



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis
Incertidumbre y Estrategias de Afrontamiento en Mujeres
con Cáncer de Mama

Presenta:
LE. María Guadalupe Salazar Arrieta

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis
*Incertidumbre y Estrategias de Afrontamiento en Mujeres
con Cáncer de Mama*

Presenta:
LE. María Guadalupe Salazar Arrieta

Director de Tesis:
MCE. Verónica Pérez Badillo

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Tesis: Incertidumbre y Estrategias de Afrontamiento en Mujeres con Cáncer de Mama

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. Verónica Pérez Badillo
Presidente

MCE. María de Lourdes Morales Espinoza
Secretario

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera
Vocal 1

Dra. Irma Vera Sánchez
Vocal 2

MCE. María de la Luz Bonilla Luis
Directora

MCE. Graciela Arrijo Morales
Secretaria de Investigación y
Estudios de Posgrado

Agradecimientos

Concluir una etapa en la vida profesional produce grandes satisfacciones. A lo largo del trayecto recorrido, estuvieron personas en todo momento, antes, durante y seguramente estarán después de la maestría, con quienes establecí amistad y lazos afectivos, teniendo un papel fundamental para que éste sueño se cumpliera. A todos ustedes, les dedicó éstas palabras como una forma de constatar mi más profundo agradecimiento por su participación en éste proceso de mi vida.

Dios es el primero al que agradezco infinitamente, por todas las bendiciones que ha derramado en mí, por ésta en especial y por aquellas que vienen.

A mis abuelos que sin ellos no habría tenido a mi madre, mis tías, la gran familia que amo y un hogar donde vivir.

Mi madre merece un gran reconocimiento por haberme criado, educado y sobre todo apoyarme en ésta decisión, además de soportar mis rebeldías, mi ausencia en la casa por realizar tareas de la maestría y otras travesuras, pero al final de todo agradezco, tus abrazos, las palabras de aliento para continuar y no desfallecer, mirarme con toda la dulzura que puede dar una madre a su hija y también gracias por no dejarme sola y enseñarme que una mujer es fuerte y que saldrá victoriosa ante todas las adversidades de la vida.

A mis tías, Manue y Somer por regalarme un lugar en su corazón, por hacerme sentir tan afortunada cada día dándome una dosis de cariño de ustedes, por consentirme, por verme como una hija y han de saber que son totalmente correspondidas, porque las miro como una madre que la vida me obsequio, y aunque una se ha ido físicamente, jamás se irá de mi mente y de mi corazón, siempre estará en los mejores recuerdos.

No puedo dejar de mencionar a mi hermano, él ha sido mi compañero de algunas aventuras, fue mi cómplice en muchos momentos, mi más discreto confidente en otros, maestro en escasas ocasiones y asesor estadístico por un par de minutos. Sin ti la vida

sería muy aburrida. Sólo puedo decirte, no te detengas, nada es imposible, confía en ti, sigue adelante, yo estaré contigo incondicionalmente.

Toda mi familia, es tan importante por esta razón agradezco a mis tías (Vira, Ro, Mariquis, Lucha, Mellos), tíos (Victor, Ángel, Elpis, Chava), primos (Chava, Marco, Mark, Juan), primas (Cin, Sandy, Kate), sobrinos, sobrinas, cada uno de ustedes son especiales, no tengo palabras que engloben la gratitud que siento, quizá un “gracias” sea una pequeña aproximación.

Para mis maestros, por guiarme en la vida profesional, dándome sus mejores consejos. A mi asesora MCE. Vero Pérez Badillo, gracias por sus conocimientos, sus libros, su tiempo y sobre todo su afecto. A la MCE. Rosy Galicia, por impulsarme a trabajar para mejorar el cuidado de Enfermería. Hago una mención especial a la DCE. Moni Gallegos Alvarado, su mente innovadora contagia a todos los que tenemos la oportunidad de conocerla y a la MCE. Magdalena Soriano y Sotomayor, porque fué mi inspiración para estudiar la maestría.

Los compañeros de maestría no pueden quedar fuera de los agradecimientos, ellos son los culpables de todas mis risas durante las clases. Isra, por mantenerte a mi lado en las buenas, las malas y peores; Elisa, Meche, Lily, Maru, Yoyis, son unas excelentes enfermeras y maravillosas mujeres, con un sentido del humor incomparable; Dulce, Bere, Memo, Carlita, Wendy, Belén (mejor conocida como nuestra hermosa sicario de 8 años de edad), Orte, Luz y Paulita fué un placer haber convivido con ustedes. Alberto eres mi “atípico” favorito.

A las autoridades que me apoyaron de diversas formas, a la directora de la facultad MCE. María de la Luz Bonilla, la secretaria del SUTISSSTEP LE. Susana Andrade, la Jefa de Enfermeras del Hospital ISSSTEP LE. María Bertha Montiel, la Jefa de Enseñanza LE. Magdalena Martínez, a la supervisora del turno vespertino, LE. Magdalena Calderón, del turno matutino a la LE. Estela y sobre todo muchas gracias por el apoyo y comprensión de la LE. María Eugenia, no tengo con qué pagarle todo lo que

ha hecho por mí; y por último a la Jefa de la Unidad Materno Infantil LE. Araceli Tochiuitl, por guiarme en momentos difíciles.

Mis compañeras y compañeros de trabajo tienen mi eterna gratitud y admiración, continúen superándose profesionalmente, ustedes son mis maestras y maestros en el más grande laboratorio que es el ámbito hospitalario. También quiero mencionar a aquellas personas del gremio de Enfermería que han estado acompañándome de forma más cercana, como la LE. Erika Monjaraz Cruz que ha vivido conmigo momentos difíciles y también otros muy felices, gracias por invitarme a vivir aventuras extraordinarias y seguirme en mis alocadas ideas y la LE. Ana Patricia Contreras por su amistad a pesar de la distancia.

Para terminar, éste párrafo va dirigido a aquellos que no están conmigo pero que tienen un papel trascendental en mi vida. Gracias por tomar mi mano y llevarme a conocer el mundo, gracias por mostrarme aspectos de la vida que desconocía y que me convirtieron en la mujer que soy ahora, gracias por estar ahí para hacerme reír, gracias por amarme, gracias por cruzarse en mi camino, gracias por regalarme un ángel, gracias por mirarme discretamente, por haber tocado mi alma y convertirse en personas que jamás olvidaré.

Resumen

LE. María Guadalupe Salazar Arrieta
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Título: Incertidumbre y Estrategias de
Afrontamiento en Mujeres con Cáncer de Mama
Número de páginas: 50
Área de Estudio: Enfermería Clínica

Fecha de Graduación: Agosto de
2016

Candidato para el Grado de
Maestra en Enfermería

Introducción. El cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial; en América Latina es la segunda causa de muerte; en México, durante los años 2013 y 2014 fue la cuarta causa de fallecimientos; llevando a las mujeres con este padecimiento a enfrentar una enfermedad, donde los signos y síntomas varían y los tratamientos son agresivos, creando incertidumbre, que afecta drásticamente la salud integral de la paciente y su familia. **Objetivo.** Relacionar la incertidumbre con las estrategias de afrontamiento en mujeres que padecen Cáncer de Mama; con el sustento de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. **Material y Método.** El diseño tipo descriptivo correlacional; muestra conformada por 100 mujeres entre 25 y 59 años de edad; muestreo no probabilístico por conveniencia; se determinó el tamaño de la muestra mediante análisis de potencia. Se aplicó una Hoja de Datos Generales de la Mujer con Cáncer de Mama, para conocer la situación demográfica, la Escala de Incertidumbre frente a la Enfermedad midió la incertidumbre y las estrategias de afrontamiento fueron medidas por el Inventario de Estrategias de Afrontamiento. **Resultados.** Se obtuvo correlación positiva con un tamaño de efecto pequeño y no significativo ($r=.127, p=.208$). Además se realizó un análisis adicional entre el grupo de nivel bajo con el de nivel alto de incertidumbre en relación a las estrategias de afrontamiento; obteniendo una t de -1.191 y con valor de $p >.05$. **Conclusiones:** la incertidumbre se encuentra en todo el proceso de la enfermedad, pero no existe relación con estrategias de afrontamiento, sin embargo disminuye por el esfuerzo de las estrategias de afrontamiento, tal como lo menciona un supuesto de la teoría y dos afirmaciones teóricas.

Firma de Director de Tesis: _____

Tabla de Contenido

	Página
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Pregunta de Investigación	4
1.3 Marco Teórico	5
1.3.1 Ubicación del Fenómeno del Estudio en el Marco Teórico	11
1.3.2 Estructura Teórico-Empírico-Conceptual de la Teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel	12
1.4 Estudios Relacionados	13
1.5 Definición Operacional	17
1.6 Hipótesis	17
Capítulo II	
Metodología	
2.1 Diseño del Estudio	18
2.2 Población	18
2.3 Muestreo y Muestra	18
2.4 Criterios de Selección	19
2.4.1 Criterios de Inclusión	19
2.4.2 Criterios de Exclusión	19
2.4.3 Criterios de Eliminación	19
2.5 Instrumentos	19
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos	22
2.7 Ética del Estudio	23
2.8 Plan de Análisis Estadístico	25

Capítulo III

Resultados

3.1 Datos Generales de la Mujer con Cáncer de Mama	26
3.2 Confiabilidad de los Instrumentos	29
3.3 Prueba de Normalidad	30
3.4 Estadística Inferencial para la Prueba de Hipótesis	31
3.5 Análisis Adicional	32

Capítulo IV

Discusión

4.1 Conclusiones	37
4.2 Recomendaciones	37

Referencias Bibliográficas

39

Apéndices

A. Escala Incertidumbre Frente a la Enfermedad	45
B. Inventario de Estrategias de Afrontamiento	48
C. Consentimiento Informado	50
D. Datos Generales de la Mujer con Cáncer de Mama	51

Lista de Tablas

	Página
Tabla 1. Datos Sociodemográficos	27
Tabla 2. Coeficientes Alfa de Cronbach	29
Tabla 3. Estadísticas Descriptivas de las Variables Continuas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov (<i>K-S</i>)	30
Tabla 4. Matriz de Correlaciones entre Incertidumbre y Estrategias de Afrontamiento	31
Tabla 6. Prueba <i>t</i> de Student para muestras independientes	32

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Modelo de Incertidumbre frente a la Enfermedad	10
Figura 2. Ubicación del Fenómeno del Estudio en el Marco Teórico	11
Figura 3. Estructura Teórico-Empírico-Conceptual de la Teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel	12

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema.

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer; en el ámbito mundial, cada año se detectan 1.67 millones de casos nuevos y ocurren 522 mil muertes por esta enfermedad; de las cuales, el 70% ocurre en países en desarrollo. El riesgo de padecer este padecimiento es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir por ella es mayor entre aquellas que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control (Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Mamario, 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012; OMS, 2015).

En América Latina, es el primer tipo de cáncer en cuanto a casos nuevos y es la segunda causa de muerte, al presentar 408,000 casos de mujeres diagnosticadas y 92,000 fallecimientos; además se pronostica que para el año 2030 la cifra de mujeres diagnosticadas aumentará en un 46%, de acuerdo a predicciones basadas en el crecimiento poblacional. La situación se vuelve alarmante por el porcentaje tan alto que afectaría a esta región, duplicando las tasas de incidencia y mortalidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014, OPSa, 2015; OPS, 2015).

Las mujeres mexicanas también se han visto afectadas ante este padecimiento; durante los años 2013 y 2014 el cáncer de mama fue la cuarta causa de muerte por tumores malignos, con 4,440 defunciones y con una tasa de 15.8 fallecimientos por cada 100,000 mujeres; sin embargo, en recientes años la incidencia por grupos de edad en

tumores malignos de mama se ha visto estrechamente relacionada con la edad, teniendo una tasa de casos nuevos en mujeres de 25 a 44 años de edad de 14.30, de 45 a 49 años 51.98 y de 50 a 59 años la tasa es de 58.88. En el estado de Puebla, las mujeres también se están viendo afectadas por esta enfermedad, al tener una tasa de mortalidad de 12.8 por cada 100 mil mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015).

Observando la situación epidemiológica, no queda duda que el cáncer de mama está dañando directamente a la mujer, pero no solo en cifras; enfrentar una enfermedad crónica donde los numerosos signos y síntomas varían; los tratamientos resultan ser bastante agresivos; como los quirúrgicos, en los que se extirpa el seno, quitando una parte que identifica a la mujer o radioterapias y quimioterapias que provocan en muchos de los casos, náuseas, vómitos, fatigas y pérdida de cabello. Todos estos cambios que rodean la vida de la mujer, crean incertidumbre, que carcome y afecta drásticamente la salud integral del paciente y además tienen un impacto negativo en la familia de la persona, dado que tener este tipo de enfermedad ponen en primer plano la muerte, la tristeza y más manifestaciones propias de la incertidumbre, como no saber qué depara el futuro; trayendo consigo efectos negativos como ansiedad, depresión, desesperación, entre otros (Gómez-Palencia, Castillo-Ávila, Alvis-Estrada, 2015; Jassim, Whitford, Hickey y Carter, 2015).

De acuerdo a Merle Mishel, -teórica de la ciencia de enfermería-; la incertidumbre es la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad y ocurre en situaciones donde la persona, que debe tomar las decisiones, no es capaz de asignar valores definitivos a objetos, eventos y es incapaz de predecir los resultados de manera precisa. Desde esta perspectiva se explica cómo las personas procesan cognitivamente los eventos concernientes a la enfermedad, construyendo un

significado y creando herramientas para hacer frente a la incertidumbre experimentada (Arreguin, Morales, Bonilla, Soriano, Tlalpan y Pérez, 2012; Mishel, 1988).

Ante esta incertidumbre, se hace necesario reforzar las estrategias para su combate en dos vertientes; la prevención y el tratamiento; en el que no sólo intervienen profesionales de la salud como médicos y enfermeras, sino un equipo multidisciplinario que atienda todas las dimensiones de la enfermedad, tanto físicas y sociales. Estas herramientas o actividades para contrarrestar a la incertidumbre; percibida, como un acontecimiento inductor de estrés, son las estrategias de afrontamiento. Lazarus y Folkman las definen como las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar; es decir, el esfuerzo que desarrollan las mujeres con cáncer de mama permitiéndoles estar en el continuo proceso de la vida (Castaño y León del Barco, 2010; INEGI, 2015; Lazarus y Folkman, 1984; Mejía, 2012; Trejo, 2012).

En enfermería el estudio de la incertidumbre es de suma importancia, varias investigaciones han expuesto que pacientes con enfermedades crónicas, como el cáncer, experimentan altos niveles de incertidumbre, como en el caso de la población de Irán, quienes estudiaron la incertidumbre en relación al apoyo social, mostrando la necesidad de generar estrategias por el personal de enfermería para diseñar e implementar actividades que disminuyan la incertidumbre; otros autores relacionan la incertidumbre con la calidad de vida y consideran que es un componente presente en todas las experiencias de enfermedad, independiente del género al que se pertenezca, además hallaron una correlación positiva, indicando una fuerte vinculación en la realidad, dejando visible la relevancia de abordarla como un aspecto modificable en las personas con cáncer. Estos estudios han proporcionado un criterio unificado que presentan el sustento para desarrollar intervenciones y ser una guía en el quehacer cotidiano para

desempeñarse con conocimiento, ética y humanismo en el cuidado de las personas (Arreguín, et al., 2012; Sajjadi, Rassouli, Bahri y Mohammadipoor, 2015; Trejo, 2012).

1.2 Pregunta de investigación

Debido a este panorama, para la ciencia de enfermería es substancial investigar la relación entre la incertidumbre que surge ante el proceso de enfermedad por el cáncer de mama con las estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres que sufren diariamente esta situación de salud, lo que permitirá elaborar intervenciones dirigidas a la consejería, criterio sustentado en la Norma Oficial Mexicana 041, donde se considera como una parte importante de las acciones encaminadas a la prevención, detección y diagnóstico del cáncer de mama, esto guía a plantear la siguiente pregunta de investigación, ¿cómo se relaciona la incertidumbre ante la enfermedad con las estrategias de afrontamiento en mujeres con edad de 25 a 59 años con cáncer de mama que asisten a la Unidad de Oncología de los Servicios de Salud del Estado de Puebla?

1.3 Marco teórico

Enfermería posee diversas teorías una de ellas es la incertidumbre ante la enfermedad, desarrollada por Merle Mishel, enfermera estadounidense que define a la incertidumbre como la incapacidad de determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad y ocurre en situaciones donde la persona es incapaz de predecir con precisión los resultados que podrían obtenerse. Al notarse su presencia durante todo el proceso del padecimiento y al vivir esta experiencia de la enfermedad, la incertidumbre presenta cuatro formas: ambigüedad, que se encuentra relacionada con el estado de enfermedad; complejidad, que guarda relación con el tratamiento y al sistema de cuidado; falta de información, determinada por el diagnóstico y la seriedad de la enfermedad y la última forma es la impredecibilidad sobre el curso y pronóstico de la enfermedad. La teoría fue reconceptualizada por la propia autora, con el objetivo de expandir e incrementar la aplicabilidad a la experiencia de personas que viven bajo condiciones donde la incertidumbre es una experiencia continua que se extiende a través de los años y la enfermedad puede ser crónica con remisiones y exacerbaciones o potencialmente fatal, seguida de una fase aguda tratable con una posibilidad desconocida de recurrencia o extensión (Mishel, 1988; Pérez, 2008).

Los conceptos de la teoría se organizan en una forma lineal que gira alrededor de tres ideas principales: los antecedentes de la incertidumbre, el proceso de valoración de la incertidumbre y los sistemas para sobrellevar la incertidumbre. Los principales componentes que forman la primera idea son el marco de estímulos, la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura. El marco de estímulos se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe y posee tres elementos: un patrón de síntomas, la familiaridad y la congruencia del evento. El patrón de síntomas

es el grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir un patrón; la familiaridad con el evento, es el grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contienen claves reconocidas y pueden ser asociados para ayudar a determinar un significado. La congruencia es la consistencia entre los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión (Pérez, 2008; Mishel, 1988).

Estos tres elementos que conforman al marco de estímulos, se encuentran influenciados por los otros dos componentes ubicados en esta primera idea y son las capacidades cognitivas y los proveedores de estructuras. La capacidad cognitiva son las habilidades de la persona para procesar información con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización; los proveedores de estructura, son recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos y son las autoridades confiables por su nivel educativo. Teniendo el marco de estímulos, la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura, se formará un esquema cognitivo, definido como la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización, sin embargo, cuando no es posible formar un esquema cognitivo, entonces, aparecerá la incertidumbre (Mishel, 1988).

Al tener incertidumbre se inicia con la segunda idea principal, referida a determinar el valor que la persona le da a la propia incertidumbre. A partir de este momento aparecen dos procesos de apreciación llamados inferencia e ilusión; el primer proceso evalúa a la incertidumbre utilizando recuerdos de situaciones relacionadas estrechamente al evento que se está viviendo. El segundo proceso, la ilusión; es la construcción de las creencias causadas por la incertidumbre. Cada proceso permite evaluar a la incertidumbre como un peligro o como una oportunidad, sin embargo, ambas se ocuparían como un indicador de potencial para un resultado positivo, activando

estrategias de afrontamiento para reducir o mantener un nivel mínimo de incertidumbre, debido a que su continuidad será necesaria para obtener una visión positiva de la situación y permitiendo que la persona llegue a la adaptación (Mishel, 1988).

La adaptación se define como un comportamiento biopsicosocial que ocurre dentro del margen cotidiano de una persona, es una zona neutral que permite continuar el comportamiento dirigido hacia metas, al observar esta realidad se reconceptualiza la teoría, surgiendo el concepto de nueva perspectiva de vida, el cual representa la reformulación de un diferente sentido del orden de las cosas, donde se acepta la incertidumbre como parte del ritmo natural de la vida; modificando drásticamente el rol de la incertidumbre, que en el inicio de la enfermedad era la fuente de fluctuación y alteración, ahora se convierte en la base para la auto-organización, proporcionando una nueva orientación en su visión de la vida a través del pensamiento probabilístico, el cual es alusivo a abandonar el estado de continua certeza, permitiendo que la persona renuncie a predecir los futuros eventos y cambie a una mentalidad abierta a las diferentes alternativas u opciones en el tratamiento, reincorporándola al equilibrio de su vida (véase figura 1) (Mishel, 1988).

Analizando el contenido y dirección que se maneja la teoría, la autora presenta los siguientes supuestos: a) la incertidumbre es un estado cognitivo y representa inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es ayudar en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad; b) la incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora como oportunidad o peligro; c) la adaptación representa una continuidad de conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye el resultado deseado de los esfuerzos de afrontamiento para reducir el nivel de incertidumbre, vista como peligro o como

oportunidad; d) la relación entre los casos de enfermedad con incertidumbre, valoración, sistemas de afrontamiento y adaptación es lineal y unidireccional, va de las situaciones de incertidumbre a la adaptación (Pérez, 2008).

Mishel también hizo afirmaciones teóricas y son que 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; la incertidumbre puede presentarse bajo la forma de ambigüedad, complejidad, falta de información, información nada consistente e imprevisibilidad; cuando la tipología de los síntomas, la familiaridad y la coherencia de las circunstancias (marco de estímulos) aumentan, el grado de incertidumbre disminuye; las fuentes de la estructura (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) provocan, de modo directo una disminución en la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos e indirectamente, al fortalecer el marco de estímulos; 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 esta genera; la incertidumbre valorada como si fuese una oportunidad provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a mantener la 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 oportunidad; cuando la incertidumbre es valorada como un peligro que no puede reducirse, se pueden emplear las estrategias de afrontamiento para controlar las respuesta emocionales; cuanto más tiempo dure la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, más inestable será el modo de funcionamiento del individuo aceptado previamente; al hallarse bajo las condiciones se sufrir incertidumbre, el individuo tendría que desarrollar una perspectiva

de vida nueva regida por la probabilidad, que acepta la incertidumbre como parte natural de la vida; el proceso de integrar el continuo estado de incertidumbre en la nueva manera de ver la vida puede detenerse o prolongarse por las fuentes de estructura que no comparten el pensamiento probabilístico y la última afirmación es que una exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro, puede llevar a pensamientos molestos, a la anulación y a trastornos emocionales (Mishel, 1988).

Como se menciona en un supuesto de la teoría, la reducción del nivel de incertidumbre es el resultado deseado de los esfuerzos de afrontamiento por lo tanto un aspecto importante para el estudio es identificar las estrategias de afrontamiento y para su profundización se utilizará, el concepto de Lazarus y Folkman. Los autores definen en primer lugar los conceptos de manera aislada, es decir, las estrategias las consideran, como actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema y el afrontamiento lo observan dirigido a la emoción, concluyendo que el concepto formado por la unión de ambas, se entendería como las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar. Al estudiar de forma separada al afrontamiento se le considera un proceso dinámico, que involucra la evaluación y reevaluación constante de las personas ante situaciones demandantes. Así, la función del afrontamiento está en concordancia con las estrategias que los individuos llevan a cabo, para la consecución de objetivos particulares (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1990; Lazarus y Lazarus, 1994).

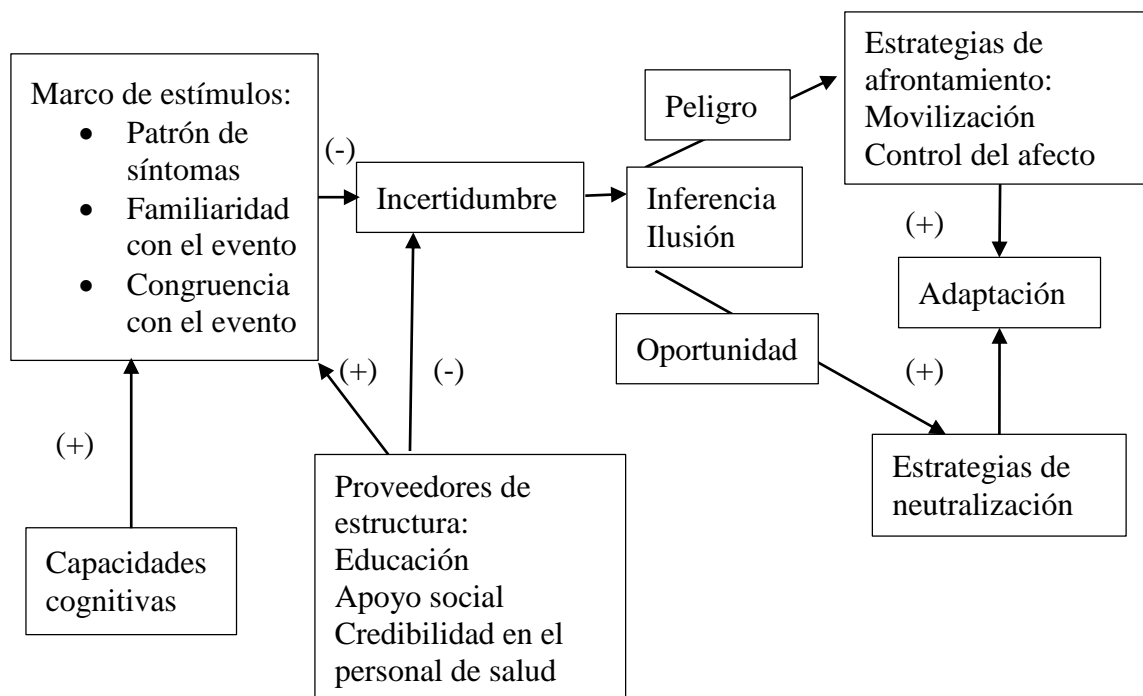


Figura 1. Modelo de Incertidumbre frente a la Enfermedad. Adaptado de “Uncertainty in illness” por M.M, 1988, Image Journal of Nursing Scholarship. Vol 20. p 225-231.

1.3.1 Ubicación del Fenómeno de Estudio en el Marco Teórico

La incertidumbre provoca que los sistemas de afrontamiento se activen originando que mujeres con cáncer de mama hagan uso de estrategias de afrontamiento para disminuir el nivel de incertidumbre o para mantenerlo en niveles bajos, pero siempre presente en el proceso de enfermedad.

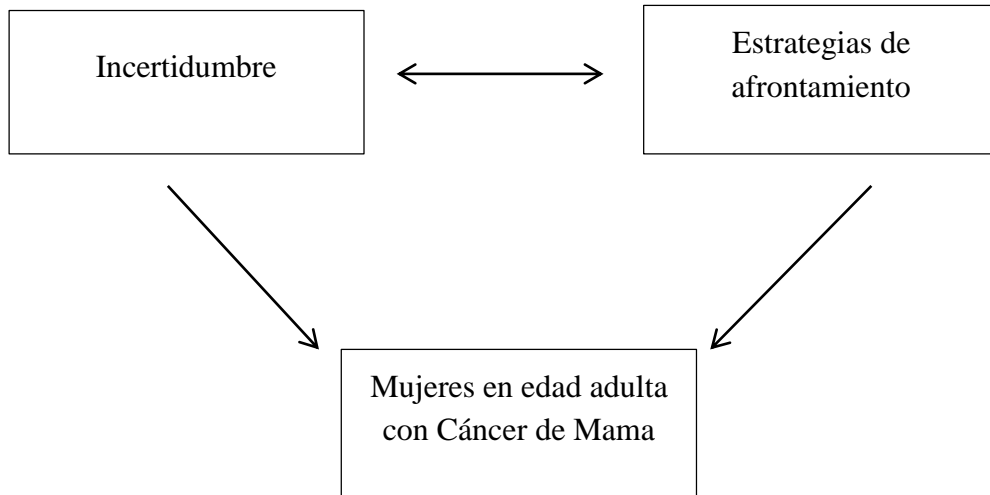


Figura 2. Ubicación del Fenómeno de Estudio en el Marco Teórico.

1.3.2 Estructura Teórico-Empírico-Conceptual de la Teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel

Se puede observar que en el nivel más alto de abstracción se encuentra la incertidumbre frente a la enfermedad, del cual se desprenden los dos conceptos ocupados en el estudio que son incertidumbre y estrategias de afrontamiento, donde al encontrarse en mujeres con cáncer de mama se tiene un indicador empírico. La incertidumbre es medida con la escala de medición de incertidumbre frente a la enfermedad en su forma comunitaria y el indicador para las estrategias de afrontamiento es el inventario de estrategias de afrontamiento.

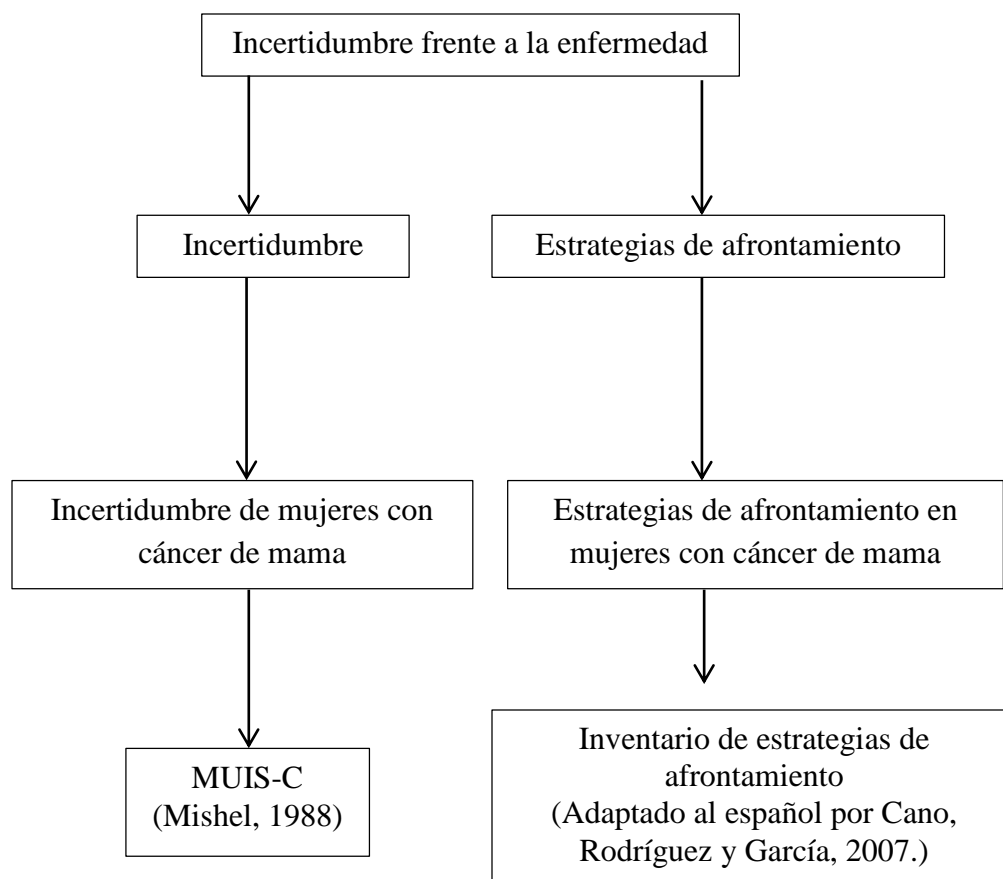


Figura 3. Estructura Teórico-Empírico-Conceptual de la Teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle Mishel.

1.4 Estudios relacionados

Incertidumbre

Lin, Chien, Acquaye, Vera-Bolanos, Gilbert y Armstrong (2015), realizaron un estudio correlacional con 108 pacientes con el propósito de identificar los principales predictores de incertidumbre durante las diferentes etapas de tratamiento (radiación, quimioterapia, o ambos) que son los recién diagnosticados, en tratamiento y lo que están en seguimiento sin tratamiento activo. Los investigadores analizaron los datos por medio de un análisis de varianza (ANOVA) y de un modelo de regresión aditivo estructurado, reportando que pacientes de recién diagnóstico tienen el nivel de incertidumbre más alto ($M= 42.19$, $DE=9.48$, $p<.05$), con relación a las escalas de incertidumbre, el grupo de los pacientes en tratamiento sintieron mayor incertidumbre en la escala de lo impredecible de los síntomas (0.12 ; 95% IC= -1.85 , 2.03) y el cambio de su situación laboral debido a la enfermedad fue el predictor más importante (-3.41 ; 95% IC= -6.56 , $.36$).

Sajjadi, Rassouli, Bahri y Mohammadipoor (2015) realizaron un estudio correlacional con 80 personas con enfermedades crónicas en Irán, con el objetivo de examinar la incertidumbre y su correlación con el soporte social. Los autores reportaron un alto nivel de incertidumbre en la enfermedad ($M=94.7$, $DE=14.2$) y una correlación negativa entre incertidumbre y el soporte social ($r = -.29$, $p = .015$).

Germino, Mishel, Crandell, Porter, Blyler, Jenerette y Gil (2013) hicieron una investigación cuasi experimental para determinar si los sobrevivientes de cáncer de mama (BCSS) quienes recibieron una intervención del manejo de la incertidumbre, en comparación con una condición de control de la atención, tendrían menos incertidumbre.

Los autores reportaron una reducción en la incertidumbre que fue significativamente más alta que la del grupo control ($F[3,528]=3.6, p=.01$).

Arreguin et al. (2012), realizaron un estudio de tipo descriptivo, correlacional y transversal con el propósito de conocer la asociación entre la incertidumbre en la calidad de vida en hombres con cáncer de próstata y mujeres con cáncer de mama en Puebla, México; con un total de 100 personas divididas en 50 hombres y 50 mujeres. Respecto a las mujeres los autores encontraron una incertidumbre con una media de 48.59 ($DE=15.7$, rango= 16 a 87), una correlación positiva entre incertidumbre y calidad de vida ($r=.248, p=.13$).

Mejía (2012), realizó un estudio analítico, observacional no experimental correlacional con el objetivo de evaluar la incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en 76 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía con cirugía reconstructiva y sin cirugía reconstructiva en Cali, Colombia. La investigadora encontró en el grupo de mujeres reconstruidas correlación entre incertidumbre y calidad de vida ($r=.42, p=.08$) y con la variable de imagen corporal ($r=.31, p=.16$) también se encontró correlación en el grupo de mujeres no reconstruidas entre incertidumbre y calidad de vida ($r=.31, p=.21$) y también con imagen corporal ($r=.18, p=.52$).

Estrategias de afrontamiento

Ticona, Santos, Siqueira (2015), realizaron un estudio con el objetivo de verificar si existen diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer en quimioterapia en 100 pacientes Brasileños. Los investigadores reportan que las mujeres tuvieron más altos niveles de estrés ($M= 13.8$, $DE=8.1$, $IC95\%= 11.4-16$), no hubo diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres con el uso de estrategias de afrontamiento ($p = .57$).

Haro-Rodríguez, Gallardo-Vidal, Martínez-Martínez, Camacho-Calderón, Velázquez-Tlapanco y Paredes-Hernández (2014) realizaron una investigación de tipo descriptivo transversal, correlacional con el objetivo de identificar los factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en 98 pacientes con reciente diagnóstico en Querétaro. Los resultados que se obtuvieron son que el sentimiento con mayor frecuencia presentado al recibir el diagnóstico fue el temor (28.6%) y la estrategia de afrontamiento más usada fue la resolución de problemas ($M=15.5$, $DE= 2.8$). Los factores que se vieron estrechamente relacionados con el afrontamiento fueron la edad con relación a la reestructuración cognitiva ($r=-.31$, $p=.001$) y el tipo de familia con la expresión emocional ($\chi^2=71$, $p=.030$)

Elsheshtawy, Abo-Elez, Ashour, Farouk y Esmael (2014), realizaron un estudio cuantitativo descriptivo en Egipto con 56 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama para determinar las diferentes estrategias utilizadas en su proceso de enfermedad. Los autores reportan que las estrategias usadas indican que la más utilizada fue la religión ($M=4.55$, $DE=1.6$), aceptación ($M=4.14$, $DE=1.3$) y el apoyo emocional ($M= 4.04$, $DE=1.4$).

Cardenal y Cruzado (2014), realizaron un estudio en España con el objetivo de estudiar el afrontamiento en mujeres con resultados dudosos tras una mamografía de cribado de cáncer de mama que precisan repetir la prueba 6 meses después. Los resultados se obtuvieron mediante la prueba de Wilcoxon y mostraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas en comparación al segundo momento de medida fueron las activas ($p=.000$), la planificación ($p=.002$), la reinterpretación positiva, el crecimiento personal ($p=.03$) y refrenar el afrontamiento ($p=.029$).

Ortiz, Méndez, Camargo, Chavarro, Toro y Vernaza (2014) hicieron un estudio de tipo descriptivo correlacional en Colombia, con el objetivo de identificar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento, los niveles de autoestima, ansiedad y depresión en un grupo de 17 pacientes adultos con diagnóstico de cáncer, para lo cual se emplearon la Escala de Autoestima de Rosemberg, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (had) y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (eec-m). Se obtuvo como resultado una correlación de Pearson negativa pero significativa entre los niveles de ansiedad y los niveles de autoestima ($r = -.49, p=.041$), con ansiedad y la estrategia de reacción negativa también se obtuvo correlación negativa significativa ($r=-.562, p=.019$); con relación a los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento se encontró una correlación positiva y significativa en la estrategia de reacción agresiva ($r=.689, p=.002$).

1.5 Definición Operacional

Las variables de este estudio se retoman de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. Se considera a la incertidumbre como variable independiente entendida en su definición operacional como el nivel bajo o alto de la capacidad de conocer y comprender los eventos sobre el propio estado de salud de una paciente con cáncer de mama, la cual se mide en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (véase, apéndice A); la segunda son las estrategias de afrontamiento, siendo la variable dependiente y operacionalizada como el nivel de utilidad de las estrategias que puede ser alto o bajo, también medida por una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (véase, apéndice B).

1.6 Hipótesis

H₁. Si la incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora, entonces existirá relación con las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presenta el orden en que se llevó a cabo el método de investigación que son: diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de selección, instrumentos, procedimiento de recolección de datos, ética del estudio y plan de análisis estadístico.

2.1 Diseño del Estudio

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal, ya que permitió identificar y relacionar las variables de incertidumbre frente a la enfermedad y estrategias de afrontamiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2.2 Población

La población de estudio estuvo constituida por mujeres de 25 a 59 años de edad diagnosticadas con cáncer de mama, que se encontraban en tratamiento ambulatorio o que asistían a consulta externa para su control.

2.3 Muestreo y Muestra

El método que se utilizó para elegir a los participantes del estudio fue mediante un muestreo por conveniencia, dado que se trata de una población cautiva, previamente conocida, con características específicas para los fines de esta investigación. Para el cálculo de la muestra del siguiente estudio se utilizó el análisis de potencia, tomando como referencia una confiabilidad del 95% y un margen de error de $\alpha=.05$ para lo cual está establecido una r de .30 y un poder de .80 resultando una muestra de 88 personas más 10% de atrición, redondeando se obtuvo un total de 100 personas encuestadas, para minimizar el sesgo del estudio.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de Inclusión.

Mujeres con una edad dentro del rango de 25 a 59 años de edad, diagnosticadas con cáncer de mama que asistan a la Unidad de Oncología de los Servicios de Salud, además que en el momento de la entrevista manifestaron disposición y disponibilidad de tiempo para participar en el estudio.

2.4.2 Criterios de exclusión.

- a) Pacientes que presenten enfermedad mental.
- b) Mujeres con déficit de comunicación.
- c) Mujeres que no hablen lengua española.

2.4.3 Criterios de Eliminación.

Se eliminaron aquellos instrumentos que no estuviesen contestados en su totalidad, debido a que los participantes tienen derecho a abstenerse de participar en el momento que ellos decidan.

2.5 Instrumentos

La Escala de Medición de Incertidumbre frente a la Enfermedad forma comunitaria (M.U.I.S.- C.), fue elaborado por Merle Mishel (véase, apéndice A), la cual entrega un criterio básico para seleccionar la unidad de análisis e identifica plenamente, la percepción de la incertidumbre frente a la enfermedad, esta escala contiene 23 reactivos y en cada una de ellos la persona emite su respuesta de acuerdo a una serie de afirmaciones relacionadas con sus cuatro dimensiones: ambigüedad medida por la pregunta 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 17 y 18; complejidad ubicada en las preguntas 6, 8,

20, 22 y 23; falta de información contiene a las interrogantes 1,2, 5, 9, 14, 16, 21 y falta de predicción encontrada en la pregunta 19, las cuales son generadas en las diversas situaciones de la enfermedad-tratamiento al que se enfrentan las personas. Utiliza una escala tipo Likert, que va desde 1.Totalmente en desacuerdo, 2.En desacuerdo, 3.Indeciso, 4.De acuerdo, 5.Totalmente de acuerdo; con un valor mínimo de 1 punto a un valor máximo de 5 puntos. Un puntaje de 5 de cada pregunta refleja un nivel alto de incertidumbre en la pregunta correspondiente. El puntaje varía de 23 puntos como mínimo a 115 puntos como máximo. La escala tiene confiabilidad aceptable al poseer un alfa de Cronbach de $\alpha = .74$ a $.92$ (Arreguin et al., 2012; Sajjadi et al, 2015).

Las estrategias de afrontamiento serán medidas por medio del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (véase, apéndice B), adaptado al español por Cano, Rodríguez, García (2007), cuya versión original en inglés es de Tobin, Holroyd y Widalde, de 72 preguntas quedó en 40 preguntas en la versión española, validado en el país por la Universidad Autónoma de México (UNAM), en la cual evalúa constructos de afrontamiento dirigido al problema y a la emoción. Está integrado por ocho estrategias:

- 1) Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés modificando la situación que lo produce, ocupando las preguntas 1, 9, 17, 25 y 33;
- 2) reestructuración cognitiva: modifican el significado de la situación estresante, siendo las preguntas 6, 14, 22, 30 y 38;
- 3) apoyo social: estrategia referida a la búsqueda de apoyo emocional, con los ítems 5, 13, 21, 29 y 37;
- 4) expresión emocional: encaminada a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés las preguntas son 3, 11, 19, 27 y 35;
- 5) evitación de problemas: manejo inadecuado centrado en el problema caracterizado por negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante, las

preguntas son 7, 15, 23, 31 y 39; 6) pensamiento desiderativo: manejo inadecuado centrado en el problema que refleja el deseo de que la realidad no fuera estresante con la tendencia a fantasear sobre la realidad, teniendo las preguntas 4, 12, 20, 28 y 36; 7) retirada social: manejo inadecuado centrado en la emoción donde la paciente se aísla de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, las preguntas que le corresponden son 8, 16, 24, 32 y 40; 8) autocrítica: manejo inadecuado centrado en la emoción basado en la auto-inculpación por la ocurrencia de una situación, con las siguientes preguntas 2, 10, 18, 26 y 34 (Haro-Rodríguez et al., 2014; Rodríguez-Díaz, Estrada-Pineda, Rodríguez-Franco y Bringas-Molleda, 2013).

Dicho instrumento posee un alfa de Cronbach superior a .70 en cada dimensión. Se mide con una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos: 0) En absoluto, 1) Un poco, 2) Bastante, 3) Mucho, y 4) Totalmente; que definen la frecuencia de realización de lo explicado en la pregunta ante la patología y representa lo que sintió, pensó y pasó al enterarse del diagnóstico y tratamiento que se le ofrecía. Su evaluación es específica para cada estrategia. El total da un puntaje de cero a veinte por estrategia, entre más alta sea la calificación, es el estilo de afrontamiento que utiliza la paciente. Cabe señalar que la paciente puede utilizar varias estrategias a la vez, ya que no son excluyentes entre sí (Haro-Rodríguez et al., 2014).

2.6 Procedimiento de recolección de datos

El presente estudio fue sometido a revisión por el Comité Tutorial de Investigación de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, posterior a la aprobación, se extendió un oficio para solicitar autorización a la jurisdicción número 06 de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y a la Unidad de Oncología para aplicar los instrumentos. Al ser obtenida una respuesta favorable a la solicitud, se realizó el procedimiento de recolección de datos, iniciando al establecer contacto con cada mujer que acudió a consulta, a quimioterapia o radioterapia, ubicada en la sala de espera. Las mujeres con cáncer de mamá tienen gafete que las identifica como tal, de esta forma se les ubicó, se preguntó la edad para verificar los criterios de selección, corroborando los datos con su expediente clínico; posterior se dio una explicación sobre el propósito del estudio, y se respondieron todas las dudas que surgieron a cerca de la investigación, al momento de aceptar participar, se entregó un consentimiento informado (véase apéndice C) y comenzó a contestar la hoja de datos generales (véase apéndice D) y los dos instrumentos (M.U.I.S.-C. e Inventario de Estrategias de Afrontamiento), en un lapso aproximado de 15 minutos, además se garantizó la confidencialidad de la información de cada participante. Al finalizar el llenado de los instrumentos se agradeció su participación. Los riesgos se controlaron manteniendo el número de la muestra y la validez interna, conservando la coherencia de la investigación con la estructura y la teoría de Enfermería aplicada para el desarrollo de la investigación. Las fuentes de financiamiento fueron recursos propios de la investigadora.

2.7 Ética del Estudio

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y los artículos con relación a la protección de los derechos de cada participante.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los aspectos Éticos de la Investigación en seres Humanos:

Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Para el cumplimiento de este artículo, previo a la aplicación del instrumento, se proporcionó el consentimiento informado. Aunado a una explicación sobre el manejo anónimo de la identidad y datos proporcionados.

Artículo 17: Se consideró como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

II. Investigación con riesgo mínimo: Pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulara la conducta del individuo.

De acuerdo al tipo de investigación que se realizó, es considerada de riesgo mínimo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se somete, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y

completa, de tal forma que pueda comprenderla. Explicación que fue proporcionada a cada sujeto de estudio, dando a conocer los objetivos de la investigación así como el tipo de información requerida por los instrumentos.

Artículo 23. En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formular el escrito.

A pesar de que existe la posibilidad de que el consentimiento informado no sea escrito, debido a que esta investigación es de riesgo mínimo, un consentimiento informado fue entregado a cada sujeto de estudio.

Declaración de Helsinki

Artículo 20: Para tomar parte de un proyecto de investigación, los individuos fueron participantes voluntarios e informados.

Artículo 21: Siempre se respetó el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Tomándose toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Artículo 22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial recibió informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona fue informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo comprendió la información, el

investigador obtuvo entonces, preferiblemente por escrito el consentimiento, si este no pudo obtenerse por escrito, debe ser documentado formalmente ante testigos.

2.8 Plan de Análisis Estadístico

Posterior a la aplicación de los instrumentos se ingresaron los datos al programa estadístico SPSS versión 21.0, con el objetivo de generar una base de datos para realizar un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y de las variables de incertidumbre y estrategias de afrontamiento, obteniendo frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Además para conocer la distribución de las variables continuas, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que permitió identificar el tipo de estadístico a utilizar. Finalizando con un análisis inferencial, estableciendo la relación entre las variables por medio del coeficiente r de Pearson, para probar la hipótesis.

Capítulo III

Resultados

A continuación se presentan los resultados propios de la población de estudio con la finalidad de conocer de manera general a las mujeres con cáncer de mama que asisten a la Unidad de Oncología de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. Se inicia mostrando las características sociodemográficas, continuando con los coeficientes de confiabilidad de los instrumentos, la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y por último se presentan las pruebas de hipótesis, utilizando la estadística inferencial.

3.1 Datos Generales de la Mujer con Cáncer de Mama.

Con relación a la edad, la media que se obtuvo fue de 48.1 (DE=6.8). En la tabla 1 se observan las principales características de los participantes del estudio, teniendo al rango con mayor porcentaje de 45 a 49 años de edad (24%), en cuanto al nivel académico sobresale el perteneciente a la primaria (42%), la principal ocupación a la que se dedican es como empleada doméstica (12%), sin embargo muchas mujeres no trabajan actualmente (70%), con respecto al tiempo de diagnóstico de cáncer ha sido de uno a dos años (61%) viviendo con este padecimiento, el tipo de apoyo que más utilizan es el psicológico (15%), pero la mayoría no recibe ningún tipo de apoyo (67%) y la religión que profesan es católica (84%)

Tabla 1

Datos sociodemográficos

Variable	
Edad (años)	%
35 - 39	10
40 - 44	23
45 - 49	24
50 - 54	20
55 - 59	23
Nivel Académico	
Primaria	42
Secundaria	29
Preparatoria	6
Técnico	13
Licenciatura	4
Analfabeta	6
Ocupación	
Empleada de cocina	4
Empleada de ventas	2
Empleada doméstica	12
Comerciante	6
Campo	1
Bienes raíces	1
Taller de costura	1
Taller de manualidades	1
Repostería	1
Recursos Humanos	1
No trabaja	70

Continuación de la Tabla 1	%
Tiempo con diagnóstico de Cáncer de mama	
Menor a un año	29
De un año a dos	61
Dos años o más	10
Apoyo utilizado	
Psicológico	15
Emocional	4
Económico	4
Social	1
Ninguno	67
Otro: (Seguro Popular y Familiar)	9
Religión	
Ninguna	4
Católica	84
Cristiana	7
Testigo de Jehová	2
La luz del mundo	2
Evangélica	1

Nota: %=porcentaje, n=100

Fuente: Datos Generales de Mujeres con Cáncer de Mama

3.2 Confiabilidad de los Instrumentos

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach para los instrumentos Escala de Medición de Incertidumbre frente a la Enfermedad forma comunitaria (M.U.I.S.- C.) e Inventario de Estrategias de Afrontamiento fue de .77 y .87 respectivamente, de acuerdo a Hernández et al (2010), se consideran aceptables.

Tabla 2

Coefficientes Alfa de Cronbach

	Coeficiente
Escala de Medición de Incertidumbre frente a la Enfermedad forma comunitaria (M.U.I.S.- C.)	.77
Inventario de Estrategias de Afrontamiento	.87

3.3 Prueba de Normalidad

La tabla 3 muestra las estadísticas descriptivas de las variables continuas del estudio, así como el resultado de la prueba de normalidad Kolmogorov- Smirnov para una muestra, indicando que la significancia estadística de la edad, la escala de incertidumbre frente a la enfermedad y el inventario de estrategias de afrontamiento, tienen $p > .05$ evidenciando una distribución normal de los datos.

Tabla 3

Estadísticas descriptivas de las variables continuas y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Índice (Variable)	<i>M</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	Valor mínimo	Valor máximo	<i>K-S</i> <i>Z cal</i>	<i>Valor</i> <i>de p</i>
Incertidumbre	58.4	60.8	15.8	21.7	94.5	.080	.120*
Frente a la Enfermedad							
Inventario de Estrategias de Afrontamiento	50.1	51.8	14.5	8.13	86.8	.071	.200*

Nota: *M* = media, *DE* = desviación estándar, *K-S* = Kolmogorov-Smirnov, $n=100$

*= $p > 0.05$

3.4 Estadística Inferencial para la prueba de Hipótesis

Con la finalidad probar o rechazar la hipótesis, se realizó la siguiente prueba estadística.

La hipótesis, establece la existencia de relación entre incertidumbre y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama (H_i). Para probarla se utilizó la prueba paramétrica del coeficiente de Pearson (r), los resultados reportaron correlación positiva con un tamaño de efecto pequeño y no significativo ($r=.127$, $p= .208$), (véase tabla 4), por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación (H_i) y se prueba la hipótesis nula (H_0), no existe relación entre incertidumbre y estrategias de afrontamiento desde una perspectiva estadística.

Tabla 4

Matriz de correlaciones entre incertidumbre y estrategias de afrontamiento

	1	2
1. Índice de Incertidumbre	1	
Valor de p		
2 Índice de Estrategias de Afrontamiento	.127	1
Valor de p	.208	

3.5 Análisis Adicional

Al no obtener una correlación significativa entre las variables, para poder explorar el comportamiento de las mismas con respecto a las estrategias de afrontamiento se separó la muestra en dos grupos, los sujetos con niveles altos de incertidumbre y con niveles bajos, para realizar contrastaciones estadísticas. Para lograrlo se decidió realizar un análisis adicional utilizando la prueba estadística t de Student para comparar muestras independientes. Teniendo como antecedente una distribución normal de los datos a través del estadístico K-S ($p > .05$) en ambas variables, así como varianzas homocedasticas de acuerdo al test de Leven ($p > .05$), se obtuvieron los siguientes resultados: para el grupo 1 con altos niveles de incertidumbre (G1) se obtuvo $M= 51.10$ $DE=15.14$ en comparación al grupo 2 con bajos niveles de incertidumbre (G2) teniendo $M=47.12$ $DE=12.19$.

La tabla 5 presenta el estadístico obtenido del test de Levene y la prueba t de Student de las estrategias de afrontamiento en los diferentes grupos de incertidumbre.

Tabla 5

Prueba t de Student para muestras independientes

Estrategias de Afrontamiento						
Levene test						
F	Valor de p	t	gl	IC 95%		Valor de p
				LI	LS	
.616	.434	-1.191	98	-10.61	2.65	.036

Nota: gl = grados de libertad, IC= intervalos de confianza, LI =límite inferior, LS =límite superior, $n=100$ ($G_1=75$, $G_2=25$)

Los resultados prueban el supuesto que sustenta una reducción del nivel de incertidumbre como resultado deseado de los esfuerzos de afrontamiento al mostrar una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Capítulo IV

Discusión

Este capítulo de la investigación se centra en la discusión de los resultados obtenidos por medio de los instrumentos elegidos y se pretende interpretar cómo se relaciona la incertidumbre en las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama.

En cuanto a las variables sociodemográficas, en la edad se encontró una media cercana en el estudio de Arreguin et al. (2012), pero no con Lin et al. (2015). El nivel académico de primaria, es inferior al de la población de Sajjadi et al. (2013) en donde la mayoría tiene nivel secundaria; Lin et al. (2015) presenta que un alto porcentaje son graduados de universidad y también tienen un posgrado, solo Arreguin et al. (2012) es similar al nivel académico de primaria. Considerando la situación laboral, la mayoría de las mujeres con cáncer de mama no trabaja y las que si lo hacen se desempeñan como empleadas domésticas, a diferencia de Sajjadi et al. (2013) dice que más de la mitad de los participantes trabajan y el resto de las personas no laboran, además no especifica en que actividad se desempeñan los que conforman el grupo que si trabaja; de la misma forma se encuentra Lin et. al. (2015), donde el estatus de trabajo de la mayoría no ha cambiado por la enfermedad. De acuerdo al tiempo de diagnóstico de cáncer, sobresale el período comprendido de un año a dos y está en concordancia a lo mencionado por Arreguin et al. (2012), en el cual se obtuvo que el mínimo fue de uno o dos años de haber sido diagnosticados. Todas las similitudes encontradas con Arreguin et al. (2012) se podrían deber a que la investigación también fue realizada en población mexicana, a diferencia de los otros estudios, elaborados en otros países.

Al estudiar la relación entre incertidumbre y estrategias de afrontamiento se obtuvo que no existe una correlación, esto puede ser explicado por la organización de la teoría

donde Mishel (1988) agrupo los conceptos de forma lineal, que giran alrededor de tres ideas principales y aunque todas son acerca de la incertidumbre, cada una se relaciona con conceptos distintos. El concepto primordial el cual es abordado en este estudio se encuentra en la valoración de la incertidumbre, segunda idea de la teoría, que precede a los sistemas de soporte de la incertidumbre, tercer idea, donde se encuentran las estrategias de afrontamiento, por lo tanto incertidumbre y estrategias se presentan en distintos momentos del tiempo y apareciendo bajo ese orden, también se debe recordar que la autora hizo varias afirmaciones teóricas, una de ellas dice que la incertidumbre valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre, pero si es valorada como oportunidad los esfuerzos de afrontamiento serán para mantener la incertidumbre. De esta forma queda evidenciado que las estrategias de afrontamiento no son guiadas por la incertidumbre (al menos en la muestra de este estudio), tal vez sean regidas por otro tipo de variables que pueden ser interventoras entre los dos conceptos que no mostraron correlación o inclusive fungir como variables confusoras, una de ellas puede ser el estrés como lo menciona Lazarus y Folkman (1990), que es generado por la incertidumbre, lo que lleva a suponer que el puente de unión entre incertidumbre y estrategias de afrontamiento es el estrés.

Considerando el supuesto de la teoría que enuncia la disminución de incertidumbre como resultado de los esfuerzos de afrontamiento, se observa un idéntico comportamiento en la población de estudio, al comparar el grupo de mujeres con altos niveles de incertidumbre con los de nivel bajo. Esta situación es similar a lo encontrado por Germino et al. (2013) donde vieron una disminución en la incertidumbre por medio de una intervención sobre la atención que reciben los sobrevivientes de cáncer de mama, la cual podría considerarse una estrategia para hacer frente a la enfermedad. Estas

estrategias de afrontamiento también se han usado en varios estudios como el de Ticona et al. (2015) notando que se utilizan estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer en quimioterapia sin importar el género al que se pertenezca, Haro-Rodriguez et al. (2014) identificaron que el factor más relacionado al afrontamiento es específicamente la estrategia de reestructuración cognitiva con la edad, en personas de recién diagnóstico de cáncer de mama, también Elsheshtawy et al. (2014) indican que la estrategia más usada es la religión, por encima de la aceptación y el apoyo emocional. Retomando lo mencionado por Mishel (1988) donde dice que a la valoración de la incertidumbre, ésta puede ser percibida como una oportunidad o una amenaza, dependiendo si los sentimientos se evalúan positivos o negativos, se utilizaran diferentes estrategias para cada caso, de tal forma que serían modificadas por otras variables confusoras o interventoras que lleven a manifestar cada tipo de sentimiento; esto puede ser observado con el estudio de Ortiz et al (2014), que identificaron la existencia de relación entre las estrategias, los niveles de autoestima, ansiedad y depresión, dejando evidente que el efecto de las estrategias de afrontamiento se presenta en muchas circunstancias relacionadas con diferentes variables que pueden ser interventoras o confusoras.

4.1 Conclusiones

La incertidumbre frente a la enfermedad es un aspecto de la vida que se encuentra en todo el proceso de la enfermedad, alcanzando niveles altos en diferentes situaciones a las que se enfrentan las mujeres con cáncer de mama, además el estudio permitió conocer que no existe una relación con incertidumbre y estrategias de afrontamiento, que sería explicada por pertenecer a ideas diferentes dentro de la teoría, pero podrían ser regidas por otras variables confusoras o interventoras y utilizadas como puente de unión entre ellos; también se pudo observar que la incertidumbre disminuye por el esfuerzo de las estrategias de afrontamiento con la condición de ser evaluada antes a la incertidumbre como una oportunidad o una amenaza, tal como lo menciona un supuesto de la teoría y dos afirmaciones teóricas.

4.2 Recomendaciones

Para futuras investigaciones relacionadas con las estrategias de afrontamiento se recomienda:

- Diseñar un instrumento que las mida, a partir de la propia perspectiva de la incertidumbre frente a la enfermedad.
- Ocupar un diferente instrumento de medición, que proporcione otra clasificación de estrategias de afrontamiento.
- Hacer estudios longitudinales implementando intervenciones dirigidas a medir el efecto de las estrategias en diferentes cortes de tiempo.

En lo que respecta a la incertidumbre frente a la enfermedad se sugiere:

- Profundizar más sobre el tema, a través de investigaciones cualitativas que permitan observar el comportamiento del fenómeno de estudio con la particularidad de resultados que ofrece éste tipo de enfoque.

Por último con la finalidad de conocer y comprender en su máximo nivel es necesario hacer una triangulación de datos con investigaciones mixtas.

Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (3era edición). Mexico, D.F.: Manual Moderno.
- Arreguin L, Morales M, Bonilla M, Soriano M, Tlalpan R y Pérez V (2012).
Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer.
Enfermería: Cuidados Humanizados. Revista oficial de la facultad de enfermería
y tecnologías de la salud. Universidad católica del Uruguay. Vol. 1, n°2
diciembre 2012. Recuperado de
<http://enfermeriacuidadoshumanizados.ucu.edu.uy/inicio/item/35-revista-de-enfermer%C3%ADa-vol1-n%C2%BA2-diciembre-2012.html>
- Cano F, Rodríguez L y García J (2006). Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Recuperado de
[http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf)
- Cardenal M y Cruzado J (2014). Estrategias de afrontamiento y malestar emocional en mujeres con resultados dudosos de su mamografía. Recuperado de
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v8n1/v8n1a08.pdf>
- Castaño F y León del Barco B (2010). Estrategias de Afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. Redalyc. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2010, 10, 2, pp. 245-257. Universidad de Extremadura, España. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>
- Ceballos G, Echeverry A y Jiménez M (2014). Uso de estrategias de afrontamiento de los pacientes con el VIH y el cáncer en una clínica privada en Santa Marta.

Colombia. Recuperado de

<http://journalusco.edu.co/index.php/RFS/article/view/609/763>

Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. Sexta

Revisión. Colima 2015. Recuperado de

http://www.consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_6aRev2015c.PDF

Dirección General de Información en Salud (2014). Recuperado de

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/indicadores_inclusionocial.html

Elsheshtawy E, Abo-elez W, Ashour H, Farouk O y Esmael M (2014). Coping Strategies in Egyptian Ladies with Breast Cancer. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/263208750_Coping_Strategies_in_Egyptian_Ladies_with_Breast_Cancer

Germino B, Mishel M, Crandell J, Porter L, Blyler D, Jenerette C y Gil M (2013).

Resultados de una intervención del manejo de la incertidumbre en jóvenes afro-americanos y caucásicos sobrevivientes de cáncer de mama. Recuperado de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23269773>

Gómez I (2010). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. Bdigital repositorio institucional UN. Univerisdad

Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/>

Gómez-Palencia I, Castillo-Ávila I y Alvis-Estrada L (2015). Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan*. 2015; 15 (2):

210-218. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.2.5

- Haro-Rodríguez M, Gallardo-Vidal L, Martínez-Martínez M, Camacho-Calderón N, Velázquez-Tlapanco J y Paredes E, (2014). Factores Relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44919>
- Hernández R, Fernández C y Baptista M (2010). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGrawHill
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2015). Cáncer de mama. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Estadísticas a Propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre). Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>
- Jassim G, Whitford D, Hickey A y Carter B (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015*, Issue 5. Art. No.: CD008729. DOI: 10.1002/14651858.CD008729.pub2.
- Lazarus R (1990). Theory-based stress-measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3-13.
- Lazarus R y Folkman S (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus R y Lazarus B (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press.
- Secretaría de Salud (2016). Ley General de Salud. Recuperado de <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Documents/Leyes/lgs.pdf>
- Lin L, Chien L, Acquaye A, Vera-Bolanos E, Gilbert M y Armstrong T (2015). Significant predictors of patients' uncertainty in primary brain tumors. Springer

science business media new York. Recueprado de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805495>

Marriner T y Raile M (2003). *Modelos y teorías en enfermería* (5a edición).

Mejía M (2012). *Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres*

sometidas a mastectomía (Tesis de Doctorado inédita). Universidad Nacional de

Colombia. Recuperado de

<http://www.bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejiarojas.2012.pdf>

Mishel M (1988). Uncertainty in illness. *Image Journal of Nursing Scholarship*. Vol 20.

p 225-231.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>

Organización Mundial de la Salud (2012). Estimated Incidence, Mortality and

Prevalence Worldwide in 2012. Recuperado de

http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Organización Mundial de la Salud (2015). Cáncer de mama: prevención y control.

Recuperado de <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>

Organización Panamericana de la Salud (2014). *Epidemiología del cáncer de mama en*

las américas, 2014 (Hoja Informativa). Recuperado de

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3400&layout=blog&Itemid=3639&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (2015a). Cáncer de mama. Recuperado de

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=3400&layout=blog&Itemid=3639&lang=es

- Organización Panamericana de la Salud (2015b). Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11266&Itemid=41587&lang=es
- Ortiz E, Méndez L, Camaro J, Chavarro S, Toro G y Vernaza M (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83. Recueprado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297231283008>
- Pérez V (2008). *Incertidumbre en Mujeres con Cáncer Cervicouterino* (Tesis de maestría inédita). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla.
- Rodríguez-Díaz F, Estrada-Pineda C, Rodríguez-Franco L y Bringas-Molleda C (2013). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la Población Penitenciaria de México. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v27n3/0102-7972-prc-27-03-00415.pdf>
- Sajjadi M, Rassouli M, Bahri N y Mohammadipoor F (2015). The correlation between perceived social support and illness uncertainty in people with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome in Iran. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441187/>
- Sociedad Americana de Cáncer (2015). Guía detallada: Cáncer de seno. Recuperado de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/>
- Ticona B, Santos E y Siqueira A (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que

reciben quimioterapia. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74137151002>

Trejo F (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el

cuidado enfermero. Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>



Apéndice A
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
PE. Maestría en Enfermería



Escala Incertidumbre Frente a la Enfermedad

Forma Comunitaria (MUIS –C), Mishel, 1989

Estandarización y validación por: Pérez. B, Hernández. C, Morales. R, Landeros. O, 2011
Instrucciones: Por favor lea cada oración, tómese su tiempo y piense lo que dice cada una de ellas. Después coloque una X bajo la columna que mide más exactamente la manera en que se está sintiendo HOY, respecto a su enfermedad; si está de acuerdo con la oración entonces marque, ya sea bajo: “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo”, si está en desacuerdo con la oración marque en “totalmente en desacuerdo” o “en desacuerdo”, si no está decidido acerca de cómo se siente marque “indeciso” en ese enunciado. Por favor conteste cada una de ellas.

Respecto a mi enfermedad

1. No sé qué está mal en mí.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
_____ (5) _____	_____ (4) _____	_____ (3) _____	_____ (2) _____	_____ (1) _____

2. Tengo muchas preguntas sin respuesta.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
_____ (5) _____	_____ (4) _____	_____ (3) _____	_____ (2) _____	_____ (1) _____

3. 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) _____

4. No tengo claro qué tan fuerte será el dolor.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
_____ (5) _____	_____ (4) _____	_____ (3) _____	_____ (2) _____	_____ (1) _____

5. Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
_____ (5) _____	_____ (4) _____	_____ (3) _____	_____ (2) _____	_____ (1) _____

6. Tengo claro para qué sirve cada tratamiento.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
_____ (5) _____	_____ (4) _____	_____ (3) _____	_____ (2) _____	_____ (1) _____

7. Mis síntomas siguen cambiando inesperadamente.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
_____ (5) _____	_____ (4) _____	_____ (3) _____	_____ (2) _____	_____ (1) _____

Respecto a mi enfermedad

8. Entiendo todo lo que se me explica.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

9. Los doctores me dicen cosas que podrían tener muchos significados.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

10. Mi tratamiento es demasiado complicado para explicarlo.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

11. Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos están ayudándome.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

12. Debido a lo impredecible de mi enfermedad, no puedo planear el futuro.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

13. El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

14. Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal en mí.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

15. No está claro lo que me va a pasar

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

16. Los resultados de mis estudios son variables.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

17. La efectividad del tratamiento no está determinada.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

18. Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo hacer es variable.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

Respecto a mi enfermedad

19. Estoy seguro de que no encontrarán otra cosa mal en mí.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

20. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una conocida probabilidad de éxito.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

21. No me han dado un diagnóstico específico.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

22. La gravedad de mi enfermedad ha sido determinada.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

23. Los doctores y enfermeras utilizan un lenguaje cotidiano para que pueda entender lo que me están diciendo.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>



Apéndice B
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
PE. Maestría en Enfermería



Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Adaptado al español por Cano, Rodríguez y García (2007)

Este seguro de que responde a todas las frases y de que marca solo un numero en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

0= En absoluto 1= Un poco 2=Bastante 3=Mucho 4=Totalmente

1	Luche para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpe a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir el sentimiento para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Desee que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escucho mi problema	0	1	2	3	4
6	Repase el problema una y otra vez	0	1	2	3	4
7	No deje que me afectara; evite pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pase algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta que era personalmente de mis dificultades y me lo reproche	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Desee que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hable con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambie la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Trate de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evite estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critique por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0	1	2	3	4
20	Desee no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Deje que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quite importancia a la situación y no quise preocuparme mas	0	1	2	3	4
24	Oculte lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4

26	Me recrimine por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Deje desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseo poder cambiar lo que había ocurrido	0	1	2	3	4
29	Pase algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunte que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporte como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No deje que nadie sintiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luche por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imagine que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fije en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evite pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Trate de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4



Apéndice C
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
PE. Maestría en Enfermería



Consentimiento Informado

Usted ha sido seleccionada para participar en un proyecto de investigación titulado: **Incertidumbre y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama**. Este proyecto es realizado por LE. María Guadalupe Salazar Arrieta estudiante del cuarto semestre del programa educativo Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería BUAP. **El propósito de este estudio es determinar la presencia y relación de incertidumbre y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama**. Esto permitirá en el futuro, desarrollar programas de educación y sensibilización que coadyuven a incentivar o reforzar estrategias de afrontamiento generadas en el proceso de enfermedad que viven las personas con esta situación de salud.

Si usted está de acuerdo en participar en esta investigación se requiere que proporcione su autorización mediante la firma de este documento y que responda las preguntas de la Hoja de Datos Generales, de la Escala de Medición de Incertidumbre frente a la Enfermedad forma comunitaria (M.U.I.S.- C.) y las del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. El participar en este estudio le tomará 15 minutos aproximadamente y cabe mencionar que la presente investigación no tiene riesgos; aunque puede producirle incomodidad por el número de preguntas; la información obtenida de la investigación se mantendrá bajo estricta confidencialidad y no se utilizará su nombre o cualquier otro dato que pueda identificarla. Su participación es voluntaria y tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

Como participante de esta investigación:

Manifiesto que he leído el contenido de esta hoja de consentimiento, y se me ha explicado ampliamente el propósito de esta investigación.

Nombre de la participante
(Opcional)

Firma

Fecha

Nombre del Investigador

Firma

Fecha



Apéndice D
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
PE. Maestría en Enfermería



Datos Generales de la Mujer con Cáncer de Mama

(DAGE-MUCAMA)

Salazar (2016)

No. Cuestionario _____

Instrucciones: Por favor conteste lo que se le pide.

Fecha de aplicación _____
Día / Mes / Año

1. Edad en años cumplidos: _____
2. Grado de estudios
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Preparatoria
 - d) Técnica
 - e) Licenciatura
 - f) Especialista
 - g) Maestría
 - h) Doctorado
3. ¿Trabaja?
No _____
Si _____ ¿En qué? _____
4. ¿Hace que tiempo le diagnosticaron el cáncer de mama?

5. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo?
 - a) Psicológico
 - b) Emocional
 - c) Económico
 - d) Social
 - e) Ninguno
 - f) ¿Otro? _____
6. ¿Qué religión profesa? _____
7. Para usted ¿es importante Dios? _____