significativos corresponden en incertidumbre al dolor, miedo

ante el diagnostico, percepción de los síntomas, en calidad de vida lo más significativo de este grupo son los ítems de insomnio en el bienestar físico, en el bienestar psicológico se identifica el no sentir ninguna felicidad lo que origina poca satisfacción con su vida, en el bienestar social identifican el impacto sobre su sexualidad y en el bienestar espiritual el comportamiento se dirige hacia la participación en actividades religiosas y el aferramiento a Dios sobre todo en el momento del diagnóstico.

En relación con la imagen corporal lo más significativo es identificar la pérdida del atractivo como mujer, la insatisfacción con la presencia de la cicatriz y los sentimientos de mutilación, siendo esta la mayor significancia.

De este modo, los profesionales de enfermería que tienen a su cargo este tipo de pacientes podrían incorporar estos aspectos a la valoración y la intervención en enfermería en su plan de cuidados; al mismo tiempo elaborar estrategias cuya labor puede extenderse ya sea tanto en la clínica hospitalaria, la atención de enfermería en domicilio, la rehabilitación, la orientación en salud y la consejería familiar para la adaptación a la enfermedad, todo lo cual contribuirá no sólo al mejoramiento de la calidad de vida del paciente y familia, sino al de la propia comunidad.[249]

IMAGEN CORPORAL

La definición de Schilder, implica la gran subjetividad sobre la naturaleza de la imagen corporal. Al ser una representación interna de la manera que uno se siente sobre su propio cuerpo, puede diferir en la manera en cómo los demás ven nuestro cuerpo. Un factor que debe tomarse en cuenta en la imagen corporal, es cómo sentimos nuestro cuerpo físicamente a través de las sensaciones visuales y tactilares; si una mastectomía resulta en cicatrices vistosas, dolor, pérdida de sensación de la piel y tensión muscular, esto sin duda afectará la manera en que la mujer vive su cuerpo.[250.]

En este sentido, la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos" (Schilder,1950)[251,252] .

En el siguiente esquema se muestra la relación de conceptos del constructo de imagen corporal en mujeres reconstruidas y no reconstruidas.

---

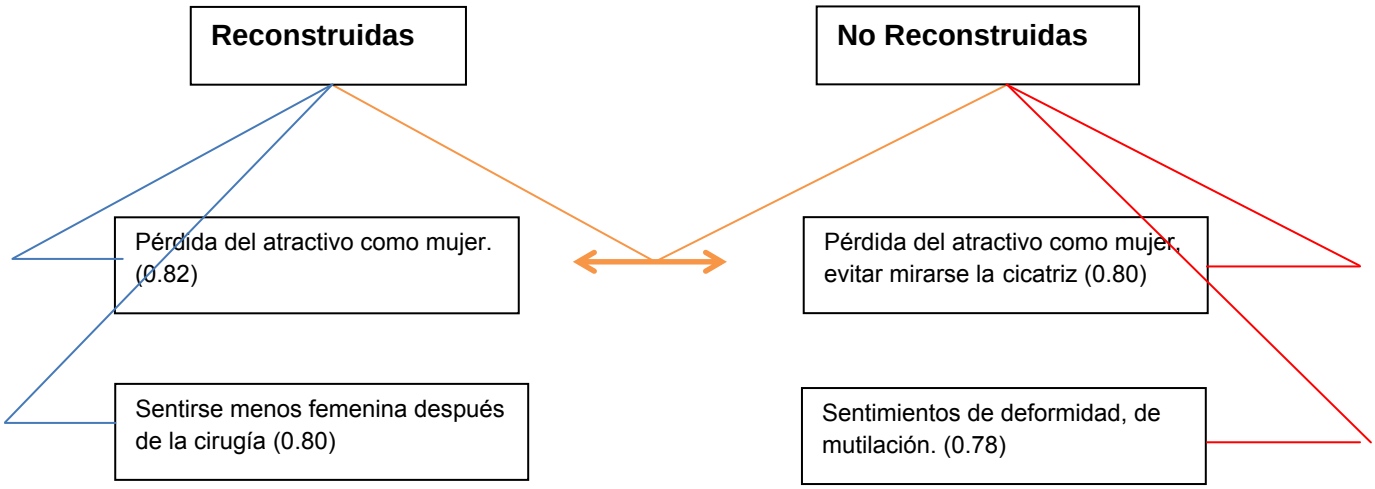
[249] TORRES, Alexandra y SANHUEZA, Olivia. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Op. cit., p. 11.

[250] BREDIN, Mary et al. Mastectoy, body image and therapeutic Message. In: Journal of Advansed Nursing. 1999, vol. 29 Issue 5, p. 1113 – 1120.

[251] SCHILDER, P. The image and appearance of the human body. N. York. 1950 .International Universities Press.

[252] BAILE AYENSA, José Ignacio. Qué es la imagen corporal? Centro Asociado de la UNED de Tudela. En: Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de humanidades. 2003, no. 2, p. 53-70. ISSN 1579-4806 .

Figura 23. Imagen Corporal. Conceptualización. Relación de conceptos.



Fuente: MEJÍA ROJAS, María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía.2012.

Para la dimensión de imagen corporal en pacientes reconstruidas, la matriz de cargas factoriales presentó 3 factores relacionados con la percepción de su imagen corporal, en el sentido de sensación de estar muy consciente de su apariencia física, sensación de ser menos atractiva físicamente como resultado de su enfermedad o tratamiento, sensación de ser menos femenina como resultado de su enfermedad o tratamiento, sensación de ser menos atractiva sexualmente como resultado de su enfermedad o tratamiento y sensación de que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto.

En este orden de ideas en cuanto a la imagen corporal se clasificó estas sensaciones de acuerdo a unos ítems cognitivos y a unos ítems conductuales; dentro de los ítems cognitivos están: la insatisfacción con la apariencia cuando está vestida, la insatisfacción con el cuerpo y la insatisfacción con la apariencia de su cicatriz.[253]. Dentro de los ítems conductuales están la dificultad para mirarse a si misma cuando está desnuda y evitación del contacto social por la manera cómo percibe su apariencia. Para este grupo de mujeres reconstruidas el factor más relevante fue el 1 y está relacionado con la insatisfacción de su apariencia por la cicatriz; las mujeres sometidas a reconstrucción pos mastectomía se sintieron con un cuerpo completo, más satisfechas con su nueva imagen corporal, su inconformismo lo sintieron con la cicatriz ocasionada por la cirugía, esta generó un

[253] HOPWOOD, P., et. al. A body image scale for use with cancer patients. In: European Journal of Cancer. 2001, vol. 37 nº 2, p. 189 – 197.

impacto sobre su imagen corporal, a su vez les permitió un mayor desenvolvimiento sexual y social en todas las pacientes. La matriz factorial para las pacientes no reconstruidas en la dimensión de imagen corporal están relacionados con tres factores, el de mayor peso en esta dimensión corresponde al factor 2, relacionado con la insatisfacción con su cuerpo como resultado de la deformidad y mutilación. La pérdida de partes corporales puede tener consecuencias psicológicas significativas muy importantes.

Desde el punto de vista estético y de autoimagen el mayor impacto lo presentaron las mujeres jóvenes, ocasionando mayor angustia por el miedo al rechazo de su pareja, en contraposición con las mujeres mayores de 50 años, lo más importante para ellas fue el temor por la recidiva de la enfermedad y la preservación de la salud. No cabe duda que la apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad, siendo considerado por muchos como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral. Pero más importante que la apariencia externa es cómo cada persona se siente en relación a su propio cuerpo[254]. La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la forma de relacionarse con el entorno. Numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a una baja autoestima, pobre auto concepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos[255]; López también considera que hubo una mayor satisfacción ante la reconstrucción por parte de las pacientes que lo hicieron de manera diferida ya que vivieron con un cuerpo mutilado durante bastante tiempo y el cambio fue más gratificante que para las que nunca se enfrentaron a ello. Para estas mujeres vivir con ese cuerpo supuso un grave problema de autoestima, que les impidió volver a su vida habitual, social y de pareja después de la enfermedad.[256]

Las mujeres mastectomizadas sometidas a cirugía reconstructiva presentaron una buena percepción de su imagen corporal incluyendo aspectos positivos en sus vidas como psicológicos, sexuales y sociales contribuyendo de esta manera a una mejor calidad de vida, lo más significativo para este grupo de mujeres fue la pérdida del atractivo como mujer y el sentirse menos femenina después de la cirugía. Las mujeres mastectomizadas sin cirugía reconstructiva manifestaron insatisfacción con su imagen corporal afectando considerablemente su calidad de vida y desarrollando aún más incertidumbre por su apariencia física. Lo más significativo en el grupo de mujeres de mujeres no reconstruidas en esta dimensión fue la pérdida del atractivo como mujer, el evitar mirarse la cicatriz como resultado de la cirugía y los sentimientos de deformidad y mutilación. La imagen corporal está relacionada con la autoestima, que es la capacidad de tener confianza y respeto por sí mismo. La mujer reconstruida suele obtener una sensación de apariencia física mejorada, con aumento de la confianza en sí misma y de la autoestima. La imagen corporal positiva suele favorecer también el interés por las relaciones sexuales. Dicho efecto es

---

[254] FERNANDEZ Ana Isabel. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología. 2004. vol. 1, no. 2-3, p. 169-180.

[255] RAICH RM. Trastornos de la imagen corporal. En: Raich RM, editor. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide, 2000. p. 27-64.

[256] Ibid. p. 165

debido probablemente a la liberación de las inhibiciones sexuales, causadas por sentimientos negativos producidos por la mastectomía[257].

El impacto emocional que ocasiona una mastectomía y su repercusión en el aspecto psicológico, social y físico, son los aspectos más importantes en la calidad de vida; entre los efectos más documentados están los sentimientos de mutilación e imagen corporal alterada, valoración personal disminuida, pérdida del sentido de la feminidad, disminución en la atracción y funcionamiento sexual, ansiedad depresión, vergüenza, miedo a la recurrencia y a la muerte. Estos problemas pueden encontrarse y afectar el bienestar emocional.[258] Datos corroborados en la presente investigación.

Mientras que el cáncer ocasiona ansiedad en cuanto a la enfermedad, la mastectomía amenaza a las mujeres con un perturbante cambio en su imagen corporal; en gran parte por la asociación física y simbólica que hay entre los senos y la feminidad. Maguirre propone que aunque las consecuencias psicológicas de la mutilación quirúrgica pueden ser muy severas, hay que recordar que las pacientes pueden sufrir gran ansiedad por el miedo a que el cáncer no haya sido completamente removido o reincida, datos significativos en la investigación.

Melet Argelia[259] en su artículo referente a la sexualidad y calidad de vida, relaciona la importancia para una gran cantidad de mujeres que los tratamientos de quimioterapia apagan el deseo sexual, y su preocupación consiste en la obvia alteración de las relaciones de pareja. En otros casos, es la alteración de la imagen corporal lo que bloquea la intimidad: además de la pérdida del cabello, se vive el drama de ese espacio vacío. La mujer no quiere ser vista o tocada por su compañero, porque se siente disminuida ante él. Es bien conocida la resistencia a ese primer contacto con el espejo, que refleja con elocuencia una realidad que se rechaza.

Las mujeres mastectomizadas tienen un significado diferente de la imagen corporal en la presente investigación, la amputación de la mama tiene una connotación muy amplia y repercute tanto en la paciente como en su compañero, el mayor problema está asociado a la mastectomía sin reconstrucción, pérdida del cabello por la quimioterapia, la preocupación por la ganancia o pérdida de peso, pobre salud mental, baja autoestima y dificultad con la comprensión de su pareja, datos corroborados por Fobair Stewart en el estudio imagen corporal y problemas sexuales en mujeres jóvenes con cáncer de mama.

---

[257] ESCUDERO Francisco; OROZ , J, PELAY María. Reconstrucción de la mama tras mastectomía. Op cit. p. 325.

[258] DELGADO BUENO, Santiago y TEJERINA, Armando. Medicina legal en patología mamaria. Op. cit., p. 289.

[259] MELET, Argelia. Después de la mastectomía: la calidad de vida. Op. cit., p. 115-119.

Retomando todo lo anterior se puede afirmar frente a los objetivos del estudio, la pregunta y las hipótesis de investigación que existe relación entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva.

- Las mujeres mastectomizadas con cirugía reconstructiva presentaron menor grado de incertidumbre; logrando formar un esquema cognitivo amplio en torno a su situación de salud.

- Las mujeres mastectomizadas sin cirugía reconstructiva presentaron mayor grado de incertidumbre afectando la dimensión de capacidad cognitiva, al no poder formar ni procesar un esquema cognitivo.

- La calidad de vida en todas sus dimensiones en el grupo de mujeres reconstruidas no tuvo mayores problemas, el bienestar afectado fue el físico y social, en general las pacientes tuvieron un proceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad.

- Las mujeres no reconstruidas presentaron mayores problemas en la calidad de vida, en las dimensiones psicológica y social, manifestando notoriamente insatisfacción con sus vidas como resultado de la mutilación.

- La imagen corporal para el grupo de mujeres reconstruidas no se vio afectada, lo más relevante para ellas fue la insatisfacción de la apariencia por la cicatriz, el hecho de sentirse con un cuerpo completo les dio seguridad permitiéndoles mayor desenvolvimiento psicológico, sexual y social.

- La imagen corporal en el grupo de mujeres no reconstruidas se vio afectado ocasionado por el impacto de la mastectomía sobre su sexualidad y lo más significativo para estas mujeres fue la insatisfacción de su cuerpo como resultado de la deformidad y mutilación, alterando el bienestar físico, psicológico y social, dimensiones importantes en su calidad de vida.

Como conclusión final, el efecto de mayor impacto que tiene la mastectomía es sobre su imagen corporal viéndose afectada la calidad de vida y dependiendo del modo de afrontamiento así mismo es el grado de incertidumbre que se genera a partir del diagnóstico y se mantiene a lo largo de todo el proceso si no ocurre una adaptación.

En el grupo de mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva se observó un impacto positivo en su calidad de vida debido a: la reconstrucción inmediata después de la cirugía, aseguramiento de una rehabilitación integral permitiendo una buena calidad de vida desde el momento del diagnóstico, menos incertidumbre, apoyo social y familiar y en este sentido las respuestas de adaptación fueron individuales, el apoyo de todo el personal de salud y familia es decisivo para asegurar la felicidad personal como síntesis de calidad de vida.

En el grupo de mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva, se presentó el efecto contrario, un impacto negativo como resultado de la incertidumbre generada desde el mismo momento del diagnóstico y su repercusión en la calidad de vida afectando el bienestar psicológico y social por una imagen corporal alterada; de esta manera mientras más mutilante sea la cirugía, mayores serán las alteraciones emocionales, esta alteración de la imagen corporal bloquea la intimidad y por ende la relación de pareja e influye negativamente en el autoestima de la mujer. La percepción que tienen las mujeres mastectomizadas sobre su imagen corporal, influye en el aspecto físico, psicológico, social, lo que repercute en su calidad de vida.

7. Conclusiones y Recomendaciones

Teniendo como referencia los resultados de la investigación se generan conclusiones y aportes desde lo metodológico (psicometría), teórico, y para la práctica de enfermería y del equipo de salud.

A continuación se presentan las conclusiones de cada uno delos constructos, de la relación entre las diferentes variables del constructo y el comportamiento en cada uno de los grupos, insumo que debe orientar el desarrollo y contenido de programas en salud.

En cuanto al constructo de incertidumbre para el grupo de mujeres reconstruidas, es importante resaltar en la dimensión del marco de estímulos y capacidad cognitiva como la forma, composición y estructura de los estímulos que reciben las pacientes son estructurados por ellas mediante un esquema cognitivo, al procesar bien esta información se reduce la incertidumbre, caso contrario se encontró en el grupo de mujeres no reconstruidas que no formaron un esquema cognitivo generando más incertidumbre.

Simultáneamente se identificó que la capacidad cognitiva (interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad) en el grupo de mujeres reconstruidas, tuvieron mejor habilidades para el procesamiento de la información; en el grupo de mujeres no reconstruidas hubo limitación de esta capacidad, reduciendo la percepción del marco de estímulos y generando mayor incertidumbre en el evento de la enfermedad.

Es muy importante para las mujeres de ambos grupos la información que se les brinda al momento de recibir el diagnóstico, los proveedores de la estructura son personas claves y autoridades confiables que brindan tanto la atención en salud como específicamente el cuidado de enfermería, quienes por su nivel de formación y apoyo social, ayudan a reducir la incertidumbre; en el grupo de mujeres reconstruidas manifestaron este apoyo de una forma más precisa, mientras que en el grupo de mujeres no reconstruidas lo manifestaron parcialmente.

Es sobresaliente en el dominio de incertidumbre los patrones de los síntomas, el evento familiar, la credibilidad de la autoridad y la educación, estos tienen efectos en la incertidumbre y estas correlacionaron significativamente con el resto de los dominios del instrumento de incertidumbre ante la enfermedad.

En el grupo de mujeres reconstruidas, la incertidumbre se originó al momento del diagnóstico y del tratamiento, pero su calidad de vida no se vio tan alterada debido al acompañamiento que tuvieron las mujeres por sus compañeros y familia, además la

reconstrucción influyó positivamente en cuanto al bienestar físico, psicológico, social y espiritual mejorando su calidad de vida.

De acuerdo a los datos arrojados por el análisis correlacional, en la investigación se llegó a establecer las siguientes correlaciones entre incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal. Las variables antes mencionadas, se encuentran fuertemente relacionadas, lo que representa que se manifiestan significativamente en el estudio; es importante resaltar, que la mayoría de las correlaciones se encuentran en las dimensiones de incertidumbre y calidad de vida; es decir a mayor incertidumbre menor la calidad de vida en el grupo de pacientes no reconstruidas.

Existe una correlación negativa entre incertidumbre y calidad de vida en el grupo de mujeres reconstruidas, esto corresponde a valores altos en el constructo de calidad de vida y bajos en el de incertidumbre, a su vez hay una correlación directa baja entre imagen corporal y calidad de vida, afectando solamente el bienestar físico y social. En cuanto a incertidumbre e imagen corporal las pacientes para este grupo presentaron menos incertidumbre, por lo tanto su imagen corporal no se vio afectada, esto quiere decir que no hubo diferencias significativas respecto a su imagen corporal debido a la reconstrucción.

La calidad de vida de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía y reconstruidas, se evidencia una notoria diferencia respecto del grupo sin reconstrucción, las mujeres reconstruidas no presentaron mayores problemas, el bienestar físico y social fue el más afectado.

Las dimensiones de calidad de vida que mejor correlacionaron en las pacientes reconstruidas fueron bienestar físico y social, los dominios que se observaron un menor número de correlaciones fueron en el bienestar físico y espiritual

Para el grupo de mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva, se evidencia una correlación negativa en cuanto a incertidumbre y calidad de vida, es decir, a mayor incertidumbre menor su calidad de vida. En las dimensiones de calidad de vida, el bienestar físico, el psicológico y el social se vio alterado convirtiéndose en un problema severo y por lo tanto afectado notoriamente a estas mujeres.

La imagen corporal y la calidad de vida en el grupo de mujeres no reconstruidas muestran una percepción negativa que inciden directamente sobre el bienestar psicológico y social, manifestado por el impacto de la mastectomía sin la reconstrucción.

En el grupo de mujeres no reconstruidas las dimensiones que tuvieron una mayor correlación fue el bienestar psicológico y social, esto nos corrobora lo que dice la teoría que el apoyo social tanto de la familia como la de su pareja y amigos constituye un aporte importante para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación. La labor conjunta de enfermería y el personal de salud ayudan en la recuperación del bienestar físico y psicológico de las mujeres con cáncer de mama. El apoyo y asesoramiento sexológico y

psicológico ejercen un importante papel ofreciendo claves y dotando de recursos a la pareja para que ésta se enfrente a la nueva situación y la asimile.

La calidad de vida es un buen indicador y la manera como se siente la paciente en todas sus dimensiones: física, psicológico, social, y espiritual. La Calidad de Vida Percibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención (diagnóstico, tratamiento o seguimiento y del estadio en el que se encuentre la enfermedad.

El bienestar espiritual juega un papel importante en el afrontamiento inicial de la enfermedad. Aspecto que usualmente no se tiene en cuenta y debe hacer parte de los programas y estrategias de cuidado.

La imagen corporal para el grupo de mujeres reconstruidas no se vio afectada, lo más relevante para ellas fue la insatisfacción de la apariencia por la cicatriz, el hecho de sentirse con un cuerpo completo les dio seguridad permitiéndoles mayor desenvolvimiento psicológico, sexual y social.

Las mujeres mastectomizadas padecen una mayor sintomatología ansiosa y depresiva, emplean estrategias de afrontamiento ineficaces y tienen una deterioro en su calidad de vida que las pacientes con reconstrucción mamaria. Las pacientes mastectomizadas experimentan una mayor sintomatología ansiosa y en general, despliegan estrategias de afrontamiento menos eficaces viéndose deteriorada su calidad de vida.

La imagen corporal en el grupo de mujeres no reconstruidas se vio afectada ocasionado por el impacto de la mastectomía sobre su sexualidad y lo más significativo para estas mujeres fue la insatisfacción de su cuerpo como resultado de la deformidad y mutilación, alterando el bienestar físico, psicológico y social, dimensiones importantes en su calidad de vida.

Verificando la hipótesis central de la investigación se puede afirmar que si existe relación entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía.

Al consolidar la información aportada por los expertos se encontró que los ítems se ubicaron en su mayoría en la dimensión de la capacidad cognitiva, al respecto, se observó que la mayoría de los ítems corresponden a la capacidad cognitiva. Tan solo tres ítems no reportaron coincidencia frente a las dimensiones marco de estímulos y capacidad cognitiva, exigiendo un nuevo panel con los expertos para lograr el consenso y afinar el instrumento. Este afinamiento del instrumento permitió facilitar la interpretación de los resultados, teniendo en cuenta que los demás instrumentos estaban organizados por dimensiones.

7.1 Aportes de la investigación

Desde lo teórico, disciplinar y para la práctica de enfermería, se identifican los siguientes aportes:

Ampliación de la teoría de Incertidumbre frente a la enfermedad

Se organizaron los ítems del instrumento de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel) por **dimensiones**. Estas dimensiones están soportadas en los conceptos centrales de la teoría de Incertidumbre de la misma autora como son: marco de estímulos, capacidad cognitiva y proveedores de la estructura. En el anexo M se muestra la versión final del instrumento organizado en las 3 dimensiones: para marco de estímulos 9 ítems, capacidad cognitiva : 17 ítems y para proveedores o fuentes de la estructura: 7 ítems, para un total de 33 ítems.

Confirmación de las proposiciones del estudio:

La incertidumbre puede presentarse bajo la forma de: ambigüedad, complejidad, falta de información, información nada consistente e imprevisibilidad. En el caso de esta investigación los factores que más puntuaron, y de mayores carga factoriales fueron el 1,3,4,y 5 para el grupo de mujeres reconstruidas y los factores 1,4,5,y 6 para el grupo de mujeres no reconstruidas que corresponde en mayor grado a la capacidad cognitiva o sea las habilidades de las personas para procesar la información por lo tanto se confirma esta proposición.

Los patrones de síntomas, evento familiar, credibilidad de la autoridad y educación tienen efecto en la incertidumbre. En la investigación estos eventos se presentaron en mayor proporción en el grupo de mujeres reconstruidas, la forma como perciben los síntomas, cuando estos forman un patrón existe menos incertidumbre y menos ambigüedad acerca del estado de la enfermedad, la familiaridad es generada a través de un mapa cognitivo construido en convivencia con el ambiente, esta familiaridad previene la incertidumbre, la credibilidad de la autoridad influye en la incertidumbre por su asociación positiva con el marco de estímulos, y la educación está relacionada directamente con el grado de incertidumbre, por lo tanto se confirma esta proposición.

La angustia del síntoma tiene asociación positiva con la presencia de incertidumbre. Cuando la persona no puede formar un esquema cognitivo por falta de información, se produce la angustia y esta a su vez repercute positivamente generando más incertidumbre como en el caso de las mujeres no reconstruidas de la investigación.

La influencia que tiene la incertidumbre en las consecuencias psicológicas se ve mediada por la efectividad de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a disminuir la incertidumbre valorada como peligro o a mantenerla valorada como una oportunidad. En este sentido, si las estrategias de afrontamiento son efectivas para un evento incierto valorado como peligroso o como una oportunidad, ocurre la adaptación. Se confirma esta proposición para el grupo de mujeres reconstruidas.

La incertidumbre valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional que ésta genera. Esta proposición fue evidente en el grupo de mujeres no reconstruidas, en donde el estrés que ocasiona un diagnóstico repercute en una respuesta negativa que conlleva a un peligro asociado a un nivel de incertidumbre mayor.

El estado de salud está relacionado con el estado funcional del individuo. Esta proposición es congruente con los resultados de la investigación, en donde la salud y el bienestar que

son conceptos relacionados con la calidad de vida, son afectados cuando aparece una enfermedad crónica, puesto que la mujer experimenta desmejoramiento de las actividades diarias, afectando su auto concepto, el sentido de la vida y provocando estados depresivos, esta proposición es confirmada en ambos grupos, pero se hace más evidente y significativa en el grupo de mujeres no reconstruidas.

La condición específica de la calidad de vida es frecuentemente usada para determinar el impacto de una condición individual en las perspectivas personales. Puede proporcionar una mayor comprensión de las dimensiones de la vida que afectan la condición del ser. Es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales entre otros), es la apreciación de la persona que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de la vida para hacer frente a las dificultades, el impacto de un diagnóstico influye notoriamente en la calidad de vida, como en la presente investigación en el que el impacto de una enfermedad repercute en todas las dimensiones del constructo.

Cuando la calidad de vida disminuye, aumenta el grado de incertidumbre. Proposición confirmada en la investigación, donde la calidad de vida se vio alterada en el bienestar físico, psicológico y social, generando mayor incertidumbre.

La pérdida de partes corporales tiene consecuencias psicológicas significativas. El impacto emocional que genera una mastectomía repercute en el aspecto psicológico, social y físico, aspectos significativos en la calidad de vida y que en la investigación se comprobó esta proposición en el grupo de mujeres no reconstruidas.

La mastectomía, vulnera la imagen corporal de la mujer. Proposición altamente significativa en el grupo de mujeres no reconstruidas, la mastectomía significa enfrentarse a una cirugía mutilante que conlleva a un malestar añadido a la enfermedad.

Proposiciones que amplían el conocimiento:

La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente los casos de enfermedad, debido a la falta de claves suficientes. Esta proposición fue significativa en el grupo de mujeres no reconstruidas y sirvió de guía para la explicación de la dimensión de capacidad cognitiva.

La calidad de vida es usada para considerar el estado de salud general del individuo igualmente para evaluar las decisiones de políticas de salud y crear perfiles de salud de la población. Proposición importante para las recomendaciones de la investigación.

Un cambio físico permanente puede tener efectos permanentes en su imagen corporal. Proposición que amplió el concepto de imagen corporal y permitió profundizar sobre los efectos de la imagen corporal.

Las mujeres mastectomizadas tienen un significado diferente de la imagen corporal. La mastectomía, por ser una experiencia vinculada directamente con el cuerpo vulnera la imagen dificultando la integración mental de la misma. Ante la pérdida de la mama las mujeres suelen utilizar mecanismos de compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto de la pérdida.

Proposiciones no confirmadas:

Las siguientes proposiciones no se confirmaron en la investigación:

Cuando el marco de estímulos aumenta, el grado de incertidumbre disminuye.

La efectividad de un tratamiento influye positivamente en la calidad de vida, sirve para guiar la práctica clínica y la selección de una intervención más efectiva.

La imagen corporal que muestra un conflicto profundo resulta ser una consecuencia frecuente e importante de la mastectomía radical.

Aportes para la política pública de salud de la mujer.

Teniendo en cuenta los objetivos del Milenio: la mayor expresión de voluntad política a favor de los derechos de las mujeres es una política pública integral para las mujeres que se pueden implementar a nivel local.

A continuación se señalan los componentes que puede integrar dicha política, para garantizar que en los procesos de gobernabilidad local se incorporen los intereses y necesidades de las mujeres, así como el enfoque de género.

Las administraciones a nivel departamental o municipal en materia de políticas públicas pueden adelantar tres acciones fundamentales para garantizar la inclusión de las mujeres al desarrollo y comprometerse con el ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres.

La primera está asociada a la existencia de una política pública para las mujeres, que suele denominarse Plan de Igualdad de Oportunidades, y que incorpora el diseño, puesta en marcha, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos que se realizarán según los ejes temáticos que se prioricen según cada realidad. Dentro de estos lineamientos tenemos: 1. Asesoría permanente y de apoyo a las pacientes con cáncer de seno. 2. Conocer sus derechos. Las pacientes del estudio desconocían sus derechos, se les informó sobre la Ley que las protege y en caso de que su EPS no les cubra su tratamiento, pueden consultar esta página de asesoría permanente las 24 horas: www.siamisderechos.org. 3. Acompañamiento de un programa de atención integral a la mujer que requiere cirugía mamaria (Aimma) en el Hospital Universitario del Valle. 4. Bases de datos actualizadas de las pacientes que participaron en la investigación. 5. Apoyo psico-oncológico individual, familiar y de pareja.

Criterio de adecuación empírica:

Congruencia entre los supuestos teóricos y la evidencia empírica: La teoría de la incertidumbre a la enfermedad menciona en sus afirmaciones teóricas[260] lo siguiente:

Cuando la tipología de los síntomas, la familiaridad del evento y la coherencia de las circunstancias (marco de estímulos) aumentan, el grado de incertidumbre disminuye.

Los hallazgos de la investigación apoyan parcialmente esta afirmación teórica, ya que solo el marco de estímulos fue el factor que presentó el mayor grado de correlación en el grupo de mujeres reconstruidas y la capacidad cognitiva para el grupo de pacientes no reconstruidas.

La angustia del síntoma tiene asociación positiva con la presencia de incertidumbre.

La siguiente afirmación teórica menciona que: los proveedores de la estructura (autoridad de la credibilidad, apoyo social y educación) provocan de modo directo una disminución de la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos.

De igual manera los hallazgos de la investigación apoyan parcialmente esta afirmación teórica, ya que solo los proveedores de la estructura como fuente directo de cuidado contribuyen aumentando la incertidumbre cuando el profesional de la salud no muestra disposición para informar correctamente su estado y se percibe como una amenaza en el antecedente de la incertidumbre.

En general, las pacientes del estudio presentan un alto grado de incertidumbre en la enfermedad y una elevada motivación para el tratamiento en las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva.

El grupo de pacientes sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva fue el grupo más vulnerable, presentando altos niveles de incertidumbre y por lo tanto su calidad de vida afectada en todas las dimensiones (bienestar físico, psicológico, social y espiritual) debido al impacto ante su nueva imagen corporal originado por la mutilación.

Efectivamente, la incertidumbre puede en la enfermedad crónica funcionar como una amenaza durante la adaptación de la enfermedad, reduciendo la capacidad para adoptar estrategias de afrontamiento y atribuyendo significado y valores a los objetivos y acontecimientos relacionados con la enfermedad, transformándolo en un individuo incapaz de predecir correctamente resultados e interferir negativamente con el proceso de adaptación y motivación para seguir el tratamiento.

Aun cuando se pudo observar que la enfermedad sólo afecta de manera moderada las actividades relacionadas con la sexualidad y que el ajuste de las demás dimensiones es significativo, es indiscutible que el cáncer de mama cambia la vida cotidiana de las personas y que ellas identifican alteraciones en su feminidad como parte de su imagen.

---

[260] MARRINER, Tomey Ann, RAILLE ALLIGOOD, Marha. Modelos y Teorías de Enfermería, 5 edición 2003, cap. 30, p. 567.

Dado que la incertidumbre produce estrés, la habilidad de la enfermera podría disminuir este grado de incertidumbre, en la medida en que provea información periódica y cierta sobre su estado al paciente oncológico y a su familia. Es importante que enfermería propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de estrés, no adaptación a la situación, crisis, temores, para trabajar en equipo un plan individual con el paciente.

Mishel estudia la incertidumbre que provoca los hechos que guardan relación con la enfermedad, e influyen negativamente en la calidad de vida de las personas, la satisfacción de las relaciones familiares y la satisfacción por parte del equipo de salud.

Si se acepta la incertidumbre como parte de la vida, esta puede convertirse en una fuerza positiva que ofrece nuevas oportunidades y alternativas para poder alcanzar un buen estado de ánimo y comodidad en las pacientes.

Es de suma importancia conocer mejor, los problemas que afectan a las mujeres que sobreviven al cáncer de mama, las respuestas de adaptación son individuales; pero el apoyo que incluye al personal de salud y los familiares, sigue siendo decisivo en el objetivo de asegurar la felicidad personal, como síntesis de la calidad de vida.

Se necesita continuar con más investigaciones en esta área e iniciar un programa estructurado para la prevención de trastorno depresivo mayor post mastectomía sin reconstrucción, como se encontró en un estudio las mujeres sometidas a mastectomía sin reconstrucción presentan una alta prevalencia de trastorno depresivo mayor, que se correlaciona con la ausencia de apoyo social y los problemas derivados de intervención quirúrgica.

Sigue siendo importante continuar con el estudio el fenómeno, los tres instrumentos utilizados en la investigación tienen fortalezas y debilidades, se recomienda construir un instrumento adaptado para Colombia con los factores relevantes aportados por este trabajo

El equipo interdisciplinario es el encargado de brindar los cuidados a los pacientes terminales. Dentro de este equipo, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en esta área, ya que muchos objetivos se logran en gran medida con los cuidados integrales propios del quehacer del equipo multidisciplinario

Es fundamental destacar que el registro en Santiago de Cali de más casos nuevos de cáncer de mama está directamente relacionada con la intensificación y multiplicación de las acciones de vigilancia epidemiológica, y actividades de detección temprana de la enfermedad realizadas a diario tanto en la red pública como privada de los servicios de salud, a lo que se suma la utilización de nuevas tecnologías disponibles hoy día para el diagnóstico oportuno de la patología, así como también a la sensibilización de la que está siendo objeto la población caleña.

Es importante resaltar los derechos fundamentales que tienen las pacientes mastectomizadas, en este caso el derecho a la salud y el derecho a la vida digna. Estos derechos, a su vez, guardan una estrecha relación con otros derechos fundamentales como los derechos a la vida, a la integridad personal y a la intimidad. Así las cosas, es

necesario precisar que dicha relación de articulación jurídica es indicativa de la unidad de propósito que recorre el conjunto de derechos constitucionales reunidos bajo el signo de los derechos fundamentales. Lo anterior significa que la alteración de una determinada garantía constitucional – en este caso, el derecho a la salud – afectaría otros derechos coetáneos, por vía de la conexidad, lo cual iría en desmedro de la calidad de vida de la mujer mastectomizada sin cirugía reconstructiva.

Como aportes importantes de la investigación y que se encuentran en proceso de publicación son: 6 artículos de investigación y un capítulo de libro: 1) La utilización de tesauros electrónicos para la realización de revisiones de literatura en ciencias de la salud. Una experiencia de investigación. (Revista Avances). 2) Construyendo la síntesis de investigaciones en salud.

La metasíntesis una metodología interpretativa. 3) Validez facial y de contenido de tres instrumentos aplicando el modelo de Lawshe. 4) Impacto de la mastectomía sobre la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal. Resultados de la investigación.5) Representaciones sociales y cáncer de mama. 6) La vulneración de los derechos en mujeres mastectomizadas. Un capítulo de libro: Significancia social de la mastectomía desde la óptica de la mujer sobreviviente al cáncer de mama.

La falta de mejora en la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas es de gran interés, se debe proporcionar un nuevo impulso para incluir dentro de los planes de beneficio como la reconstrucción para todas las pacientes que la requieran, creando una vía de equidad en salud. Además, los resultados indican que debe prestarse más atención a las necesidades de los pacientes mayores cuya calidad de vida es todavía importante y se deja de lado.

El personal de salud debe prestar mayor atención a este grupo de personas y que se examinen las intervenciones que modifican en la paciente su calidad de vida como su la imagen corporal.

A partir del análisis de los constructos relacionados y la con la medición de estos, en mujeres sobrevivientes al cáncer mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas, se aporta conocimiento en este campo. En conclusión, enfermería necesita abordar el fenómeno de la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en las mujeres mastectomizadas, y contribuir con elementos teóricos y metodológicos al cuidado de enfermería y a los programas y políticas públicas de salud de la mujer, como también aportar a la enseñanza del cuidado de enfermería a partir del conocimiento de este fenómeno.

7.2 Originalidad de la investigación.

La creación de nuevo conocimiento se evidencio mediante el aporte de dimensiones a la teoría de Incertidumbre en la enfermedad Mishel. Este trabajo se realizo con la colaboración de un panel de expertos (Anexo M).

Confirmación y ampliación las proposiciones de la investigación presentadas en las figuras 20, 21, 22 y 23.

Respuesta al vacío en el conocimiento identificado cuando no se sabía el comportamiento de las variables y factores de los instrumentos de incertidumbre, calidad de vida y la imagen corporal, sus relaciones y puntuaciones que permitieron concluir cómo se comportan en una población de mujeres sobrevivientes al cáncer de mama mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas, puesto que no se había encontrado una investigación que abordara estos tres constructos simultáneamente.

Enfermería necesita abordar el fenómeno de la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en las mujeres mastectomizadas, y contribuir al cuidado de enfermería y a los programas y políticas públicas de salud de la mujer, aportes relevantes para la construcción de políticas públicas dirigidas a mantener la salud que se obtienen mediante resultados de investigación que consolidan evidencia.

Desde el punto de vista disciplinar esta investigación presenta resultados que pueden ser utilizados en la construcción de un sistema conceptual teórico empírico para guiar la práctica de enfermería en el cuidado de las mujeres con cáncer de mama.

La novedad de la investigación en el plano metodológico se centró en trabajar simultáneamente con tres instrumentos de medición

Validez facial y de contenido de los tres instrumentos utilizados en la presente investigación, organización por dimensiones del instrumento de incertidumbre.

Se abordó la estructura de las interrelaciones entre un gran número de variables de los tres instrumentos que permitieron medir los constructos de incertidumbre, calidad de vida, e imagen corporal, mediante los factores que buscaron explicar dichas interrelaciones. Este análisis factorial se muestra en el siguiente orden: Análisis de la matriz de correlación, extracción de factores, determinación del número de factores, rotación de factores, interpretación de factores, validación del modelo, cálculo de puntuaciones factoriales y selección de las variables representativas; también en este capítulo se presentan los diagramas de Wright para cada instrumento sintetizando la fuerza de relación de los factores con los ítems, y por último se presenta el análisis correlacional que evalúa la relación existente entre dos o más variables, analizan la dirección, el grado, la magnitud y la fuerza de las relaciones o asociaciones.

Diseño y diligenciamiento de una base de datos para la ciudad de Cali de las mujeres mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas.

Construcción del cuestionario sociodemográfico concreto para mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, mastectomizadas

7.3 Recomendaciones

De acuerdo a los hallazgos de la investigación: *El efecto de mayor impacto en las mujeres mastectomizadas es la imagen corporal, viéndose afectada la calidad de vida. Dependiendo del modo de afrontamiento es el grado de incertidumbre que se genera a partir del diagnóstico y se mantiene a lo largo de todo el proceso si no ocurre una adaptación. El apoyo del equipo de salud pero en especial de enfermería se centra en un plan de cuidados que permita disminuir y controlar factores de incertidumbre, mejorar la*

imagen corporal y potenciar elementos de calidad de vida. Se plantean las siguientes recomendaciones:

Aportar desde la academia a la generación de políticas públicas en salud, en el ámbito ciudad región y nacional, acorde con los resultados de la presente investigación, los cuales contribuyen a la solución de problemas y necesidades reales de la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.

La ciudad de Cali actualmente participa en la estrategia piloto del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá (INC) llamada "Fortalecimiento de la detección temprana del cáncer de mama en Colombia". El programa comprende diferentes aspectos, se identifican dos a los cuales esta investigación aporta: *Diseño de un programa de comunicaciones eficaz para las mujeres con participación de organizaciones de la Sociedad civil. Y diseño e implementación de un sistema de indicadores para seguimiento de las mujeres que garantice adherencia al programa.* Se establece un compromiso para socializar los hallazgos de este estudio ante quienes lideran esta política en Cali.

Las recomendaciones dirigidas a diferentes instituciones de educación superior y de prestación de servicios, se enfocan con el fin de potenciar acciones que redunden en mejorar la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama que han sido mastectomizadas.

Organizar y actualizar los registros relacionados con el número de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y sometidas a mastectomía con y sin reconstrucción.

Involucrar a las Fundaciones de apoyo, en el manejo integral brindado a las mujeres motivando la participación de las familias de las mujeres recién diagnosticadas en diferentes actividades permitiéndoles su apoyo en la recuperación tanto física, social como psicológica. Profundizar en los programas educativos para este grupo poblacional, incluyendo visitas familiares y permitiendo acompañamiento continuo desde el momento del diagnóstico y el trabajo interinstitucional.

La investigación está demostrada que constituye la principal herramienta para el cambio hacia un modelo de enfermería avanzada y con capacidad de dar respuesta a los problemas de salud de los ciudadanos Propiciar trabajos investigativos interdisciplinarios y estudios multicéntricos, que permitan generar estrategias de cuidado orientadas al manejo integral en este grupo de pacientes.

Realizar investigaciones centradas en la familia y el entorno de mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama o recién mastectomizadas. Profundizar en investigaciones centradas en programas de intervención de enfermería, dirigidas a las mujeres y sus familias.

Continuar con investigaciones cuantitativas y cualitativas, relacionadas con la incertidumbre, la calidad de vida y la imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.

A la Academia le corresponde fortalecer la enseñanza aprendizaje, desarrollar proyectos de extensión e investigación desde diferentes perspectivas, con mujeres con cáncer de

mama, mujeres mastectomizadas, reconstruidas y no reconstruidas como un aporte al conocimiento de un problema de interés en salud pública.

Incluir en los currículos de enfermería actividades de promoción y prevención para la detección precoz del cáncer de mama y los cuidados necesarios para el manejo integral. Establecer convenios docente asistenciales con Fundaciones de Apoyo y clínicas privadas, orientados a la atención de la mujer con cáncer de mama, con el fin de participar en la cualificación de los cuidados que brinda enfermería.

Enfermería como profesión, disciplina y ciencia tiene una demanda social relacionada con la participación activa de los profesionales de enfermería en torno a los programas que abordan esta problemática real, que cada vez va en aumento tanto a nivel local, como en el ámbito nacional e internacional.

Desarrollar investigación orientada a la elaboración de un modelo de atención integral para las familias y las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, especialmente dirigido a las mujeres que aún no han sido reconstruidas es una prioridad de las disciplinas del área de la salud donde enfermería tiene varios aportes sustentados con evidencia desde la investigación.

Es indispensable para la ciencia de enfermería la renovación del conocimiento disciplinar, y el empoderamiento profesional mediante el aporte de evidencia, que permita mejorar y cualificar el cuidado de grupos poblacionales vulnerables y de poca importancia para el sistema de salud.

Generar nuevo conocimiento para enriquecer la ciencia y la disciplina de enfermería, es una contribución esencial para robustecer el conocimiento necesario en la solución de los problemas de salud de la población.

Se recomienda una atención interdisciplinar, intersectorial centrada en la humanización del cuidado, que se caracterice por una adecuada y una buena información a las pacientes con cáncer de mama en el momento del diagnóstico sobre las opciones de tratamiento, intervención quirúrgica y de reconstrucción, con el fin de disminuir la incertidumbre y mejorar la calidad de vida especialmente en las secuelas de tipo físico y psicológico.

Se debe hacer énfasis en los cuidados de enfermería en el preoperatorio y la forma como son prestados, pues corresponden a una etapa importante en la recuperación de la mujer mastectomizada y que el nivel de preparación para la cirugía depende del trabajo en conjunto del equipo multidisciplinario positivo.

Investigaciones futuras deben estar enfocadas a trabajar el impacto de la mastectomía sobre el bienestar y la calidad de vida de estas pacientes.

Se precisa la realización de estudios con poblaciones mayores para corroborar o refutar la débil participación de los afrontamientos en la autopercepción corporal.

Como se presentó en el marco de referencia, la reconstrucción mamaria logra recuperar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida en la mujer mastectomizada. Este aspecto

es importante dentro de las políticas públicas en salud y enfermería es la disciplina llamada para generar espacios que permitan acompañar a las mujeres en superar esta experiencia de salud

Establecer una consulta especializada de enfermería, que permita el cuidado integral y seguimiento de las mujeres con cáncer de mama en las fases de diagnóstico, tratamiento, y reconstrucción, aportaría estrategias específicas para mejorar la adaptación a la enfermedad y la calidad de vida de estas mujeres, impactando positivamente el costo –beneficio-efectividad de los actuales programas

Teniendo como referentes modelos teóricos estructurados de incertidumbre y calidad de vida, la autora de la presente investigación propone un nuevo esquema que incorpora la imagen corporal, para ser tenida en cuenta en la mujer sobreviviente al cáncer de mama y sometida a una mastectomía; las relaciones finales darán pie a un nuevo modelo de atención integral biopsicosocial que integren estos tres constructos (incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal) y que se dejará planteado dentro de las recomendaciones de la investigación. Ver (figura 24).

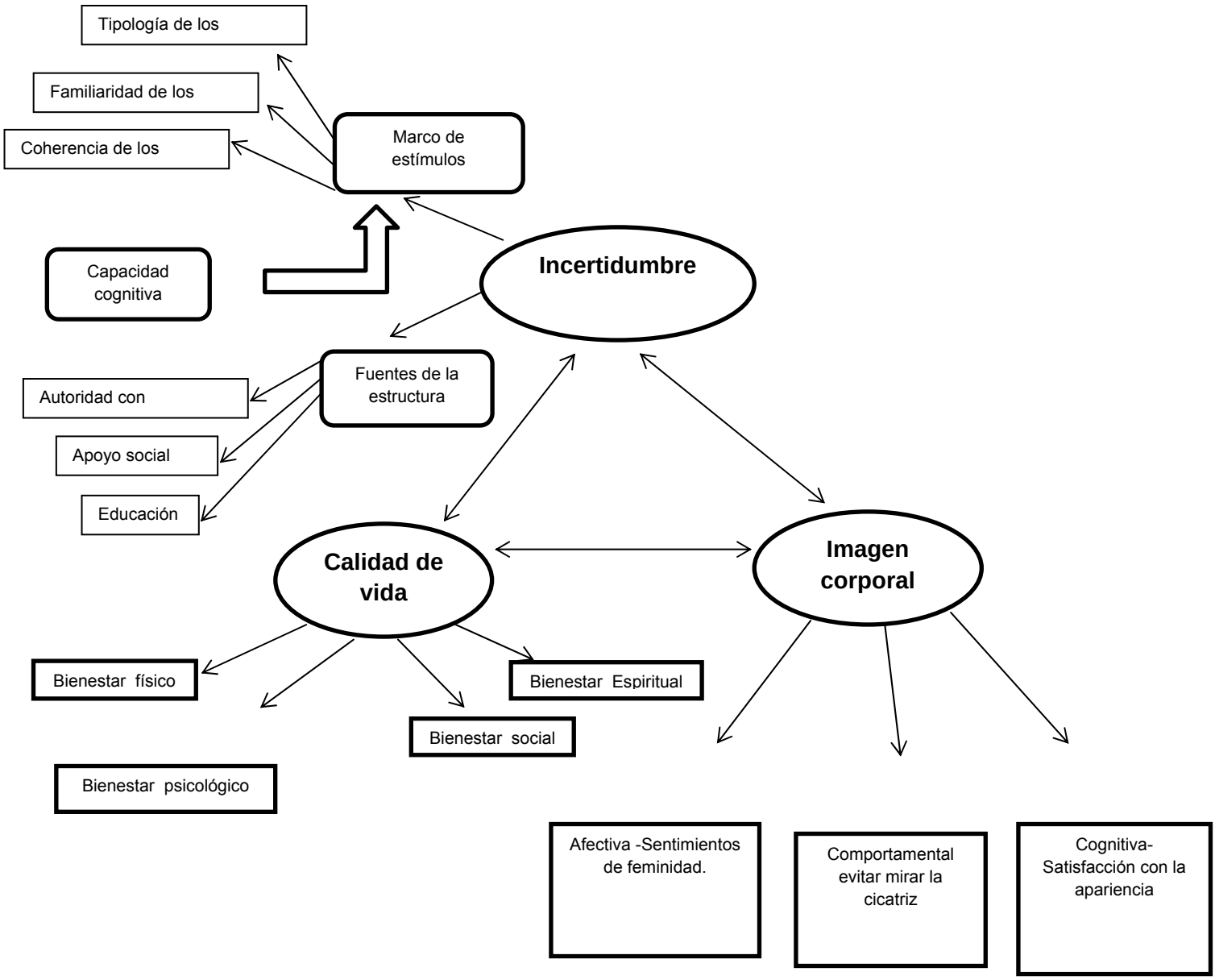
Siguiendo los hallazgos presentados en la última figura se identifican *temas* de interés no solo para el desarrollo de programas de promoción de la salud y la vida digna de las mujeres mastectomizadas sobrevivientes al cáncer de mama, sino para incorporar estos temas en la consulta de enfermería como en el seguimiento a este grupo de mujeres.

En cuanto a la imagen corporal la apariencia y los sentimientos de feminidad son la meta a alcanzar, superar los efectos de la cicatriz es una tarea para asumir.

La calidad de vida debe ser abordada desde diferentes dimensiones, física, psicológica, social y espiritual, lo cual conlleva un reto para superar un paradigma positivista de calidad de vida.

En cuanto a la incertidumbre que en muchas ocasiones se desconoce, se hace imperativo tener en cuenta el marco de estímulos, la capacidad cognitiva y la fuente de la estructura donde es muy significativo el apoyo social.

Figura 24. Esquema de las dimensiones de los constructos incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal y sus proposiciones, utilizadas para el análisis tanto en el grupo de mujeres mastectomizadas, reconstruidas y no reconstruidas.



Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

7.4 Limitantes del Estudio

Las limitantes observadas en la presente investigación corresponden a tres aspectos fundamentales:

Los datos estadísticos de las fuentes principales de recolección de la información, de la ciudad de Cali presentaron sub-registro, por lo tanto el número real de pacientes mastectomizadas con cirugía reconstructiva pudo verse afectado por encontrarse las bases de datos desactualizadas, además se identificó una restricción para el número de participantes llevando a un riesgo en la selección de la muestra de la investigación, en este sentido este factor de limitación puede estar presente cuando los grupos de la muestra no son equivalentes como en el caso de las mujeres reconstruidas (cuyo universo se tomó en su totalidad) versus las no reconstruidas cuyo número era bastante mayor.

La restricción fue dada por la dinámica del actual SGSSS, que establece marcadas diferencias de acuerdo al tipo de plan de beneficios, el número de mujeres reconstruidas (generalmente beneficiarias de medicina pre-pagada o del régimen contributivo) marco el límite para el número de participantes en la muestra, sin embargo dado la relevancia social del fenómeno de estudio la muestra permitió una análisis factorial y medición para determinar la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas.

Se presentó dificultad para la ubicación de algunas pacientes del estudio principal mastectomizadas con cirugía reconstructiva, por ser un grupo tan pequeño, muchas de ellas se encontraban fuera del país al momento de recolección de la muestra, originando atraso del estudio en 6 meses.

Bibliografía

AARONSON, NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. In: Cancer. 1991, vol. 67, p. 844-50.

ALONSO, Julio César. ARCOS Mauricio Alejandro, et al. Una mirada descriptiva a las comunas de Cali. Revista Cienfi. Universidad Icesi. Cali. 2007.

ALONSO, Juan Pedro. El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en Cuidados Paliativos. En: Cuadernos de Antropología Social. 2009, nº 29.. p. 108–109,

APOSTOLO, João Luís Alves; VIVEIROS, Catarina Sofia Castro; NUNES, Helena Isabel Ribeiro and DOMINGUES, Helena Raquel Faustino. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.4 [cited 2012-09-26], pp. 575-582 .Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1169. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400009.

ARCILA, D; ESCAPA, R. y VELÁSQUEZ, D. Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria. México DF. 2002. p. 3.

ARRARAS URDANIZ, Juan. Evaluation through the EORTC questionnaires of long-term quality of life in patients with breast cancer in initial stages. In: Revista Clínica Española. 2003; vol. 203, no. 12, p. 577-81.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cáncer de seno. Información de referencia sobre el cáncer [en línea]. Disponible en Internet: http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_4x_Cncer_del_seno_resumen.asp. [consultado Abril 30, 2009].

AMERICAN CANCER SOCIETY. Reconstrucción del seno tras la mastectomía. Last Medical Review. 2009. Consultado Julio de 2011. [En línea] Disponible en: http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003040-pdf.pdf

AMERICAN CANCER SOCIETY. Reconstrucción del seno tras la mastectomía. Last Medical Review. Detailed Guide: Breast Cancer. 2012. Accessed at http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/index on August 24, 2012.

ASOCIACIÓN AMERICANA de Psicología. Cáncer de mama: Cómo puede la mente ayudar al cuerpo [en línea]. [consultado Marzo 29, 2010]. Disponible en Internet en: http://projectoliberacion.org/V_2/Ayuda/C%C3%A1ncer%20de%20mama%20C%C3%B3mo%20puede%20la%20mente%20ayudar%20al%20cuerpo.html.

BAILE AYENSA, José Ignacio. Qué es la imagen corporal? Centro Asociado de la UNED de Tudela. En: Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de humanidades. 2003, no. 2, p. 53-70. ISSN 1579-4806 .

BACALLAO, J. RODRÍGUEZ, G. Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mamas. Revista Cubana Oncología. 1998.Cuba. Vol 14. n.2. p . 83-86.

BÁREZ VILLORIA, Milagros. Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona..2002. p . 1-63.

BAQUERO S, Alejandra; BAQUERO, Lucía, et al. Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. [en línea]. [consultado Enero 24, 2012]. Disponible en internet en: http://amesecolombia.com/userfiles/file/estrategias.pdf.

BAYÉS, R., LIMONERO, J.T., BARRETO, P. y COMAS, M.D. Protocolo de una investigación multicéntrica sobre aspectos emocionales en enfermos en situación Terminal .2001. Vol 8. n. 2 Ed. Medicina Paliativa. España. p .71-79

BAYO C, Juan Lucas; GARCIA M, Jesús., et al. Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes. Primera edición. Madrid. Editorial Entheos. 2007. ISBN 84-690-3084-1.

BIBL. A. Faller, El cuerpo del hombre, Barcelona 1970; En: L. TESTUT, Tratado de Anatomía humana, Barcelona 1932; H. Rouviére, Anatomía humana, 3 ed. Madrid, 1953. Ediciones Rialp S.A. Gran Enciclopedia Rialp, 1991. [online]. Disponible en: http://www.canalsocial.net/Ger/ficha_GER.asp?id=9644&cat=medicina

BRADEN, Carrie Jo; MISHEL, Merle and LONGMAN, Alice J. Self-Help intervention project women receiving breast cáncer treatment. In: Cancer practice. 1998, vol. 6, no. 2, p. 87-98.

BRADY, M. J.; PETERMAN, A. H.; FITCHETT, G., et al.: A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. In: Psychooncology. 1999, vol. 8 nº 5, p. 417-28.

BREDIN, Mary et al Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative

study of women's experience. Journal of Advanced Nursing. 1999. Vol.29, nº 5. p. 1113 – 1120.

BURNS, Nancy and GROVE, Susan. The practice nursing research – Conduct, critique, & utilization. 3a. ed. Philadelphia: W.B Saunders company.1997, p. 258-259.

CADAVID, Juliana y MANRIQUE, Rubén. Satisfacción pos mastectomía oncológica con los resultados estéticos de la reconstrucción mamaria con prótesis de silicona. Trabajo de grado medicina. Medellín. Universidad CES. Facultad de Medicina. 2005. p . 1 – 33.

CAFFO, Orazio et al. Pain and quality of life after surgery for breast cancer. In: Breast cancer reserch trearment. 2003, vol. 80 no. 1, p. 39 – 48.

CARDENAS, Clara Pérez. Evaluación psicológica de mujeres mastectomizadas [en línea]. En: Revista electrónica Psicologia Cientifica. [consultado Julio 3, 2009].
Disponible en Internet: http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-219-1-evaluacion-psicologica-de-mujeres-mastectomizadas.html.

CARLSON, Linda E.; BULTZ, Barry D. Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. In: Health and quality of life outcomes. 2003, vol. 1 no. 1, p. 8.

CARTA DE OTAWA para la Promoción de la Salud. 4. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Notario, Canadá, Noviembre de 1986.

CARTA DE BANGKOK para el Fomento de la salud en un mundo globalizado. VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Tailandia, Bangkok, 7-11 Agosto 2005.

CASAL, Jordi y MATEU, Enric. Tipos de Muestreo. En: Rev. Epidem. Med. Prev. 2003, vol. 1, p. 3-7.

COATES, Alan. La situación actual del cáncer de mama Escuela de Salud Pública de la Universidad de Sydney, Australia. [en línea]. En: Intramed, noticias médicas. Disponible en Internet en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=54608. [consultado Abril 30, 2009].

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004.

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) . Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres

humanos. [en línea] Disponible en Internet en: http://www.dib.unal.edu.co/documentos/etica_biomedica_humanos.pdf. [consultado mayo de 2009].

CURRAN D, et. al. Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-concerving procedures: results of EORTC trial 10801. In: European journal of cáncer. 1998, vol. 34 no. 3, p. 307 – 314.

DAALEMAN Timothy; KUCKELMAN Ann; FREY Bruce. Spirituality and wellbeing:an exploratory study of the patient perspective. Rev. Social Sciencie & Medicine. 2001 Vol 53 p. 1503 -1511. www.elsevier.com/locate/socscimed.

DECLARACIÓN DE BOGOTÁ. Promoción de la Salud 7. en América Latina. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe. Bogotá, Noviembre 1992.

DECLARACIÓN DE SUNDSVALL. Entornos propicios para 6. la salud. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Sundsvall (Suecia), 9-15 de junio de 1991.

DE LIMA, María; TAVORA, T. et al. Señales de la mujer con cáncer de mama, sus relaciones sociales. Artículos científicos. En: Enfermería Integral. 2006, p. 2.

DEL VAL GIL, J.M.; LÓPEZ BAÑERES, M. F., et al. Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. En: Revista de Cirugía Española. 2001, vol. 69 nº 1, p. 61.

DELGADO BUENO, Santiago y TEJERINA, Armando. Medicina legal en patología mamaria.. Madrid: Ediciones Díaz de Santos: 2002. p. 153-159.

DIAZ URIARTE, Ramón. Introducción al uso y programación del sistema estadístico R. Unidad de Bioinformática Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). 2003.

ENGEL, Jutta et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. In: The Breast Journal. 2004, vol. 10, nº. 3, p. 223–231.

ESCUDERO, Francisco; OROZ, J. y PELAY, María. Reconstrucción de la mama tras mastectomía. Artículo de revisión. En: Revista anales del sistema sanitario de Navarra. 1997, vol. 20, p. 325 - 336.

FARREN, Arlene T. Power, Uncertainty, Self-Transcendence, and quality of life in breast cancer survivors. Rev. Nursing Science Quarterly. Disponible en: http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/1/63

FAWCETT, Jacqueline. Writing research proposals and reports. In: The relationship of theory and research. 3th. ed. Op cit, p. 143.

FAWCETT, Jacqueline; DOWNS, Florence S. The relationship of theory and research. Capítulo 3. 2th. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company. USA. 1992.. p. 86 – 90.

FAWZY, F. L.; FAWZY, N. W. Canadá AL Psychosocial treatment of cáncer: an update. In: Curr Opin Psychiatry. 1998, vol. 11, p. 601 – 605.

FERNÁNDEZ Ana Isabel. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología. Vol. 1, n . 2-3, 2004, p. 171.

FERRELL, Betty et al. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups [online]. 1997, [Cited Junio 21, 2010] Available from Internet: http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t792306912. ISSN: 1540-7586

FERREL, Betty R.; HASSEY-DOW, K.; GRANT, M. Measurement of the QOL in Cancer Survivors. In: Quality of Life Research, 1995, vol. 4, p. 523-531.

FERRELL, Betty R. La calidad de las vidas: 1525 voces del cáncer. En: Foro de Enfermería Clínica. Julio 1996, vol. 23, no. 6, p. 15.

FIGUEREDO VILLA, Katiuska. CUIDADOS PALIATIVOS: UNA OPCION VITAL PARA PACIENTES CON CANCER DE MAMA. *Rev haban cienc méd* [online]. 2008, vol.7, n.4 [citado 2012-09-29], pp. 0-0 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-519X.

FOBAIR Pat, STEWART Susan,et. al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. In: Psycho-Oncology. 2006. vol 15. p . 579–594.

FERNANDEZ Ana Isabel. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología. 2004. vol. 1, no. 2-3, p. 169-180.

FERNÁNDEZ GATO, Araceli. Aspectos psicológicos del cáncer de mama [en línea]. Disponible en Internet: http://enfermeriacancerdemama.blogspot.com/2008/02/aspectos-psicolgicos-del-cncer-de-mama.html. [consultado marzo 23, 2009].

FERNANDEZ, Pita. Determinación del tamaño muestral. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. En: Cuadernos de Atención Primaria. 1996, vol. 3, p. 138-141.

FREYSTEINSON Wyona. M. The ethical community consultation model as preparation for nursing research. A case study. Nursing ethics, 2010.vol.17, 6: p 749 - 758 .

GALLEGOS, Alvarado Mónica y HERNÁNDEZ, Dolores Eunice. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. En: Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2008, vol. 16, nº. 2, p. 99-104.

GARMENDIA María Luisa. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. Rev Chil Salud Pública 2007, vol. 11, nº 2, p. 57-65.

GAVIRIA, Ana Milena, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. En: Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. 2007, nº. 20, p. 50-75.

GANZ, Patricia A. et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. In: J. Natl. Cancer Inst. 2002, vol. 94, p. 39-49.

GANZ, Patricia A. et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. In: J Natl Cancer Inst. 2004, vol. 96, no. 5, p. 376-87.

GANZ, Patricia A. et al. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. In: Breast Cancer Res. 1996, vol. 38, p. 183-199.

GELATT 1989, MISHEL 1990 en: MARRINER, Tomey Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 2007. 5a edición. p. 631.

GLOBOCAN. Tasa de Incidencia de Cáncer en Mama Ajustada por *Edad para América y el Mundo.* [online]. 2008. Consultado 2011-07-24. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/91316254/Breast-cancer-onset-age-distribution-in-developing-countries-Global

GÓMEZ BERNAL, Germán y REBOREDA AMOEDO, Alejandra. Consideraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama [en línea]. [consultado Mayo 19, 2009]. En: Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel. Disponible en internet en: http://www.boloncol.com/boletin-25/consideraciones-psicologicas-en-pacientes-con-cancer-de-mama.html. regional-patterns-of-age-at-onset-and-mortality-180811.

GONZALEZ M, IBAÑEZ I. Cuestionario de salud general (GHQ-12).Comparación de dos modelos factoriales. En: psquiatria.com. Vol 5. n. 1 2001. '[En línea] consultado, septiembre 10 de 2012. Disponible en: http://www.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D_departamento/materiales/analisis_datosyMultivariable/20factor_SPSS.pdf

GONZALEZ-MARINO, Mario A. Cáncer de Seno en la Clínica San Pedro Claver de Bogotá, 2004. *Rev. salud pública* [online]. 2006, vol.8, n.2 [citado 2011-10-01], pp. 163-169 . Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0124-0064.

GONZÁLEZ MENÉNDEZ, Ricardo. La nueva dimensión en la relación médico-paciente en nuestros días. En: Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Centro Félix Varela. 1997, p. 105-11.

GONZÁLEZ R, Gustavo; VARELA, Daniela. Espiritualidad y autotrascendencia. Explorando esta dimensión de la personalidad con el TCI de C.R. Cloninger. Rev. Psiquiatría. Vol. 6.Nº. 2 .Jun. 2002.

GRAJALES Tevni. El análisis factorial. [En línea] consultado 2012-01-24. Disponible en: http://tgrajales.net/estfactorial.pdf

GRAU ABALO, Jorge A. Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación [en línea]. En**:** *Instituto nacional de oncología y radiobiología - INOR La Habana, Cuba. Boletín Latinoamericano de Psicología en salud.1998. [consultado noviembre de 2011].* Disponible en Internet en: http://www.alapsa.org/boletin/art01.htm

HABER, S (comp.). Cáncer de Mama, Manual de Tratamiento psicológico. 2000. España: Ediciones Piadós Ibérica.

HERNÁNDEZ, S. Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 4a. ed. México: McGrawHill- Interamericana. 2006. p. 120.

HERNÁNDEZ S. Roberto. FERNANDEZ C. Carlos. BAPTISTA L. Pilar. Metodología de la Investigación.5$_a$ ed. México. M$_c$ Graw Hill. 2010.

HERNANDEZ-AVILA, Mauricio; GARRIDO-LATORRE, Francisco and LOPEZ-MORENO, Sergio. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública Méx* [online]. 2000, vol.42, n.2 [cited 2012-10-02],p. 144-154 . Available from: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342000000200010&lng=en&nrm=iso>.ISSN0036-3634. http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342000000200010.

HOPWOOD P, Fletcher I, Lee A a, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. European Journal of Cancer. 2001. Vol. 37 , p 189-197.

IGLESIS G, RODRIGO et al. Cirugía oncoplástica de la mama: Cómo mejorar la resecabilidad en cirugía conservadora asegurando la estética. *Rev Chil Cir* [online]. 2009, vol.61, n.5. p. 433-437 [citado 2012-09-24],. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000500006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4026. doi: 10.4067/S0718-40262009000500006

IMENEZ-PEREIRA, Eliécer; JIMENEZ-MONTERO, Valeska y VARGAS-VILLALOBOS, Francisco. Reconstrucción mamaria post-mastectomía con colgajo miocútaneo de latísimo cordal más prótesis de silicón. *Rev. costarric. cienc. méd* [online]. 2006, vol.27, n.1-2. p. 41-51 [citado 2012-09-24], Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482006000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0253-2948.

INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 1997 - Vencer 15. el sufrimiento, enriquecer a la humanidad. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1997.

INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2002 - Reducir 19. los riesgos y promover una vida sana. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER EE.UU. Comunicación en la atención del cáncer. [en línea]. [Consultado Junio 15 de 2011]. Disponible en Internet en: http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/comunicacion/healthprofessional/page4/Print. 2011.

IZQUIERDO GONZÁLEZ, Marlen et al. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama [en línea]. En: Rev haban cienc méd. La Habana, abr-jun, 2008, vol. 7, no. 2, p. 1-11. [consultado junio de 2011] Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n2/rhcm14208.pdf.

JANISZEWSKA, J.; BUSS, T.; DE WALDEN-GAŁUSZKO, K., et al. The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stages. In: Support Care Cancer. 2008, vol. 16 nº 12, p. 1361-6.

KIEBERT, G. M.; DE HAES, J. C., and VAN DE VELDE. The impact of breast conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early stage breast cancer patients: a review. In: J. Clin. Oncol. Jun 1991, vol. 6, p. 1059-1070.

KRISS, Regina T.; KRAEMER, Helena. Efficacy of group therapy for problems with postmastectomy self perception, body image, and sexuality. In: The journal of sex research. 1986, vol. 22 no. 4, p. 438-451.

KROLL, SS; AMES, F. and SINGLETARY, SE. The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. In: Surg Gynecol Obstet. 1991, vol. 172, p. 17-20.

KUDEL Ian, et al. The association of perceived partner-related social support with self-reported outcomes in women post-mastectomy. Journal of Health Psychology. 2008. Vol 13, 8. p, 1030-1039.

LANDIS BJP. Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. [dissertation]. Austin: University of Texas;Issues in Mental Health Nursing, 2001. Vol 17.p. 231. 199

LAZARUS, Richard and FOLKMAN, Susan. Stress, appraisal and doping. New York: Sringer Publishing, 1984, p. 117-178.

LEVINE, E. G.; TARG, E. Spiritual correlates of functional well-being in women with breast cancer. In: Integr Cancer Ther. 2002, vol. 1 nº 2, p. 166-74.

LOBIONDO W., Geri and HABER, Judith. Sampling. En: Nursing Research, Methods and critical appraisal for evidence-based practice. Cap. 12. 6a. ed. Mosby Elsevier. 2006, p. 261.

LÓPEZ, Andrés Rosa. Mujeres con cáncer de mama nos hablan de sus experiencias y expectativas ante la reconstrucción mamaria. En: Rev Paraninfo digital. 2007, vol. 1. p . 165 -169. [Consultado Abril de 2011]. Disponible en Internet en: http://www.index-f.com/para/n1/p169.php

LUGONES, M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana Medicina General Integral. 2002. Vol 25. n º 2 .La Habana. p. 4.

LLULL, Darío Martín; GARCÍA, Fernando y ZANIER, Justo. Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. En: Psico USF. Dic. 2003, vol. 8, nº. 2, p. 175-182.

MAGDALENA AIMAR, Ángela Noemí. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. En: Index Enferm. Abr.-jun. 2009, vol. 18 nº.2. p. 1

MAGUIRE, Peter; PARKES COLIN, Murray. Surgery and loss of body parts. In: British medical journal. 1998, vol. 316, p. 7137.

MARRINER-Tomey, ANN; Alligood, RAILE Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed.. Madrid. España: Elsevier. 2007, p. 635, 636.

MAYA MEJÍA José M. Ética en Investigación Biomédica y del Comportamiento. En: Revista CES MEDICINA. Julio - Diciembre / 2001, vol. 15, nº 2. p. 1-12.

MELET Argelia. Después de la mastectomía: La calidad de vida. Rev Venez Oncol 2005; Vol 17. n .2 . p . 115-119

MELO Mesquita, E. MAGALHÃES da Silva, R. DE ALMEIDA, A.M. et al. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico del cáncer de mama. En: Enfermería Global Nº 10. Revista electrónica. 2007. Vol 10, p. 1-10.

MISHEL, M.H. Uncertainty in illness. Image Journal of Nursing Scholarship. USA.1988. Vol 20. p 225-231.

MISHEL, M. H.; BELYEA, M.; GERMINO, B.; STEWART, J., et al, Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects – Nurse delivered psychoeducational intervention over the telephone. In: Cancer, 2002, vol. 94, p. 1854 – 1866.

MISHEL MH, Braden CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. Nurs Res 1988; Vol 37. n .2. p .98-103.

MISHEL MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. Image J Nurs Sch 1990. Vol 22. n .4. p 256- 262.

MISHEL MERLE. Uncertainty in illness. En: Image: Journal of Nursing Scholarship.1988, vol. 20, p. 225-231. Citado por: MARRINER, Tomey Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6a. ed. Madrid: Mosby, 2007. p .565.

MISHEL. M . H. Uncertainty in illness scales. Manual. 1997. School of nursing University of North Carolina. Website: http://www.muic.org.

MORALES, Martha. Se confirma la relación entre la contaminación ambiental y el cáncer. [en línea] Tendencias sociales. [consultado abril de 2012]
Disponible en Internet en: http://www.tendencias21.net/Se-confirma-la-relacion-entre-la-contaminacion-ambiental-y-el-cancer_a923.html.

MORO, L. Variables que influyen en la respuesta psicológica al diagnóstico de cáncer. 1997. . [online].Consultado el 20 de Mayo 2010] disponible en
http://www.fsmorente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicología/iberpsi2/moro/moro.htm

MORRISON D. Multivariate Statistical Methods: New York: MacGraw-Hill, 1990.

MUÑOZ TORRES Teresita de Jesús, et al, El ser ahí de la mujer mastectomizada, desde una perspectiva Fenomenológica. Paraninfo digital. 2011. V, 14**.** [en línea**].** Consultado 20 de Junio de 2011 Disponible en: http://www.index-f.com/para/n14/024o.php.

NAO Mt., et al. Shycological impact and cosmetic outcome of surgical breast cáncer strategies. In: Anz J Surg. Nov. 2005, vol. 75 no. 11, p. 940-7.

NATH, Ronald. Mastectomía.[en línea]. [consultado Mayo 22, 2010]. Disponible en Internet en: http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0a1af489-5b4c-4f2d-978e-3930be13b1f6&hunkiid=03 21.

NARVÁEZ *Almudena*, *RUBIÑOS Carmen*, CORTÉS-FUNES Fabiola, GÓMEZ Raquel *y* GARCÍA Anjara. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes de cáncer de mama. Psicooncología. 2008**.** Vol. 5, n 1, p. 93-102.

NISSEN, M. et al. Quality of life after breast crcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. In: American Cancer Society. 2001, vol. 91 no. 7, p. 1238 – 1246.

OLIVARES, María Eugenia. MARTÍN María Dolores, ROMÁN José María y MORENO Arazazu. Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. . Psicooncología. 2010. Vol 7. No 1. p. 81– 97.

PADILLA, G.; GRANT, M.; FERRELL, B. Nursing research into quality of life. Quality of Life Research. 1992. vol 1. p . 341-348.

PARDO, A. y RUIZ, M. A. SPSS 11. Guía para el análisis de datos. Madrid: McGraw-Hill. 2002, p. 3. ISBN 84-841-3750-7.

PARRA GONZÁLEZ Lina Marcela. CARRILLO GONZÁLEZ Gloria Mabel. Calidad de vida de mujeres en situación de enfermedad crónica de cáncer de cérvix. En: Av. Enferm., 2011, vol. 24, nº 1, p. 87 – 96.

PERERA, Francisco y SUÁREZ, M. Enfermedades de las glándulas mamarias. Santiago de Cuba: Editorial Oriente. 1996, p. 123-9.

PEREDA, MARIN, S. En: ARGIBAY Juan Carlos. Muestra en investigación cuantitativa. Subjetividad y procesos cognitivos. Uces. [online]. 2009, [citado 2012-10-02], p. 13 - 29. Disponible en: <http://scielo. org.ar/

PÉREZ G., Paula; FLORENZANO A., Andrea. Mastectomia y sexualidad [en línea]. [Consultado Mayo 13 de 2009] Disponible en Internet en: http://www.psicosexual.com/2008/03/deseo-sexual.html.

PÉREZ EXPÓSITO, Neyvis y MESA VILLALONGA, Mireisy. El entorno sociopsicológico de las pacientes con cáncer de mama [en línea]. . [consultado Junio 24, 2009]. Disponible en Internet: http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/Ijornada/Mireysi/MIREISY.htm

PIÑEROS, Marion y MURILLO, Raúl Hernando. Incidencia de cáncer en Colombia: importancia de las fuentes de información en la obtención de estimativas. Instituto Nacional de Cancerología. En: Rev. Colombiana de cancerología. 2004, vol. 8 no. 1, p. 5-14.

PSILLAKIS, JM. Reconstrucción de mamas en pacientes mastectomizadas. En: Coiffman F. Texto Cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1986, p. 1019.

POLIT, D y HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a. ed. México: Mc Graw Hill, 2000. p. 222-223.

RAICH, R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. 2000. Madrid, Ediciones Pirámide

RAICH, R.M, TORRAS, J. FIGUERAS, M. “Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios”. Análisis y Modificación de Conducta. 1.996. n 85, p. 604-624.

RAICH RM. Trastornos de la imagen corporal. En: Raich RM, editor. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide, 2000. p. 27-64.

RECOMENDACIONES DE ADELAIDA sobre las políticas. públicas favorables a la salud. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Políticas públicas favorables a la salud. Adelaida, Australia, 5-9 de abril de 1988.

REGISTRO POBLACIONAL DE CANCER Cali .Colombia. [en línea] Consultada Junio 25 2012. Disponible en: http://rcpp.univalle.edu.co.

RIBBON OF PINK, un programa de Novartis Oncology. Acondicionamiento físico [en línea]. [consultado Junio 23, 2009]. p.1 Disponible en Internet: http://www.ribbonofpink.com/spanish/content/breast-cancer-exercise.jsp.

RUIZ, M. A., et al. Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama [en línea]. En: Anales Sis San Navarra. 1998, vol. 21, supl. 3, p. 119-124. Citado Julio 23 2011. Disponible en Internet http://www.cfnavarra.es/SALUD/ANALES/textos/vol21/suple3/suple15.html

SAMSON, A.; ZERTER, B. The experience of spirituality in the psycho-social adaptation of cancer survivors. In: J Pastoral Care Counsel. 2003, vol. 57 nº 3, p. 329-43.

SANCHES, Nuria et al. Influencia de la comunicación en el núcleo familiar y las estrategias de afrontamiento sobre el apoyo social perclbíd.o y la adaptación psicológica en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. En: Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2002, vol. 29, nº. 5, p. 296-300.

SANCHEZ, Ricardo and ECHEVERRY, Jairo. Validación de escalas de medición en salud. *Rev. salud pública* [online]. 2004, vol.6, n.3, p. 302-318. ISSN 0124-0064. http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642004000300006.

SEBASTIAN, Julia; MANOS, Dimitra; BUENO, María José y MATEOS Nuria. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Clinica y Salud [online]. 2007. Vol.18, n,2 Disponible en: http://Scielo.isciii.es/scielo.php

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y MUNICIPAL. Alcaldía de Santiago de Cali. Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali 2008 – 2011.

SCHILDER, P. The image and appearance of the human body. N. York. 1950. International Universities Press.

SMITH Mary Jane. LIEHR Patricia. Middle Range Theory for nursing.2008.Segunda edición. New York. Springer publishing company. p . 62.

SUAREZ CARREÑO, Gloria Lucía y RUEDA LOPEZ Ana Celina. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con mastectomía radical modificada sin reconstrucción. MedUnab. 2007.Vol 10 n. 1 . p. 24-27

SUÁREZ FERNÁNDEZ, JM. Actualización del tratamiento del carcinoma mamario. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 1985, p. 320-28.

SUÁREZ VERA, Diana Marjorie. Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. Revista Psicología.2005. Vol 9. n. 2. p. 1-10.

THOMPSON, J.K et al. . Body image disturbances: assessment and treatment. Journal of social issues. USA. 1999.Vol 55, nª 2. P . 339-353.

TORRES, Alexandra y SANHUEZA, Olivia. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. En: Cienc. enferm. Concepción. Jun. 2006, vol. 12, no. 1, p. 9-17.

TORRES, Alexandra. Escala de Mishel de medición de incertidumbre en la enfermedad (M.U.I.S). Extraído de documento de tesis Doctorado "Calidad de vida y nivel incertidumbre en mujeres con cánceres prevalentes. Chile, 2005 – 2006.

TRISTAN, Agustín L. Elementos de diseño y análisis de instrumentos objetivos. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada. Material de uso interno del Postgrado de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2008. p. 1

TRIVIŃO, Z. G.; SANHUEZA, O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. En: Aquichán. 2005, vol 5 nº 1, p. 22.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección de Investigación Sede Bogotá (DIB). Ética e investigación. [en línea] Disponible en Internet en: http://www.dib.unal.edu.co/documentos/etica.html. [consultado mayo de 2008].

URQUIDI TREVIÑO, Laura Elena; MONTIEL CARBAJAL, María Martha; GÁLVEZ LÓPEZ, María de los Ángeles. Ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. En: Revista Sonorense de Psicología 1999, Vol. 13, nº 1, p. 30-36.

WEISMAN, A. D.; WORDEN, J. W. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. In: Int J Psychiatry Med. 1977, vol. 7 nº 1, p. 1-15.

WELLAM F. Yu Ko, LESLEY F. Degner Uncertainty after treatment for prostate cancer: definition, assessment, and management. Clin J Oncol Nurs. 2008. Vol 12. n º 5. p . 749 - 755

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med. 1995; Vol 41. n .10. p.403-1.409.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2004: changing history. (France): World Health Organization; 2004, p. 1-170.

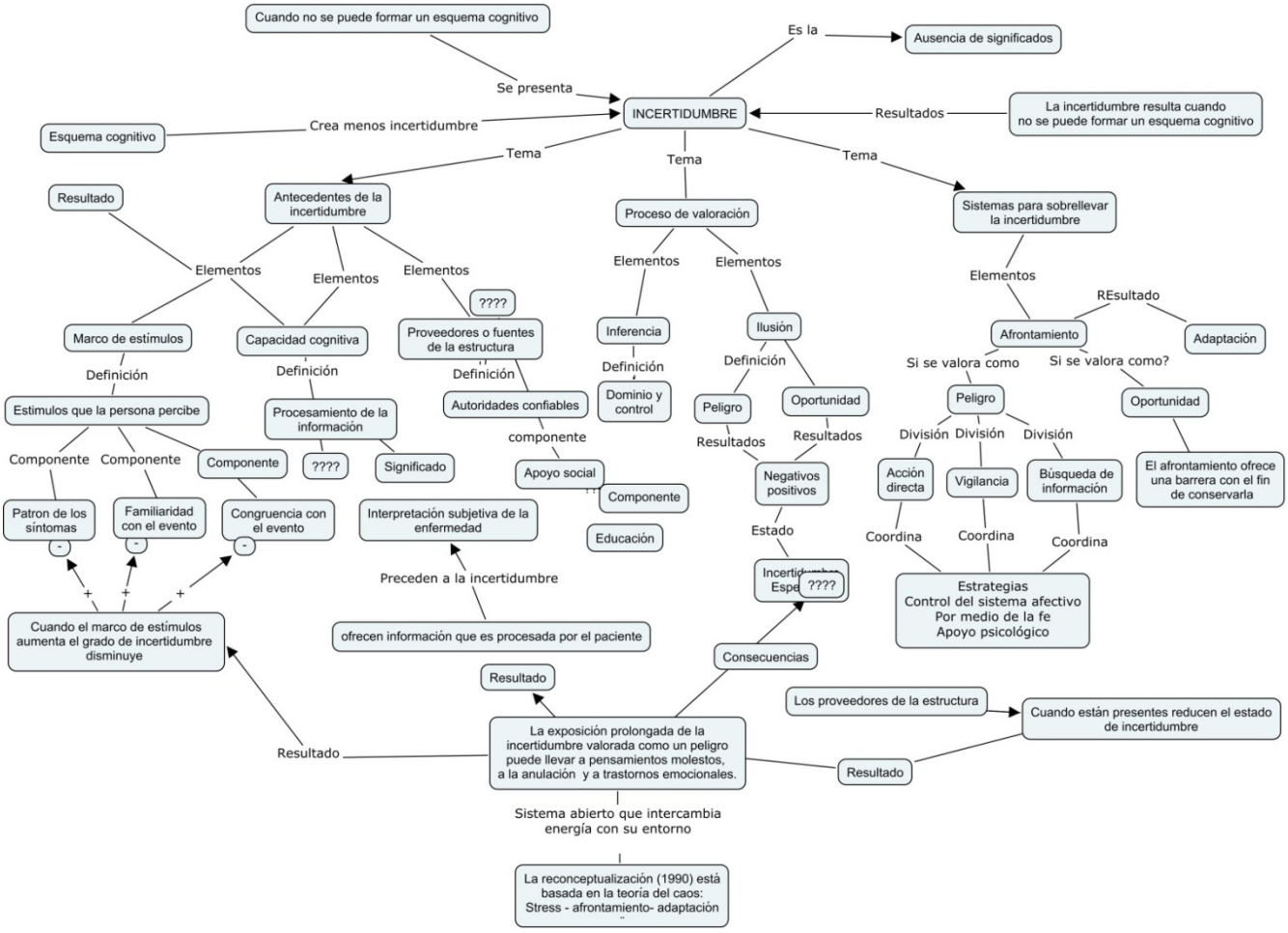
VEIGA DE CABO, Jorge; FUENTE DIEZ, Elena de la y ZIMMERMANN VERDEJO, Marta. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med. segur. trab.* [online]. 2008, vol.54, n.210 [citado 2012-10-02], pp. 81-88 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0465-546X. http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2008000100011.

VICTORIA, Carmen Regina; VINIEGRAS GARCÍA- GONZÁLEZ BLANCO, Maritza. Bienestar psicológico y cáncer de mama. En: Av. Psicol. Latinoam. Jan./June 2007, vol. 25 nº.1. p. 3

VIVAR, Cristina G. Calidad de vida en supervivientes a largo plazo de cáncer de mama. Un área olvidada en la investigación enfermera española. En: Index Enferm. Granada nov. 2005, vol.14, no. 50, p. 25-29.

Anexos

Anexo A. Mapa conceptual de la teoría de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel 1988)**.**



Anexo B. Instrumento de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel 1988)**.**

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

INSTRUCCIONES:

Por favor, lea cada enunciado. Tómese su tiempo y piense lo que dice cada enunciado. Después, coloque una X bajo la columna que mide más exactamente la manera en que se esta sintiendo HOY. Si esta de acuerdo con el enunciado, entonces marque ya sea bajo "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo". Si esta en desacuerdo con el enunciado, marque en "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo". Si no esta decidido acerca de cómo se siente, marque "Indeciso" en ese enunciado. Por favor conteste cada uno de los enunciados.

No. ☐☐☐☐☐

1. **No sé que está mal conmigo.**
   Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
2. **Tengo muchas preguntas sin respuestas**
   Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
3. **No estoy seguro de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando.**
   Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
4. **No tengo claro qué tan fuerte será el dolor.**
   Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
5. **Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas.**
   Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
6. **Tengo claro el propósito de cada tratamiento.**
   Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
7. **Cuando tengo un dolor, sé lo que eso significa con respecto a mi condición**
   Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
8. **No sé cuándo esperar que se me hagan cosas.**
   Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
9. **Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible**
   Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
10. **Entiendo todo lo que se me explica.**
    Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
11. **Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados.**
    Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
12. **Puedo predecir cuánto durará mi enfermedad.**
    Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
13. **Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo**
    Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
14. **Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome.**
    Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
15. **Hay muchos tipos de personal; no está claro quien es responsable de cada cosa.**
    Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1
16. **Debido a la impredictibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro.**
    Totalmente de acuerdo ☐ 5 De acuerdo ☐ 4 Indeciso ☐ 3 En Desacuerdo ☐ 2 Totalmente en desacuerdo ☐ 1

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

17. El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

18. No tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

19. Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

20. No está claro lo que me está pasando.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

21. Generalmente sé si voy a tener un buen día o un mal día.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

22. Los resultados de mis tests son inconsistentes
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

23. La efectividad del tratamiento no está determinada
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

24. Es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mí mismo.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

25. Generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

26. Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo es variable.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

27. Estoy seguro de que no encontrarán nada malo conmigo.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

28. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

29. No me han dado un diagnóstico específico
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

30. Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

31. Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

32. Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

33. Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo.
Totalmente de acuerdo [5] De acuerdo [4] Indeciso [3] En Desacuerdo [2] Totalmente en desacuerdo [1]

Request Form: MUIS-Adult

I request permission to copy the Uncertainty in Illness Scale-Adult for use in my research entitled:
" UNCERTAINTY, QUALITY OF LIFE AND BODY IMAGE IN WOMEN WITH BREAST CANCER TREATED WITH MASTECTOMY "

In exchange for this permission, I agree to submit to Dr. Mishel, upon completion of the study, a printout of the uncertainty data on a 3.5 inch disk or CD containing the data with the data dictionary. The data must contain information on each subject's age, sex, education, and diagnosis, along with data on each subject's response to each item on the scale. This data will be used to establish a normative database for clinical populations. No other use will be made of the data submitted. Credit will be given to me in reports of normative statistics that make use of the data I submitted for pooled analyses. Credit will be given to me in any reports referring to my findings.

Bogotá, 24 de Marzo de 2010 (signature)
(date)

Positions and full address of Investigator

Docente Facultad de Salud Escuela de Enfermería Universidad del Valle
Estudiante de Doctorado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia
Carrera 118 N° 11 – 123 Condominio Villas de Paice, Ciudad Jardín, Cali Valle del Cauca , Colombia
Teléfono: 57 – 2 5558351
Celular: 3006116731 - 3174090042

EMAIL: maria_elena77@yahoo.com
insame_01@hotmail.com

Permission is hereby granted to copy the MUIS for use in the research described above.

Merle H. Mishel 3-25-10
Date

Please send two signed copies of this form to: Merle H. Mishel, PhD, FAAN; School of Nursing, CB 47460 Carrington Hall, University of North Carolina, Chapel Hill, NC 27599-7460

Anexo C. Proceso de validación facial y de contenido de los cuestionarios de incertidumbre ante la enfermedad (Mishel), calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer (Ferrell) y de imagen corporal (Hopwood).

Santiago de Cali, 23 de Noviembre de 2010
Doctora
GLADYS EUGENIA CANAVAL E.
Directora Escuela de Enfermería
Universidad del Valle

ASUNTO: Proceso de validación facial y de contenido de los Cuestionarios de Incertidumbre ante la enfermedad (Merle H Mishel), Calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer (Betty Ferrell) .

Estimada Colega,

Con el propósito de contribuir y aportar al mejoramiento de la práctica de cuidado de enfermería entorno a la salud de las mujeres que han sido sometidas a mastectomía y tras el impacto psicológico que supone el diagnóstico de cáncer de mama, me permito presentarle la investigación : **"Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía Cali – Colombia"**El desarrollo de la presente investigación tiene como objetivo: Determinar qué relación existe entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en las mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva en comparación con la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva. Conforme a los hallazgos se plantearán estrategias de promoción, prevención, bienestar y calidad de vida que aseguren que las mujeres reciban el soporte necesario para promover su recuperación física, biológica, psicológica y adaptación ante su nueva imagen; además el desarrollo de esta investigación hace parte de los requisitos para optar el título de Doctor en enfermería, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Comedidamente le solicito su colaboración dada su experiencia, liderazgo y conocimiento entorno a esta temática, para participar en la primera fase de adaptación de los instrumentos: **Incertidumbre ante la enfermedad (Merle H Mishel)** diseñado, validado y aplicado en Estados Unidos, por la autora Mishel et al, y el instrumento sobre **"Calidad de vida en sobrevivientes al cáncer"**(Betty Ferrell), los cuales han sido traducidos oficialmente al español: En esta fase, a parte de la traducción se abarcarán los siguientes dos aspectos como: validez facial para evaluar claridad, precisión y comprensión de los cuestionarios teniendo en cuenta las particularidades del lenguaje, modismos (expresión propia del lenguaje) en nuestro país y en el área de la salud; además se realizará la validez de contenido de los instrumentos, con el fin de evaluar las preguntas del cuestionario como: "Relevante", "Poco relevante;" y "no relevante".

El proceso de validación se propone de la siguiente manera: En la primera parte, se abordará los formatos para el proceso de validez facial de los cuestionarios de incertidumbre ante la enfermedad y calidad de vida en sobrevivientes al cáncer. En la segunda parte se abordará la validez de contenido de estos mismos instrumentos. (Ver anexos) Adicionalmente, encontrará un espacio de observaciones y sugerencias para que usted plantee sus inquietudes y aportes sobre los ítems del cuestionario de Incertidumbre ante la enfermedad y Calidad de vida en sobrevivientes al cáncer, que han sido objeto de evaluación; si usted considera indispensable, adicionar alguna recomendación o sugerencias, le solicito escribirlas en estas casillas, recuerde que sus aportes son necesarios para el éxito de esta investigación
Cordialmente,
MARIA ELENA MEJIA ROJAS
Candidata a Doctor en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Instructivo cuestionario validación facial del instrumento incertidumbre en la enfermedad (Merle H Mishel)

OBJETIVO GENERAL
Determinar la validez facial del instrumento "**cuestionario de Incertidumbre ante la enfermedad" (Merle H Mishel)** con expertos en enfermería y psicología .
Para evaluar la validez facial del instrumento, se deberán considerar los siguientes conceptos:
a**. Claridad**: Frase o ítem con lenguaje y redacción fácil de comprender.
b. **Precisión**: Frase o ítem puntual y exacto, no da lugar a dudas.
c. **Comprensión**: Entendimiento de lo que se quiere decir al leer el ítem.

Para evaluar cada uno de los ítems califique si se adapta la redacción del ítem y su construcción, en escala de 1 ó 0 con cada uno de los tópicos de claridad, precisión y comprensión; para evaluar de cada ítem, su juicio como "1" Cumple con el concepto de cada una de las categorías ó "0" sino cumple o cumple parcialmente con el concepto de cada una de las categorías.[261] **1 =** Cumple con el concepto de cada una de las categorías **0 =** No cumple o cumple parcialmente con el concepto de cada una de las categorías.

CUESTIONARIO VALIDACIÓN FACIAL
DEL INSTRUMENTO DE INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD. (MISHEL)

.

Afirmación	Claridad	Precisión	Comprensión	Observaciones
	0 NO **1 SI**	**0 No** **1 Si**	**0 No** **1 Si**	
1. No sé que está mal conmigo				
2. Tengo muchas preguntas sin respuestas				
3. No estoy segura de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando				
4 No tengo claro que tan fuerte será el dolor				
5. Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas				
6. Tengo claro el propósito de cada tratamiento				
7. Cuando tengo un dolor, sé lo que eso significa con respecto a mi condición				
8. No sé cuando esperar que se me hagan las cosas				
9. Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible				
10. Entiendo todo lo que se me explica				
11. Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados				
12. Puedo predecir cuánto durará mi				

[261] Instructivo basado en los Anexos del trabajo de postgrado de BARBOSA, Giomar, et al. Validez de Contenido del Instrumentos "Protocolo de Integración del Rol de la Mujer Modificado". Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2002.

enfermedad				
13. Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo.				
14. Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome				
15. Hay muchos tipos de personal; no está claro quien es responsable de cada cosa				
16. Debido a la impredictibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro				
17. El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos				
18. No tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital				
19. Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo				
20. No está claro lo que me está pasando.				
21. Generalmente sé si voy a tener un buen día o un mal día				
22. Los resultados de mis test son inconsistentes				
23. La efectividad del tratamiento no está determinada				
24. Es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mi misma.				
25. Generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad.				
26. Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo es variable				
27. Estoy segura de que no encontrarán nada malo conmigo				
28. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida				
29. No me han dado un diagnóstico específico				
30. Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuando van a mejorar o a empeorar				
31. Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite				
32. Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad.				
33. Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo				

INSTRUCTIVO CUESTIONARIO VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO CALIDAD DE VIDA

OBJETIVO GENERAL

Determinar la validez de contenido del instrumento **"Calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer" (Betty Ferrell)**, con expertos en psicología y enfermería.

Para evaluar la validez de contenido del instrumento, se deberán considerar que, el aspecto medido por el ítem en cada una de las secciones respecto a la Calidad de vida sea: a. Relevante b. Poco relevante c. No relevante

Para evaluar cada uno de los ítems califique marcando en la casilla correspondiente, según su criterio. 1 si cumple con el criterio. 0 si no lo cumple

Sección Uno. Bienestar físico: Esta sección busca información acerca de hasta que punto son los siguientes un problema para usted.				
Item	**Relevante**	**Poco relevante**	**No relevante**	**Observaciones**
	0 NO 1 SI	**0 No 1 Si**	**0 No 1 Si**	
1. Fatiga/ agotamiento				
2. Cambios de apetito				
3. Dolor				
4 Cambios en dormir				
5. Estreñimiento				
6. Náusea / asco				
7. Cambios en la menstruación / fertilidad				
8. Clasifique su salud física general				
Sección 2 Asuntos referentes al Bienestar psicológico. Esta sección busca conocer su opinión acerca de su bienestar				
Item	**Relevante**	**Poco relevante**	**No relevante**	**Observaciones**
	0 NO 1 SI	**0 No 1 Si**	**0 No 1 Si**	
9. Qué tan difícil es para usted contender/lidiar con su vida como resultado de su enfermedad y tratamiento?				
10. Qué tan buena es la calidad de su vida?				
11.Cuanta felicidad siente usted?				
12. Se siente en control de las cosas en su vida?				
13.Hasta que punto le satisface su vida?				
14. Como clasificaría su capacidad actual para concentrarse o recordar cosas?				
15. Qué tan útil se siente?				
16. Ha causado su enfermedad o tratamiento cambios en su apariencia?				
17. Ha ocasionado su enfermedad o tratamiento cambios en su autoconcepto (la manera en que				

usted se percibe/ se ve?)				
Cuanta aflicción /angustia le ocasionó los siguientes aspectos de su enfermedad y tratamiento?				
18. El diagnóstico inicial				
19. Los tratamientos de cáncer (tales como la quimioterapia, radiación o cirugía)				
20. El tiempo desde que su tratamiento terminó				
21.Cuanta ansiedad/desesperación tiene?				
22. Cuanta depresión / decaimiento siente usted?				
Hasta que punto tiene miedo/temor a:				
23. Futuros exámenes diagnósticos (tales como rayos x o exploración ultrasónica)				
24. Un segundo cáncer				
25. Retorno de su cáncer				
26. Que se le extienda (metástasis) el cáncer				
Sección 3. Esta sección busca conocer acerca de las Preocupaciones sociales				
27. Cuanta aflicción/angustia le ha ocasionado su enfermedad a su familia?				
28. Es suficiente el nivel de apoyo que usted recibe de parte de otros para satisfacer sus necesidades?				
29. Interfiere su cuidado continuo de salud con sus relaciones personales?				
30. Ha sido impactada/afectada su sexualidad por su enfermedad				
31. Hasta que punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con su empleo?				
32. Hasta que punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con sus actividades / quehaceres en el hogar?				
33. Cuanto aislamiento le atribuye usted a su enfermedad y tratamiento?				
34. Cuanta carga económica ha tenido como resultado de su enfermedad y tratamiento?				
Sección 4. Esta sección tiene por objetivo conocer el bienestar espiritual de las pacientes con cáncer				
Item	**Relevante**	**Poco relevante**	**No relevante**	**Observaciones**
	0 NO 1 SI	**0 No 1 Si**	**0 No 1 Si**	
35. Qué tan importante es para usted su participación en				

actividades religiosas tales como rezar, ir a la iglesia o al templo?				
36. Qué importantes le son a usted otras actividades espirituales tales como la meditación?				
37. Cómo ha cambiado su vida espiritual como resultado del diagnóstico de cáncer?				
38. Cuanta incertidumbre/ duda siente usted en cuanto al futuro?				
39. Hasta que punto su enfermedad a realizado cambios positivos en su vida?				
40. Siente usted una sensación de propósito/misión en cuanto a su vida o una razón por la cual se encuentra vivo?				
41. Cuanta esperanza siente usted?				

SUGERENCIAS GENERALES-

_____

_____

_____

_____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Instructivo cuestionario validación aparente o facial del instrumento "Escala de Imagen Corporal. (BIS) (Penélope Hopwood)

OBJETIVO GENERAL

Determinar la validez aparente o facial del instrumento **"Escala de Imagen corporal o Escala BIS"** con expertos en psicología.

Para evaluar la validez aparente del instrumento, se deberán considerar los siguientes conceptos: a**. Claridad**: Frase o ítem con lenguaje y redacción fácil de comprender. b. **Precisión**: Frase o ítem puntual y exacto, no da lugar a dudas. c. **Comprensión**: Entendimiento de lo que se quiere decir al leer el ítem.

Para evaluar cada uno de los ítems califique si se adapta la redacción del ítem y su construcción, en escala de 1 ó 0 con cada uno de los tópicos de claridad, precisión y comprensión; para evaluar de cada ítem, su juicio como "1" Cumple con el concepto de cada una de las categorías ó "0" sino cumple o cumple parcialmente con el concepto de cada una de las categorías.[262] **1 =** Cumple con el concepto de cada una de las categorías **0 =** No cumple o cumple parcialmente con el concepto de cada una de las categorías.

CUESTIONARIO VALIDACIÓN APARENTE
DEL INSTRUMENTO ESCALA DE IMAGEN CORPORAL (BIS) (Hopwood)

En este cuestionario se le preguntará cómo se siente acerca de su apariencia, y de cualquier cambio que pueda ser afectado en el resultado de su enfermedad o tratamiento.				
Afirmación	**Claridad**	**Precisión**	**Comprensión**	**Observaciones**
	0 NO **1 SI**	**0 No** **1 Si**	**0 No** **1 Si**	
1. Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente				
2. Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer				
3. Me siento algo deformada o mutilada				
4 Evito que los demás me vean la cicatriz				
5. Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual				
6. Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz				
7. Me repugna la cicatriz				
8. Estoy satisfecha de mi aspecto cuando estoy desnuda				
9. Me siento menos femenina después de la operación				
10. Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida				
11. Creo que a los demás le gusta mi aspecto				
12. Creo que el pecho juega un papel importante en las relaciones Sexuales.				

[262] Instructivo basado en los Anexos del trabajo de postgrado de Barbosa, Giomar et al. Validez de Contenido del Instrumentos "Protocolo de Integración del Rol de la Mujer Modificado". Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2002.

Instructivo para determinar los ítems en las dimensiones marco de estímulos, capacidad cognitiva, proveedores de la estructura del instrumento de incertidumbre en la enfermedad" (Merle H Mishel)

OBJETIVO GENERAL

Organizar los items por dimensiones del instrumento "**Incertidumbre ante la enfermedad" (Merle H Mishel)** con expertos en enfermería, psicología y cirugía plástica.
Para evaluar estas dimensiones del instrumento, se deberán considerar los siguientes conceptos:
a**. Marco de estímulos :** Se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. Esto hace referencia a los síntomas que se presentan
b. **Capacidad Cognitiva :** Se refiere a las habilidades de la persona para procesar la información, y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación.
c. **Proveedores de la Estructura :** Autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social. (Médicos, enfermeras, personal de salud).

Para evaluar cada uno de los ítems califique si se adapta a las anteriores dimensiones y a cuál específicamente correspondería. Es decir determinar si el ítem es pertinente para cuál de las dimensiones anteriores. Señalar con una **X** donde mejor se adapte el ítem a la dimensión.

Instructivo para determinar los ítems en las dimensiones marco de estímulos, capacidad cognitiva, proveedores de la estructura del instrumento de incertidumbre en la enfermedad". (Mishel)

.

Afirmación	Marco de Estímulos	Capacidad Cognitiva	Proveedores de Estructura	Observaciones
1. No sé que está mal conmigo				
2. Tengo muchas preguntas sin respuestas				
3. No estoy segura de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando				
4 No tengo claro que tan fuerte será el dolor				
5. Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas				
6. Tengo claro el propósito de cada tratamiento				
7. Cuando tengo un dolor, sé lo que eso significa con respecto a mi condición				
8. No sé cuanto esperar para que se me hagan las cosas				
9. Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible				
10. Entiendo todo lo que se me explica				
11. Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados				
12. Puedo predecir cuánto durará mi enfermedad				
13. Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo				
14. Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome				
15. Hay muchos tipos de personas; no está claro quién es responsable de cada cosa				

16. Debido a la impredictibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro				
17. El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos				
18. No tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital				
19. Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo				
20. No está claro lo que me está pasando.				
21. Generalmente sé si voy a tener un buen día o un mal día				
22. Los resultados de mis test son inconsistentes				
23. La efectividad del tratamiento no está determinada				
24. Es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mi misma.				
25. Generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad.				
26. Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo hacer, es variable				
27. Estoy segura de que no encontrarán nada malo conmigo				
28. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida				
29. No me han dado un diagnóstico específico				
30. Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuando van a mejorar o a empeorar				
31. Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite				
32. Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad.				
33. Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo				

SUGERENCIAS GENERALES-

_____

_____

_____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Recomendaciones de los expertos en la asignación de los ítems no coincidentes con las dimensiones del instrumento de incertidumbre (Mishel)

Primer experto	Segundo experto	Tercer experto
En cuanto al ítem 1: "No sé que está mal conmigo" de la dimensión capacidad cognitiva, el experto sugiere que también puede incluirse en la dimensión Marco de estímulos El ítem 10 "Entiendo todo lo que se me explica" se puede incluir en marco de estímulos y capacidad cognitiva	El ítem 5: "las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas", puede corresponder a las dos dimensiones: marco de estímulos y capacidad cognitiva. El ítem 8: "No sé cuanto esperar para que se me hagan las cosas" puede corresponder a marco de estímulos y capacidad cognitiva	El ítem 2: "Tengo muchas preguntas sin respuestas **",** puede corresponder a los proveedores de la estructura y a capacidad cognitiva. El ítem 27: "Estoy segura de que no encontrarán nada malo conmigo", se puede incluir en proveedores de la estructura y en capacidad cognitiva.

Una vez aclarado los aspectos teóricos de los conceptos del modelo de Incertidumbre ante la enfermedad (Mishel), se realiza un consenso con el grupo de expertos y se determina que los ítems (1,2,5,8,10 y 27) son pertinentes en la dimensión de capacidad cognitiva, que corresponde a las habilidades que tiene la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación.

Anexo D. Instrumento de calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer. QOL. (Betty Ferrell 1995)**.**

Escala Sobre la Calidad de Vida/DOLOR A RAZON DE CANCER – PACIENTE/ EL SOBREVIVIENTE DEL CANCER (Betty Ferrell)

Direcciones: Estamos interesados en saber cómo la experiencia de tener cáncer afecta su calidad de vida.
Favor de contestar todas las preguntas a continuación basándose en su vida **en este momento**.
Favor de marcar con un circulo el número del 0 - 10 que mejor describa sus experiencias:

BIENESTAR FÍSICO **No.** ☐☐☐☐☐

Hasta qué punto son los siguientes un problema para usted:

1. Fatiga/Agotamiento
Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema severo**

2. Cambios de apetito
Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema severo**

3. Dolor (es)
Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema severo**

4. Cambios en dormir
Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema severo**

5. Estreñimiento
Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema severo**

6. Nausea/asco
Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema severo**

7. Cambios en la Menstruación/Fertilidad
Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Problema severo**

8. Clasifique su salud física en general:
sumamente mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **excelente**

ASUNTOS REFERENTES AL BIENESTAR PSICOLÓGICO

9. Que tan difícil es para usted **contender/lidiar** con su vida como resultado de su enfermedad y tratamiento?
nada difícil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muy difícil**

10. Que tan buena es la **calidad de su vida**?
nada difícil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muy difícil**

11. Cuanta **felicidad** siente usted?
absolutamente ninguna 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muchísima**

12. Se siente **en control** de las cosas en su vida?
nada en lo absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completamente**

13. Hasta que punto **le satisface** su vida?
absolutamente nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completamente**

14. Como clasificaría su capacidad actual para **concentrarse o recordar** cosas?
sumamente mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **excelente**

15. Que tan **útil** se siente
nada en lo absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muchísimo**

16. Ha causado su enfermedad o tratamiento cambios en su **apariencia**?
nada en lo absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muchísimo**

17. Ha ocasionado su enfermedad o tratamiento cambios en su **autoconcepto** (la manera en que usted se percibe/se ve)?
nada en lo absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muchísimo**

Escala Sobre la Calidad de Vida/DOLOR A RAZON DE CANCER – PACIENTE/ EL SOBREVIVIENTE DEL CANCER (Betty Ferrell)

No. [ ][ ][ ][ ][ ]

Cuanta afliccion/angustia le ocasiono los siguientes aspectos de su enfermedad y tratamiento?

18. El diagnóstico inicial
nada de aflicción/angustia [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísima aflicción/angustia**

19. **Los tratamientos de cancer** (tales como la quimioterapia, radiacion o drugia)
nada de aflicción/angustia [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísima aflicción/angustia**

20. El tiempo desde que su tratamiento termino
nada de aflicción/angustia [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísima aflicción/angustia**

21. Cuanto **ansiedad/desesperacion** tiene?
nada de aflicción/angustia [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísima aflicción/angustia**

22. Cuanto **depresion/decaimiento** siente usted?
nada de aflicción/angustia [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísima aflicción/angustia**

Hasta que punto tiene miedo/temor a:

23. **Futuros exámenes diagnósticos** (tales como rayos-x o exploración ultrasónica)
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

24. **Un segundo cáncer**
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

25. **Retorno** de su cáncer
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

26. **Que se le extienda (metástasis)** el cáncer
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

PREOCUPACIONES SOCIALES

27. Cuanta aflicción/angustia le ha ocasionado su enfermedad a su **familia**?
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

28. . Es suficiente el nivel de **apoyo** que usted recibe de parte de otros para satisfacer sus necesidades?
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

29. Interfiere su cuidado continuo de salud con sus **relaciones personales**?
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

30. Ha sido impactado/afectado su **sexualidad** por su enfermedad?
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

31. Hasta que punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con su **empleo**?
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

32. Hasta que punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con sus **actividades/quehaceres en el hogar**?
nada en lo absoluto [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísimo**

33. Cuanto **aislamiento** le atribuye usted a su enfermedad y tratamiento?
ninguna [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísima**

34. Cuanta **carga economica** ha tenido como resultado de su enfermedad y tratamiento?
ninguna [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] **muchísima**

Escala Sobre la Calidad de Vida/DOLOR A RAZON DE CANCER – PACIENTE/
EL SOBREVIVIENTE DEL CANCER (Betty Ferrell)

No. ☐☐☐☐☐

BIENESTAR ESPIRITUAL

35. Que tan importante es para usted su participación en actividades religiosas tales como rezar, ir a la iglesia o al templo?
nada importante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muy importante**

36. Que importantes le son a usted otras **actividades espirituales** tales como la meditacion?
nada importante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muy importante**

37. Como ha cambiado su vida espiritual como resultado del **diagnostico de cáncer**?
nada en lo absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muchisimo**

38. Cuanta **incertidumbre/duda** siente usted en cuanto el futuro?
nada de incertidumbre 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Mucha incertidumbre**

39. Hasta que punto su enfermedad ha realizado **cambios positivos** en su vida?
nada en lo absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muchisimo**

40. Siente usted una sensación de **propósito/misión** en cuanto a su vida o una razón por la cual se encuentra vivo?
nada en lo absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muchisimo**

41. Cuanta **esperanza** siente usted?
nada de esperanzas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **muchas esperanzas**

Autorización del instrumento Calidad de vida en pacientes sobrevivientes al cáncer (Betty Ferrell)

City of Hope

NATIONAL MEDICAL CENTER AND
BECKMAN RESEARCH INSTITUTE

Quality of Life Patient/Cancer Survivor Version

Dear Colleague:

The Quality of Life Instrument (CANCER PATIENT/CANCER SURVIVOR VERSION) is a forty one-item ordinal scale that measures the Quality of Life of a cancer patient. This tool can be useful in clinical practice as well as for research. This instrument can be administered by mail or in person. The instrument originated in our pain research and has been recently adapted for use in long term cancer survivors. A Hispanic version of this questionnaire is also included.

Directions: The patient is asked to read each question and decide if he/she agrees with the statement or disagrees. The patient is then asked to circle a number to indicate the degree to which he/she agrees or disagrees with the statement according to the word anchors on each end of the scale.

The scoring should be based on a scale of 0 = worst outcome to 10 = best outcome. Several items have reverse anchors and therefore when you code the items you will need to reverse the scores of those items. For example, if a subject circles "3" on such an item, (10-3 = 7) thus you would record a score of 7. The items to be reversed are: 1-7, 9, 16-27, & 29-34 and 38. Subscales can be created for analysis purposes by adding all of the items within a subscale and creating a mean score.

You are welcome to use this instrument in your research/clinical practice to gain information about Quality of Life of patients. You have permission to duplicate this tool.

The QOL instrument is based on previous versions of the QOL instrument by researchers at the City of Hope National Medical Center (Grant, Padilla, and Ferrell). This instrument was revised in cancer survivorship studies and includes 41 items representing the four domains of quality of life including physical well being, psychological well being, social well being and spiritual well being. A study was conducted in 1995 to evaluate the psychometrics of this revised instrument as a mail survey to the membership of the National Coalition for Cancer Survivorship. This survey included a Demographic tool, the QOL tool and the FACT-G tool developed by Cella. Psychometric analysis was performed on 686 respondents including measures of reliability and validity. Two measures of reliability included re-test and internal consistency. In order to perform test re-test reliability, a randomly selected sample of 150 subjects who completed the initial QOL survey were asked to repeat this tool approximately two weeks later. 110 of the 150 subjects responded for an overall response of 73%. Of the 110 respondents, only those with complete data sets on all variables were used (N=70). The overall QOL-CS tool test re-test reliability was .89 with subscales of physical r=.88, psychological r=.88, social r=.81, spiritual r=.90. The second measure of reliability was

1

computation of internal consistency using Cronbach's alpha co-efficient as a measure of agreement between items and subscales. Analysis revealed an overall r=.93. Subscale alphas ranged from r=.71 for spiritual well being, r=.77 for physical, r=.81 for social, and r=.89 for psychological. Several measures of validity were used to determine the extent to which the instrument measured the concept of QOL in cancer survivors. The first method of content validity was based on a panel of QOL researchers and nurses with expertise in oncology. The second measure used stepwide multiple regression to determine factors most predictive of overall QOL in cancer survivors. Seventeen variables were found to be statistically significant accounting for 91% of the variance in overall QOL. Variables accounting for the greatest percentage were control, aches and pain, uncertainty, satisfaction, future, appearance and fatigue. The fourth measure of validity used Pearson's correlations to estimate the relationships between the subscales of the QOL-CS and the subscales of the established FACT-G tool. There was moderate to strong correlation between associated scales including QOL-CS Physical to FACT Physical (r=.74), QOL-CS Psych to FACT Emotional (r=.65), QOL Social to FACT Social (r=.44). The overall QOL-CS correlation with the FACT-G was .78. Additional measures of validity included correlations of individual items of the QOL-CS tool, Factor Analysis, and Construct Validity discriminating known groups of cancer survivors. This psychometric data is reported in reference #1 and 2.

Good luck with your research!!

Betty R. Ferrell PhD, FAAN Marcia Grant RN DNSc

Betty R. Ferrell, RN, PhD, FAAN
Research Scientist

Marcia Grant, DNSc, FAAN
Research Scientist
Director Nursing Research & Education

City of Hope National Medical Center
1500 E. Duarte Road
Duarte, CA 91010

Anexo E. Escala de imagen corporal (BIS). Penélope Hopwood 1993.

ESCALA DE IMAGEN CORPORAL

(P. Hopwood)

No. ☐☐☐☐☐

En este cuestionario se le preguntará cómo se siente acerca de su apariencia, y de cualquier cambio que pueda ser afectado en el resultado de su enfermedad o tratamiento. Por favor, lea con cuidado y coloque un X en la línea junto a la respuesta que se aproxime a la forma en que se ha sentido sobre sí mismo, durante la última semana.

Nombre:_____

1.	Desde mi operación me veo menos atractiva sexualmente	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
2.	Siento que he perdido parte de mi atractivo como mujer	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
3.	Me siento algo deformada o mutilada	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
4.	Evito que los demás me vean la cicatriz	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
5.	Siento miedo o vergüenza ante una posible relación sexual	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
6.	Cuando me baño o me ducho evito mirarme la cicatriz	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
7.	Me repugna la cicatriz	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
8.	Estoy satisfecha de mi aspecto cuando estoy desnuda	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
9.	Me siento menos femenina después de la operación	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
10.	Estoy satisfecha con mi aspecto cuando estoy vestida	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
11.	Creo que a los demás le gusta mi aspecto	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4
12.	Creo que el pecho juega un papel importante en la relaciones sexuales	Nada	1	Un Poco	2	Bastante	3	Muchísimo	4

Dr P. Hopwood, CRC Psychological Medicine Group, Stanley House, Christie Hospital NHS Trust, Wilmslow Road, Withington, Manchester M20 4BX Tel.: 0161 446 3683 Fax: 0161 446 8103

Anexo F. Valor Agregado de la Investigación

Este apartado de la investigacioón hace referencia a las actividades programadas durante el desarrollo de la investigación, no estaban contempladas dentro de la metodología del estudio, y que son importantes y pertinentes tener en cuenta porque fueron claves para el éxito de la investigación. Estas actividades fueron desarrolladas durante todo el año 2011, tiempo en el que se recolectó la muestra de la prueba Piloto y estudio principal. Están organizadas en tres grandes aspectos: Actividades académicas, lúdicas y sociales.

Actividades Académicas

- Programa de televisión canal UV TV "Día Internacional de la Mujer" Tema: Cáncer de Seno. 8 de Marzo de 2011.

Inicié con la organización del "Día Internacional de la Mujer", mediante un programa de televisión en el Canal UV TV (Canal de televisión de la Universidad del Valle); en el Programa : "Las tres a las tres". Realizado el día 8 de Marzo del presente año; El tema principal fue "Cáncer de Seno", para este evento invité a la Doctora Nhora Beatriz Sánchez, Cirujana plástica y directora del Centro de Excelencia en Mama del Centro médico Imbanaco, otra de las invitadas fue la Doctora Martha Gutiérrez Directora de la Asociación Amese – Cali y dos de las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama de la Asociación Amese. (Ver video del programa).

- Conferencias Cáncer de Seno (Ver presentación en Power Point)

Fue un ciclo de varias conferencias dictadas en el Hospital Universitario del Valle, Imbanaco, Funcáncer, Amese; a las pacientes con cáncer de mama y a otros grupos como medidas de prevención.

- Participación en el segundo Encuentro Regional de pacientes oncológicos

organizado por Funcáncer y la Mesa Nacional de Cáncer. Esta programación se realizó el día 16 de Septiembre de 2011 en el Auditorio Alex Cobo del Centro Médico Imbanaco.

Actividades lúdicas

Participación en programas de televisión, caminata.

Iniciando la gran caminata por la vida Con el grupo "Clown Doctores de la risa ".

Pacientes del estudio y sobrevivientes al cáncer de mama

Con las Directivas de la Asociación Ámese Bogotá y Cali.

Caleños marcharon para sensibilizar en la lucha contra el cáncer de seno

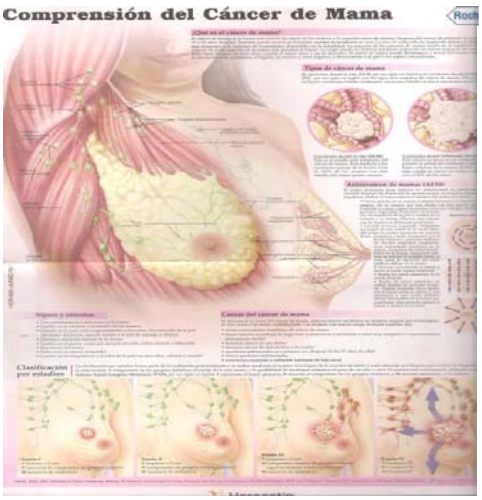
El Tiempo 03 de Octubre de 2011.

Es el preámbulo de actividades en Octubre, mes de la Prevención de Cáncer de Seno. En Cali el cáncer de seno es la primera causa de muerte entre la población femenina. En la última década (hasta septiembre de 2010) fallecieron en la ciudad 2.187 mujeres. Lo peor es que se trata de un mal que va en ascenso. Por eso, como apertura al Mes de la Prevención de Cáncer de Seno, unos 500 caleños y caleñas marcharon por el sur de la ciudad para llamar la atención en la necesidad de que todos se unan en la lucha contra esta enfermedad. Diana Correa, cirujana oncóloga de la Fundación Clínica Valle del Lili, una de las entidades abanderadas de este tema, dijo que se busca que todas las personas, especialmente las mujeres, sean conscientes de que en la medida de que se detecte a tiempo la enfermedad podrá haber una cura. "El cáncer de mama es una realidad y en cualquier momento se puede presentar. En Colombia, Cali ocupa los primeros lugares en frecuencia y muerte por cáncer", dijo la oncóloga. La marcha hace parte de las actividades que se realizarán en octubre. Este miércoles se realizará la Noche Rosada de la Fundación Clínica Valle del Lili en el hotel Dann Carlton y el 26 de octubre una nueva jornada de sensibilización se realizará en el hospital Isaías Duarte, en el Distrito de Aguablanca. REDACCIÓN EL TIEMPO CALI.

Actividades Educativas

Los siguientes materiales fueron entregados a las pacientes del estudio, para facilitar la comprensión del cáncer de mama, estos documentos se les entregaron al momento de aplicar los instrumentos. Fueron donados por el Laboratorio Roche, y fundaciones que trabajan con pacientes sobrevivientes al cáncer de mama. La investigadora hizo contacto con ellos y facilitaron la información para las pacientes de la investigación.

En este intercambio de información, también se obtuvieron, libros y narrativas escritas por las mujeres de la investigación y que fueron donados a la investigadora. Se conocieron las estrategias que utilizaron las pacientes para acceder a recursos para financiar la cirugía reconstructiva.



- Se les entregó a las pacientes una guía de autoexamen (gancho para la ducha) obsequiada por AVON y un adhesivo para el espejo, como material de apoyo educativo.
- Las pacientes que iniciaban tratamiento con quimioterapia se les entregó un manual realizado por la Fundación Valle del Lili, este manual contiene información y recomendaciones generales durante y después de la quimioterapia.
- A todas las pacientes se les entregó el Manual de la Asociación Amese "El cáncer de seno es asunto de todos ", en este manual les informan acerca del cáncer, lo que ofrece la Asociación y cómo pueden pertenecer a ella.
- Se socializo el material donado por Funcáncer como apoyo para la investigación. El cáncer. Un camino de estaciones
- Se recibieron Libros escritos por las pacientes del estudio y donados a la investigadora, *Superar la adversidad es una decisión* .Los cuales ayudaron a comprender mejor el fenómeno de estudio
- Testimonio de vida: Aprendiendo a afrontar el cáncer. Relato de una de las pacientes del estudio. Vivir poniéndole el pecho a la realidad.
- Bono solidario. Es importante destacar como luchan las pacientes por su imagen corporal, sobre todo en las mujeres jóvenes donde los senos para ellas es lo más importante en sus vidas. Forma de acceso a una cirugía reconstructiva, desconociendo que tienen derechos a ella.

Actividades Sociales

Noche rosada La noche rosada estuvo organizada por la Clínica Fundación Valle del Lili, la Doctora Diana Currea, la Asociación Amese – Cali y la investigadora; a esta actividad convergen la mayoría de las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama y sus familias, es una actividad, académica, social y cultural, con el objetivo de seguir con la detección temprana del cáncer de mama y la concientización para un diagnóstico eficaz y oportuno. Este año contamos con la presencia de la primera dama de la Nación María Clemencia Rodríguez de Santos, Gonzalo Gallo y la conferencia Magistral "Detección temprana de Cáncer de Seno" por la Doctora Marcela Vallejo.

El boletín de prensa del Palacio de Nariño presentó este informe: La esposa del Presidente Santos hizo un llamado a las mujeres para lograr la detección temprana del cáncer de seno "Cada año en el mundo, unas quinientas mil mujeres pierden la vida por esta enfermedad y en Colombia, desafortunadamente, son cerca de 2 mil", afirmó María Clemencia Rodríguez de Santos**.**

Invitaciones entregadas a las pacientes, familias y personal de salud que labora en oncología

Liderando la gran noche rosada en el Hotel Dann Carlton – Cali, con la Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.

.

Una rosa entregada a todos los asistentes al evento como símbolo de bienestar, amor y salud.

Actividades de Beneficio para las mujeres participantes

- Opción de cirugía para las pacientes. Consecución de 5 cirugías reconstructivas a las pacientes que más lo necesitaron.

- Banco de pelucas y prótesis. Se participó activamente en la consecución y entrega entregaron varias pelucas y pañoletas a la Fundación Ámese – Cali.

- Se consiguieron varias prótesis en silicona y se entregaron a las pacientes que las requerían con más urgencia. Una de las pacientes manifestó: Mi esposo me dijo *"Cuando se tape ese hueco volvemos a hablar ".*

- Se entregaron 60 metros de cinta rosada con sus respectivos ganchos para la elaboración del símbolo que representa a nivel mundial el cáncer de seno, y se obsequiaron el día de la caminata y la noche rosada.

- Apoyo y asesoría permanente de la investigadora a las pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama.

Anexo G. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada del estudio.

1.1 **INFORMACION GENERAL DEL ESTUDIO**

- **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

"Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. Cali – Colombia "

- **PERSONAS A CARGO DEL ESTUDIO Y CONTACTOS**

Este estudio es dirigido y conducido por La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Programa Doctorado en Enfermería por las estudiante de Doctorado María Elena Mejía Rojas. En caso de cualquier duda usted puede ponerse en contacto personal con la estudiante mencionada o contacto telefónico: 5558351 Cali, celular 3006116731 respectivamente.

- **DÓNDE SE VA A DESARROLLAR EL ESTUDIO**

El estudio se realizará en la ciudad de Cali, Hospital Universitario del Valle y otras Instituciones de Salud.

- **INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

El propósito de esta investigación es mostrar como la incertidumbre y la imagen corporal afectan la calidad de vida en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y que han sido mastectomizadas. Conforme a los hallazgos se plantearán estrategias de promoción, prevención, bienestar y calidad de vida que aseguren que las mujeres reciban el soporte necesario para promover su recuperación física, biológica , psicológica y adaptación ante su nueva imagen.
Para la recolección de la información se aplicara un cuestionario dirigido por la estudiante, el tiempo aproximado para diligenciar el instrumento es aproximadamente de 30-35 minutos.
El análisis de los resultados y del informe final se presentaran a nombre de la institución y de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar qué relación existe entre la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva en comparación con la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en las mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva.

1.3 PLAN DEL ESTUDIO

A las personas que decidan voluntariamente participar en el estudio se les aplicara el instrumento mencionado, que será diligenciado por los participantes en un tiempo aproximado de 30-35 minutos. Podrán Participar en el estudio las pacientes que cumplan con los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

1) Ser mujer entre 18 y 65 años. 2) Estar en condiciones mentalmente competente (Las mujeres participantes de la investigación estaban ubicadas en las tres esferas tiempo, lugar y persona como constaba en las historias clínicas y en el interrogatorio previo y en la aplicación del instrumento). 3) Mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas. 4) Para el grupo de reconstruidas se requería que cumplieran con este requisito. 5) Tiempo de la reconstrucción no mayor de 10 años.

1.4 BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Al participar en el estudio, usted conocerá de manera importante la situación de su estado actual de salud, además le permitirá que en un futuro otros pacientes se puedan beneficiar de los conocimientos obtenidos.

1.5 RIESGOS DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

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

1.6 CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS ARCHIVOS Y ANONIMATO

Con el objeto de mantener la confidencialidad de la información obtenida de usted, su nombre no será utilizado durante el análisis ni al reportar los resultados del estudio, y solo el personal del estudio tendrá acceso a la información.

1.7 PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderá los beneficios que ya haya obtenido.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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**

Consentimiento Informado para Toma de Fotografías

Santiago de Cali, _____

Yo, _____ identificada con cédula de ciudadanía Nº _____ expedida en _____, quien me encuentro en este momento siendo atendida por el Hospital y/o Clínica – Fundación _____, para el tratamiento de _____; autorizo expresamente para que fotografías tomadas durante mi tratamiento y seguimiento puedan ser utilizadas para las actividades de investigación, docencia; así mismo para eventos académicos y no serán utilizadas para fines con ánimo de lucro.

Firma del paciente;

_____

CC Nº

Anexo H. Aval de las Instituciones

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTION E INVESTIGACIÓN

UGI-198-2010
Bogotá D.C., 9 de Noviembre de 2010

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Coordinadora Doctorado en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, en sesión del 8 de noviembre de 2010 Acta No.16, una vez analizado el proyecto de tesis de Doctorado en Enfermería" INCERTIDUMBRE, CALIDAD DE VIDA E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES SOMETIDAS A MASTECTOMIA CALI – COLOMBIA", de la estudiante María Elena Mejía directora profesora Yaneth Parrado, da Aval al proyecto desde sus aspectos éticos y sugiere incluir las recomendaciones dadas en los formatos de Instrumentos de Valoración de Aspectos Éticos diligenciados por los lectores asignados. (5 folios).

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Sede Bogotá D.C. Facultad de Enfermería — PROGRAMA DOCTORADO EN ENFERMERÍA
11 NOV 2010
Recibido Por Claudia Hora 3:50

SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

c.c. Profesora Yaneth Parrado

200 COLOMBIA
AÑOS DE IDENTIDAD · 1810 · 2010 ·

Carrera 30 # 45.03 Torre de enfermería Piso 8 Oficina 805
Conmutador: 57 (1) 3165000 Extensión 17020
Telefax: 57 (1) 3165000 Extensión 17021
Correo visotol@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América
ciencia y tecnologia para el país

HUV

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE

DIRECCION OPERATIVA SERVICIOS DE SALUD
Tel.5570841 /6206011

CONSTANCIA

A quien pueda interesar:

LA DIRECCIÓN OPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "Evaristo García" E.S.E.

Hace constar que la Profesora María Elena Mejia Rojas, identificada con cédula N°63.300.258 de Bucaramanga, estudiante de Doctorado en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, presento el Proyecto de Investigación **"INCERTIDUMBRE, CALIDAD DE VIDA E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS RECONSTRUIDAS Y NO RECONSTRUIDAS"** al Comité de Ética Medica del Hospital Universitario del Valle, avala dicho proyecto para que pueda realizarlo en esta Institución.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado en la Ciudad de Santiago de Cali a los once días (11) días del mes de octubre del año dos mil diez (2010).

Atentamente,

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Hoover Canaval Erazo, MD
Director Operativo Servicios de Salud

HOOVER CANAVAL ERAZO
Director Operativo Servicios de Salud

NORA SANCHEZ
Cirujana Plástica

Santiago de Cali, 8 de Septiembre de 2010

Señora

MARÍA ELENA MEJIA ROJAS

Estudiante de Doctorado en Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá.

Cordial saludo.

De la manera más atenta nos permitimos informarle que su investigación en pacientes con Cáncer de mama sobre **" Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres mastectomizadas reconstruidas y no reconstruidas"** ha sido aprobado para recolectar la muestra de su estudio en el Consultorio Medico de la Dra Nora B Sanchez de el Centro Médico Imbanaco de la ciudad de Cali.

El programa en el cual usted estará participando es en el el programa de cirugía reconstructiva en mama..

Sea esta la oportunidad de expresarles nuestros agradecimientos por tener en cuenta este magnífico programa que beneficia a la población de mujeres del Sur Occidente Colombiano.

Atentamente;

Dra . Nora Beatriz Sanchez

Especialista en Cirugía Plástica

Especialista en Cirugía de mama

Coordinadora Cirugía Reconstructiva

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
Cra. 38A No 5A-100 Cons. 904 Torre A / Tels. (572) 551 3860 - 682 8145 - 558 4322 / Cel. (57) 315 478 3774
Cali, Colombia / www.dranorasanchez.com

Anexo I. Cuestionario sociodemográfico

Datos socio-demográficos de las mujeres sometidas a mastectomía

Elaborado por: **María Elena Mejía Rojas**. Cel: 3006116731

Candidata a Doctor en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia

Fecha de Encuesta Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ No. Encuesta ☐☐☐☐☐

Institución:_____ Servicio:_____

1.Nombre _____ 2. Edad(Años) ☐☐

3.Ciudad _____ ☐☐☐☐☐ 4. Procedencia _____

5.Dirección:_____ 6.Teléfono Casa:_____ 7.Celular:_____

8. E-mail:_____

9. Estado marital: Soltera ☐1 Casada ☐2 Unión Libre ☐3 Viuda ☐4 Otro ☐5

10. No. de hijos : 0 ☐0 1 ☐1 2 ☐2 3 ☐3 4 ☐4 5 ☐5 6 ☐6 Otros ☐7

11. Estrato Socioeconómico: 0 ☐0 1 ☐1 2 ☐2 3 ☐3 4 ☐4 5 ☐5 6 ☐6

12. Nivel de Escolaridad: Primaria ☐1 Bachillerato ☐2 Universidad ☐3 Técnico ☐4

Postgrados ☐5 Cual: _____ Otros ☐6

12.1 Completo el nivel de Escolaridad Si ☐1 No ☐2

13. Situación laboral: Activo ☐1 Incapacitada ☐2 Jubilada ☐3 Pensionada ☐4 Otros ☐5

14. Ocupacion:_____ 15.Religion:_____

16. Afiliación al sistema de Salud Eps ☐1 Medicina Prepagada ☐2 Otros ☐3 Eps y Med. Prep. ☐4

16.1 Cual Afiliación:_____ 16.2. Tutela: Si ☐1 No ☐2

17. Enfermedades: Diabetes ☐1 Hipertensión ☐2 Cáncer ☐3 Otras ☐4

Cual Enfermedad:_____

18. Fecha del Diagnóstico: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ 19. Fecha de Mastectomía: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

20. Reconstrucción: Si ☐1 No ☐2 21.Fecha de reconstrucción Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

22. Tiempo del diagnóstico: _____días _____Meses ____Años

23. Diagnóstico de cáncer de mama por: Auto-examen ☐1 Mamografía ☐2 Otros ☐3

24. Antecedentes Familiares del Cáncer de mama: Si ☐1 No ☐2

25. Días perdidos de trabajo después del cáncer de mama: ____Días _____Meses ____Años

26. Progresión de la enfermedad Si ☐1 No ☐2

27. Tratamientos: Quimioterapia ☐1 Radioterapia ☐2 Cirugía ☐3 Medicina Alternativa ☐4 Otros ☐5

Quimio. Y Cirugia ☐6 Radio. y cirugia ☐7 Quimio, Radio. y Cirugía ☐8 Quimio. y Radio. ☐9

28. Cirugía: Mastectomía total ☐1 Mastectomía radical modificada ☐2 Recesión segmentaria ☐3

Tumorectomia ☐4 Mastectomía simple ☐5 Cuadrantectomia ☐6

29. Estadio del tumor: Inicial ☐1 Avanzado ☐2

29.1 N° Estadio. 0 ☐0 1 ☐I 2 ☐IIA 3 ☐IIB 4 ☐IIIA 5 ☐IIIB 6 ☐IIIC 7 ☐IV

Anexo J. Matriz de cargas factoriales para la escala de incertidumbre (Mishel) en mujeres reconstruidas.

	Reconstruidas										
Ítem	**Factor 1**	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**	**Factor 5**	**Factor 6**	**Factor 7**	**Factor 8**	**Factor 9**	**Factor 10**	**Factor 11**
Esm2	0.561	0.367	0.104	0.172	0.295	0.26	0.19	0.071	0.165	-0.269	-0.136
Esm5	0.798	-0.019	0.011	0.147	0.073	-0.004	-0.005	0.508	0.269	0.003	0.002
Esm10	-0.579	0.08	0.298	-0.087	-0.244	0.359	0.059	0.218	-0.033	0.214	-0.103
Esm11	0.685	-0.005	0.001	0.428	-0.077	0.013	-0.011	-0.435	0.383	0.002	-0.005
Esm12	-0.536	0.024	-0.095	0.057	0.224	-0.389	-0.131	0.026	-0.006	-0.326	-0.34
Esm33	-0.511	-0.217	0.442	0.07	-0.012	0.442	0.121	0.183	-0.062	0.122	-0.252
Esm17	-0.032	0.657	0.086	-0.009	0.227	0.116	-0.018	0.087	-0.042	-0.122	0.192
Esm24	0.225	0.569	0.321	-0.113	0.216	-0.326	-0.076	-0.176	-0.057	0.368	-0.153
Esm19	0.012	0.276	0.539	0.306	0.009	-0.199	0.191	-0.058	0.109	-0.307	0.137
Esm29	0.145	0.419	-0.719	0.207	-0.362	0.135	0.026	0.158	-0.045	0.021	-0.033
Esm30	-0.304	-0.008	0.024	0.8	-0.432	-0.006	0.006	0.131	-0.241	0.002	0.002
Esm18	0.37	0.124	0.261	-0.083	0.511	0.252	0.268	0.033	-0.166	0.385	-0.063
Esm27	-0.572	-0.016	-0.031	0.497	0.595	0.002	0	0.03	0.254	0.004	0.006
Esm15	-0.028	0.144	-0.066	-0.026	0.28	0.457	0.515	-0.121	-0.141	-0.21	0.048
Esm23	0.567	-0.007	-0.007	0.199	0.348	0.003	-0.01	-0.077	-0.712	-0.006	-0.007
Esm1	0.476	0.245	-0.012	0.287	0.182	0.016	0.266	0.023	0.282	-0.167	-0.067
Esm3	0.275	0.144	0.443	0.174	0.066	-0.088	0.209	0.394	-0.075	-0.151	0.062
Esm4	0.01	0.493	0.269	0.048	0.096	-0.39	0.39	0.079	0.183	-0.108	0.035
Esm6	-0.478	0.143	0.182	-0.34	-0.211	0.17	-0.269	-0.206	0.069	-0.029	-0.173
Esm7	-0.288	-0.008	0.42	0.121	0.199	-0.393	0.017	-0.387	0.219	-0.093	-0.03
Esm8	0.39	0.279	0.322	0.191	0.184	-0.068	0.402	-0.362	0.163	-0.177	-0.076
Esm9	0.209	0.434	0.012	0.403	0.101	-0.467	0.035	0.264	0.096	0.131	0.048
Esm13	0.165	0.047	0.16	0.217	0.235	-0.154	0.031	-0.205	-0.04	0.413	0.232
Esm14	-0.021	0.213	0.335	0.112	0.106	0.147	0.271	-0.193	0.209	0.038	-0.048
Esm16	-0.172	0.356	0.122	0.032	0.307	0.082	0.069	-0.156	-0.047	0.248	0.462
Esm20	0.219	0.284	-0.303	0.325	0.041	-0.033	0.224	-0.072	-0.228	0.283	0.3
Esm21	0.165	0.062	0.298	0.267	0.048	0.073	-0.364	-0.194	-0.022	0.213	0.173

Ítem	Reconstruidas										
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**	**Factor 5**	**Factor 6**	**Factor 7**	**Factor 8**	**Factor 9**	**Factor 10**	**Factor 11**
Esm22	0.046	0.25	0.065	0.284	0.214	-0.158	0.171	0.321	0.021	-0.016	-0.127
Esm25	-0.339	-0.092	-0.155	0.061	0.1	0.17	-0.01	0.114	0.425	-0.021	-0.082
Esm26	-0.334	0.455	0.381	0.199	0.259	0.26	-0.337	0.158	-0.02	-0.204	0.09
Esm28	-0.438	0.444	0.011	0.295	0.171	0.038	-0.302	0.279	0.198	0.005	-0.335
Esm31	-0.326	0.321	0.469	0.106	-0.044	0.258	-0.23	0.101	0.176	0.083	-0.156
Esm32	0.042	0.326	0.365	-0.022	0.007	0.275	-0.338	0.071	-0.056	-0.189	0.496

Análisis factorial de la escala de Incertidumbre. En la tabla anterior se presenta la matriz de cargas factoriales extraídas del modelo inicial de los 11 factores retenidos para los 33 items del instrumento de incertidumbre en pacientes reconstruidas y no reconstruidas, estas cargas representan la importancia del ítem en cada factor.

Anexo K. Matriz de cargas factoriales para la escala de incertidumbre (Mishel), en mujeres no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas										
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**	**Factor 5**	**Factor 6**	**Factor 7**	**Factor 8**	**Factor 9**	**Factor 10**	**Factor 11**
Esm2	0.561	0.367	0.104	0.172	0.295	0.26	0.19	0.071	0.165	-0.269	-0.136
Esm5	0.798	-0.019	0.011	0.147	0.073	-0.004	-0.005	0.508	0.269	0.003	0.002
Esm10	-0.579	0.08	0.298	-0.087	-0.244	0.359	0.059	0.218	-0.033	0.214	-0.103
Esm11	0.685	-0.005	0.001	0.428	-0.077	0.013	-0.011	-0.435	0.383	0.002	-0.005
Esm12	-0.536	0.024	-0.095	0.057	0.224	-0.389	-0.131	0.026	-0.006	-0.326	-0.34
Esm33	-0.511	-0.217	0.442	0.07	-0.012	0.442	0.121	0.183	-0.062	0.122	-0.252
Esm17	-0.032	0.657	0.086	-0.009	0.227	0.116	-0.018	0.087	-0.042	-0.122	0.192
Esm24	0.225	0.569	0.321	-0.113	0.216	-0.326	-0.076	-0.176	-0.057	0.368	-0.153
Esm19	0.012	0.276	0.539	0.306	0.009	-0.199	0.191	-0.058	0.109	-0.307	0.137
Esm29	0.145	0.419	-0.719	0.207	-0.362	0.135	0.026	0.158	-0.045	0.021	-0.033
Esm30	-0.304	-0.008	0.024	0.8	-0.432	-0.006	0.006	0.131	-0.241	0.002	0.002
Esm18	0.37	0.124	0.261	-0.083	0.511	0.252	0.268	0.033	-0.166	0.385	-0.063
Esm27	-0.572	-0.016	-0.031	0.497	0.595	0.002	0	0.03	0.254	0.004	0.006
Esm15	-0.028	0.144	-0.066	-0.026	0.28	0.457	0.515	-0.121	-0.141	-0.21	0.048
Esm23	0.567	-0.007	-0.007	0.199	0.348	0.003	-0.01	-0.077	-0.712	-0.006	-0.007
Esm1	0.476	0.245	-0.012	0.287	0.182	0.016	0.266	0.023	0.282	-0.167	-0.067
Esm3	0.275	0.144	0.443	0.174	0.066	-0.088	0.209	0.394	-0.075	-0.151	0.062
Esm4	0.01	0.493	0.269	0.048	0.096	-0.39	0.39	0.079	0.183	-0.108	0.035
Esm6	-0.478	0.143	0.182	-0.34	-0.211	0.17	-0.269	-0.206	0.069	-0.029	-0.173
Esm7	-0.288	-0.008	0.42	0.121	0.199	-0.393	0.017	-0.387	0.219	-0.093	-0.03
Esm8	0.39	0.279	0.322	0.191	0.184	-0.068	0.402	-0.362	0.163	-0.177	-0.076
Esm9	0.209	0.434	0.012	0.403	0.101	-0.467	0.035	0.264	0.096	0.131	0.048
Esm13	0.165	0.047	0.16	0.217	0.235	-0.154	0.031	-0.205	-0.04	0.413	0.232
Esm14	-0.021	0.213	0.335	0.112	0.106	0.147	0.271	-0.193	0.209	0.038	-0.048
Esm16	-0.172	0.356	0.122	0.032	0.307	0.082	0.069	-0.156	-0.047	0.248	0.462
Esm20	0.219	0.284	-0.303	0.325	0.041	-0.033	0.224	-0.072	-0.228	0.283	0.3
Esm21	0.165	0.062	0.298	0.267	0.048	0.073	-0.364	-0.194	-0.022	0.213	0.173
Esm22	0.046	0.25	0.065	0.284	0.214	-0.158	0.171	0.321	0.021	-0.016	-0.127
Esm25	-0.339	-0.092	-0.155	0.061	0.1	0.17	-0.01	0.114	0.425	-0.021	-0.082
Esm26	-0.334	0.455	0.381	0.199	0.259	0.26	-0.337	0.158	-0.02	-0.204	0.09
Esm28	-0.438	0.444	0.011	0.295	0.171	0.038	-0.302	0.279	0.198	0.005	-0.335
Esm31	-0.326	0.321	0.469	0.106	-0.044	0.258	-0.23	0.101	0.176	0.083	-0.156
Esm32	0.042	0.326	0.365	-0.022	0.007	0.275	-0.338	0.071	-0.056	-0.189	0.496

Las cargas con valores entre ±0,30 se consideran de nivel mínimo, mayores de ±0,40 son más importantes y de ±0,50 son significativas. Por lo tanto cuanto mayor sea el valor absoluto de la carga más importante es esa variable para interpretar el factor, por ejemplo, una carga de 0.30 implica una explicación del 10% de la varianza del factor, y uno de 0,50 una explicación del 25%.

Anexo L. Análisis factorial para la escala de calidad de vida e imagen corporal

Tabla 21. Bienestar físico, matriz de cargas factoriales en mujeres reconstruidas.

Ítem	Reconstruidas			
	Factor1	**Factor2**	**Factor3**	**Factor4**
b1	0.893	0.136	0.000	-0.423
b2	0.824	0.445	-0.003	0.345
b6	0.746	0.054	0.114	0.250
b4	0.677	-0.721	-0.003	0.133
b3	0.269	0.035	0.378	-0.208
b5	0.410	0.001	0.473	0.378
b7	0.134	-0.022	0.153	-0.159
b8	-0.129	0.226	-0.444	0.018

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 22. Bienestar físico, matriz de cargas factoriales en mujeres no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas			
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**
b4	0.997	0.036	-0.02	-0.004
b5	-0.041	0.745	-0.662	-0.001
b6	-0.008	0.755	0.652	-0.004
b2	0.009	0.303	0.503	0.47
b1	0.362	0.274	-0.091	0.641
b3	0.414	-0.262	-0.195	0.199
b7	-0.39	0.008	0.286	0.131
b8	-0.187	-0.009	0.279	-0.163

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 23. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar físico en mujeres reconstruidas.

Ítem	Reconstruidas			
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**
b2	0.99			
b6	0.69			
b4		0.94		
b1	0.58		0.72	
b5	0.43			0.57
b3			0.45	
b7				
b8				-0.42

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 24. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar físico en pacientes no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas			
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**
b2	0.529			0.479
b6	0.989			
b4		0.964		
b5			0.99	
b1				0.741
b3				
b7		-0.437		
b8				

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 25. Comunalidades para la escala de calidad de vida en la dimensión de Bienestar físico según reconstrucción.

Ítem	Comunalidad (%)	
	Reconstruidas	**No reconstruidas**
b1	**99.50**	62.48
b2	**99.50**	56.57
b4	**99.50**	**99.50**
b5	53.50	**99.50**
b6	63.42	**99.50**

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 26. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de Bienestar psicológico en mujeres reconstruidas.

Ítem	Reconstruidas				
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**	**Factor 5**
a11	0.663	-0.034	-0.147	-0.129	0.326
a12	0.561	-0.017	0.069	0.061	0.445
a13	0.78	0.128	-0.001	-0.608	-0.005
a14	0.774	-0.181	0.003	0.603	-0.004
a10	0.046	0.974	0.002	0.209	0.001
a17	-0.02	-0.088	0.875	-0.139	0.099
a9	-0.186	0.262	0.294	0.058	-0.503
a15	0.49	0.058	0.02	-0.008	0.251
a16	0.063	-0.084	0.314	-0.005	-0.316

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 27. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de Bienestar psicológico en mujeres no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas				
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**	**Factor 5**
a11	0.805	0.589	-0.012	0.007	0.001
a12	0.558	0.372	0.518	-0.211	-0.118
a16	0.608	-0.79	-0.002	-0.002	0.001
a13	0.385	0.3	0.652	-0.191	-0.071
a17	0.131	-0.172	0.507	0.14	0.256
a9	-0.064	-0.291	0.344	0.677	-0.098
a10	0.07	0.148	0.254	0.464	0.372
a14	0.069	-0.173	0.186	-0.226	0.326
a15	-0.03	0.343	0.113	-0.328	0.413

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 28. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar psicológico en mujeres reconstruidas.

	Reconstruidas				
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**	**Factor 5**
a11	0.595				
a13	0.993				
a14		0.977			
a10			0.993		
a17				0.858	
a9					0.566
a12		0.468			
a16					0.415

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 29. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión de bienestar psicológico en pacientes no reconstruidas.

	No reconstruidas				
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**	**Factor 5**
a12	0.83				
a13	0.81				
a16		1.00			
a9			0.65		
a10			0.63		
a11	0.50			0.86	
a15					0.52
a14					0.43
a17			0.46		

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 30. Comunalidades para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar psicológico según reconstrucción.

Ítem	**Comunalidad (%)**	
	Reconstruidas	**No reconstruidas**
a10	**99.45**	44.48
a11	58.46	**99.50**
a13	**99.50**	70.47
a14	**99.50**	22.65
a16	21.00	**99.50**

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 31. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar social en mujeres reconstruidas.

Ítem	**Reconstruidas**			
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**
p27	0.751	-0.657	-0.002	-0.003
p32	0.763	0.642	-0.007	-0.005
p34	0.627	0.09	-0.116	0.532
p33	0.423	0.249	0.659	0.02
p28	0.327	-0.103	-0.004	0.007
p29	0.451	-0.03	0.485	-0.127
p30	0.145	0.06	-0.049	-0.24
p31	0.463	0.14	0.351	0.367

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 32. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar social en mujeres no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
p31	0.515	-0.206	0.187	0.119
p32	0.55	0.158	0.175	0.049
p33	0.867	0.183	0.111	-0.091
p34	0.642	0.016	-0.148	0.346
p27	-0.005	0.786	0.614	0.001
p30	0	-0.784	0.616	0
p28	-0.238	0.09	0.109	0.445
p29	0.381	0.128	0.222	-0.157

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

En las tablas 33 y 34 se reportan las cargas factoriales después de la rotación de los factores.

Tabla 33. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión bienestar social en mujeres reconstruidas.

Ítem	Reconstruidas			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
p32	0.76			0.54
p34	0.75			
p29		0.60		
p33		0.79		
p27			0.98	
p28				
p30				
p31	0.46	0.49		

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 34. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión preocupación social en pacientes no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
p31	0.53			
p32	0.54			
p33	0.79			0.79
p34	0.72			
p27		0.98		
p30			0.99	
p28				-0.52

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 35. Comunalidades para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar social según reconstrucción.

Ítem	Comunalidad (%)	
	Reconstruidas	No reconstruidas
p27	**99.50**	**99.50**
p30	8.48	**99.50**
p32	**99.50**	36.05

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 36. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar espiritual en mujeres reconstruidas.

Ítem	Reconstruidas		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
e35	0.728	0.197	0.306
e36	0.798	0.597	-0.032
e41	0.648	0.425	0.566
e40	0.685	-0.725	-0.003
e37	0.135	0.202	0.267
e38	0.26	-0.049	-0.235
e39	0.244	0.14	0.485

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 37. Matriz de cargas factoriales para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar espiritual en pacientes no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
e35	0.819	0.569	-0.036
e36	0.811	0.213	0.493
e37	0.613	0.524	0.262
e40	0.774	-0.629	-0.013
e39	0.069	-0.052	0.585
e38	0.174	-0.264	-0.11
e41	-0.099	0.002	-0.036

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 38. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión bienestar espiritual en mujeres reconstruidas.

Ítem	Reconstruidas		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
e35	0.728		
e36	0.798	0.597	
e41	0.648	0.425	0.566
e40	0.685	-0.725	

e37		
e38		
e39		0.485

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 39. Matriz de cargas factoriales con rotación en la escala de calidad de vida para la dimensión bienestar espiritual en mujeres no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas		
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**
e35	0.819	0.569	
e36	0.811		0.493
e37	0.613	0.524	
e40	0.774	-0.629	
e39			0.585
e38			
e41			

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 40. Comunalidades para la escala de calidad de vida en la dimensión de bienestar espiritual según reconstrucción.

Ítem	Comunalidad (%)	
	Reconstruidas	**No reconstruidas**
e35	66.25	**99.50**
e36	**99.50**	**94.54**
e40	**99.50**	**99.50**
e41	**92.15**	1.00

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 41. Matriz de cargas factoriales para la escala de imagen corporal en mujeres reconstruidas.

Ítem	Reconstrucción		
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**
eic1	-0.640	0.425	-0.042
eic2	-0.823	0.453	0.173
eic3	-0.804	0.331	0.060
eic4	-0.642	-0.079	-0.059
eic5	-0.552	0.367	-0.041
eic6	-0.740	-0.363	-0.561
eic7	-0.704	-0.374	-0.042
eic8	0.583	-0.143	0.110
eic9	-0.805	-0.023	0.192

eic10	0.548	0.596	-0.304
eic11	0.661	0.426	-0.176
eic12	-0.179	0.071	-0.180

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 42. Matriz de cargas factoriales para la escala de imagen corporal en mujeres no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas		
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**
eic4	0.611	0.406	0.102
eic6	0.804	-0.032	0.589
eic7	0.786	0.267	0.314
eic8	-0.776	0.009	0.627
eic9	0.56	0.552	0.207
eic1	0.377	0.567	0.343
eic2	0.412	0.779	0.247
eic3	0.52	0.64	0.05
eic5	0.176	0.165	0.202
eic10	-0.45	-0.352	0.209
eic11	-0.485	-0.439	0.03
eic12	0.046	0.305	0.393

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 43. Matriz de cargas factoriales con rotación para la dimensión de Imagen corporal en mujeres reconstruidas.

Ítem	Reconstruidas		
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**
eic2	0.81	0.58	
eic3			
eic4	0.57		
eic9	0.73		
eic10		0.61	
eic11			
eic1		0.58	
eic6	0.52		0.58
eic7	0.58		0.61
eic5			
eic8			
eic12			

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 44. Matriz de cargas factoriales con rotación para la dimensión de Imagen corporal en mujeres no reconstruidas.

Ítem	No reconstruidas		
	Factor 1	**Factor 2**	**Factor 3**
eic4	0.611		
eic6			0.589
eic7			
eic8			0.627
eic9	0.56		
eic1		0.567	
eic2		0.779	
eic3		0.64	
eic5			
eic10			
eic11			
eic12			

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012

Tabla 45. Comunalidades para la escala de imagen corporal según reconstrucción.

Ítem	Comunalidad (%)	
	Reconstruidas	**No reconstruidas**
eic2	**99.50**	83.78
eic6	61.28	**99.50**
eic8	30.92	**99.50**
eic10	**99.50**	36.97

Fuente: MEJÍA ROJAS María Elena. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. 2012.

Anexo M: Ítems ajustados por Dimensiones del instrumento de incertidumbre en la enfermedad (Mishel 1988).

ESCALA MISHEL DE INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD. FORMA PARA EL ADULTO
Ítems ajustados por dimensiones

INSTRUCCIONES:
Por favor, lea cada enunciado. Tómese su tiempo y piense lo que dice cada enunciado. Después, coloque una X bajo la columna que mide más exactamente la manera en que se esta sintiendo HOY. Si esta de acuerdo con el enunciado, entonces marque ya sea bajo "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo". Si esta en desacuerdo con el enunciado, marque en "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo". Si no esta decidido acerca de cómo se siente, marque "Indeciso" en ese enunciado. Por favor conteste cada uno de los enunciados.

MARCO DE ESTÍMULOS

1. **No tengo claro qué tan fuerte será el dolor.**

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
_____	_____	_____	_____	_____

2. **Tengo claro el propósito de cada tratamiento.**

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
_____	_____	_____	_____	_____

3. **Cuando tengo un dolor, sé lo que eso significa con respecto a mi condición**.

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
_____	_____	_____	_____	_____

4. **Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible**

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
_____	_____	_____	_____	_____

5. **Hay muchos tipos de personal; no está claro quién es responsable de cada cosa.**

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
_____	_____	_____	_____	_____

6. **El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos.**

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
_____	_____	_____	_____	_____

7. **Los resultados de mis test son inconsistentes**

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
_____	_____	_____	_____	_____

8. **El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida.**

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
_____	_____	_____	_____	_____

9.. **No me han dado un diagnóstico específico.**

Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
_____	_____	_____	_____	_____

CAPACIDAD COGNITIVA

10. **No sé qué está mal conmigo.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

11. **Tengo muchas preguntas sin respuestas**.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

12. **No estoy seguro de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

13. **Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

14. **No sé cuándo esperar que se me hagan cosas.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

15. **Entiendo todo lo que se me explica.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

16. **Puedo predecir cuánto durará mi enfermedad.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

17. **Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

18. **Debido a la impredictibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

19. **No tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

20. **No está claro lo que me está pasando.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

21. **Generalmente sé si voy a tener un buen día o un mal día.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

22.. **Es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mí mismo.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

23. **Generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

24. **Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo es variable.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

25. **Estoy seguro de que no encontrarán nada malo conmigo.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

26. **Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

PROVEEDORES O FUENTES DE LA ESTRUCTURA

27. . **Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

28. . **Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

29 **Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

30 **La efectividad del tratamiento no está determinada.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

31. **Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

32. **Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____

33. **Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo.**

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
_____	_____	_____	_____	_____