

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ANTECEDENTES DE LA INCERTIDUMBRE EN LA PERSONA ADULTA CON
DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica.

KAROL SOLANO FLORES
NELSON BARBOZA SOLANO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2023

Dedicatoria.

Dedico este trabajo a todas las personas que pasan esta dura prueba de la enfermedad del cáncer, y a mi madre Maribel Flores, por darme la vida, ser mi apoyo incondicional y ser una luchadora sobreviviente de cáncer, enseñándome la valentía de enfrentar este proceso en carne propia.

Karol

Dedicada a todas las personas que día a día transitan por el camino de la enfermedad oncológica, a pesar de la incertidumbre y los miedos, son una muestra de valentía y esfuerzo ante la vulnerabilidad del ser humano.

Nelson

Agradecimiento.

Agradezco primeramente a Dios, por darme la vida y salud para poder desarrollar este logro. Agradezco a mi compañero Nelson Barboza por la paciencia y el apoyo incondicional durante todo este proyecto. Agradezco a mi pareja Daniel Casares y mis hermanas Melany Flores y Amalia Centeno por siempre estar apoyándome en cada paso que me propongo.

Karol

Este logro, ante todo, lo agradezco a Dios, a mi familia por su apoyo incondicional y comprensión, a mis compañeros de trabajo que me ayudaron con cambios para asistir a clases o que estuvieron pendiente del progreso. Al cuerpo docente del posgrado en Enfermería Oncológica y Hematológica, en especial a la Doctora Ana Laura Solano, para mí una mentora en la investigación. A mi compañera Karol Solano, este proceso no hubiese sido igual sin su compañía.

Nelson

"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica".



Dr. Rafael González Ballar
Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrado



Dra. Ana Laura Solano López
Profesora guía



Dr. Derby Muñoz Rojas
Lector



M.Sc. Maureen Barrantes González
Lectora



Mag. Diego Redondo Sáenz
Representante de la Directora del Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería



Nelson Barboza Solano
Sustentante



Karol Solano Flores
Sustentante

Tabla de Contenidos.

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Hoja de aprobación.....	iv
Tabla de Contenidos.....	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Lista de tablas.....	ix
Lista de figuras.....	x
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Problema de investigación.....	2
1.3 Justificación.....	5
1.4 Objetivos.....	11
<i>1.4.1 Objetivo General.....</i>	<i>11</i>
<i>1.4.2 Objetivos Específicos.....</i>	<i>11</i>
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL.....	12
2.1 Marco teórico.....	12
<i>2.1.1 Incertidumbre frente a la enfermedad.....</i>	<i>13</i>
<i>2.1.2 Marco de estímulos.....</i>	<i>17</i>
<i>2.1.3 Capacidad cognitiva.....</i>	<i>20</i>
<i>2.1.4 Proveedores de la estructura.....</i>	<i>22</i>
2.2 Marco conceptual.....	24
<i>2.2.1. Generalidades del cáncer.....</i>	<i>25</i>
<i>2.2.2 Persona adulta.....</i>	<i>26</i>
<i>2.2.3 Persona adulta con diagnóstico oncológico.....</i>	<i>27</i>
<i>2.2.4 Enfermería oncológica.....</i>	<i>28</i>
2.3 Marco empírico.....	30
<i>2.3.1 Antecedentes internacionales.....</i>	<i>30</i>
<i>2.3.2 Antecedentes Nacionales.....</i>	<i>36</i>
Capítulo III: Metodología.....	38
3.1 Modalidad.....	38

3.2 Diseño del estudio.....	38
3.2.1 <i>Identificación del problema.</i>	39
3.2.2 <i>Búsqueda de literatura.</i>	40
3.2.3 <i>Evaluación de los datos.</i>	46
3.2.4 <i>Análisis de los datos.</i>	48
3.2.5 <i>Presentación de los datos.</i>	52
3.3 Consideraciones éticas.....	53
Capítulo IV: Resultados.	55
4.1 Búsqueda de literatura.	55
4.1.1 <i>Búsqueda de literatura.</i>	55
4.1.2 <i>Selección de artículos.</i>	57
4.2 Evaluación de los datos.....	60
4.3 Análisis de los datos.	67
4.3.1 <i>Descripción de las publicaciones incluidos en la revisión.</i>	67
4.3.2 <i>Antecedentes de la incertidumbre identificados.</i>	72
Capítulo V: Discusión.	85
5.1 Discusión.	85
5.2 Conclusiones.....	117
5.3 Recomendaciones.	119
Bibliografía.	121
Anexos	131
Anexo 1: Carta a aprobación del TFIA y el comité asesor.	131

Resumen.

Introducción: La incertidumbre ocurre frecuentemente en personas adultas con diagnósticos oncológicos, situación en la que el tomador de decisiones no puede asignar un valor definido a los eventos y no puede predecir los resultados con precisión. Actualmente no existe evidencia organizada acerca de los antecedentes de incertidumbre en personas adultas con cáncer. **Objetivo:** Identificar en la literatura disponible los antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico. **Metodología:** Se realizó una revisión integrativa a través de cuatro bases de datos (EMBASE, ProQuest Dissertations & Theses Global, LILACS y ScienceDirect). Los estudios seleccionados fueron evaluados críticamente y sintetizados utilizando el método de comparación constante: reducción de datos, visualización de datos, comparación de datos, elaboración de conclusiones. **Resultados:** De 2596 artículos identificados inicialmente, se incluyeron 14 que cumplieron los criterios de selección para esta revisión. Se identifica que distinción e inconsistencia en número y frecuencia de los síntomas previo al diagnóstico o durante el tratamiento genera incertidumbre. La experiencia propia y vicaria, la orientación en el sistema, la disrupción de rutinas, así como situaciones de incoherencia entre lo esperado y lo experimentado como signos de recaída de la enfermedad, resultados confirmatorios del diagnóstico final y resultados del tratamiento aumentan o disminuyen la incertidumbre en la persona. La edad, el caos emocional, y eventos fisiológicos internos pueden alterar la comprensión y aprendizaje de la información. Los y las profesionales de la salud generan conocimiento para comprender la enfermedad y ayudar a reducir la incertidumbre, principalmente a través de una relación de calidad y constancia, sumado a la interacción humana, el soporte emocional e instrumental. La educación es utilizada para generar conocimiento, sin embargo, la información compleja y fragmentada, no centrada en las necesidades de las personas y con lenguaje poco comprensible de los especialistas, y un bajo nivel educativo genera incertidumbre. **Conclusión:** La distinción e inconsistencia de los síntomas, la experiencia propia y vicaria, la orientación en el sistema y la disrupción de rutinas como moduladores de los eventos novedosos e incoherencias entre lo esperado y lo experimentado son elementos que alteran la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe la persona adulta con diagnóstico oncológico, por tanto, no se estructuran dentro de un esquema cognitivo, lo que genera más incertidumbre. Las demandas que monopolizan los recursos cognitivos o factores que alteran las capacidades cognitivas como la edad, el caos emocional y eventos fisiológicos internos interrumpen el procesamiento de la información que estructura el marco de estímulos. Los proveedores de estructura generan conocimiento a través de información clara, precisa, necesaria y suficiente que le permite a la persona entender la nueva experiencia que atraviesa, sobre todo en aquellas con bajo nivel educativo. Del mismo modo, una relación de calidad y constancia con la autoridad creíble basada en la confianza, así como el soporte emocional e instrumental de familia, pares y amigos ayuda a clarificar la situación y a formar un esquema cognitivo, reduciendo la imprevisibilidad sobre los eventos de la enfermedad oncológica.

Palabras Clave: Incertidumbre, neoplasia, cáncer, oncología, Persona adulta.

Abstract.

Introduction: Uncertainty frequently occurs in adults with oncological diagnoses, a situation in which the decision maker cannot assign a defined value to the events and cannot accurately predict the results. There is currently no organized evidence about the history of uncertainty in adults with cancer. **Objective:** To identify in the available literature the antecedents of uncertainty in adults with a cancer diagnosis. **Methodology:** An integrative review was carried out through four databases (EMBASE, ProQuest Dissertations & Theses Global, LILACS and ScienceDirect). Selected studies were critically appraised and synthesized using the constant comparison method: data reduction, data visualization, data comparison, drawing conclusions. **Results:** Of 2596 initially identified articles, 14 that met the selection criteria for this review were included. It is identified that distinction and inconsistency in number and frequency of symptoms prior to diagnosis or during treatment generates uncertainty. The personal and vicarious experience, the orientation in the system, the disruption of routines, as well as situations of inconsistency between what is expected and what is experienced as signs of disease relapse, confirmatory results of the final diagnosis and treatment results increase or decrease uncertainty. in person. Age, emotional chaos, and internal physiological events can alter the understanding and learning of information. Health professionals generate knowledge to understand the disease and help reduce uncertainty, mainly through a quality and constancy relationship, added to human interaction, emotional and instrumental support. Education is used to generate knowledge, however, complex and fragmented information, not focused on the needs of people and with language that is not understandable by specialists, and a low educational level generates uncertainty. **Conclusion:** The distinction and inconsistency of the symptoms, the personal and vicarious experience, the orientation in the system and the disruption of routines as modulators of novel events and inconsistencies between what is expected and what is experienced are elements that alter the form, composition and structure of the stimuli perceived by the adult person with a cancer diagnosis, therefore, they are not structured within a cognitive scheme, which generates more uncertainty. Demands that monopolize cognitive resources or factors that alter cognitive abilities such as age, emotional chaos, and internal physiological events interrupt the processing of information that structures the framework of stimuli. Structure providers generate knowledge through clear, precise, necessary and sufficient information that allows people to understand the new experience they are going through, especially those with a low educational level. In the same way, a quality and constant relationship with a credible authority based on trust, as well as the emotional and instrumental support of family, peers and friends helps to clarify the situation and to form a cognitive schema, reducing the unpredictability of events of oncological disease.

Keywords: Uncertainty, neoplasia, cancer, oncology, adult person.

Lista de tablas.

Tabla 1. <i>Términos de búsqueda con descriptores DeCS y MeSH</i>	41
Tabla 2. <i>Fuentes de búsqueda de literatura</i>	42
Tabla 3. <i>Herramientas de evaluación crítica según diseño de investigación del Johanna Briggs Institute</i>	47
Tabla 4. <i>Jerarquía de evidencia propuesta por Polit y Beck, 2021</i>	48
Tabla 5. <i>Ejemplo de la tabla para la caracterización de las publicaciones incluidas</i>	51
Tabla 6. <i>Ejemplo de la tabla para los resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura a utilizar</i>	51
Tabla 7. <i>Resultados según base de datos y estrategia de búsqueda</i>	56
Tabla 8. <i>Estudios evaluados utilizando la lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para la investigación cualitativa</i>	61
Tabla 9. <i>Estudios evaluados utilizando la lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para estudios transversales analíticos</i>	64
Tabla 10. <i>Estudio evaluado utilizando la herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018</i>	65
Tabla 11. <i>Estudio evaluado utilizando la lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para revisiones sistemáticas</i>	66
Tabla 12. <i>Características de las publicaciones incluidas en la revisión</i>	69
Tabla 13. <i>Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría marco de estímulos</i>	75
Tabla 14. <i>Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría capacidad cognitiva</i>	77
Tabla 15. <i>Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría proveedores de estructura</i>	80

Lista de figuras.

Figura 1. <i>Marco conceptual de la Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad.</i>	14
Figura 2. <i>Ejemplo de diagrama de flujo PRISMA a utilizar.</i>	45
Figura 3. <i>Diagrama de flujo PRISMA para la identificación de los artículos.</i>	59
Figura 4. <i>Antecedentes de la incertidumbre identificados en la persona adulta con diagnóstico oncológico categorizados dentro del esquema conceptual de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad..</i>	84



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Karol Solano Flores, con cédula de identidad 115470965, en mi condición de autor del TFG titulado Antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico: Una revisión integrativa.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Nelson Barboza Solano, con cédula de identidad 303970791, en mi condición de autor del TFG titulado Antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico: Una revisión integrativa.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.

1.1 Introducción.

La incertidumbre es “un estado cognitivo en el que las personas no son capaces de determinar qué significan los hechos que ocurren debido a la enfermedad, derivado de falta de estímulos e información, que no permiten procesar cognitivamente los hechos relacionados con la enfermedad y construir un significado de estos eventos” Mishel, 1988).

La incertidumbre ocurre frecuentemente en personas adultas con diagnósticos oncológicos, ya que deben enfrentar una serie de estresores y miedos que generalmente dificultan la comprensión de la enfermedad, sus tratamientos y pronóstico, lo que afecta de manera negativa su afrontamiento, toma de decisiones y adaptación a las nuevas condiciones de salud (Ramírez et al., 2018). Actualmente no existe evidencia organizada acerca de los antecedentes de la incertidumbre en personas adultas con diagnóstico oncológico.

Para los y las profesionales de la salud, comprender la incertidumbre frente a la enfermedad y sus antecedentes es importante ya que permite conocer y orientar las necesidades de cuidado en esta población, aportando conocimiento teórico que puede ser aplicado en la práctica clínica, desde un contexto integral e interdisciplinar, fortaleciendo las capacidades cognitivas tanto de la persona oncológica como sus familias, modificando los estímulos y generando la adaptación al proceso salud-enfermedad en el que se encuentra.

En la actualidad existe evidencia de investigaciones que han abordado la incertidumbre y sus antecedentes ante la enfermedad en diversas poblaciones, sin embargo, no se reporta hasta el momento estudios secundarios que logren identificar en la literatura los antecedentes de la incertidumbre específicamente a la población adulta con diagnóstico oncológico. Ante la necesidad expuesta, se desarrollará el presente Trabajo Final de

Investigación Aplicada para optar por el grado de Magister Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica de la Universidad de Costa Rica, bajo el diseño de revisión integrativa de la literatura, utilizando el enfoque metodológico trazado por Whitemore y Knafl (2005). El objetivo de esta revisión integrativa es identificar en la literatura disponible los antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico.

Se utilizarán diversas bases de datos para la búsqueda de literatura, bajo una rigurosa selección de artículos y evaluación crítica, comprendida entre el periodo 2010 al 2022, en los idiomas inglés, español y portugués. El análisis estará categorizado de acuerdo a los antecedentes de la incertidumbre propuesto en la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle H. Mishel: marco de estímulos, capacidad cognitiva y proveedores de la estructura.

1.2 Problema de investigación.

La incertidumbre frente a la enfermedad se describe como la incapacidad de las personas para dar sentido o significado a los procesos o las situaciones que tienen que ver con su estado de salud (Mishel, 1988). En situaciones de enfermedades como el cáncer, donde la aparición de signos y síntomas es variable y va evolucionando de manera impredecible, la incertidumbre carcome y afecta drásticamente la salud integral (física y psíquica) de la persona, y también tiene un impacto negativo en la familia (Gómez et al., 2015). Si este fenómeno no se interviene a tiempo, se han documentado efectos negativos como ansiedad, depresión, dificulta el inicio oportuno del tratamiento o la deficiente adherencia al mismo, desconocimiento en su autocuidado, entre otros, afectando la calidad de vida de la persona (Ramírez et al., 2018).

El cáncer cala tan hondo y fuertemente en la vida de las personas que lo padecen, que no sólo implica saber que se tiene una enfermedad potencialmente mortal, involucra también el miedo al rechazo y un sentimiento impreciso de no tener la certeza de lo que vendrá; las personas se sienten desvalidos y envueltos en sentimientos de inseguridad en su cotidianidad; la diversas sensaciones y sucesos a los que se ven expuestas repentinamente y la serie de eventos que les suceden con tal rapidez, que no se sienten capaces de entender o asimilar lo que está ocurriendo en sus vidas (Arreguin et al., 2012). Es una enfermedad que se caracteriza por generar incertidumbre en la persona como en sus familiares, amigos, e incluso en el personal de salud (Johnson & Hurtado, 2017). Constituye a su vez una experiencia estresante y supone una carga enorme de angustia y sufrimiento (Ramírez et al., 2018).

Usualmente el primer pensamiento al recibir el diagnóstico de cáncer es de muerte, por la gravedad y la difícil rehabilitación de la enfermedad, pensamientos derivados de conocimientos erróneos que aumentan la ansiedad y la perplejidad de la situación estresante a la que se enfrentan (Arreguin et al., 2012). La incertidumbre ante la enfermedad oncológica no únicamente aparece al momento del diagnóstico, sino que puede aumentar o disminuir en la persona y su familia con el transcurso de la enfermedad. Existen algunos factores que pueden aumentar o disminuir la incertidumbre en el proceso de enfermedad, por ejemplo, la falta de información y conocimiento sobre la enfermedad (Gómez et al., 2015), “la falta de información o brindada de manera inadecuada, la tramitología y las barreras de acceso que pone el sistema de salud aumenta la incertidumbre en las personas” (Ramírez et al., 2018, p.8). Por su parte “el apoyo social previene la incertidumbre, interactuar con otros ayuda a clarificar la situación y ayuda a formar un esquema cognitivo” (Ramírez et al., 2018, p.8). Los niveles adecuados de información, la forma de comunicación, la empatía con el personal

de salud y el nivel educativo pueden interferir en el aumento o disminución de la incertidumbre (Arias, Carreño, & Chaparro, 2019).

Es relevante señalar, que dentro del desarrollo teórico enfermero, aparece el concepto de incertidumbre que parte de la teoría de rango medio de Merle Mishel, quien afirma que el marco de estímulos, la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura preceden a la incertidumbre y ofrecen la información que es procesada por la persona (Mishel, 1988), lo que constituye los antecedentes de la incertidumbre. Las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con su enfermedad para construir significados de los eventos que se van sucediendo en su experiencia; la incertidumbre aparece cuando existe cierta incapacidad para estructurar esos significados (Mishel, 1988). Es así, que la capacidad cognitiva de las personas favorece o limita la interpretación subjetiva de su enfermedad, del tratamiento y de la hospitalización. Asimismo, les permite percibir el grado en que los síntomas son consistentes con un patrón o configuración y les ayuda a reconocer claves familiares asociadas en su memoria, que registra la estabilidad, la confiabilidad y por consiguiente la congruencia de la aparición de los síntomas; así se constituye un marco de estímulos asociados a las capacidades cognitivas (Arreguin et al., 2012).

Existe otro antecedente de la incertidumbre, constituido por la ayuda que se da a las personas para procesar todo el marco de estímulos, a través de los proveedores de la estructura sanitaria, quienes son para la persona, autoridades confiables, que junto a la educación y el apoyo social, dependerá la forma como las personas estructuren el patrón de síntomas, la familiaridad y la congruencia con el evento de la enfermedad, permitiendo nivel la configuración de un esquema cognitivo sobre la enfermedad que modula el nivel de incertidumbre (Arreguin et al., 2012).

En la actualidad existe evidencia de investigaciones que han abordado la incertidumbre y sus antecedentes ante la enfermedad en diversas poblaciones, sin embargo, no se reporta hasta el momento estudios secundarios que logren identificar en la literatura los antecedentes de la incertidumbre específicamente a la población adulta con diagnóstico oncológico.

A continuación, se presenta los argumentos que justifican el fenómeno de interés en este estudio.

1.3 Justificación.

El cáncer se ha convertido en una de las enfermedades crónicas no transmisibles de más incidencia en la población a nivel mundial, superados únicamente por las enfermedad cardiovasculares, representando una de los mayores desafíos para el desarrollo en el siglo XXI (Landrove et al., 2018). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por enfermedades no transmisibles (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones cada año) (OPS/OMS, 2018).

El cáncer es la principal causa de muerte en los países desarrollados y la segunda causa en los países en vías de desarrollo (Ramírez et al., 2018). La carga por esta enfermedad ha aumentado como resultado del envejecimiento de la población y su crecimiento, así como también por la adopción de estilos de vida relacionadas con el cáncer: el tabaquismo, la inactividad física y las dietas “occidentalizadas” (Ramírez et al., 2018).

A nivel mundial, según datos tomados del Global Cancer Observatory (2021), se presentaron 19.292.789 nuevos casos de cáncer en el año 2020, siendo el cáncer de mama el que ocupa la mayor incidencia con 2.261.419 casos, seguido por el cáncer de pulmón,

colorectal y prostata; y posteriormente otros tipos. Ahora bien, del total de casos nuevos presentados en este año, el 98.5% de los casos corresponden al grupo de personas mayores de 20 años. (International Agency for Research in Cancer/OMS, 2021).

En cuanto a la mortalidad por cáncer a nivel mundial para ese mismo año, se presentaron un total de 9.958.133 defunciones. El cáncer de pulmón es el de mayor mortalidad representado el 18% del total de las defunciones por cáncer, con un total de 1.796.144 muertes, seguido por el cáncer colorectal, hígado y estómago (International Agency for Research in Cancer/OMS, 2021).

Según datos del Global Cancer Observatory (2021) para el año 2020 se presentaron en Costa Rica un total de 13.139 casos nuevos de cáncer. Los cánceres con mayor incidencia fueron: el cáncer de próstata con una incidencia de 1.909 casos, seguido por el cáncer de mama con 1.624 casos, cáncer colorrectal 1.257 casos y el cáncer de estómago con 952 casos (International Agency for Research in Cancer/OMS, 2021).

En cuanto a la mortalidad por cáncer en Costa Rica para ese mismo año se presentaron un total de 6.028 defunciones. El cáncer de estómago es el de mayor mortalidad representado el 12.9% del total de las defunciones por cáncer, con un total de 779 muertes, seguido por el cáncer colorectal, hígado y mama (International Agency for Research in Cancer/OMS, 2021).

Del total de casos nuevos presentados en Costa Rica durante el año 2020, 12.902 representa a personas mayores de 20 años, lo que corresponde a un el 98% de incidencia a partir de esta edad (International Agency for Research in Cancer/OMS, 2021), reflejando que es a partir de esta edad donde se presenta la mayor incidencia de estas enfermedades, con igual tendencia a nivel mundial.

A partir de estas cifras resulta destacable abordar aspectos ligados al cáncer dada la problemática de interés en salud pública que ésta representa. Se trata de una enfermedad

crónica no transmisible, que afecta en su mayoría a personas en edad adulta, en muchas ocasiones de larga duración y progresión lenta, que genera cambios en las diversas áreas del individuo. Dado que las estadísticas nos reafirman que es una enfermedad de mayor predominancia en la población adulta, se decide enfocar la presente investigación en dicho grupo poblacional.

Por tanto, es necesario lograr acciones en la práctica e investigación en torno a la promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; a fin de mejorar la calidad de vida de las personas y sus familiares, y reducir la carga física y emocional de esta enfermedad, enfrentar la tendencia ascendente de algunos factores de riesgo y mejorar el control de la misma (Ministerio de Salud de Costa Rica., 2012). Esto con el fin de mejorar la atención para las personas con diagnósticos oncológicos y sus familias, que les permita sobrellevar un proceso de enfermedad más humanizado, con una planificación del cuidado según sus necesidades individuales y un acompañamiento por parte el equipo interdisciplinario que repercuta en una mejor calidad de vida.

Los profesionales de enfermería, y principalmente los especialistas en enfermería oncológica, deben enfrentar mediante su intervención, variedad de problemas y situaciones frecuentes en quienes padecen cáncer. Uno de ellos es la incertidumbre, experimentada por la persona con cáncer (Johnson & Hurtado, 2017), razón por la que es necesario profundizar en el estudio de la condición de incertidumbre en personas adultas con diagnóstico oncológicos, ya que en la praxis se ve un incremento en la incidencia de cáncer, principalmente en personas adultas, aumentando las posibilidades de encontrársela con frecuencia en los servicios de hospitalización o comunidad. Los profesionales de la salud deben guiar a las personas a través de la trayectoria incierta del cáncer, mediante la identificación de las verdaderas necesidades de las personas sobre la base de una relación

establecida, proporcionando una coordinación personalizada y desarrollando su potencial (Paez, Randazzo, & Sánchez, 2019).

En enfermería se utiliza la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, una teoría de mediano rango creada por Merle Mishel, en la que se explica cómo los pacientes procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y construyen significado en estos eventos; la incertidumbre, o la incapacidad de estructurar el significado, puede desarrollarse si la persona no forma un esquema cognitivo para los eventos de la enfermedad. La discusión de la teoría se organiza en torno a tres temas principales: los antecedentes de la incertidumbre, el proceso de evaluación de la incertidumbre y el afrontamiento de la incertidumbre. (Mishel, 1988) .

Como se menciona uno de los conceptos importantes en la teoría son los antecedentes de la incertidumbre, conformados por el marco de los estímulos, la capacidad cognitiva y la fuente de estructura (Mishel, 1988), siendo estos el foco específico de este estudio. Estos tres componentes permiten a la persona procesar los estímulos para construir un esquema cognitivo para los eventos de la enfermedad, la incertidumbre se produce cuando no se puede formar un esquema cognitivo, esto conlleva a la persona a realizar una evaluación de la incertidumbre en peligro u oportunidad, y posteriormente generar mecanismos de afrontamiento que si son eficaces se producirá la adaptación a la enfermedad (Mishel, 1988); de manera que conocer los antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológica permitirá a los y las profesionales especialistas en enfermería oncológica u aquellos profesionales dedicados a la atención y cuidado de la persona oncológica orientar intervenciones para generar en la persona una mejor comprensión de los significados y eventos de la enfermedad, antes de darse la valoración de la incertidumbre por la persona, es decir de forma preventiva. “De esta manera favorecer en la persona con cáncer

un adecuado afrontamiento de su enfermedad, a fin de evitar el efecto inmovilizador y el estrés que provoca la incertidumbre frente al diagnóstico de esta enfermedad” (Johnson & Hurtado, 2017, p. 58).

Estudios revelan que ante el cáncer infantil tanto el o la niña como sus padres o cuidadores experimentan incertidumbre en una díada indisoluble (Nurhidayah et al, 2023). Dado a que este argumento puede comprometer la interpretación de los antecedentes de la incertidumbre y llevarlos a extrapolar conclusiones que pueden no ser aplicables a la población adulta, se decide incluir solamente datos que se refieran a personas adultos con diagnóstico oncológico.

Es así como se pretende que los resultados que se desprendan de esta investigación aporte conocimiento a los y las profesionales de enfermería oncológica para que sean incorporados a los procesos de cuidado, a través de estrategias e intervenciones dirigidas a la persona adulta oncológica, reconociendo los antecedentes de la incertidumbre que en ella influyen. De esta manera, lograr en la persona oncológica un impacto positivo en su proceso de enfermedad según etapa en que se encuentre (preventiva, curación, rehabilitación, paliativa), disminuyendo las consecuencias de la incertidumbre a nivel físico, emocional, social y espiritual, logrando así una mejor calidad de vida.

Así mismo, la realización del presente trabajo contribuye a visibilizar el ser, saber y quehacer del profesional de enfermería oncológica, que, como parte importante del equipo interdisciplinario, aborde al usuario oncológico y familia o cuidador, desde el momento de comunicar el diagnóstico y durante todo el proceso de enfermedad, para gestionar un cuidado oportuno, eficaz y holístico, desde sus bases teórico-científicas. Con el desarrollo de este trabajo, se obtiene un aporte importante al conocimiento de enfermería con relación al cuidado de enfermería planeado con base en modelos y teorías que permiten darle

fundamento teórico a todo el quehacer del profesional en el área asistencial (Paez et al., 2019). Además, el conocimiento generado a través de esta revisión integrativa, debe ser el preámbulo para generar nuevas investigaciones, orientadas a optimizar el cuidado en la población oncológica.

Por último, una población en un franco proceso de envejecimiento, la complejidad de la vida actual que tiende en ocasiones a favorecer factores que aumentan el riesgo de desarrollar un tumor, el impacto económico del cáncer en la sociedad, tanto por los costos de la atención directa de la enfermedad como por la pérdida de la capacidad productiva de la sociedad, entre otros factores, representan desafíos que solo el compromiso decidido y el trabajo coordinado de los diversos actores de la sociedad pueden llegar a enfrentar y controlar (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012). De ahí, que esta investigación tiene relevancia social al generar un aporte al conocimiento que es de aplicabilidad en la especialidad de enfermería oncológica, en la ciencia de la enfermería en general y otras disciplinas orientadas a la atención, cuidado e investigación con la persona con diagnóstico oncológico, con el fin de mejorar la atención, el cuidado y calidad de vida de la persona y sus familias.

La pregunta de investigación que guía esta revisión integrativa es: ¿Cuáles son los antecedentes de incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico, según la literatura científica disponible? Es por esto que, para el desarrollo del presente trabajo se plantea llevar a cabo los siguientes objetivos:

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General.

- Identificar en la literatura disponible los antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Determinar los factores del marco de estímulos que favorecen la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico.
- Determinar los factores cognitivos que favorecen la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico.
- Determinar los proveedores de estructura que controlan la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL.

Para la elaboración de esta revisión integrativa se recurrirá a la fundamentación teórica, conceptual y empírica. En cuanto al sustento teórico al ser el interés describir los antecedentes de la incertidumbre en la persona oncológica, se sustenta el presente estudio mediante la Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, de Merle Mishel, debido a que ésta constituye uno de los principales referentes con los que cuenta la ciencia enfermera en torno a este fenómeno tan medular para la profesión, como lo es la incertidumbre presente en la persona o familiar ante una enfermedad.

Con respecto al marco conceptual, se determinó necesario su utilización con el fin de traer a colación conceptos que resultan fundamentales para esta investigación, y que no son abordados por la teorizante, como lo son generalidades del cáncer, persona adulta, persona adulta con diagnóstico oncológico y enfermería oncológica.

Respecto al marco empírico, se realizó la búsqueda y revisión de antecedentes concernientes al fenómeno de interés, con el fin de conocer lo que se ha estudiado al respecto. De esta manera el presente capítulo cuenta con una fundamentación lo suficientemente robusta para dar solidez a este estudio.

2.1 Marco teórico.

La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad es una teoría de enfermería de rango medio, creada por Merle H. Mishel, la teoría se organiza en torno a tres temas principales: los antecedentes de la incertidumbre, el proceso de evaluación de la incertidumbre y el afrontamiento de la incertidumbre (Smith & Liehr, 2014).

La incertidumbre se define como la incapacidad de determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Es el estado cognitivo creado cuando la persona no

puede estructurar o categorizar adecuadamente un evento debido a la falta de pistas suficientes (Mishel, 1988). La incertidumbre ocurre en una situación en la que el tomador de decisiones no puede asignar un valor definido a los objetos o eventos y/o no puede predecir los resultados con precisión (Raile & Marriner, 2011).

A continuación, se presentan los principales conceptos que conforman esta teoría.

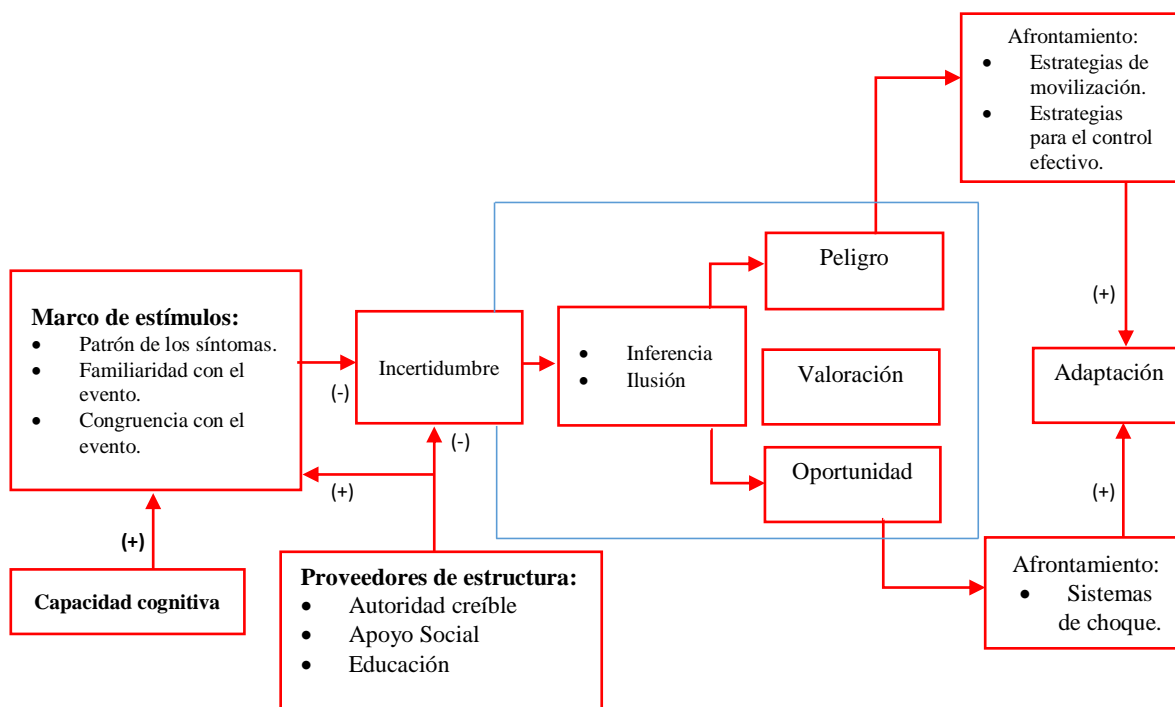
2.1.1 Incertidumbre frente a la enfermedad.

La teoría de la incertidumbre explica cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedad y construyen significado en estos eventos (Mishel, 1988). La incertidumbre, o la incapacidad de estructurar el significado, puede desarrollarse si el paciente no forma un esquema cognitivo para los eventos de la enfermedad. Un esquema cognitivo es la interpretación subjetiva del paciente de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización (Mishel, 1988).

La discusión de la teoría se organiza en torno a tres temas principales: los antecedentes de la incertidumbre, el proceso de evaluación de la incertidumbre y el afrontamiento de la incertidumbre (ver figura 1). 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 (Mishel, 1988).

Figura 1.

Marco conceptual de la Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad.



Nota: Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>

Según Mishel (1988), la variable antecedente primaria, *marco de estímulos*, se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe la persona; el marco de estímulos tiene tres componentes: patrón de síntomas, familiaridad del evento y congruencia del evento. Estos tres componentes proporcionan los estímulos que el paciente estructura en un esquema cognitivo, lo que genera menos incertidumbre (Mishel, 1988).

El *patrón de síntomas* se refiere al grado en que los síntomas se presentan con suficiente consistencia para ser percibidos como un patrón o configuración. Con base en este patrón, se puede determinar el significado de los síntomas (Mishel, 1988).

La *familiaridad con el evento* se refiere al grado en que la situación es habitual, repetitiva o contiene señales reconocidas. Cuando los eventos se reconocen como familiares, se pueden asociar con eventos de la memoria y se puede determinar su significado (Mishel, 1988).

La *congruencia de eventos* se refiere a la coherencia entre lo esperado y lo experimentado en eventos relacionados con la enfermedad. Esta consistencia implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así la interpretación y comprensión (Mishel, 1988).

Estos componentes del marco de estímulos están inversamente relacionados con la incertidumbre, es decir, reducen la incertidumbre (Raile & Marriner, 2011). Los tres componentes del marco de estímulos están influenciados por otras dos variables: capacidad cognitiva y proveedores de estructura (Mishel, 1988).

La *capacidad cognitiva* se refiere a las habilidades de procesamiento de información de la persona. Solo se puede procesar una cantidad limitada de información al mismo tiempo. La capacidad cognitiva limitada reducirá la capacidad de percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con los eventos y la congruencia de los eventos (Mishel, 1988).

La segunda variable que influye en el marco de estímulos son los *proveedores de estructura*, este es el recurso disponible para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos. Se propone que los proveedores de estructuras reduzcan el estado de incertidumbre tanto directa como indirectamente (Mishel, 1988). La incertidumbre se reduce directamente cuando el paciente confía en los proveedores de estructura para interpretar los eventos, la reducción de la incertidumbre ocurre indirectamente cuando los proveedores de estructuras ayudan al paciente a determinar el patrón de síntomas, la familiaridad de los

eventos y la congruencia de las experiencias (Trejo Martínez, 2012). Los proveedores de estructuras son el nivel educativo, el apoyo social y la autoridad creíble (Mishel, 1988).

Por tanto, los pacientes procesan los estímulos para construir un esquema cognitivo para los eventos de enfermedad, la incertidumbre se produce cuando no se puede formar este esquema cognitivo (Mishel, 1988). En la experiencia de la enfermedad, la incertidumbre tiene cuatro formas: (a) ambigüedad con respecto al estado de la enfermedad, (b) complejidad en cuanto al tratamiento y sistema de atención, (c) falta de información sobre el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad, y (d) imprevisibilidad del curso de la enfermedad y pronóstico (Mishel, 1988).

En la teoría de la incertidumbre, hay dos procesos de evaluación que se utilizan para determinar el valor asignado a la incertidumbre: inferencia e ilusión. Ambos procesos pueden ser promovidos por el paciente, sus recursos sociales y los proveedores de atención médica (Mishel, 1988). La inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre basado en ejemplos de situaciones relacionadas. Si las inferencias se consideran positivas, la incertidumbre se valorará como una oportunidad. Si las inferencias se consideran amenazantes, la incertidumbre se valorará como un peligro (Mishel, 1990). La ilusión se refiere a la construcción de creencias que tienen una perspectiva generalmente positiva. Las ilusiones permiten evaluar la incertidumbre como si indicara el potencial de un resultado positivo (Mishel, 1990).

Por tanto, si la incertidumbre se evalúa como un peligro, existe la expectativa de un resultado perjudicial que resulta en la activación de estrategias de afrontamiento para reducir la incertidumbre (Mishel, 1988). Por el contrario, si se infiere que la incertidumbre es una oportunidad, implica un resultado positivo y se implementan estrategias de afrontamiento para mantener la incertidumbre (Mishel, 1988).

Si las estrategias de afrontamiento utilizadas en cualquiera de las evaluaciones son eficaces, se producirá la adaptación (Mishel, 1988). Los signos de dificultad para adaptarse no se refieren a la incertidumbre en sí misma, sino a la capacidad de las estrategias de afrontamiento para manipular la incertidumbre en la dirección deseada; es decir, reducirlo si se valora como peligro o mantenerlo si se valora como oportunidad (Mishel, 1990).

A continuación, se detallan a profundidad los antecedentes de la incertidumbre propuestos en la teoría, como tema de nuestro interés.

2.1.2 Marco de estímulos.

Se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe la persona; el marco de estímulos tiene tres componentes: patrón de síntomas, familiaridad del evento y congruencia del evento (Mishel, 1988).

Patrón de los síntomas.

Este componente se refiere al grado en que los síntomas se presentan con suficiente consistencia para formar un patrón o configuración (Raile & Marriner, 2011). Cuando los síntomas forman un patrón, existe menos incertidumbre, particularmente menos ambigüedad sobre el estado de la enfermedad (Mishel, 1988).

Para evaluar los síntomas, los pacientes evalúan su número, intensidad, frecuencia, duración y ubicación. Para generar una hipótesis, esta información sensorial se utiliza junto con información generalizada de su propia experiencia de enfermedad, cultura y red social, así como de los profesionales de la salud (Mishel, 1988).

Según la teoría, múltiples factores pueden interferir con el proceso normal de evaluación de los síntomas, como las características de los estímulos, la precisión de la evaluación y distinción de los síntomas (Mishel, 1988). Cuando los síntomas se caracterizan por una inconsistencia en la intensidad, frecuencia, número, ubicación y/o duración, como

ocurre en algunas enfermedades crónicas, no se puede discernir un patrón (Mishel, 1988). Los síntomas inconsistentes no pueden usarse para medir de manera confiable el estado de la enfermedad; por tanto, generan incertidumbre (Mishel, 1988).

Las enfermedades caracterizadas por remisiones y exacerbaciones, que tienen brotes que indican la reaparición de los síntomas y la interrupción del patrón de síntomas previo, se asocian con niveles elevados de incertidumbre (Mishel, 1988). Según Mishel (1988), “la precisión de la percepción de los síntomas suele estar limitada debido a sesgos perceptivos y cognitivos, como la atención selectiva y la excitación emocional” (p. 226). Si una persona está deprimida o amenazada por una enfermedad, los síntomas de una enfermedad real o presunta pueden interpretarse como más graves de lo que realmente son (Trejo Martínez, 2012).

La evaluación de los síntomas también puede ser difícil porque los síntomas carecen de notoriedad, los síntomas deben ser lo suficientemente prominentes para ser incluidos en el patrón de síntomas (Mishel, 1988). La ausencia de síntomas destacados sin garantía de curación puede generar más incertidumbre que la existencia de síntomas (Mishel, 1988).

La distinción también afecta la evaluación de un patrón de síntomas, para evaluar las características de cada síntoma, los pacientes deben poder diferenciar un síntoma de otro (Mishel, 1988). En tratamientos como los que se administran para el cáncer, cuando los síntomas de la enfermedad se combinan con los síntomas generados por el tratamiento, la diferenciación de los síntomas se convierte en un problema (Mishel, 1988). Si los síntomas son consistentes, predecibles, sobresalientes y distinguibles, entonces se puede identificar un patrón de síntomas y la incertidumbre será menor (Mishel, 1988).

Familiaridad con el evento.

La familiaridad se genera a través de un mapa cognitivo construido sobre la experiencia con el entorno. Los nuevos eventos están relacionados con el mapa cognitivo y, si se ajustan a la naturaleza general del conocimiento esquemático de los individuos, el evento se evalúa como familiar (Mishel, 1988).

Los mapas cognitivos se generan a partir de la experiencia personal, las aportaciones culturales, las fuentes sociales y los profesionales de la salud; con la familiaridad con el evento, se evita la incertidumbre (Mishel, 1988). En el entorno del cuidado de la salud, la novedad y la complejidad de los eventos impiden el desarrollo de la familiaridad con los eventos (Mishel, 1988).

Según Mishel (1988), la novedad indica una situación sustancialmente nueva en la que hay pocas señales familiares, como la primera admisión en un hospital o el inicio de quimioterapia, radiación u otros tratamientos. Con una admisión repentina, los pacientes y sus familiares se ven empujados a un entorno de tratamiento novedoso y complejo (Mishel, 1988). Cuando el tratamiento es más rutinario y consistente, por ejemplo, un tratamiento médico o un tratamiento invasivo de rutina, los eventos son familiares y se asocian con niveles más bajos de incertidumbre (Mishel, 1988). Cuando los pacientes y familiares se orientan a la unidad antes del ingreso y adquieren cierto grado de familiaridad, esto reduce la novedad del entorno (Mishel, 1988).

La novedad parece ser el aspecto de la falta de familiaridad que genera incertidumbre y, a medida que la novedad disminuye, la incertidumbre disminuye. Cuanto más tiempo viven los pacientes con una enfermedad, menos incertidumbre experimentan. Sin embargo, cuando la novedad no disminuye con el tiempo y el entorno del tratamiento sigue siendo extraño y ajeno, se evidencian niveles más altos de incertidumbre (Mishel, 1988).

Congruencia de eventos.

Se refiere a la coherencia entre lo que se espera y lo que se experimenta en los eventos relacionados con la enfermedad. La falta de congruencia entre lo esperado y lo experimentado crea interrogantes sobre la previsibilidad y estabilidad del evento (Mishel, 1988).

Para Mishel (1988), “la generación de incertidumbre a través de la falta de congruencia puede ocurrir cuando las expectativas de curación se ven destrozadas por una reaparición imprevista de la enfermedad” (227). Asimismo, las expectativas de curación no satisfechas también generan incertidumbre cuando el efecto del tratamiento no se logra en un tiempo predeterminado (Mishel, 1988).

La incertidumbre puede ocurrir cuando el tratamiento no produce un cambio en cómo se siente una persona, por lo tanto, no hay indicios de ningún cambio en su estado físico, por ejemplo, al someterse a radiación (Mishel, 1988). Los cambios rápidos inesperados que son incompatibles con las expectativas también ejemplifican una falta de congruencia (Mishel, 1988).

2.1.3 Capacidad cognitiva.

Dado que la capacidad cognitiva se refiere a las habilidades de procesamiento de información de las personas, cualquier mal funcionamiento fisiológico disminuirá estas habilidades y tendrá un impacto en la cognición (Mishel, 1988).

Según la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, las demandas sobre la capacidad de atención interrumpen el procesamiento de la información del marco de estímulos, lo que provoca incertidumbre (Mishel, 1988). La enfermedad física en sí misma es una potente distracción que capta la atención y puede reducir la cantidad total de atención que las personas pueden dedicar a una tarea cognitiva (Mishel, 1988).

Los recursos atencionales también se ven reducidos por el dolor, los medicamentos y el mal estado nutricional (Mishel, 1988). Los estímulos internos como el dolor, la incomodidad, el peligro y eventos fisiológicos internos como la actividad del sistema nervioso autónomo pueden monopolizar la capacidad cognitiva y perjudicar la actividad de resolución de problemas (Mishel, 1988).

Según Mishel (1988), “cuando el paciente percibe el entorno relacionado con la salud como un peligro, la eficiencia cognitiva disminuye y se procesan menos señales” (p. 227). Las situaciones peligrosas tienden a aumentar el nivel de excitación, lo que a su vez centra la atención de los pacientes de manera más restringida en los aspectos de la situación que se consideran más importantes (Mishel, 1988).

Las restricciones sobre las capacidades cognitivas bajo estrés también afectan la función de la memoria. Cuando estos pacientes intentan recordar eventos, solo los más destacados serán accesibles, debilitando así la capacidad de asociar los estímulos entrantes con el esquema cognitivo preexistente (Mishel, 1988).

Drogas, en particular los sedantes, tienen un efecto depresivo sobre la cognición y debilitan particularmente la capacidad de buscar información en la memoria a largo plazo, mantener la atención y suprimir las distracciones (Mishel, 1988). El deterioro en el procesamiento de la información también se ha atribuido a los efectos neurotóxicos de la quimioterapia, particularmente en los grupos de mayor edad (Mishel, 1988), existen antineoplásicos en el cual uno de los efectos secundario es la neurotoxicidad, por lo que quizás los niveles de incertidumbre podrían diferir en función del régimen quimioterapéutico y, por ende, del tipo de cáncer. El deterioro de la memoria y el pensamiento, ya sea como resultado de demandas que monopolizan los recursos cognitivos o debido a factores que

alteran las capacidades cognitivas, debilitan la precisión de la valoración, lo que hace que los eventos ambientales se perciban como inciertos (Mishel, 1988).

2.1.4 Proveedores de la estructura.

Este es el recurso disponible para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos. Está conformado por el nivel educativo, el apoyo social y la autoridad creíble (Mishel, 1988).

Educación.

Se propone que la educación tenga una relación directa e indirecta con la incertidumbre. En la relación indirecta, la educación puede ayudar a proporcionar una estructura a los eventos en el marco de estímulos al ampliar la base de conocimientos del paciente con la que asociar estos eventos, proporcionando así significado y contexto (Mishel, 1988). Cuando se examina la educación por sí sola, el apoyo a su impacto directo sobre la incertidumbre es evidente, y aquellos que tienen menos de una educación secundaria demuestran niveles más altos de incertidumbre en la forma de una mayor complejidad percibida con respecto al tratamiento y más dificultad para comprender el sistema de atención. Aquellos con más educación pueden modificar la incertidumbre más rápidamente que aquellos con menos educación (Mishel, 1988).

Según esta teoría las personas con menos educación parecen necesitar más tiempo para construir el significado de los eventos y experimentan incertidumbre durante períodos de tiempo más largos que las personas con más educación (Mishel, 1988).

Apoyo social.

La oportunidad de aclarar una situación mediante la discusión y las interacciones de apoyo con otros aclara las contingencias y ayuda al paciente a formar un esquema cognitivo (Mishel, 1988). El apoyo social también tiene una influencia tanto directa como indirecta

sobre la incertidumbre. El resultado de la influencia directa es la modificación de tres tipos de incertidumbre: (a) la ambigüedad sobre el estado de la enfermedad, (b) la complejidad percibida en el tratamiento y (c) la imprevisibilidad del futuro (Mishel, 1988). La influencia indirecta del apoyo social está en el fortalecimiento de la claridad del patrón de síntomas (Mishel, 1988). Para Mishel (1988) “compartir información con personas en la red social ayuda a los pacientes a evaluar los síntomas” (p. 228). La importancia del apoyo social como fuente de información se extiende más allá de los pacientes y también es útil en sus cuidadores (Mishel, 1988).

Para los cuidadores de los pacientes, la comunicación con otras personas que tienen el mismo diagnóstico que los pacientes o que están recibiendo el mismo tratamiento transmite apoyo al proporcionar un significado compartido para un entorno de tratamiento inicialmente desconocido y aparentemente hostil (Mishel, 1988).

Además de proporcionar información, el apoyo social también funciona como un medio para evitar la incertidumbre al establecer una red en la que cada miembro depende de la experiencia de otro miembro para manejar varios eventos amenazantes (Mishel, 1988). El apoyo social en forma de ayuda material puede reducir la incertidumbre al garantizar la estabilidad del medio ambiente (Mishel, 1988).

Autoridad creíble.

La autoridad creíble se refiere al grado de confianza que los pacientes tienen en los proveedores de atención médica (Mishel, 1988). Indirectamente, la autoridad creíble influye en la incertidumbre por su asociación positiva con el marco de estímulos (Mishel, 1988). Una autoridad creíble, en la forma de la enfermera y el médico, fortalece el marco de estímulos al proporcionar información sobre las causas y consecuencias de los síntomas (Mishel, 1988).

Los proveedores de atención médica también comparten información sobre las manifestaciones de la enfermedad y el desempeño del sistema de atención médica, lo que mejora la familiaridad con los eventos (Mishel, 1988). Los proveedores de atención médica también promueven la congruencia de eventos (Mishel, 1988). Se ha descubierto que la información sensorial reduce la respuesta emocional del paciente y la duración de la hospitalización (Mishel, 1988). Las enfermeras, como proveedores de atención médica creíbles, mejoran la congruencia de los eventos al proporcionar a los pacientes un marco para interpretar su experiencia a medida que la atraviesan (Mishel, 1988).

En la relación directa entre autoridad creíble e incertidumbre, los proveedores de atención médica pueden trabajar asumiendo el poder. A menudo, los pacientes no intentan comprender los mecanismos técnicos que subyacen a su enfermedad, sino que prefieren confiar en los proveedores de atención médica para proporcionar una estructura lógica a los eventos (Mishel, 1988). Cuando la autoridad se evalúa como altamente creíble, se reducirá la incertidumbre (Mishel, 1988).

Se ha informado que la relación con el proveedor de atención médica es el principal medio para prevenir la incertidumbre, la confianza en el proveedor de atención médica conduce a un nivel más bajo de incertidumbre (Mishel, 1988).

2.2 Marco conceptual.

En las siguientes secciones se presentan los elementos conceptuales que se consideraron esenciales para llevar a cabo esta investigación, así como la interconexión que entre ellos se establece.

2.2.1. Generalidades del cáncer.

Al hablar sobre cáncer se hace referencia a más de 100 enfermedades que, como característica en común, generan la proliferación descontrolada de células las cuales se multiplican de manera autónoma, adquiriendo la capacidad de invadir otros tejidos (De León & Pareja, 2019). Esta proliferación descontrolada se da como resultado de alteraciones genéticas o epigenéticas las cuales alteran diversos aspectos de la célula, entre ellos la integridad del genoma, la muerte celular programada, el control de la multiplicación celular, la estabilidad de la matriz extracelular, la respuesta a señales tróficas específicas de otros tejidos, así como la vigilancia mediada por el sistema inmune (De León & Pareja, 2019).

Normalmente, las células crecen, se dividen para formar nuevas células (a medida que se requieren), envejecen y mueren, dando paso a células nuevas que las reemplazan. No obstante, en el cáncer este proceso ordenado no se presenta, debido a las alteraciones descritas previamente, por el contrario, las anormalidades celulares hacen que aquellas que deberían morir sobrevivan mientras se forman nuevas cuando aún no son requeridas (Isacaz, 2018).

En este sentido, los cambios genéticos que dan como resultado el cáncer puede heredarse si están presentes en las células germinales o células reproductoras (óvulos y espermatozoides), ya que se encuentran en cada una de las células de la descendencia. Sin embargo, algunos cambios genéticos causantes de esta patología pueden adquirirse a lo largo de la vida, principalmente por dos factores que modifican el ADN: errores que ocurren durante la división celular o producto de la exposición a sustancias carcinógenas que dañan esta molécula (como el humo del tabaco, la radiación ultravioleta, entre otros) (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).

Característicamente, las células cancerosas presentan mayores cambios genéticos que una célula normal. Sin embargo, en cada persona el cáncer muestra una combinación particular y única de alteraciones, algunas de las cuales pueden ser consecuencia de este y no necesariamente su causa (Instituto Nacional del Cáncer, 2017). A pesar de lo anterior, conforme se da el crecimiento y expansión de esta patología se presentan cambios adicionales, incluso dentro de un mismo tumor las células cancerosas pueden presentar alteraciones genéticas distintas (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).

Las enfermedades oncológicas se presentan en cualquier etapa de la vida, como lo demuestra las diferentes estadísticas, sin embargo, la mayor incidencia de estas enfermedades se da en la persona adulta (Isacaz, 2018).

2.2.2 Persona adulta.

La vida es un proceso; y como tal, se encuentra conformada por etapas. Cada una de ellas contribuye de manera importante a la maduración psicoemocional de los individuos, y los forma como seres sociales (Alpizar, 2006).

Según Alpizar (2006) por persona adulta: “se entiende la existencia de un ser humano quien desde un punto de vista biológico se encuentra orgánicamente desarrollado; quien desde un enfoque económico, goza de independencia de sus padres y solvencia económica; quien desde una perspectiva psicológica, es capaz de responsabilizarse por sus actos y de producir o realizar un aporte al medio social en el que se desarrolla, al tiempo que presenta cualidades psicológicas con independencia de criterio” (p. 2).

La adultez es una fase de la vida mucho más prolongada que las anteriores (infancia y adolescencia), y esta a su vez se divide en otras etapas. Las edades en las que se considera que una persona está en esta etapa varían de un autor a otro, sin embargo, muchos apuntan en que la adultez se divide en tres etapas: adultez temprana desde los 20 años hasta los 40

años, adultez media desde los 40 años hasta los 60 años y la adultez tardía de los 60 años en adelante (Brenlla, Willis, & Germano, 2016).

Para Rodríguez (2018), en cada persona, la edad de la adultez puede variar según una gran diversidad de factores, tales como factores biológicos (predisposición genética, desarrollo hormonal, etc.) o factores culturales o psicológicos (educación, circunstancia de vida, ambiente cultural dominante, hábitos cotidianos, alimentación, etc.).

En esta etapa se producen cambios notables tanto en el aspecto como en la fisiología, cambios que se inician sutilmente en la adultez joven y se precipitan con el transcurrir del tiempo. También hay cambios relacionados a estilos de vida (nutrición, sedentarismo, estrés) así como a enfermedades, una de ellas es la enfermedad oncológica, muy común en esta etapa de vida (Isacaz, 2018).

2.2.3 Persona adulta con diagnóstico oncológico.

Como lo evidencia las características del cáncer abordadas anteriormente, este puede presentarse en cualquier etapa de la vida, no obstante, diversos estudios y estadísticas mundiales han demostrado que la adultez es la etapa de la vida de mayor incidencia de patologías oncológicas, principalmente la etapa de la adultez mayor. El cáncer en la adultez es una enfermedad que impacta en la vida de la persona. Conlleva una modificación del curso natural de la vida del individuo en sus actividades diarias, como el trabajo, las relaciones y los roles familiares (Devalle, 2013).

Para Devalle (2013), “conlleva un elevado nivel de estrés psicológico que se manifiesta en forma de ansiedad y/o depresión, y está relacionado principalmente con la incertidumbre sobre el diagnóstico, la agresividad del tratamiento, la falta del control social y personal, y el deterioro físico progresivo” (parr 1). Tampoco podemos dejar de lado los efectos que pueden desencadenar los distintos tratamientos oncológicos como: alteraciones

en la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o instrumentos que suministran los tratamientos, malestar físico, dolor, ansiedad, entre otros (Molinas, 2017).

Las respuestas de los adultos con diagnóstico oncológico van a ser variables porque dependen de cómo sea impactado al sujeto. No todas las personas van a reaccionar del mismo modo; esto depende de la personalidad base del sujeto y de los recursos psíquicos con que cuenta (Devalle, 2013). Es así, que el diagnóstico oncológico puede generar en el adulto un impacto en el nivel: emocional, físico, familiar, material o económico, moral, espiritual, social (Devalle, 2013).

Gracias a las mejoras diagnósticas y terapéuticas se ha conseguido aumentar la supervivencia de estos pacientes, pasando a ser considerados en muchos casos pacientes crónicos (Sánchez, 2018). Por lo tanto, es importante el apoyo de un equipo interdisciplinario de salud especializado en el área, en el cual, un actor fundamental es el profesional en enfermería oncológica.

2.2.4 Enfermería oncológica.

La Sociedad Española de Enfermería Oncológica define la práctica de la enfermería oncológica como la prestación de servicios de enfermeras(os) profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal (Díaz, Gattas, López, & Tapia, 2016).

Para ello, la enfermera oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del cliente (Díaz et al., 2016).

El profesional de enfermería oncológica está en una posición única para influir tanto en el bienestar fisiológico como psicológico de sus pacientes con diagnóstico oncológico, ayudándolos a hacer frente a la inmensidad de esta experiencia, a los largos tratamientos y frecuentes hospitalizaciones lo que produce que el paciente se encuentre ansioso, depresivo y con sentimientos de soledad por la constante separación con la familia, por sus cambios físicos e inmunitarios y el impacto que esta enfermedad causó en sus vidas (Garro & Fernández, 2020).

Los profesionales de enfermería oncológica podrán 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 (Torres & Sanhueza, 2008).

La enfermería oncológica busca el desarrollo de esta área mediante los resultados de procesos de investigación y el intercambio de conocimiento entre los profesionales que brindan cuidado a las personas con diagnóstico oncológico. El cuerpo de conocimiento disciplinar incluye la forma de ver a los pacientes desde las visiones de enfermería, los conceptos teóricos y la práctica (Briñez, 2020).

La intersección de estos elementos genera la forma geométrica del triángulo que invita a hacer unión de la investigación, la teoría y la práctica con el fin de aportar direccionamiento y conocimiento valioso que demuestra que esta iniciativa genera resultados efectivos y comprensión de los fenómenos de investigación en enfermería en situaciones comunes en pacientes con diagnóstico oncológico (Briñez, 2020).

Es fundamental que las enfermeras oncológicas sean personas experimentadas, con altos conocimientos sobre el tema y la disciplina, ya que deberán gestionar el cuidado de las personas con cáncer y su familia en sus diferentes etapas.

2.3 Marco empírico.

Se muestra a continuación estudios previos concernientes al estudio de la incertidumbre, en su mayoría del área de la enfermería, aplicados a la oncología y otras patologías, que nos permiten vislumbrar conocimiento correspondiente al concepto como tal, y en aspectos de su modelo estructural como los antecedentes de la incertidumbre.

Se trata de artículos científicos y Trabajos Finales de Graduación accedidos a través diferentes bases de datos, la información recolectada se presenta ordenada cronológicamente de acuerdo con el ámbito del que surgen (internacional o nacional), con el fin de facilitar su comprensión y posterior análisis.

2.3.1 Antecedentes internacionales.

En el año 2008 Erin Elizabeth Elphee desarrolla en Canadá una revisión de literatura, cuyo objetivo fue revisar la literatura sobre incertidumbre en poblaciones con cáncer, aplicar este concepto a pacientes diagnosticados con linfoma indolente, identificar fuentes de incertidumbre y presentar intervenciones dirigidas a evaluar y abordar el manejo de la incertidumbre (Elphee, 2008). Según la investigadora en las personas con linfoma, las fuentes de incertidumbre pueden incluir: síntomas inconsistentes y vagos como ganglios linfáticos agrandados, sudores nocturnos y fatiga; numerosas pruebas de diagnóstico en diferentes departamentos con nuevo personal en cada ubicación; y expectativas poco claras a medida que las personas navegan por el sistema de salud por primera vez (Elphee, 2008).

A lo largo de esta experiencia, el equipo de atención médica y el personal de enfermería, así como las redes sociales de los pacientes, pueden ayudar a aliviar las incertidumbres mediante la provisión de información, tranquilidad y apoyo emocional. A medida que se aborden y minimicen las incertidumbres, los pacientes comenzarán a adaptarse y afrontar la situación de manera positiva (Elphee, 2008).

Wellam Yu Ko, y Lesley Degner, en el año 2008 en Canadá, realizaron una investigación, cuyo objetivo era explorar el concepto, la evaluación y el manejo de la incertidumbre después del tratamiento del cáncer de próstata (Yu Ko & Degner, 2008). Para dichos investigadores explorar los antecedentes le dará a la enfermera pistas importantes sobre la incertidumbre del paciente. Las enfermeras que pregunten sobre las condiciones en las que se experimenta la incertidumbre podrán aprender sobre el marco de estímulos del paciente, los proveedores de estructuras y la capacidad cognitiva (Yu Ko & Degner, 2008).

Según los autores es difícil evitar la incertidumbre después del tratamiento del cáncer de próstata, por lo tanto “la evaluación cuidadosa de las certezas e incertidumbres del paciente brindará a las enfermeras la información necesaria para desarrollar intervenciones apropiadas que tengan como objetivo replantear las estructuras cognitivas, resolver problemas y fomentar una relación basada en la comunicación abierta entre el proveedor de atención médica y el paciente” (Yu Ko & Degner, 2008).

En el año 2012 en Houston Texas, Jennifer Cahill y compañía realizan un estudio con el objetivo de identificar la experiencia de los síntomas somáticos asociados con los tumores cerebrales primarios y secundarios y el impacto potencial en la incertidumbre relacionada con la enfermedad (Cahill, Lobiondo-Wood, Bergstrom, & Armstrong, 2012). Para su análisis se utilizó como concepto el patrón de los síntomas como foco específico de este

artículo, que es parte del marco de estímulos de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de M. Mishel.

Dicha investigación consistió en la búsqueda bibliográfica integradora de literatura de enfermería y salud a fin en diversas bases de datos, la cual reflejara los síntomas de tumores cerebrales que persisten durante la supervivencia posterior al tratamiento, y se revisaron críticamente contra la literatura oncológica más amplia centrada en la incertidumbre. En dicho estudio concluyen que en la medida en que los síntomas sean familiares, predecibles y comprensibles puede mitigar la incertidumbre. La naturaleza inestable de los síntomas a lo largo de la trayectoria de un tumor cerebral puede ser un corolario significativo de la incertidumbre relacionada con la enfermedad (Cahill et al., 2012). Además, confirma que este tipo de estudios tienen una gran relevancia, debido a que la mayoría de los pacientes con tumores cerebrales no pueden curarse de su cáncer, comprender la extensión de los síntomas y el potencial para promover la incertidumbre podría informar estrategias de enfermería alternativas para reducir la ansiedad y la angustia, y para preservar la calidad de vida donde la cura a menudo es inalcanzable (Cahill et al., 2012).

En el año 2016 Carolina Rivera desarrolla una tesis desde el área de la psicología, el objetivo que persigue este estudio era explorar la relación entre la adherencia al tratamiento y la incertidumbre en una muestra de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino (Rivera Ramírez, 2016). Según refiere la investigadora la falta de un claro entendimiento de la enfermedad, tratamiento y los factores asociados a estos, revela un estado de incertidumbre en las pacientes con cáncer de cuello uterino (Rivera Ramírez, 2016). Si bien la incertidumbre es un estado que permanece latente en las diferentes etapas de la enfermedad, incluso finalizado el tratamiento resulta alarmante que el 80.4% de las pacientes de este estudio presentan un alto nivel de incertidumbre, ya que podrían existir factores que están

manteniendo o aumentando la incertidumbre de una manera perjudicial, llegando a evidenciar que a mayores niveles de incertidumbre existiría una tendencia a poseer una menor adherencia al tratamiento oncológico (Rivera Ramírez, 2016).

En el año 2017 Burbano López y compañía, realizan en Colombia un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de incertidumbre de las personas con traumatismo de la médula espinal desde la teoría de Mishel y su asociación con las características sociodemográficas (Burbano López & Sánchez, 2017). La investigación fue de tipo descriptivo, transversal, se aplicó el instrumento de la incertidumbre frente a la enfermedad, en 107 personas con traumatismo de la médula espinal. Se encontró asociación significativa del nivel de incertidumbre con el estado civil, el nivel educativo bajo, el régimen de seguridad social en salud y con la capacidad cognitiva baja, convirtiéndose estas en factores importantes en el aumento de la incertidumbre (Burbano López & Sánchez, 2017). En dicho estudio los autores concluyen que “enfermería debe brindar una rehabilitación integral centrada en las necesidades de las personas con traumatismo de la médula espinal que incluya educación temprana y con sentido humanístico, para que la incertidumbre se constituya en un aspecto positivo para la adaptación de las personas a la nueva condición de vida” (Burbano López & Sánchez, 2017).

En el año 2019, Mauricio Arias, Sonia Carreño y Lorena Chaparro realizan una revisión integrativa en Colombia, dicho estudio tuvo como objetivo integrar la evidencia acerca de la incertidumbre ante la enfermedad en el paciente con enfermedad crónica y su cuidador familiar, guiados por la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad. Para esto se realizó una síntesis integrativa de la literatura durante los años 2007 a 2017 (Arias et al., 2019). Dentro de la investigación se incluyeron estudios en su mayoría en pacientes con cáncer, enfermedades neurodegenerativas, fallos orgánicos, EPOC, y en cuidados paliativos

de distintas enfermedades. Los resultados del estudio se presentan clasificados de acuerdo con cada uno de los conceptos de la teoría correspondiente a los antecedentes de la incertidumbre: marco de estímulos, proveedores de la estructura, capacidades cognitivas (Arias et al., 2019).

Dentro de las principales conclusiones del estudio se plantea que la persona con enfermedad crónica y su cuidador familiar desarrollan incertidumbre ante la enfermedad crónica debido a falencias en la educación acerca de la enfermedad y el cuidado, así como el soporte social que reciben del equipo de salud y de sus redes de apoyo (Arias et al., 2019).

En ese mismo año, 2019, Cristian Páez y compañía realizan una tesis, en Bogotá Colombia, con el objetivo de determinar el cuidado de Enfermería dirigido al paciente con Leucemia Aguda (LA) que asiste a tres unidades de hematología de tres instituciones de 4to nivel, basado en el nivel de incertidumbre que se genera al diagnóstico e inicio del tratamiento (Paez et al., 2019). En el estudio se concluye que los pacientes con LA presentan un grado de incertidumbre regular y alto, en respuesta se plantea la propuesta de cuidado al paciente basado en los factores que aumentan la incertidumbre (Paez et al., 2019).

La propuesta planteada comprende herramientas educativas para enfermería que permiten brindar un adecuado abordaje a la persona adulta oncológica y su familia contribuyendo a disminuir o transformar la incertidumbre después de su diagnóstico, mediante la evaluación de información y percepción de la situación actual reconociendo en donde se encuentra y para dónde va el adulto oncológico, hablar de la enfermedad en un lenguaje sencillo y claro, los posibles tratamientos y complicaciones que pueda llegar a presentar, las recomendaciones nutricionales, cuidado de la vida diaria, entorno social, cuidado en casa y signos de alarma una vez finalizada la hospitalización (Paez et al., 2019).

Para el año 2020 se publica un estudio, realizado en Montreal Canadá, por Stéphanie Daneau, Anne Bourbonnais y Alain Legault, cuyo objetivo fue “analizar artículos sobre la experiencia de las personas encargadas que se encuentran tomando decisiones sobre el final de la vida de un familiar con un trastorno neurocognitivo importante en un asilo de ancianos” (Daneau, Bourbonnais, & Legault, 2020). Esta revisión utilizó diferentes bases de datos, la información que se extrajo de los artículos seleccionados se organizó de acuerdo con la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de M. Mishel. Los datos que no correspondían a ningún concepto de la teoría fueron excluidos en esta etapa.

El análisis de los artículos dio lugar a cuatro temas principales basados en la teoría de Mishel: (a) el tipo de decisiones enfrentadas; (b) las posibles fuentes de apoyo para los sustitutos en su toma de decisiones; (c) el papel y la participación de los sustitutos en el proceso de toma de decisiones; y (d) los factores que influyeron en las decisiones tomadas (Daneau et al., 2020). Los investigadores concluyen en que “los resultados de esta revisión integradora estimulan la reflexión sobre las necesidades de los familiares involucrados en la toma de decisiones, así como sobre la práctica e investigación de enfermería. La literatura publicada es principalmente de América del Norte y, por lo tanto, se necesita más investigación para comprender mejor el impacto de las diferencias culturales y étnicas en el proceso, que fue cubierto de manera deficiente por la literatura existente” (Daneau et al., 2020).

Estas investigaciones internacionales representan un insumo valioso pues sirven de base para aproximarnos al conocimiento de la aplicación de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad o sus conceptos en diferentes escenarios, entre ellos la enfermedad oncológica. Si bien en algunos estudios mencionados anteriormente tratan aspectos que se

enmarcan como antecedentes de la incertidumbre, ninguna investigación se enfoca directamente en este fenómeno.

De igual manera, es importante indagar sobre la producción científica a nivel nacional en torno al tema, de manera que permita aumentar el entendimiento del fenómeno y contribuya a la discusión y el pensamiento crítico; dichos hallazgos se presentan a continuación.

2.3.2 Antecedentes Nacionales.

En el año 2019, Diego Redondo Sáenz realiza su tesis para optar por el grado de Licenciatura en enfermería, un estudio cualitativo, con un diseño socio histórico utilizando un historial oral de vida, además de la entrevista semiestructurada (Redondo, 2019). El objetivo de dicha investigación fue describir las historias de vida de hombres con la condición de VIH, además de comprender la percepción de la incertidumbre en los hombres que tienen sexo con hombres.

Por otra parte, en el año 2019 Diego Redondo y Ana Laura Solano López, presentan un artículo, donde su objetivo fue demostrar la integración del proceso de enfermería, lenguaje estandarizado y la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad en el cuidado de una persona con complicaciones físicas y psicosociales tras un macroadenoma hipofisiario.

Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con el paciente, examen físico y el expediente médico. La Teoría de la Incertidumbre frente a la Enfermedad de Mishel, lenguajes estandarizados para describir los diagnósticos, intervenciones y resultados, y evidencia científica fueron utilizados para desarrollar el plan de cuidados (Redondo & Solano, 2019). En este estudio de caso confirman que el proceso de enfermería requiere un marco teórico y/o conceptual para comprender mejor las necesidades humanas de los individuos y desarrollar intervenciones de calidad basadas en la evidencia (Redondo &

Solano, 2019). La identificación de una teoría desde los inicios del proceso de enfermería ayudó a interpretar, organizar y explicar los hallazgos de la valoración, lo cual guía a la identificación de los diagnósticos principales (Redondo & Solano, 2019). En este caso, la teoría de la incertidumbre facilitó una atención más personalizada basada en evidencia científica.

La reflexión general acerca de los antecedentes nacionales presentados deja evidencia de la falta de estudios que analicen el fenómeno a nivel país, pues la búsqueda de literatura recuperó pocos documentos que pudiesen ser de utilidad en este sentido. Así mismo, los que fueron seleccionados responden a la problemática en estudio únicamente de forma parcial.

A modo de síntesis global, la búsqueda y revisión de los antecedentes nacionales e internacionales en su conjunto permitió la determinación de tres enunciados principales, los cuales repercuten significativamente sobre el presente estudio.

- Ante un proceso traumático como la enfermedad oncológica, se presentan estados de incertidumbre, que pueden interferir en el proceso comprensión de la enfermedad y la calidad de vida de la persona.
- Existen evidencia científica de algunos antecedentes que influyen en el nivel y la evaluación de esa incertidumbre ante la enfermedad oncológica.
- Existe evidencia que respalda la efectividad de llevar a cabo intervenciones guiadas a través de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, que facilita el proceso de valoración de la incertidumbre.

Después del recorrido teórico y conceptual realizado, en el siguiente capítulo se abordan aspectos concernientes al marco metodológico utilizado en el desarrollo de este trabajo.

Capítulo III: Metodología.

3.1 Modalidad

El presente estudio se desarrolló bajo la modalidad de Trabajo Final de Investigación Aplicada, que según el artículo 45: Trabajos finales de graduación, sección B, del Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, corresponde a la modalidad asignada para las maestrías profesionales. El Trabajo Final de Investigación Aplicada (TFIA) es una actividad teórico-práctica cuyo objetivo es resolver un determinado problema o planteamiento específico, enfocándose en la búsqueda y consolidación del conocimiento para su aplicación y, por ende, para el enriquecimiento del desarrollo cultural y científico (Vargas, 2009). Esta investigación nació de la propuesta en un curso de investigación de la Maestría Profesional de Enfermería Oncológica y Hematológica, siendo un proceso organizado, respaldada la ejecución de cada proceso y valorado por docentes. Se contó con un comité asesor, y se presentó un informe escrito y defensa públicamente como lo estipula el artículo 48 Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica.

3.2 Diseño del estudio.

Esta investigación se desarrolló bajo la metodología de revisión integrativa de la literatura. Una revisión integrativa es un método de revisión que resume la literatura teórica o empírica del pasado para proporcionar una comprensión más completa de un fenómeno o problema de salud en particular, permite la inclusión simultánea de investigaciones experimentales y no experimentales, así mismo combinar datos de literatura tanto teórica como empírica (Whittemore & Knafl, 2005).

Por su enfoque metodológico, la revisión integrativa permite incluir diversos métodos, que potencialmente pueden jugar un papel significativo en la práctica basada en la evidencia (Tavares et al., 2010). Whitemore & Knafl (2005) afirman que “las revisiones integrativas incorporan una amplia gama de propósitos como: definir conceptos, revisar teorías, revisar evidencia y analizar metodologías” (p. 547). Contribuye a la presentación de diversas perspectivas sobre un fenómeno de interés y se ha defendido como importante para la ciencia y la práctica de la enfermería (Whitemore & Knafl, 2005). Para Tavares et al. (2010), “el objetivo general de una revisión integrativa es recopilar conocimientos sobre un tema, contribuyendo así a sentar las bases de un estudio significativo sobre enfermería” (p. 103). Este tipo de investigación puede generar un impacto en el desarrollo de políticas, protocolos, procedimientos y en la evaluación crítica de la práctica diaria (Tavares et al., 2010).

Existen diversos enfoques para realizar una revisión integrativa, por lo cual, el enfoque metodológico que guio esta revisión es el trazado por Whitemore y Knafl (2005), conformado por cinco etapas: formulación del problema, búsqueda de literatura, evaluación de los datos, análisis de los datos y la última etapa de presentación. Se elige este enfoque metodológico ya que permite la inclusión simultanea de investigaciones con diferentes enfoques metodológicos para comprender mejor nuestro fenómeno de interés. A continuación, se detallan las etapas de desarrollo anteriormente mencionadas.

3.2.1 Identificación del problema.

Esta es la etapa inicial de la revisión integrativa, y corresponde a una identificación clara del problema que se está abordando y el propósito de la revisión (Whitemore & Knafl, 2005).

En la actualidad existe evidencia de investigaciones que han abordado la incertidumbre y sus antecedentes ante la enfermedad en diversas poblaciones, sin embargo, no se reporta hasta el momento estudios secundarios que logren identificar en la literatura los antecedentes de la incertidumbre específicamente a la población adulta con diagnóstico oncológico. Por lo que la pregunta de investigación que guía esta revisión integrativa es: ¿Cuáles son los antecedentes de incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico, según la literatura científica disponible?

Por tanto, el objetivo de esta investigación es identificar en la literatura disponible los antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico, categorizados, según lo propone Merle Mishel en su Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad: Marco de estímulos, capacidad cognitiva y proveedores de la estructura.

3.2.2 Búsqueda de literatura.

En esta etapa se plantea las bases para adquirir idealmente, toda la literatura relevante sobre el problema de interés. Según Whittemore & Knafl (2005) son “incluidos los términos de búsqueda, las bases de datos utilizadas, las estrategias de búsqueda adicionales, los criterios de inclusión y exclusión para determinar las fuentes primarias relevantes y la selección de artículos” (p. 549).

Definición de términos de búsqueda.

Se definieron los términos de búsqueda según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, 2023) y el vocabulario controlado para bases de datos biomédicas Medical Subject Headings (MeSH) (National Library of Medicine, E. U., 2021), en los idiomas español, inglés y portugués, los cuales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

Términos de búsqueda con descriptores DeCS y MeSH.

Lenguaje natural	Descriptores DeCS	Descriptores MeSH
Incertidumbre	<p>Descriptor idioma español: Incertidumbre. Descriptor idioma inglés: Uncertainty Descriptor idioma portugués: Incerteza</p> <p>Definición: La condición en que el conocimiento razonable sobre los riesgos, beneficios, o en el futuro no está disponible.</p> <p>ID del Descriptor: D035501</p>	<p>Descriptor en inglés: Uncertainty</p> <p>Definición: La condición en la que no se dispone de un conocimiento razonable sobre los riesgos, beneficios o el futuro.</p> <p>MeSH ID único: D035501</p>
Cáncer	<p>Descriptor idioma español: Neoplasias Descriptor idioma inglés: Neoplasms Descriptor idioma portugués: Neoplasias</p> <p>Definición: Crecimiento anormal y nuevo de tejido. Las neoplasias malignas muestran un mayor grado de anaplasia y tienen la propiedad de invasión y metástasis, comparados con las neoplasias benignas.</p> <p>ID del Descriptor: D009369</p> <p>Sinónimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • Neoplasia • Neoplasia Benigna • Neoplasia Maligna • Neoplasias Malignas • Neoplasma • Neoplasmas • Tumor • Tumor Maligno • Tumores • Tumores Malignos <p>Considere también los términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Español: cáncer, tumor, carcino- y onco-. • Inglés: cancer, tumor, carcino- y onco-. • Portugués: câncer, tumor, carcino- y onco-. 	<p>Descriptor en inglés: Neoplasms</p> <p>Definición: Nuevo crecimiento anormal de tejido. Las neoplasias malignas muestran un mayor grado de anaplasia y tienen propiedades de invasión y metástasis, en comparación con las neoplasias benignas.</p> <p>MeSH ID único: D009369</p> <p>Sinónimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benign Neoplasm • Benign Neoplasms • Cancer • Malignancy • Malignant Neoplasm • Malignant Neoplasms • Neoplasia • Neoplasm • Neoplasms, Benign • Tumor • Tumors <p>Considere también los términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inglés: cancer, tumor, carcino- y onco-.

Nota: Elaboración propia con datos según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH).

Fuentes de búsqueda.

Se tomó como criterio para la escogencia de las fuentes de búsqueda aquellas bases de datos que contengan registros bibliográficos en temas de salud y que, estén suscritas al Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica. Se seleccionaron un total de cuatro bases de datos que se evidencian en la tabla 2.

Tabla 2.

Fuentes de búsqueda de literatura.

Base de datos	Descripción
Embase	Artículos de revista, actas y resúmenes de conferencias, erratas, cartas, notas, encuestas cortas, ensayos controlados aleatorios, ensayos clínicos controlados, metaanálisis y revisiones sobre biomedicina. Esta base de datos contiene los artículos de Pubmed/Medline.
ProQuest Dissertations & Theses Global	Incluye disertaciones doctorales y tesis de maestría multidisciplinarias en texto completo, en múltiples idiomas y de 700 instituciones académicas líderes en el ámbito internacional.
LILACS	Base de datos que publica artículos de revistas, monografías y tesis especializados en ciencias de la salud, sobre América Latina y el Caribe.
ScienceDirect.	Combina publicaciones científicas, técnicas y de salud autorizadas y de texto completo.

Nota: Elaboración propia, con datos del SIBDI, 2022.

Estrategias de búsquedas.

La estrategia de búsqueda está conformada en primer lugar por dos tesauros, que corresponde a los términos controlados asignados a través de los DeCS y los MeSH, en este caso incertidumbre y neoplasias. Además, se consideraron los términos recomendados por estos dos sistemas: cáncer, tumor, y los truncamientos carcino* y onco*.

También se utilizará el operador booleano “AND” para combinar los términos y “OR” para ampliar la búsqueda en las bases de datos, así como el uso de paréntesis.

La búsqueda se realizó en cada una de las bases de datos seleccionadas en los idiomas inglés, español y portugués, para aumentar las estrategias y captar los artículos existentes.

De esta manera las estrategias de búsqueda que se utilizó están diseñada de la siguiente forma:

- **Inglés:** uncertainty AND (neoplasms OR cancer OR tumor OR carcino* OR onco*)
- **Español:** incertidumbre AND (neoplasias OR cáncer OR tumor OR carcino* OR onco*)
- **Portugués:** incerteza AND (neoplasias OR câncer OR tumor OR carcino* OR onco*)

Criterios de inclusión y exclusión.

La literatura seleccionada fue toda aquella que cumplió con los criterios de inclusión, y a su vez no incurrió en los criterios de exclusión. Los mismos se exponen a continuación.

Criterios de inclusión.

Parámetro del tema: producción científica que aborde el tema de antecedentes de la incertidumbre frente a la enfermedad oncológica.

Parámetros de población: población adulta con diagnóstico oncológico. Se aplicarán en las bases de datos los filtros de población que comprende a adultos jóvenes, adultez media, adultez mayor, correspondiente a la población de interés.

Parámetros temporales: publicaciones creadas entre los años 2010 al 2022, período en que se ha dado la mayor producción de literatura en el tema de la incertidumbre, según lo refleja estadísticas propias de las bases de datos.

Parámetros de diseño:

- Investigaciones primarias experimentales y no experimentales, investigaciones cualitativas e investigaciones mixtas.
- Investigaciones secundarias.

- Literatura gris que corresponda a: Tesis o Disertaciones.

Criterios de exclusión.

- Literatura que no esté disponible el texto completo.
- Literatura que corresponda a: ensayos, reportes, resúmenes y criterios de expertos.

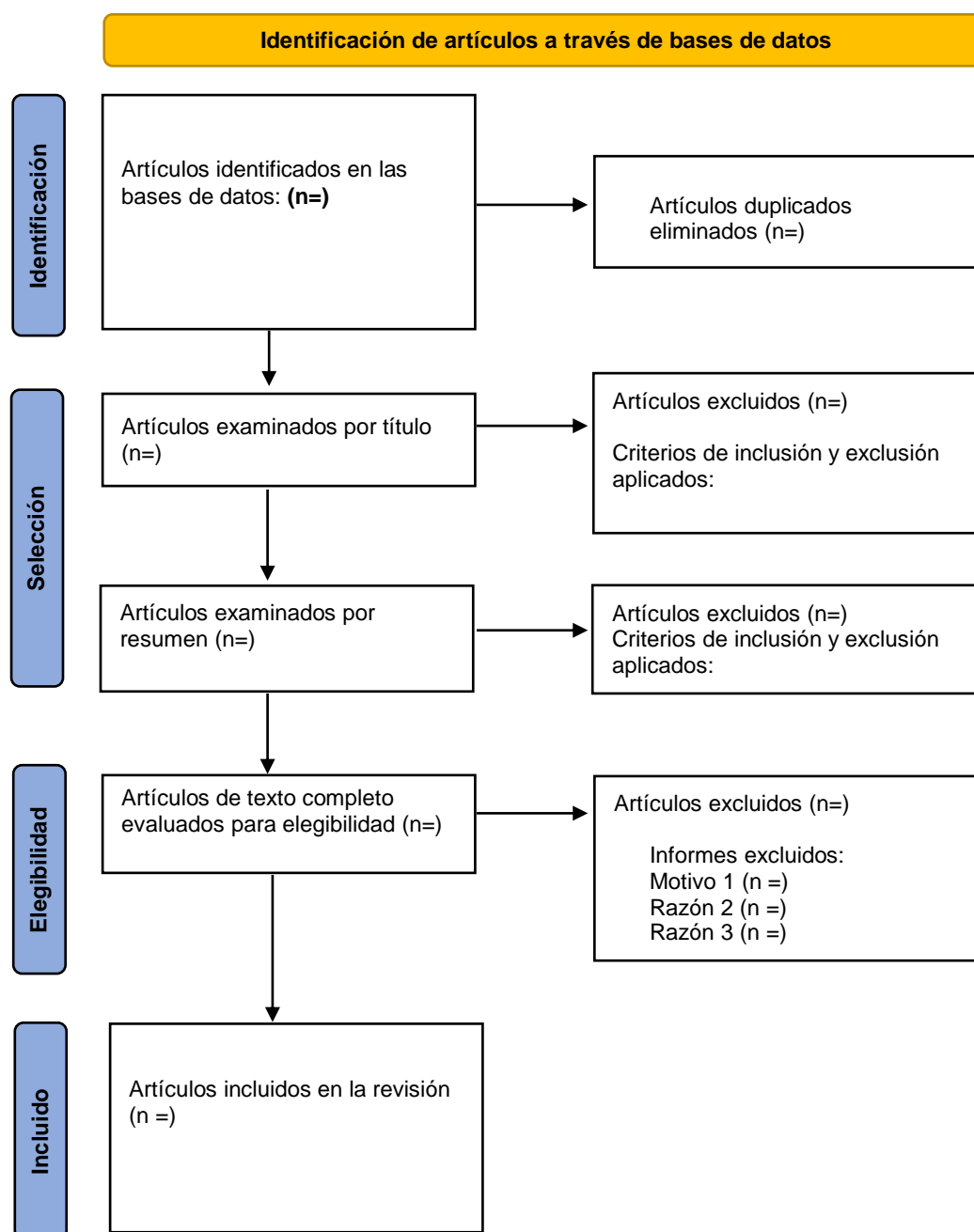
Selección de artículos.

Una vez que se realizara la búsqueda de los artículos bajo las estrategias descritas anteriormente, se procedió a la selección de los mismo, pasando por diversos filtros: eliminación por duplicados, lectura de títulos, resúmenes y posteriormente texto completo.

El proceso de selección lo realizó cada investigador por separado y posteriormente se compararon resultados. Además, se utilizó un diagrama de flujo PRISMA para una mejor identificación del proceso de selección (figura 2). Este describe todo el proceso, desde la identificación inicial de los estudios potencialmente relevantes hasta la selección definitiva de éstos (Page et al., 2021).

Figura 2.

Ejemplo de diagrama de flujo PRISMA a utilizar.



Nota: Page, M., Moher, D., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., ... McKenzie, J. (2021, March 29). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *The BMJ*, Vol. 372, pp. 1–75. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

3.2.3 Evaluación de los datos.

Esta etapa está dirigida a evaluar la autenticidad, calidad metodológica, valor informativo y representatividad de los estudios disponibles. Por la diversidad en diseños metodológicos, se plantea utilizar una herramienta de evaluación crítica específica para cada tipo de estudio que llegue a la selección final, esto debido a como menciona Whitemore & Knafl (2005) “cada tipo de diseño de investigación generalmente tiene diferentes criterios que ejemplifican la calidad” (p. 549).

Por tanto, para el desarrollo de esta sección se utilizaron las herramientas de evaluación crítica propuestas por el Instituto Joanna Briggs, de la Facultad de Salud y Ciencias Médicas de la Universidad de Adelaida, Australia. Además, se utilizó la herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018 (Nha HONG et al., 2018). En la tabla 3 se presenta las herramientas de evaluación crítica disponibles de acuerdo al diseño de investigación del Instituto Joanna Briggs. La evaluación crítica de la literatura seleccionada se realizó por cada investigador por separado y posteriormente se compararon resultados.

Tabla 3.

Herramientas de evaluación crítica según diseño de investigación del Instituto Johanna Briggs.

Diseño de investigación	Herramienta de evaluación crítica
Experimentales.	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de verificación para estudios cuasi-experimentales. • Lista de verificación para ensayos controlados aleatorios.
No experimentales.	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de verificación para estudios de prevalencia. • Lista de verificación para estudios transversales analíticos. • Lista de verificación para estudios de casos y controles. • Lista de verificación para estudios de cohortes.
Investigación cualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de verificación para investigación cualitativa.
Investigaciones secundarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de verificación para revisiones sistemáticas.

Nota: Elaboración propia, con datos del Instituto Johanna Briggs, 2021.

Por otra parte, en lo referente al rigor metodológico que exigen las revisiones integrativas de la literatura, es necesario otorgar un valor jerárquico a la evidencia disponible y seleccionada. Este un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación, que ayuda a los profesionales de la salud a valorar la fortaleza o solidez de la evidencia asociada a los resultados obtenidos (Pérsico & Torres, 2014).

Para este estudio se utilizó los niveles de evidencia que propone Denise Polit y Cheryl Tatano Beck (2021), estos están conformados por siete jerarquías que se detallan en la tabla 4.

Tabla 4.

Jerarquía de evidencia propuesta por Polit y Beck, 2021.

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
Nivel I	<ul style="list-style-type: none"> a) Revisiones sistemáticas de ECAs*. b) Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos no aleatorizados.
Nivel II	<ul style="list-style-type: none"> a) ECA. b) Ensayo clínico no aleatorizado.
Nivel III	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática de estudios correlacionales u observacionales.
Nivel IV	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios correlacionales u Observacionales.
Nivel V	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones sistemáticas de estudios descriptivos, cualitativos o fisiológicos.
Nivel VI	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios descriptivos, cualitativos o fisiológicos.
Nivel VII	<ul style="list-style-type: none"> • Opiniones de expertos.

*ECA: Ensayos Clínicos Aleatorios

Nota: Elaboración propia, datos tomados de Polit, D., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Undécima; Wolters Kluwer, Ed.). Filadelfia.

3.2.4 Análisis de los datos.

El análisis de datos en las revisiones integrativas requiere que los datos de fuentes primarias estén ordenados, codificados, categorizados y resumidos en una conclusión unificada e integrada sobre el problema de investigación (Whittemore & Knafl, 2005).

Los datos extraídos se comparan elemento por elemento para que los datos similares se categoricen y agrupen; posteriormente, se comparan estas categorías codificadas que favorecen el proceso de análisis y síntesis (Whittemore & Knafl, 2005).

Para realizar el análisis de los datos se utilizó el método de comparación constante, el cual se compone de cuatro fases: reducción de datos, visualización de datos, comparación de datos, elaboración de conclusiones y verificación.

Reducción de los datos.

Esta fase implica la determinación de un sistema de clasificación general para manejar los datos de diversas metodologías. Las fuentes primarias incluidas en la revisión integrativa deben dividirse en subgrupos de acuerdo con algún sistema lógico para facilitar el análisis (Whittemore & Knafl, 2005).

En primera instancia se elaboró una base de datos a través del programa informático Microsoft Excel, el cual permitió almacenar los resultados de la búsqueda inicial de cada fuente de búsqueda y posteriormente organizar los estudios de acuerdo con las diferentes fases de la etapa de selección. Una vez definidos los artículos que fueron incluidos en la revisión, estos fueron codificados a través de una numeración alfanumérica para una mejor identificación, la codificación se realizó de acuerdo a la base de datos precedente, de esta manera se asignó una sigla a cada fuente de búsqueda de la siguiente manera: EMBASE: EB, ProQuest: PQ, LILACS: LI, ScienceDirect: SD.

Posteriormente se utilizó el software QDA Miner lite, este es un paquete de software de análisis de datos cualitativos para codificar, anotar, recuperar y analizar pequeñas y grandes colecciones de documentos e imágenes, desarrollado por Provalis Research. Esta herramienta puede utilizarse para analizar las transcripciones de entrevistas o grupos focales, documentos legales, artículos de revistas, discursos, incluso libros enteros, así como dibujos, fotografías, pinturas y otros tipos de documentos visuales (Provalis Research, 2022).

Para esta investigación, se incluyeron los artículos seleccionados en dicho software, previamente se establecieron las categorías y subcategorías para cada antecedente de la incertidumbre según lo propuesto en la teoría de M. Mishel, para posteriormente ser identificados en cada texto.

Dicha base de datos es de suma importancia pues permite la fácil categorización en los textos, generando reportes de las categorías y códigos de interés, así como tablas y gráficos. Esta fase será realizada por cada investigador por separado y posteriormente se compararán resultados.

Visualización de los datos.

El siguiente paso en el análisis de datos es la visualización de datos, que implica convertir los datos extraídos de fuentes individuales en una visualización que reúne los datos de varias fuentes primarias en torno a variables o subgrupos particulares (Whittemore & Knafl, 2005).

Para esta fase se desarrolló una tabla donde se visualiza la caracterización de cada artículo incluido en el estudio (Tabla 5), y posteriormente una segunda tabla donde se muestra los fragmentos de texto que identifique cada categoría de interés con sus respectivas subcategorías y códigos (Tabla 6). De manera que permita la unificación y sistematización de la información extraída en la fase anterior para continuar con la siguiente etapa.

Tabla 5

Ejemplo de la tabla para caracterización de las publicaciones incluidas a utilizar.

Autor (año) País	Objetivo del estudio	Diseño	Muestra
-----------------------------	-----------------------------	---------------	----------------

Nota: Elaboración propia.

Tabla 6

Ejemplo de la tabla para los resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura a utilizar.

Categoría	Código	Caso	Resultado
------------------	---------------	-------------	------------------

Nota: Elaboración propia.

Comparación de los datos.

El siguiente paso en el análisis de datos es la comparación de datos, que implica un proceso iterativo de examinar las visualizaciones de datos de las publicaciones para identificar patrones, temas o relaciones (Whittemore & Knafl, 2005).

Este método consiste en la comparación de la información recogida para encontrar patrones de comportamiento, conceptos o categorías y subcategorías (Whittemore & Knafl, 2005). Una vez organizados y visualizados los datos, se procederá a realizar comparaciones de los elementos extraídos, para determinar similitudes y diferencias; posteriormente serán agrupados y organizados según categorías y subcategorías que identifique cada antecedente de la incertidumbre, propuesto en el modelo conceptual de la Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.

Elaboración de conclusiones y verificación.

Esta es la fase final del análisis de datos que mueve el esfuerzo interpretativo de la descripción de patrones y relaciones a niveles más altos de abstracción, subsumiendo los particulares en lo general (Whittemore & Knafl, 2005).

El paso final del análisis de los datos es la síntesis de conclusiones importantes, para este caso se realizará una síntesis de cada categoría (marco de estímulos, capacidad cognitiva, proveedores de estructura) que completa el tema de interés a la luz de la teoría.

3.2.5 Presentación de los datos.

Esta etapa fue desarrollada en la presentación de los resultados y conclusiones con respecto a los antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico.

3.3 Consideraciones éticas.

Con respecto a las consideraciones éticas, es preciso decir que esta revisión integrativa está regida por requisitos éticos propuestos por Ezekiel Emanuel, el cual propone siete requisitos para que una investigación clínica sea ética, justificados por valores y principios ampliamente reconocidos y aceptados, e inmersos en las diferentes normas como el Códigos de Nuremberg, Declaración de Helsinki, Informe de Belmont (Emanuel, 2003).

Los requisitos sobre los cuales se basa esta investigación son:

Valor: la investigación clínica debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. La investigación debe evaluar una intervención que conduzca a mejoras en la salud o el bienestar de la población (Emanuel, 2003). Esta investigación busca generar conocimiento que impacte en los procesos de cuidado de las personas adultas con diagnóstico oncológico.

Validez científica: la investigación científica debe de tener una metodología valida y realizable, es decir con un objetivo científico claro, estar diseñada usando principios, métodos y prácticas de efecto seguro aceptados, tener poder suficiente para probar definitivamente el objetivo, un plan de análisis de datos verosímil y debe poder llevarse a cabo (Emanuel, 2003).

Proporción favorable de riesgo-beneficio: la investigación en sujetos humanos puede implicar considerables riesgos y beneficios, esta puede justificarse sólo cuando los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan (Emanuel, 2003). Este trabajo corresponderá a un estudio sin riesgos, ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental, de igual manera no se realizará ningún tipo de alteración a los

documentos revisados, regidos por Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos (Ley N° 6683) de la República de Costa Rica.

Evaluación independiente: los intereses diversos pueden involuntariamente distorsionar y minar sus juicios en lo referente al diseño y la realización de la investigación, al análisis de los datos, así como a su adherencia a los requisitos éticos (Emanuel, 2003).

Una manera común de reducir al mínimo el impacto potencial de ese tipo de prejuicios es la evaluación independiente, haciendo que la investigación sea revisada por peritos apropiados que no estén afiliados al estudio. En este caso al tratarse de un Trabajo Final de Investigación Aplicada para optar por el grado de Magister Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica, se contará con un comité asesor especialista en investigación.

Esta revisión integrativa mantuvo los principios bioéticos aplicados para este tipo de investigación, incluyendo el reconocimiento de la autoría de los trabajos incluidos en el estudio, la transparencia en el proceso de búsqueda y selección de artículos, evaluación y análisis de los datos (Suri, 2020).

Después del recorrido sobre los aspectos metodológicos que guiaron el presente estudio, en el siguiente apartado se muestra lo resultados obtenidos durante el desarrollo de esta revisión integrativa.

Capítulo IV: Resultados.

El presente apartado describe de forma detallada la evolución del proceso de búsqueda y selección de literatura, la evaluación de la calidad de las publicaciones seleccionada, así como su nivel de evidencia y el análisis de los datos.

4.1 Búsqueda de literatura.

4.1.1 Búsqueda de literatura.

Se inició la búsqueda de literatura en las bases de datos científicas EMBASE, ProQuest Dissertations & Theses Global, ScienceDirect y LILACS, bajo la estrategia de búsqueda planteada en el capítulo anterior. Dicho proceso se llevó a cabo durante el día 5 al 8 del mes de noviembre del año 2022. En la Tabla 8 se pueden apreciar las estrategias de búsqueda en las bases de datos consultadas y sus resultados.

En total se obtuvieron 2596 publicaciones indexadas a las cuatro bases de datos utilizadas; una vez realizada, cada búsqueda fue exportada y guardada en una base de datos en Microsoft Excel, de igual manera fue guardada en cada fuente de búsqueda para la posterior recuperación de los estudios.

Tabla 7.*Resultados según base de datos y estrategia de búsqueda.*

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros utilizados	Resultados
Embase	('uncertainty'/exp OR uncertainty) AND ('neoplasms'/exp OR neoplasms OR 'cancer'/exp OR cancer OR 'tumor'/exp OR tumor OR carcino- OR onco-) AND ([embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) OR ([medline]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) NOT ([embase classic]/lim AND [medline]/lim))) AND (2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py) AND ([adult]/lim OR [aged]/lim OR [middle aged]/lim OR [very elderly]/lim OR [young adult]/lim) AND ('article'/it OR 'review'/it)	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Fecha de publicación. • Tipo de publicaciones • Texto completo. 	1343
ProQuest Dissertations & Theses Global	(uncertainty AND (neoplasms OR cancer OR tumor OR carcino- OR onco-)) AND (la.exact("ENG" OR "POR" OR "SPA") AND diskw.exact(("Cancer" OR "Breast cancer" OR "Nursing" OR "Prostate cancer" OR "Uncertainty") AND ("Quality of life" OR "Social support" OR "Depression" OR "Oncology" OR "Anxiety" OR "Metastasis" OR "Cancer survivors" OR "Breast Cancer" OR "Cancer screening" OR "Radiotherapy" OR "Tumor" OR "Ovarian cancer"))) AND pd(20100101-20221108))	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de publicación. • Idioma. • Texto complete. 	748
ScienceDirect.	uncertainty AND (neoplasms OR cancer OR tumor OR carcino- OR onco-)	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de publicación. • Texto completo y abierto. • Revistas suscritas • Área temática: enfermería y profesionales de la salud. 	422
LILACS	uncertainty AND (neoplasms OR cancer OR tumor OR carcino- OR onco-) AND (fulltext:"1" AND db:("LILACS") AND la:("es" OR "pt" OR "en")) AND (year_cluster:[2010 TO 2022])	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de publicación. • Idioma • Texto completo. 	83
Total			2596

Nota: Elaboración propia.

Una vez culminado este proceso, se procedió a la selección de la literatura según criterios de elegibilidad, debiendo pasar por diversas fases: eliminación por duplicados, lectura de títulos y resúmenes, y posteriormente texto completo, proceso que se detalla a continuación.

4.1.2 Selección de artículos.

Para el proceso de selección se trabajó con la base de datos elaborada en el programa informático Microsoft Excel, en la cual se almacenó la literatura arrojada en cada búsqueda; esta base de datos permitió el orden alfabético de los estudios para la identificación de los duplicados y posteriormente la organización de la literaria seleccionada en cada fase (lectura de títulos, resúmenes y texto completo), lo que facilitó técnicamente el proceso de selección.

La fase de lectura de título, resumen y texto completo se realizó de manera independiente por cada investigador y posteriormente en cada una de ellas se analizaron los resultados para la toma de la decisión final. Esta etapa en su totalidad se desarrolló entre los meses de noviembre y diciembre del año 2022 y enero del 2023.

En la figura 3 se muestra el diagrama de flujo PRIMAS que resume el proceso de selección de la literatura. Se recuperaron en las bases de datos un total de 2596 artículos, de los cuales 23 registros correspondían a duplicados, siendo estos eliminados. Una vez excluidos, 2573 estudios se sometieron a ser examinados por título, siendo excluidos en esta fase 2377, de los cuales 2351 fueron excluidos por no tener relación con el tema, 25 por no corresponder a la población en estudio y 1 por ser de idioma distinto a los establecidos.

En base a los datos anteriores, se incluyen 196 registros para la fase de lectura de resumen, según los criterios de elegibilidad se excluyeron en esta fase 130 estudios por no corresponder al tema en investigación, 10 artículos por no relacionarse a la población de

interés, 4 por ser publicados en idioma distinto a los incluidos y 5 por no estar disponible en texto completo.

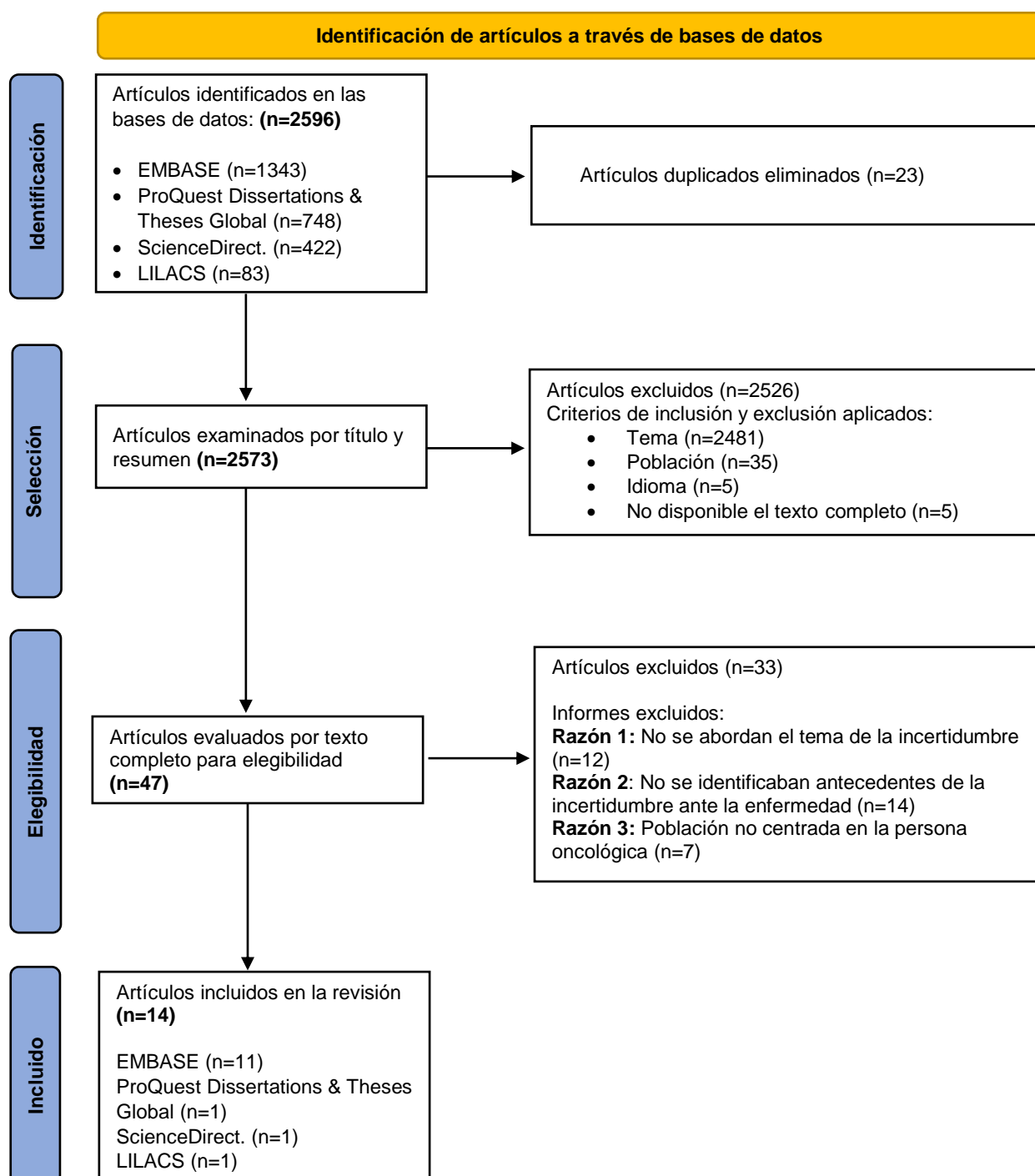
De esta manera, 47 estudios fueron los seleccionados para la última fase del proceso de selección que correspondía a la lectura de texto completo. Desarrollada esta fase fueron tres las razones principales por las cuales se excluyeron un total de 33 estudios. En primer lugar, investigaciones cuyo objetivo era explorar experiencias o vivencias de la persona con diagnóstico oncológico, sin embargo, no se aborda desde el contexto de la incertidumbre, por lo cual se excluyeron 12 estudios.

Una segunda razón correspondió a aquella literatura que abordaba el tema de la incertidumbre, centrados principalmente en una estrategia de intervención o evaluaciones psicométricas y en cómo afecta la incertidumbre la calidad de vida de la persona oncológica u otra área de su vida, sin embargo, no se identificaban antecedentes de la incertidumbre ante la enfermedad, siendo excluidas un total de 14 investigaciones. De igual manera, se excluyeron 7 estudios que abordaban el tema de la incertidumbre en el contexto oncológico, pero la muestra principal no correspondía a personas con diagnóstico oncológico, sino dirigido a, en su mayoría al personal de salud, cuidador o pareja.

De esta manera son 14 los estudios incluidos para el desarrollo de esta revisión integrativa, 11 de ellos se encontraron en revistas indexadas en la base de datos EMBASE, y 1 estudio correspondiente para la base de datos de ProQuest Dissertations & Theses Global, ScienceDirect y LILACS.

Figura 3.

Diagrama de flujo PRISMA para la identificación de los artículos.



Nota: Elaboración propia.

Una vez culminado el proceso de búsqueda y selección de literatura, se procedió a realizar la evaluación la calidad, así como la identificación del nivel de evidencia para cada estudio incluido, resultados que se muestran en el siguiente apartado.

4.2 Evaluación de los datos.

En este apartado se presenta los resultados de la evaluación de la calidad de la literatura seleccionada, de igual manera se estableció el nivel de evidencia para cada estudio siguiendo la clasificación establecida por Denise Polit y Cheryl Tatano Beck (2021). Dicho proceso se realizó durante el mes de enero 2023, y se llevó a cabo de manera independiente por cada investigador y posteriormente se analizaron los resultados para la toma de la decisión final.

Los 14 estudios seleccionados utilizaron una variedad de diseños metodológicos, que incluyeron investigaciones cualitativas de diseño fenomenológico en su mayoría (n=6), estudio de caso (n=1), descriptivo exploratoria (n=3); investigaciones cuantitativas de diseño transversal correlación descriptivo (n=2), métodos mixtos (n=1), e investigación secundaria (n=1). Para cada diseño metodológico se utilizó una lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs, como se muestra en la tabla 8, 9 y 11, a excepción para el diseño de métodos mixtos, el cual se utilizó la herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT) versión 2018 (Nha Hong et al., 2018) tabla 10, ya que para dicho diseño metodológico no hay disponible una herramienta de evaluación crítica propia del Instituto Joanna Briggs. Al evaluar cada estudio se asignó un punto a cada criterio alcanzado en la lista de verificación; la calidad de los estudios se clasificó como un porcentaje del total de puntos disponibles en cada lista de verificación.

Tabla 8.

Estudios evaluados utilizando la lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para la investigación cualitativa.

Autor (año) <i>Diseño del estudio</i>	¿Existe congruencia entre la perspectiva filosófica declarada y la metodología de investigación?	¿Existe congruencia entre la metodología de la investigación y la pregunta o los objetivos de la investigación?	¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y los métodos utilizados para recopilar datos?	¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la representación y análisis de datos?	¿Existe congruencia entre la metodología de la investigación y la interpretación de los resultados?	¿Existe un enunciado que ubique al investigador cultural o teóricamente?	¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación y viceversa?	¿Están los participantes y sus voces representados adecuadamente?	¿La investigación es ética de acuerdo con los criterios actuales, y hay evidencia de aprobación ética por parte de un organismo apropiado?	¿Las conclusiones extraídas en el informe de investigación se derivan del análisis o interpretación de los datos?	Puntaje de 10 (%)	Nivel de evidencia (Polit & Beck, 2021)
Maher & de Vries (2011) <i>Fenomenología hermenéutica</i>	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	8 (80%)	VI
Wall et al. (2011) <i>Fenomenológico descriptivo</i>	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	9 (90%)	VI
Yusuf et al. (2013) <i>Fenomenológico</i>	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	9 (90%)	VI

Nota: Elaboración propia.

Tabla 8.

Estudios evaluados utilizando la lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para la investigación cualitativa (continuación).

Autor (año) <i>Diseño del estudio</i>	¿Existe congruencia entre la perspectiva filosófica declarada y la metodología de investigación?	¿Existe congruencia entre la metodología de la investigación y la pregunta o los objetivos de la investigación?	¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y los métodos utilizados para recopilar datos?	¿Existe congruencia entre la metodología de investigación y la representación y análisis de datos?	¿Existe congruencia entre la metodología y la interpretación de los resultados?	¿Existe un enunciado que ubique al investigador o teóricamente?	¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación y viceversa?	¿Están los participantes y sus voces representados adecuadamente?	¿La investigación es ética de acuerdo con los criterios actuales, y hay evidencia de aprobación ética por parte de un organismo apropiado?	¿Las conclusiones extraídas en el informe de investigación se derivan del análisis o interpretación de los datos?	Puntaje de 10 (%)	Nivel de evidencia (Polit & Beck, 2021)
Inan et al. (2016) <i>Fenomenológico</i>	Poco claro	Si	Si	Si	Si	No	Poco claro	Si	Si	Si	7 (70%)	VI
Hillen et al. (2017) <i>Exploratorio</i>	Poco claro	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	7 (70%)	VI
Appleton et al. (2018) <i>Exploratorio</i>	Poco claro	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	8 (80%)	VI
Ramírez et al. (2018) <i>Fenomenológico hermenéutico</i>	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	8 (80%)	VI

Nota: Elaboración propia.

Tabla 8.

Estudios evaluados utilizando la lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para la investigación cualitativa (continuación).

Autor (año) Diseño del estudio	¿Existe congruen- cia entre la perspecti- va filosófi- ca declara- da y la mé- todología de investi- gación?	¿Existe congruen- cia entre la metodolo- gía de la investiga- ción y la pregunta o los objeti- vos de la investiga- ción?	¿Existe congruen- cia entre la metodo- logía de in- vestigación y los mé- todos utili- zados para recopilar datos?	¿Existe congruen- cia entre la metodología de investi- gación y la representación y análisis de datos?	¿Existe congruen- cia entre la metodolo- gía de la investiga- ción y la interpre- tación de los resulta- dos?	¿Existe un enun- ciado que ubi- que al investi- gador cultural o teóri- camente ?	¿Se abor- da la in- fluencia del investiga- dor en la investiga- ción y vi- ceversa?	¿Están los participan- tes y sus voces repre- sentados adecuadamente?	¿La investi- gación es éti- ca de acuer- do con los criterios ac- tuales, y hay evidencia de aprobación ética por par-te de un orga-nismo apro-piado?	¿Las con- clusiones extraídas en el infor- me de in- vestigación se derivan del análisis o interpre- tación de los datos?	Puntaje de 10 (%)	Nivel de evidencia (Polit & Beck, 2021)
Vedelø et al. (2018) <i>Estudio de caso</i>	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	9 (90%)	VI
Lidington et al. (2021) <i>Fenomenológico</i>	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	8 (80%)	VI
Volungholen Sollid et al. (2021) <i>Descriptivo exploratorio</i>	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	9 (90%)	VI

Nota: Elaboración propia.

Tabla 9.

Estudios evaluados utilizando la lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para estudios transversales analíticos.

Autor (año) Diseño del estudio	¿Se definió de manera clara los criterios de inclusión en la muestra?	¿Se describieron en detalle los sujetos de estudio y el entorno?	¿Se midió en la exposición de manera válida y confiable?	¿Se utilizaron criterios objetivos y estándar para medir la afección?	¿Se identificaron factores de confusión?	¿Se establecieron estrategias para hacer frente a los factores de confusión?	¿Se midieron los resultados de manera válida y confiable?	¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?	Puntaje de 7 (%)	Nivel de evidencia (Polit & Beck, 2021)
Kim et al. (2012) <i>Transversal correlación descriptivo</i>	Si	Si	No aplica	Si	No	No	Si	Si	5 (71,4%)	IV
Jeon et al. (2016) <i>Transversal correlación descriptivo</i>	Si	Si	No aplica	Si	No	No	Si	Si	5 (71,4%)	IV

Nota: Elaboración propia.

Tabla 10.

Estudio evaluado utilizando la herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018.

Autor (año) <i>Diseño del estudio</i>	¿Hay preguntas de investigación claras?	¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	¿Existe una justificación adecuada para utili- zar un diseño de métodos mixtos para abordar la pregunta de investiga- ción?	¿Los diferentes componentes del estudio están efec- tivamente integrados para res- ponder a la pregunta de inves- tigación?	¿Se inter- pretan ade- cuadamente los resultados de la inte- gración de componentes cualitativos y cuantitativos	¿Se abordan adecuadamente las divergen- cias e inconsis- tencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos?	¿ Los diferentes componentes del estudio se adhieren a los criterios de calidad de cada tradicón de los métodos involucrados?	Puntaje de 7 (%)	Nivel de evidenci a (Polit & Beck, 2021)
Traeder (2015) <i>Método mixto</i>	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	7 (100%)	II

Nota: Elaboración propia.

Tabla 11.

Estudio evaluado utilizando la lista de verificación de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para revisiones sistemáticas.

Autor (año) <i>Diseño del estudio</i>	¿Está clara y explícita la Formulación de la pregunta de revisión?	¿Los criterios de inclusión fueron apropiados para la pregunta de revisión?	¿Fue adecuada la estrategia de búsqueda?	¿Fueron adecuadas las fuentes y recursos utilizados para la búsqueda de estudios?	¿Fueron adecuados los criterios de valoración de los estudios?	¿La evaluación crítica fue realizada por dos o más revisores de forma independiente?	¿Hubo métodos para minimizar los errores en la extracción de datos?	¿Fueron apropiados los métodos utilizados para combinar los estudios?	¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	¿Fueron las recomendaciones para políticas y/o prácticas respaldadas por los datos informados?	¿Fueron adecuadas las directivas específicas para nuevas investigaciones?	Puntaje de 10 (%)	Nivel de evidencia (Polit & Beck, 2021)
Jabloo et al. (2017) <i>Revisión de alcance</i>	Si	Si	Si	Si	Poco claro	Poco claro	Poco claro	Si	No aplicable	Si	Si	7 (70%)	V

Nota: Elaboración propia.

Las puntuaciones de la calidad los 14 estudios oscilaron entre 70% (Hillen et al. 2017, Jabloo et al. 2017) al 100% (Traeder, 2015). Diez de los 14 estudios califican como nivel VI de evidencia (Maher & de Vries 2011, Wall et al. 2011, Yusuf et al. 2013, Inan et al. 2016, Hillen et al. 2017, Appleton et al. 2018, Ramírez-Perdomo et al. 2018, Vedelø et al. 2018, Lidington et al. 2021, Volungholen Sollid et al. 2021), y el mayor nivel de evidencia identificado II (Traeder, 2015). Es de mencionar que los 14 artículos sometidos a la evaluación de la calidad todos fueron incluidos en esta revisión integrativa, no se eliminó ninguno por este motivo. Culminado el proceso de la evaluación de la calidad se procedió con el análisis de los datos.

4.3 Análisis de los datos.

En este apartado se presenta en primer lugar las características de las publicaciones incluidas en la revisión, para posteriormente presentar los datos extraídos según categorías, subcategorías y códigos de interés, dicha etapa se llevó a cabo por ambos investigadores durante los meses de febrero y marzo del 2023.

4.3.1 Descripción de las publicaciones incluidos en la revisión.

En la tabla 13 se muestran características de interés de las publicaciones incluidas. Los 14 estudios incluidos en la revisión se realizaron entre los años 2011 y 2021, provenientes de 10 países diferentes, siendo el Reino Unido el de mayor producción (n=4), seguido de Corea del Sur (n=2). Del total 13 de ellos están escritos en el idioma inglés y únicamente 1 se encontraba escrito en español. Además 10 de los 14 estudios utilizaron un diseño cualitativo, guiados principalmente por la fenomenología (n=6) y el diseño exploratorio (n=3); también se incluyeron cuantitativos de diseño transversal correlacional (n=2), métodos mixtos (n=1) y se incluyó una revisión de alcance (n=1).

Los estudios se realizaron con poblaciones adultas de diferentes rangos de edades, que van desde los 18 hasta los 88 años. De igual manera se utilizaron muestras con diversos diagnósticos oncológicos, la población de mayor predominancia es el cáncer de mama (n=6), seguidos por otros tumores sólidos como tumores del SNC, el cáncer de colon, cabeza y cuello, pulmón, testículo, ovario, cérvix, sarcoma, renal, gástrico y próstata, además de tumores hematológicos como mieloma y linfoma no Hodgkin. Los participantes fueron abordados en diferentes etapas de su enfermedad, como fue la fase diagnóstica, durante el tratamiento (quimioterapéutico, radioterapia, quirúrgico) y fase paliativa.

Tabla 12.*Características de las publicaciones incluidas en la revisión.*

Artículo	Autor (año) País	Objetivo del estudio	Diseño	Muestra
EB1	Maher & de Vries (2011) Reino Unido (Londres)	Explorar la experiencia de vivir con mieloma múltiple recidivante.	Cualitativa fenomenológico hermenéutico.	Muestreo intencional, conformada por 5 hombres y 3 mujeres con diagnóstico de mieloma, edades entre 48 a 74 años.
EB2	Wall et al. (2011) Reino Unido (Liverpool)	Identificar y describir las esencias de la experiencia de los pacientes durante el período previo al diagnóstico de linfoma no Hodgkin.	Cualitativo fenomenológico descriptivo.	Muestreo intencional, compuesta por 15 pacientes masculinos y 16 femeninos con diagnóstico de LNH, con una edad media de 56 años (rango 29-79).
EB3	Yusuf et al. (2013) Malasia	Explorar la experiencia de mujeres malayas y chinas recién diagnosticadas con cáncer de mama en la costa este de Malasia peninsular.	Cualitativo fenomenológico longitudinal.	Muestreo intencional, conformada por 10 mujeres malayas y 10 mujeres chinas con diagnóstico de cáncer de mama primario, el rango de edad fue de 34 a 59 años.
EB4	Inan et al. (2016) Turquía	Describir las experiencias de las mujeres en Turquía durante la fase de diagnóstico del cáncer de mama.	Cualitativo fenomenológico.	Muestreo intencional, compuesta por nueve mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, una edad media de 42,11 años, con un rango de 33 a 55 años.
EB5	Hillen et al. (2017) Países Bajos (Ámsterdam)	Explorar en profundidad la evolución de la incertidumbre en las segundas opiniones sobre el cáncer de próstata.	Cualitativo exploratorio.	Participaron 24 hombres diagnosticados con cáncer de próstata, la edad media de los pacientes fue de 65 años (rango 52-73).

Nota: Elaboración propia. LNH: Linfoma no Hodgkin.

Tabla 12.

Características de las publicaciones incluidas en la revisión (continuación).

Artículo	Autor (año) País	Objetivo del estudio	Diseño	Muestra
EB6	Appleton et al. (2018) Reino Unido (Liverpool)	Explorar cómo los servicios oncológicos promueven y apoyan el bienestar de los pacientes a lo largo de su tratamiento oncológico.	Cualitativo exploratorio.	Muestreo intencional, conformada por 30 participantes, 18 hombres y 12 mujeres con diagnóstico de cáncer colorrectal, de cabeza y cuello o de pulmón en tratamiento con intención curativa o paliativa, la edad osciló entre 52 y 88 años.
LI1	Ramírez-Perdomo et al. (2018) Colombia	Describir el significado de la experiencia frente al diagnóstico de cáncer en la construcción de la realidad individual y subjetiva desarrollada.	Cualitativo fenomenológico-hermenéutico.	Conformada por seis participantes, dos con cáncer de testículo, una con cáncer de mama, una con cáncer de ovario y dos de cérvix, edades entre los 24 y 36 años.
EB7	Vedelø et al. (2018) Dinamarca	Identificar y describir las experiencias de los pacientes y las necesidades de atención a lo largo de la fase de diagnóstico de una vía integrada de cáncer de cerebro.	Cualitativo estudio de caso.	Participaron 2 masculinos y 2 femeninas, con diagnóstico de tumor cerebral, edades comprendidas entre 63 a 78 años.
EB8	Lidington et al. (2021) Reino Unido (Londres)	Explorar las experiencias específicas de los adultos jóvenes diagnosticados con cáncer en el contexto del Reino Unido y describir el impacto psicosocial específico de la edad y los desafíos prácticos del cáncer y su tratamiento.	Cualitativa fenomenológica.	Muestra a conveniencia, participaron 65 pacientes entre los 25 a 39 años (edad promedio de 33,6 años), se incluyó una variedad de tipos de tumores, más comúnmente sarcomas (N=13; 20,0 %), cáncer de mama (N=12; 18,5 %) y tumores del sistema nervioso central (N=12; 18,5 %).
SD1	Volungholen Sollid et al. (2021) Noruega	Explorar y describir las experiencias de pacientes mayores con cáncer a lo largo de su tratamiento de radioterapia, desde el diagnóstico hasta el seguimiento después del tratamiento.	Cualitativo descriptivo exploratorio.	Se contó con 12 participantes diagnosticados con cáncer y a punto de finalizar la radioterapia; de ellos 7 hombres y 5 mujeres, entre los 66 a 80 años (promedio de 73 años).

Nota: Elaboración propia.

Tabla 12.

Características de las publicaciones incluidas en la revisión (continuación).

Artículo	Autor (año) País	Objetivo del estudio	Diseño	Muestra
EB9	Kim et al. (2012) Corea del Sur	Comparar los niveles de síntomas e incertidumbre, sus factores asociados, las relaciones entre ellos y los predictores de incertidumbre por trayectoria de tratamiento entre sobrevivientes de cáncer de mama.	Cuantitativo transversal correlacional descriptivo.	Conformada por 252 sobrevivientes de cáncer de mama, de ellas 130 mujeres (51.6%) estaban recibiendo tratamiento primario de cáncer y 122 mujeres (48.4%) que habían completado su tratamiento a excepción de la terapia antihormonal. Los participantes tenían una edad media de 47.5 años (rango 27–73 años, DE: 8.8).
EB10	Jeon et al. (2016) Corea del Sur	Examinar las relaciones entre los síntomas gastrointestinales, la incertidumbre y la recuperación percibida en pacientes con cáncer gástrico después de una gastrectomía.	Cuantitativo transversal correlacional descriptivo.	Conformada por 146 participantes con diagnóstico de cáncer gástrico sometidos a una gastrectomía, 92 (63%) hombres y 54 (37%) mujeres, la edad media fue de 54,66 años (rango: 30-78 años, DE: 10.96).
PQ1	Traeder (2015) Estados Unidos	Determinar si las mujeres que tienen acceso a un navegador de pacientes durante la toma de decisiones sobre el tratamiento del cáncer de mama manejan mejor la incertidumbre y experimentan una mayor satisfacción del paciente con la experiencia de atención general que las mujeres que no tienen acceso a un navegador de pacientes.	Métodos mixtos, no se especifica el tipo. El componente cuantitativo fue cuasiexperimental y el componente cualitativo no se especifica, pero se infiere que es descriptivo.	Se incluyeron a 124 sobrevivientes de cáncer de mama, divididos en dos grupos: 78 participantes en el grupo de "NP presente" y 46 participantes al grupo de "NP no presente"; que participaron en una encuesta en línea, a través de un muestreo de bola de nieve por conveniencia, la edad promedio fue de 35 años (DE: 8.10, Rango 18-55). Se realizaron entrevistas semiestructuradas cualitativas a 11 mujeres seleccionadas a través de un muestreo aleatorio intencional de la muestra de participantes de la encuesta en línea, con edades entre 18 y 44 años (edad media 35.5, DE: 7.3).
EB11	Jabloo et al. (2017) Canadá	Brindar una visión general de la literatura existente sobre la incertidumbre en los adultos mayores con cáncer.	Revisión de alcance	Se incluyeron 44 estudios (30 cualitativos, 12 cuantitativos y 2 de métodos mixtos). Los estudios abarcaron personas con varios tipos de cáncer (n=12), cáncer de próstata (n=11), cáncer de mama (n=6), cáncer gastrointestinal (n=6), cáncer de pulmón (n=4), cáncer hematológico (n=3), cáncer de cabeza y cuello (n=1) y cáncer renal (n=1).

Nota: Elaboración propia. DE: desviación estándar; NP: navegador de pacientes.

Posterior a la caracterización de las publicaciones incluidas, y haciendo uso del software QDA Miner, se procedió a identificar en la literatura seleccionada los antecedentes de la incertidumbre, según categorías y subcategorías.

4.3.2 Antecedentes de la incertidumbre identificados.

En este apartado se visualizan los resultados identificados correspondiente para cada antecedente de la incertidumbre propuesto por M. Mishel (1988) en su teoría (marco de estímulos, la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura), los cuales se describen a continuación. En cursiva se identifican las subcategorías y subrayados se encuentran los códigos.

Marco de estímulos.

El marco de estímulos está subcategorizado por el patrón de los síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el evento, los resultados identificados para esta categoría se presentan en la tabla 13. Con respecto al *patrón de los síntomas* se identificó que hay poca distinción o claridad en los síntomas previo en la definición del diagnóstico, visualizado en un estudio con mujeres con cáncer de mama y en otra investigación con personas diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer (EB3, LI1), así como la inconsistencia en número y frecuencia de los síntomas principalmente durante la etapa del tratamiento, señalado en un estudio con participantes diagnosticados con diversos de tipos de tumores, y otro realizado en mujeres con cáncer de mama en tratamiento (EB8, EB9), lo que conlleva a experimentar incertidumbre.

Por su parte, se identificaron diversas situaciones que conllevaron a formar o no una *familiaridad con el evento* de la enfermedad influyendo en el estado de incertidumbre. El conocimiento de la experiencia propia contribuyo a dar sentido a lo que estaba sucediendo,

informado en dos artículos, uno con participantes diagnosticados con linfoma no Hodgkin (EB2) y otro con participantes diagnosticados con cáncer a punto de finalizar la radioterapia (SD1). De igual manera la experiencia vicaria contribuyo a la *familiaridad con el evento*, informado en dos artículos uno con participantes diagnosticados con cáncer gástrico y otro con personas diagnosticadas con cáncer de testículo, cáncer de mama, cáncer de ovario y de cérvix (EB10, LI1). La orientación en el sistema como rutinas organizacionales, los horarios, buena señalización y ser recibido por un personal amable y ver a los mismos médicos, le proporciona una sensación de familiaridad a los participantes en dos estudios, uno con personas diagnosticadas de cáncer colorrectal, de cabeza y cuello y de pulmón en tratamiento y en otro artículo con participantes diagnosticados con cáncer y a punto de finalizar la radioterapia (EB6, SD1). Por el contrario, la disrupción de rutinas debido a los efectos tóxicos de la medicación, las visitas al hospital y los ingresos, y el contacto con otras personas oncológicas de diferentes edades aleja de la familiarización, como se identifica en un artículo con participantes diagnosticados con mieloma, y otro artículo con adultos jóvenes con diferentes tipos de tumores (EB1, EB8).

Además, se logró identificar que los signos de recaída de la enfermedad, los resultados confirmatorios del diagnóstico final y los resultados del tratamiento conllevan a experimentar situaciones de incoherencia entre lo esperado y lo experimentado, alterando la *congruencia con el evento*, esto señalado en un estudio con personas diagnosticadas con mieloma múltiple, otra estudio con personas diagnósticas con tumor cerebral y otra realizado con personas adultas con diversos diagnósticos oncológicos (EB1, EB7, EB8).

Capacidad cognitiva.

Los resultados identificados en esta categoría se visualizan en la tabla 14. Se informó una correlación positiva entre la edad y la incertidumbre en un estudio realizado con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento, con igual resultado en una investigación realizada con adultos mayores con diferentes diagnósticos oncológicos (EB9, EB11). Además, un estudio con mujeres con cáncer de mama, otro realizado con hombres diagnosticados con cáncer de próstata y un tercero con adultos jóvenes diagnosticados con cáncer, muestran que confortar la noticia del diagnóstico constituye un evento traumático que genera un caos emocional, imposibilitando el procesamiento de la información, provocando altos niveles de incertidumbre (EB4, EB5, EB8). También eventos fisiológicos internos pueden alterar de la comprensión y aprendizaje de información, así lo refleja un artículo con participantes con tumor cerebral (EB7), en el cual la afectación de la memoria a corto plazo y la falta de energía afectan la capacidad de comprender información, así como el dolor como predictor de incertidumbre identificado en un artículo con participantes diagnosticadas con cáncer de mama (EB9).

Tabla 13.

Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría marco de estímulos.

Subcategoría	Código	Artículo	Resultado
Patrón de los síntomas	Distinción	EB3	La mayoría de las mujeres en este estudio no estaban seguras acerca de sus síntomas de cáncer de mama y la gravedad de sus síntomas, al principio, no estaban seguras de que su mama presentara síntomas de cáncer. Para algunos, habían confundido los síntomas del cáncer de mama con enfermedades benignas como quistes o coágulos en los conductos lácteos. Además, no presentaba dolor ni afectaba sus actividades rutinarias, experimentando diferentes tipos de incertidumbre a lo largo de la trayectoria del cáncer de mama.
		LI1	La sintomatología producida por la enfermedad en algunas oportunidades dilata la decisión de consultar al médico; el no sospechar de cáncer en principio hace que no se asusten, pero una vez se comunica el diagnóstico sienten que todo cambia; llevándolos a experimentar frustración ante la toma de decisiones difíciles e inesperadas.
	Inconsistencia	EB8	Los cambios en la apariencia física, como la caída del cabello o el aumento de peso, a menudo eran angustiosos, los cambios en la capacidad física, incluida la función sexual, redujeron la confianza e hicieron que los adultos jóvenes se sintieran 'menos capaces'.
		EB9	Las mujeres en tratamiento informaron significativamente más síntomas de náuseas/vómitos ($p=0.001$), dolor ($p=0.013$), insomnio ($p=0.041$), pérdida de apetito ($p=0.001$), diarrea ($p=0.010$), efectos secundarios de la terapia sistémica ($p<0.001$) y molestia por la pérdida de cabello ($p=0.030$) que las mujeres que completaron el tratamiento. Además, las mujeres en tratamiento mostraron mayores niveles de incertidumbre que las que habían completado el tratamiento ($p=0.010$). Específicamente, hubo una diferencia significativa entre los dos grupos en la ambigüedad ($p=0.005$) e inconsistencia ($p=0.005$).
Familiaridad con el evento	Experiencia propia	EB2	Algunos participantes utilizaron el conocimiento experiencial previo para dar sentido a lo que estaba sucediendo. Este tipo de conocimiento puede haber surgido de su experiencia de someterse a investigaciones similares o de relatos de otras personas sobre tales investigaciones.
		SD1	Los participantes aplicaron sus experiencias previas con la enfermedad a su situación actual. Diez participantes se refirieron a narraciones sobre cómo sus experiencias previas con el cáncer o la enfermedad podrían influir en su respuesta a la situación actual.
	Experiencia vicaria	EB10	Los participantes con antecedentes familiares de cáncer gástrico mostraron menores niveles de incertidumbre (Media: 73.79, DE: 15.73, $p=0.024$) que aquellos sin antecedentes familiares de cáncer gástrico (Media: 80.40, DE: 15.21).
		LI1	Enterarse de experiencias positivas de otros, contribuye a minimizar el impacto y ayuda a sobre llevar el diagnóstico de tal manera que le permita enfrentarse a situaciones que pueden ser consideradas inevitables.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 13.

Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría marco de estímulos (continuación).

Subcategoría	Código	Artículo	Resultado
Familiaridad con el evento	Orientación en el sistema	EB6	Nuestro estudio encontró que la presencia de rutinas organizacionales, buena señalización y ser recibido por un personal amable hizo una diferencia positiva para los pacientes. Las rutinas y los horarios de la organización ayudaron a los pacientes a procesar su tratamiento contra el cáncer.
		SD1	Un solo participante declaró explícitamente que ver a los mismos dos médicos durante el tratamiento le proporcionó una sensación de familiaridad.
	Disrupción de rutinas	EB1	Los tratamientos potenciales causaron incertidumbre ya que interrumpieron las rutinas diarias debido a los efectos tóxicos de la medicación y las visitas al hospital y los ingresos.
		EB8	A los adultos jóvenes no solo les resultaba difícil relacionarse con sus compañeros, sino que a menudo les resultaba difícil relacionarse con otros pacientes oncológicos debido a la diferencia de edad común, sintieron que sus preocupaciones psicosociales, sus necesidades de atención médica y sus intereses sociales eran muy diferentes de los de los pacientes mayores.
Congruencia con el evento	Incoherencia entre lo esperado y lo experimentado	EB1	Los participantes expresaron una sensación de conocimiento intuitivo cuando había algo que no estaba del todo bien en la salud de su cuerpo. A menudo había conocimiento de que la enfermedad ya había recaído antes de ser informado por un miembro de la profesión médica. Los participantes otorgaron gran importancia a la comprobación de cualquier signo de la enfermedad y estuvieron constantemente alerta e incertidumbre ante cualquier indicio de recaída.
		EB7	En el período previo al diagnóstico final, encontramos que los pacientes experimentaban angustia debido a la incertidumbre sobre el diagnóstico, los participantes tuvieron que ajustar continuamente lo que esperaban, a medida que recibían gradualmente más información sobre los resultados del trabajo de diagnóstico. Incluso cuando los participantes entendieron que el tumor podría ser canceroso, aún esperaban que los proveedores de atención médica estuvieran equivocados. Intentaron confiar en las otras posibilidades mencionadas.
		EB8	La incertidumbre sobre los resultados del tratamiento a corto plazo y la esperanza de vida a largo plazo pesaba mucho en la mente de muchos participantes, en particular para los pacientes con cánceres raros o avanzados.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 14.

Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría capacidad cognitiva.

Categoría	Código	Artículo	Resultado
Capacidad cognitiva	Edad	EB11	Se informó una correlación positiva entre la edad (en años) y la incertidumbre en un estudio transversal en adultos mayores predominantemente caucásicos (91%) y casados (60%) con cáncer de mama.
		EB9	La edad se relacionó significativamente con la incertidumbre ($r=0.189$, $p=0.032$) y fue también fue un predictor significativo de incertidumbre en las mujeres en tratamiento ($B=0.327$, $p=0.013$).
	Caos emocional	EB4	En este estudio, se encontró que confrontar el diagnóstico de cáncer de mama fue una experiencia de vida traumática que afectó tanto el equilibrio emocional de las mujeres, el cáncer fue interpretado como una amenaza para la vida y su pronóstico como una incertidumbre. Los pacientes recién diagnosticados informaron sentirse abrumados en el momento del diagnóstico, cuando muchos urólogos comenzaron a hablar de inmediato sobre las opciones de tratamiento. Varios pacientes informaron que esto era demasiado pronto para ellos, ya que aún estaban procesando su diagnóstico de cáncer, lo que provocó altos niveles de incertidumbre sobre su vida y su futuro. Este momento subóptimo generó incertidumbre sobre el significado de la información y cómo usarla.
		EB5	
		EB8	Todos los participantes quedaron extremadamente conmocionados por su diagnóstico, ya que el cáncer es raro e inesperado entre los adultos jóvenes. El diagnóstico y el tratamiento fueron particularmente perturbadores, ya que obligaron a los adultos jóvenes a enfrentar una posible mortalidad en un momento lleno de planes para el futuro.
	Eventos fisiológicos internos	EB7	Algunos de los participantes experimentaron que era un desafío obtener la información que necesitaban debido a que su memoria a corto plazo estaba afectada por el tumor cerebral.
		EB7	La falta de energía también afectó la capacidad de algunos participantes para comprender la información escrita.
		EB9	El dolor fue predictor significativo de incertidumbre durante el tratamiento ($B=0.155$, $p=0.003$).

Nota: Elaboración propia.

Proveedores de estructura.

Los proveedores de estructura esta subcategorizados por la autoridad creíble, el apoyo social y la educación, los resultados identificados se presentan en la tabla 15. Con respecto a la *autoridad creíble* varios estudios informan la importancia de los profesionales de la salud para brindar información que permita a los participantes generar conocimiento para comprender la situación y ayudar a reducir la incertidumbre (EB1, SD1, PQ1, EB6). Además, la calidad y constancia de la relación profesional-persona cuando se da a través de una relación frecuente y con buena comunicación la persona siente confianza y disminuye la incertidumbre, pero que cuando esta relación pierde seguimiento puede generar incertidumbre, como se identificada en cinco artículos (SD1, EB7, EB8, PQ1, LI1).

El *apoyo social* permita comprender los síntomas, diagnóstico, tratamiento y situaciones propias de la enfermedad, a través de la interacción humana como fuente de información, según se reporta en tres estudios, entre ellos uno realizado con personas diagnosticadas con linfoma no Hodgkin, al igual que otra investigación realizada con adultos diagnosticados con cáncer colorrectal, de cabeza y cuello, y personas con cáncer de pulmón en tratamiento con intención curativa o paliativa (EB2, EB6, LI1), por el contrario, como se muestra en un estudio con adultos jóvenes la poca interacción humana propició que los participantes experimentaran una variedad de preocupaciones relacionadas con el cáncer, incluido el miedo a la progresión o recurrencia de la enfermedad (EB8).

Además, el soporte emocional proveniente de la familia, amigos y profesionales de la salud, como se informa en un estudio con participantes diagnosticados con mieloma (EB1), y dos artículos con participantes diagnosticados con cáncer de mama (EB3, EB4), ayuda a soportar la incertidumbre, de igual manera este apoyo permite soporte instrumental para

cubrir ciertas actividades como el cuidado a los niños, el transporte y la ayuda para recordar información, identificado en dos artículos (EB4, SD1).

La *educación* es utilizada para generar conocimiento como base de significado y contexto, como se identifica en un artículo realizada con participantes diagnosticados con linfoma no Hodgkin (EB2) los participantes utilizan la información para asignar significado a los síntomas, para adquirir un posible diagnóstico o para controlar información proporcionada por un profesional de la salud. Así mismo, en una investigación con mujeres con cáncer de mama las participantes no tenían suficientes conocimientos ni experiencia sobre el tratamiento del cáncer de mama y los efectos del tratamiento, lo que aumentaba la incertidumbre (EB4). Para los participantes de un estudio con hombres diagnosticados con cáncer de próstata, la incertidumbre surgió porque sus necesidades no estaban siendo atendidas en su primera consulta (EB5). En un estudio con personas diagnosticados con cáncer en fase paliativa y a punto de finalizar la radioterapia; informaron que, al no tener conocimiento sobre el tratamiento, no estaban seguros de qué esperar (SD1). De esta manera, los participantes recurren a diversas fuentes de información para obtener este conocimiento como se informa en una investigación realizada con personas adultas diagnosticadas con cáncer de testículo, cáncer de mama, cáncer de ovario y cérvix (LI1). La información compleja y fragmentada, no centrada en las necesidades de las personas y con lenguaje poco comprensible genera incertidumbre como lo demuestran los resultados de tres estudios (EB5, EB7, SD1). Tres estudios muestran una correlación negativa significativa entre el nivel educativo e incertidumbre (EB9, EB10, EB11).

Tabla 15.

Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría proveedores de estructura.

Subcategoría	Código	Artículo	Resultado
Autoridad creíble	EB1		Confiar en los profesionales de la salud para que les dieran información precisa era importante, ya que esta les daba cierto control sobre su situación y también ayudó a reducir la incertidumbre.
	SD1		En este estudio, los pacientes que estaban en contacto con los servicios de salud en el hogar o con una enfermera oncológica municipal encontraron que estos encuentros eran un gran apoyo para comprender “lo suficiente”.
	PQ1	Generador de conocimiento	Para la Hipótesis H2d, se predijo que los participantes que tenían un navegador de pacientes en sus equipos de atención del cáncer obtendrían una puntuación significativamente más baja en la incertidumbre que aquellos que no lo tenían. Los datos indicaron diferencias direccionales consistentes con las expectativas, pero no fueron estadísticamente significativas ($t(122)=1.15$, $p=0.13$, $d=0.21$). Aunque no fue una diferencia estadísticamente significativa, aquellos que tenían un navegador de pacientes en sus equipos de atención del cáncer obtuvieron una puntuación más baja en la incertidumbre ($M=2.69$, $DE=0.89$) que los participantes que no tenían un navegador de pacientes en sus equipos de atención del cáncer ($M=2.88$, $DE=0.96$). Los resultados, por lo tanto, requirieron la retención de la hipótesis nula para H2d, pero el tamaño del efecto sugiere una pequeña importancia práctica entre las variables.
	EB6		Nuestros hallazgos resaltan la importancia de que todo el personal sea consciente de su efecto en el bienestar de los pacientes. Los profesionales tienen un papel clave ayudar a los pacientes a manejar las demandas y las cargas de la enfermedad y el tratamiento y apoyarlos para que desarrollen las habilidades y la confianza necesarias.
	SD1		La habilidad y la experiencia de los profesionales de la salud en el hospital proporcionaron una base para la confianza durante todo el tratamiento. La mayoría de los participantes confiaba y respetaba a sus médicos y sus recomendaciones sobre el tratamiento.
	LI1		El estudio evidencia que existe una deficiencia en la comunicación médico-paciente que contribuye a generar incertidumbre.
	PQ1	Calidad y constancia de la relación profesional-persona	Algunos participantes informaron que la comunicación y su deseo de obtener información ayudó a reducir el estrés y manejar la incertidumbre luego de la comunicación con los proveedores.
	EB7		Una relación con los proveedores de atención médica hizo a las personas diagnosticadas con tumor cerebral sentir tranquilos, seguros y comprendidos, los sentimientos de incertidumbre evocados por el diagnóstico de un tumor cerebral pueden aliviarse si el paciente percibe que el médico participa personalmente en la interacción clínica.
	EB8		Después del tratamiento, la incertidumbre en torno a la recurrencia del cáncer aumentó debido a la reducción del seguimiento y al contacto menos frecuente con el equipo de atención médica.
	PQ1		Los participantes reiteraron el trauma que ocurre durante el diagnóstico, pero también sugirieron que terminar el tratamiento fue igualmente traumático. La incertidumbre que enfrentaban los participantes parecía centrarse en el hecho de que ya no estaban siendo monitoreados tan de cerca y las mujeres sentían que la enfermedad tenía más posibilidades de reaparecer más rápidamente con menos supervisión.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 15.

Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría proveedores de estructura (continuación).

Subcategoría	Código	Artículo	Resultado
Apoyo social	Interacción humana como fuente de información	EB2	Muchos participantes eran jugadores activos en la autobúsqueda de información sobre los síntomas y el posible diagnóstico, utilizando internet, los medios de comunicación y la información de amigos y familiares.
		EB6	En este estudio, el área de espera facilitó el apoyo de los compañeros mientras los pacientes se reunían en un área brindando la oportunidad de reunirse, hablar y compartir experiencias y conocimientos mientras esperaban el tratamiento, en este sentido facilitó la oportunidad de buscar puntos en común y ayudó a la normalización de la experiencia y la adaptación.
		LI1	Los participantes expresen que el apoyo ayuda a la recuperación, promueve la reconstrucción de la vida, disminuye la dureza de la situación y hace más llevadero el proceso. Conocer la vivencia positiva de otros, ayuda a sobrellevar el diagnóstico, la eficacia de estos pares como proveedores de información se ve facilitada por el sentimiento de empatía por haber pasado ellos por el mismo evento traumático.
		EB8	A los adultos jóvenes les preocupaba formar nuevas relaciones ya que no estaban seguros de cómo o si revelar su diagnóstico, los que contribuyo a un distanciamiento social. Los participantes experimentaron una variedad de preocupaciones relacionadas con el cáncer, incluido el miedo a la progresión o recurrencia de la enfermedad.
Apoyo social	Soporte emocional	EB1	La incertidumbre a veces conducía a la depresión, la ansiedad y el aislamiento social. Aunque los problemas físicos eran constantes, los problemas psicológicos eran variables según las redes de apoyo.
		EB3	Los hallazgos revelaron que el apoyo positivo, especialmente de la familia; amigos y profesionales de la salud han ayudado a las mujeres con cáncer de mama a soportar la incertidumbre y la angustia psicológica. Además, los grupos de apoyo compuestos por sobrevivientes de cáncer de mama han ayudado a tranquilizar a las mujeres recién diagnosticadas.
		EB4	En este estudio, se determinó el entorno social de las mujeres diagnosticadas con cáncer como una fuente de apoyo que las ayuda a combatir la incertidumbre y aferrarse a la vida. Las mujeres estaban preocupadas por ser estigmatizadas como cancerosas por el entorno social, pero el apoyo social recibido alivió los efectos devastadores del cáncer.
Apoyo social	Soporte instrumental	EB4	La incertidumbre con respecto a las relaciones sociales incluye detalles tales como quién cuidaría a los niños, qué tareas la mujer ya no podría cumplir y cómo reaccionaría la gente alrededor de la mujer ante el diagnóstico.
		SD1	La participación de los familiares fue crucial para sobrellevar la radioterapia. La participación de los familiares más cercanos incluyó el transporte y la ayuda para recordar información, así como también los familiares más cercanos brindaron tranquilidad y compañía durante el tratamiento. Los familiares son muy importantes en la vida cotidiana de los participantes, y parecía natural que participaran en la asamblea informativa, consultas y en la sala de espera.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 15.

Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría proveedores de estructura (continuación).

Subcategoría	Código	Artículo	Resultado
Educación	Conocimiento como base de significado y contexto	EB2	La información se utilizó para hacer frente a la incertidumbre en varios puntos: para asignar significado a los síntomas, para adquirir un posible diagnóstico o para controlar información proporcionada por un profesional de la salud.
		EB4	Las incertidumbres relacionadas con el tratamiento se refieren al desconocimiento del tipo de terapia que se aplicará, las preocupaciones asociadas con los efectos secundarios de la terapia del cáncer y los cambios físicos que probablemente ocurrirán después de la cirugía. Las mujeres no tenían suficientes conocimientos ni experiencia sobre el tratamiento del cáncer de mama y los efectos del tratamiento, lo que aumentaba la incertidumbre.
		EB5	Algunos pacientes reconocieron tener grandes necesidades de información, para estos hombres, la incertidumbre surgió porque sus necesidades no estaban siendo atendidas en su primera consulta.
		LI1	La búsqueda en internet es la principal fuente de información que poseen, algunas participantes dedican gran parte del día a buscar información adicional, ampliando el conocimiento sobre su enfermedad atenuando situaciones de incertidumbre o ansiedad gracias a la información que reciben.
		SD1	Pacientes paliativos encontraron información poco clara sobre el tratamiento en una fase temprana, lo que sugiere que no estaban seguros de qué esperar.
Educación	Información compleja y fragmentada	EB7	Los factores contextuales, como la información proporcionada por varios proveedores de atención médica diferentes, parecían conducir a información y atención fragmentadas, lo que generaba sentimientos de incertidumbre, pérdida de control y frustración.
		EB5	Los pacientes informaron sentir que la información que recibieron era específicamente incompleta porque estaba sesgada hacia la especialidad del médico (p. ej., cirugía para el urólogo, radioterapia para el oncólogo radioterápico), lo que exacerbaba la incertidumbre terapéutica.
		SD1	Los participantes sintieron que ver a varios médicos generaba preocupaciones de que cada uno de los médicos se preocupaba únicamente por sus propias áreas de especialización y que su tratamiento carecía de cohesión.
		SD1	Diez participantes hablaron sobre experiencias de recibir información y comprender la necesidad de radioterapia. Se sintieron tranquilizados cuando sus médicos les informaron sobre los cursos de tratamiento, a pesar de que la situación era grave. Sin embargo el uso excesivo del lenguaje médico, así como la información poco clara sobre los efectos secundarios, preocuparon a los participantes.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 15.

Resultados de los antecedentes de la incertidumbre identificados en la literatura para la categoría proveedores de estructura (continuación).

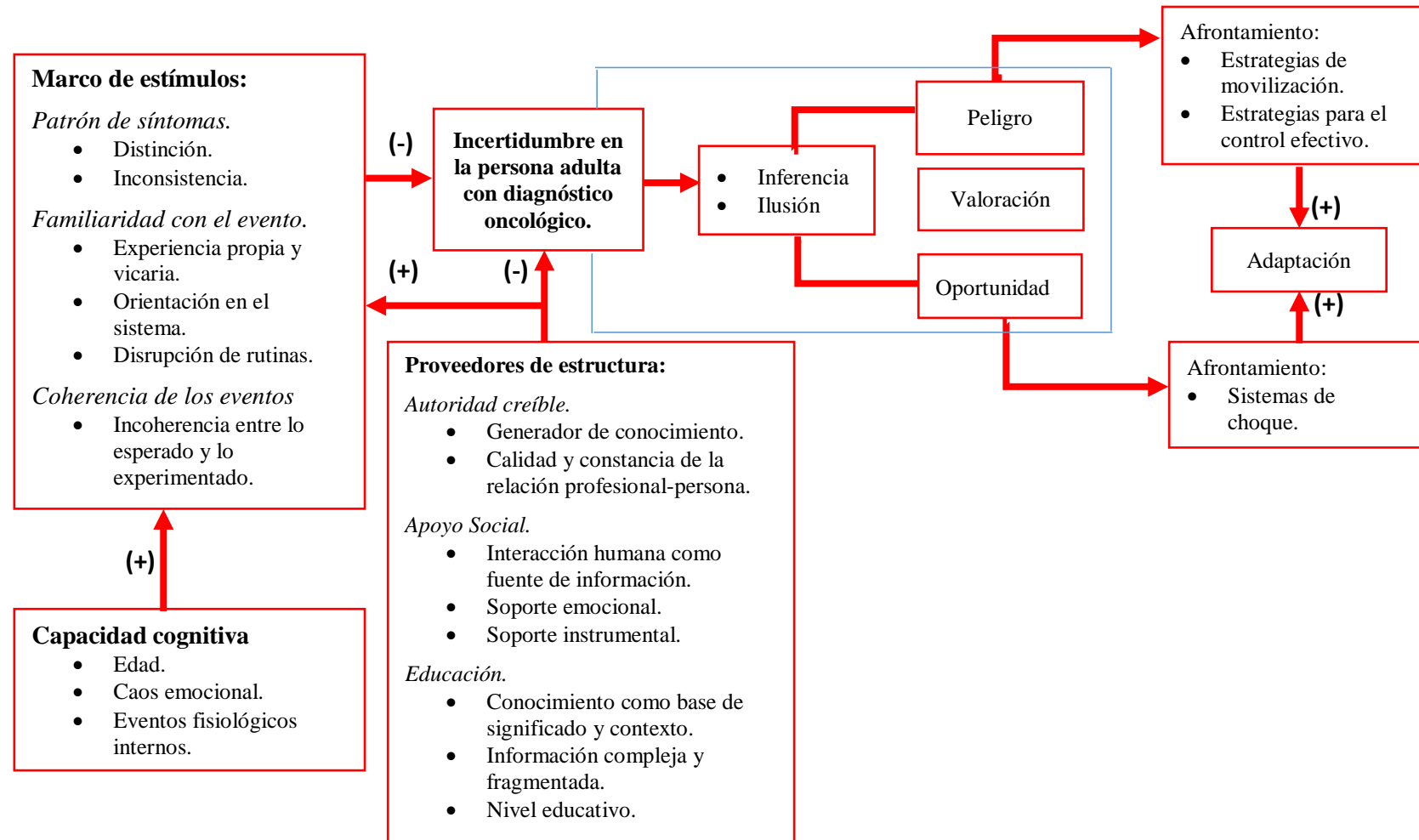
Subcategoría	Código	Artículo	Resultado
Educación	Nivel educativo	EB9	En mujeres que han completado el tratamiento, un bajo nivel educativo y bajos ingresos mensuales también se asociaron con una elevada incertidumbre (M: 92.3, DE: 12.9, p=0.028) y (M: 91.6, DE: 11.3, p=0006) respectivamente, con respecto a un nivel de secundaria o superior (M:86.1, DE: 12.1) o ingresos altos (M: 85.1, DE: 11.3).
		EB10	Los participantes con un nivel educativo de bachillerato o menos y un ingreso mensual más bajo mostraron mayores niveles de incertidumbre (M: 83.25, DE:14.00, p=<0.001) y (M: 82.96, DE: 15.88, p=0,024) respectivamente, con respecto a un nivel educativo universitario o superior (M: 73.65, DE: 15.75) e ingresos más altos (M: 74.62, DE: 13.96).
		EB11	Estudio transversal con 19 pacientes con cáncer de próstata tratados con conducta expectante con una edad media de 76 años (DE = 6,7) se encontró una correlación negativa significativa entre educación e incertidumbre (r = -0,78, p < 0,001).

Nota: Elaboración propia.

A continuación, se presentan los antecedentes de la incertidumbre identificados en la persona adulta con diagnóstico oncológico, categorizados dentro del esquema conceptual de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad de Merle Mishel (1988). Posterior al mismo se procede a realizar la discusión de los resultados identificados.

Figura 4.

Antecedentes de la incertidumbre identificados en la persona adulta con diagnóstico oncológico categorizados dentro del esquema conceptual de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.



Nota: Elaboración propia, esquema conceptual tomado de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1988).

Capítulo V: Discusión.

5.1 Discusión.

En esta sección se relacionan los resultados obtenidos en esta revisión integrativa con la teoría y aportes de otras investigaciones realizadas, bajo una posición crítica y argumentativa, según los objetivos planteados en esta investigación. Además, se mencionan las implicaciones de los resultados para la práctica, la investigación y la teoría, así como las limitaciones, conclusiones y recomendaciones de la investigación. En negrita se encuentran las categorías utilizadas, en cursiva las subcategorías y subrayadas los códigos extraídos.

Dentro de la caracterización de las 14 publicaciones incluidas en esta revisión integrativa se destaca que en su mayoría fueron realizadas en países del continente europeo (n=8), siendo el Reino Unido el de mayor producción (n=4). Además, tres de ellas fueron realizadas en países del continente asiático (Corea del Sur (n=2) y Malasia) y dos en Norteamérica, propiamente Estados Unidos y Canadá. Encontrándose estos países dentro de los catalogados en generar la mayor producción de literatura científica de acuerdo a diversas agencias de estadísticas en el tema (indexmundi, 2018).

Es de rescatar que la producción de literatura referente al tema de interés es escasa en países de América Latina, como se refleja un único aporte a esta investigación proveniente de Colombia. De igual manera se ve reflejado en los datos obtenidos en la fuente de búsqueda LILACS (n=83), dicha fuente de búsqueda se trata de una base de datos de información bibliográfica en línea para las ciencias de la salud, producida por autores de América Latina, con publicaciones en los países de la región (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, 2023). Datos que no escapan a la realidad mundial con respecto a la producción de literatura científica en general, donde es Brasil el país de la región

que mayor producción científica genera, y es el único de la región en ubicarse en un grupo selecto junto con países de otros continentes como los mayores productores de literatura científica (SCImago, 2021).

Si representamos de forma conjunta la evolución de la producción de conocimiento científico en el tema de interés de esta revisión integrativa, y en términos generales, los países que más recursos económicos destinan a la ciencia producen más, y además también generan mayor impacto (SCImago, 2021). De igual manera se observa en esta revisión integrativa que la lengua inglesa es el idioma dominante de la ciencia.

Los artículos incluidos se realizaron con poblaciones adultas de diferentes rangos de edades, que van desde los 18 años hasta los 88 años, orientándose en su mayoría a población en la etapa adultez media y mayor. Según datos de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (2023) estas son las etapas del desarrollo en las que se presenta mayor incidencia de cáncer a nivel mundial. Datos científicos apuntan a que parte de las consecuencias del envejecimiento poblacional, está el aumento en la incidencia de neoplasias malignas, con un subsecuente incremento en el uso de servicios de salud oncológicos, siendo objeto esta población parte diversas investigaciones (Verduzco-Aguirre et al., 2020).

Los artículos incluidos utilizaron muestras con diversos diagnósticos oncológicos, el más predominante fue el cáncer de mama ($n=6$), seguido por otros tumores sólidos como tumores del SNC, el cáncer de colon, cabeza y cuello, pulmón, testículo, ovario, cérvix, sarcoma, renal, gástrico y próstata, además de tumores hematológicos propiamente mieloma y linfoma no Hodgkin. El cáncer de mama es el de mayor incidencia a nivel mundial, y el más común en 154 de los 185 países que componen GLOBOCAN (Observatorio Global de Cáncer, OMS, 2023). Aunado a esto el cáncer de mama ha sido objeto de mayor investigación y orientación de recursos para la innovación en tratamientos, técnicas de diagnósticos y

estrategias de intervención, así como la creación de políticas públicas de gran impacto a nivel mundial (Parra Giordano & Saldías Fernández, 2020).

Las personas participantes en los diversos artículos seleccionados fueron abordadas en diferentes etapas de su enfermedad, como fue la fase diagnóstica, durante el tratamiento (quimioterapéutico, radioterapia, quirúrgico) y fase paliativa, ampliando así el panorama a visualizar diferentes antecedentes de la incertidumbre, según la fase de la enfermedad oncológica en que se encuentra la persona.

En esta revisión integrativa el objetivo general fue identificar en la literatura disponible los antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico, guiados por la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. Los cuales se categorizaron en marco de estímulos, capacidad cognitiva y proveedores de estructura, a continuación, se discutirá cada uno de ellos de acuerdo con los resultados encontrados.

La categoría **marco de estímulos**, se refiere a la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe la persona (Mishel, 1988); en este estudio el marco de estímulos fue subcategorizado por: el patrón de síntomas, la familiaridad del evento y la congruencia del evento. Estos tres componentes proporcionan los estímulos para que la persona estructure su experiencia de cáncer en un esquema cognitivo, lo que genera menos incertidumbre (Mishel, 1988).

Con respecto al *patrón de los síntomas* se identificó en los artículos seleccionados que hay poca distinción o claridad en los síntomas previo a la definición del diagnóstico, esto es visualizado en un estudio con mujeres con cáncer de mama (Yusuf et al., 2013) y en otra investigación con personas diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer (Ramírez-Perdomo et al., 2018). Los resultados muestran que para muchas mujeres con cáncer de mama el desafío es diferenciar entre los síntomas del cáncer y los que se asignan a dolencias comunes

que podrían corregirse automáticamente con el tiempo (Yusuf et al., 2013). Algunos participantes experimentaron infecciones, letargo y síntomas similares a los de la influenza y atribuyeron enfermedades comunes, estrés o roles ocupados como la causa, en lugar de la posibilidad de cáncer (Ramírez-Perdomo et al., 2018). Los hallazgos son respaldados por una investigación con personas diagnosticadas con linfoma indolente, los cuales durante los exámenes de rutina no identificaban síntomas pronunciados de la enfermedad. La fatiga, la pérdida de peso, la fiebre y el agrandamiento de los ganglios linfáticos rara vez ocurren al mismo tiempo, y los síntomas pueden ser vagos y difíciles de distinguir del resfriado común o la gripe; por lo tanto, las personas inicialmente pueden evaluarlos como no potencialmente mortales y no buscar atención médica (Elphee, 2008). En un estudio con mujeres con cáncer de mama, las participantes tuvieron problemas para aceptar y comprender el diagnóstico, porque no había graves síntomas físicos en la etapa diagnóstica (Inan et al., 2016).

Esta evaluación de los síntomas previo a la confirmación del diagnóstico puede ser difícil porque los síntomas del cáncer carecen de notoriedad en esta etapa. Los síntomas deben ser lo suficientemente prominentes para ser incluidos en el patrón de síntomas (Mishel, 1988). Por tanto, la poca distinción afecta la evaluación de un patrón de síntomas, ya que para evaluar las características de cada síntoma las personas deben poder diferenciar un síntoma de otro.

El hallazgo hace referencia a la poca distinción en la etapa previa al diagnóstico, sin embargo, es posible que se presente en diversas etapas de la enfermedad, por ejemplo, durante la administración de tratamientos para el cáncer, cuando los síntomas de la enfermedad se combinan con los síntomas generados por el tratamiento, la distinción de los síntomas se convierte en un problema (Mishel, 1988).

De igual manera, para evaluar los síntomas, las personas evalúan su número, intensidad, frecuencia, duración y ubicación. Cuando los síntomas se caracterizan por una inconsistencia en la intensidad, frecuencia, número, ubicación y o duración, no se puede discernir un patrón. Los síntomas inconsistentes no pueden usarse para medir de manera confiable el estado de la enfermedad; por tanto, generan incertidumbre (Mishel, 1988).

Los resultados obtenidos en esta revisión hacen relación a una inconsistencia en el número y frecuencia de los síntomas principalmente durante la etapa del tratamiento, se identifica que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en tratamiento informaron significativamente más síntomas como náuseas y vómitos, dolor, insomnio, pérdida de apetito, diarrea, efectos secundarios de la terapia sistémica y molestia por la pérdida de cabello que las mujeres que completaron el tratamiento, estos síntomas generaron que las mujeres en tratamiento mostraran mayores niveles de incertidumbre (Kim et al., 2012). Además, se logró identificar que en adultos jóvenes diagnosticados con diversos de tipos de tumores los cambios en la apariencia física, como la caída del cabello o el aumento de peso, los cambios en la capacidad física, incluida la función sexual a menudo eran angustiosos (Lidington et al., 2021). Estos síntomas estaban directamente relacionados con la cirugía y la terapia adyuvante contra el cáncer, como la quimioterapia o la radiación.

Estos hallazgos son respaldados por otros estudios, Arias et al. (2019) encontró que en personas con cáncer recién diagnosticadas, presentaron hasta treinta y dos síntomas diferentes desde que iniciaron su tratamiento hasta la semana doce después de iniciado tratamiento y que la intensidad o presencia de estos cambiaba impredeciblemente durante este tiempo; estos hallazgos se compararon con la incertidumbre experimentada, y se encontró que debido a la imprevisibilidad y fluctuación de los síntomas el nivel de incertidumbre se mantuvo en niveles altos desde el inicio del tratamiento hasta después de

las 12 semanas (Arias et al., 2019). Las personas con tumores cerebrales informan de una amplia gama de síntomas somáticos que se pueden experimentar de manera inconsistente entre los tipos de tumores y las fases de tratamiento. Los síntomas variaron enormemente en frecuencia y en combinación, la naturaleza inconsistente y ambigua de los síntomas genera incertidumbre en estas personas (Cahill et al., 2012).

Si bien los hallazgos identificados en esta investigación se relacionan propiamente durante la etapa del tratamiento en la persona adulta oncológica, la aparición de síntomas nuevos o que empeoran, pueden ocurrir en otros momentos, especialmente en el período de supervivencia posterior al tratamiento, y esto puede también promover nuevos estados de incertidumbre (Cahill et al., 2012). Las enfermedades caracterizadas por remisiones y exacerbaciones, como el cáncer, tienen brotes que indican la reaparición de los síntomas y la interrupción del patrón de síntomas previo, estos se asocian con niveles elevados de incertidumbre (Mishel, 1988).

Por lo tanto, cuando los síntomas forman un patrón, con mejora en la distinción e inconsistencia de los síntomas, existe menos incertidumbre, particularmente menos ambigüedad sobre el estado de la enfermedad; monitorear el cuerpo para identificar el patrón de síntomas es una actividad continua, si los síntomas son consistentes, predecibles, sobresalientes y distinguibles, entonces se puede identificar un patrón de síntomas y la incertidumbre será menor (Mishel, 1988). La investigación de síntomas es un área emergente y en rápido desarrollo de la neurooncología. El grado en que los síntomas sean familiares, predecibles y comprensibles puede mitigar la incertidumbre. La naturaleza inestable de los síntomas a lo largo de la trayectoria del cáncer puede ser un corolario importante de la incertidumbre relacionada con la enfermedad (Cahill et al., 2012).

La segunda subcategoría del marco de estímulos es la *familiaridad con el evento*, este se refiere a la naturaleza habitual o repetitiva de la estructura del entorno, se genera a través de un mapa cognitivo construido sobre la experiencia con el entorno, los nuevos eventos si se ajustan a la naturaleza general del conocimiento esquemático de los individuos se evalúa como familiar, estos mapas cognitivos se generan a partir de la experiencia personal, las aportaciones culturales, las fuentes sociales y profesionales de la salud (Mishel, 1988).

Se identificaron diversas situaciones que conllevaron a formar o no una familiaridad con el evento del cáncer influyendo en el estado de incertidumbre. El conocimiento procedente de la experiencia propia contribuyo a dar sentido a lo que la persona estaba viviendo, así se demuestra en un artículo con adultos diagnosticados con linfoma no Hodgkin, los participantes utilizaron el conocimiento experiencial previo para dar sentido a lo que estaba sucediendo (Wall et al., 2011). De igual manera se identificó que participantes adultos mayores con cáncer en tratamiento con radioterapia aplicaron sus experiencias previas con la enfermedad a su situación actual, influyendo en su estado de incertidumbre (Volungholen Sollid et al., 2021). Estos resultados son respaldados por un estudio cualitativo realizado con personas adultas diagnosticadas con cáncer de laringe, en él se menciona que la información propia de la experiencia personal es importante para el desarrollo de expectativas y la forma en que las personas experimentan el cáncer, su tratamiento y consecuencias (Taylor et al., 2016). Sin embargo, se considera escaso los aportes de la literatura para solidificar esta premisa.

De igual manera, la experiencia vicaria contribuyo a la familiaridad, se identificó que adultos con diagnóstico de cáncer gástrico, aquellos que tenían antecedentes familiares con igual diagnóstico han observado previamente el curso de la enfermedad, lo que les permite anticipar mejor los síntomas y el pronóstico del cáncer gástrico, mostrando menores niveles

de incertidumbre (Jeon et al., 2016). En un estudio cualitativo con participantes adultos jóvenes diagnosticados con cáncer de testículo, cáncer de mama, cáncer de ovario y cérvix, manifestaron que conocer de experiencias de otros, contribuye a minimizar el impacto y ayuda a sobre llevar el diagnóstico de tal manera que le permita enfrentarse a diversas situaciones durante su proceso de enfermedad (Ramírez-Perdomo et al., 2018). Estudios previamente realizados sugieren que es probable que la información basada en las experiencias de otros sea de particular valor sobre el impacto del tratamiento y qué esperar después de que termine el tratamiento (Taylor et al., 2016). Presenciar a otros pasando por el mismo tratamiento proporciona puntos de referencia para informar el comportamiento, las acciones y las decisiones, permite cultivar nuevos entendimientos, facilita la oportunidad de buscar puntos en común y ayuda a la normalización de la experiencia y la adaptación (Taylor et al., 2016).

La experiencia propia y vicaria son elementos que confluyen para que la persona adulta con diagnóstico oncológico construyan un esquema cognitivo y obtengan familiaridad con los eventos de la enfermedad a los cuales está enfrentado. Ahora bien, en el entorno del cuidado de la salud, la novedad de los eventos impide el desarrollo de la familiaridad con los eventos. La novedad indica una situación sustancialmente nueva en la que hay pocas señales familiares, como la primera admisión en un hospital o el inicio de quimioterapia, radiación u otros tratamientos (Mishel, 1988). La orientación en el sistema como en rutinas organizacionales, los horarios, buena señalización y ser recibido por un personal amable y ver a los mismos médicos, disminuye la novedad y proporciona una sensación de familiaridad a las personas como fue identificado en un artículo con participantes adultos mayores con cáncer en tratamiento con radioterapia (Volungholen Sollid et al., 2021), y en otro artículo con adultos de edad media y mayor con diagnóstico de cáncer colorrectal, de cabeza y cuello

o de pulmón en tratamiento con intención curativa o paliativa (Appleton et al., 2018). La incertidumbre causada por la falta de comprensión de un sistema de salud complejo y la falta de conocimiento de la división de tareas brilla en las experiencias de adultos mayores con cáncer (Volungholen Sollid et al., 2021).

Hallazgos de investigaciones anteriores mencionan que situaciones nuevas, como la primera visita de una persona a un centro oncológico, la primera biopsia de médula ósea o de ganglios linfáticos, o el primer régimen de quimioterapia, son desconocidas, novedosas y complejas que pueden promover la incertidumbre (Elphee, 2008). La falta de información, la tramitología y las barreras de acceso que pone el sistema de salud aumenta la incertidumbre en las personas (Ramírez-Perdomo et al., 2018). Es más probable que las personas se sientan tranquilos y en control de su situación cuando su entorno es familiar y significativo (Appleton et al., 2018). Cuando las personas se orientan a la unidad antes del ingreso y adquieren cierto grado de familiaridad, esto reduce la novedad del entorno (Mishel, 1988).

El profesional de salud debe brindar orientación en el sistema a fin de permitir una adaptación al entorno de atención, de manera que se le apoya a la persona a manejar situaciones que son inciertas y desarrollar las habilidades necesarias para adaptarse positivamente a los eventos, en contraposición a la pérdida de seguridad experimentada y poca familiaridad cuando se enfrentan a entornos hospitalarios desconocidos.

El último elemento identificado que influye a la familiaridad con el evento es la disrupción de rutinas, producto de eventos propios de la enfermedad que irrumpen súbitamente la vida cotidiana, haciendo a la persona enfrentarse a nuevas situaciones. Los efectos tóxicos de la medicación, las visitas al hospital e ingresos, y el contacto con otras personas oncológicas de otras edades aleja la familiarización, como se identifica en un artículo con participantes diagnosticados con mieloma en donde los tratamientos causaron

incertidumbre ya que interrumpieron las rutinas diarias debido a los efectos tóxicos de la medicación, generando constantes visitas al centro de la salud y hospitalizaciones frecuentes (Maher & De Vries, 2011). Se identifica en adultos jóvenes diagnosticados con diferentes tipos de tumores que las constantes visitas a los centros de salud irrumpían en sus rutinas sociales, al visitar los centros de salud les resultaba difícil relacionarse con otros pacientes oncológicos debido a la diferencia de edad común, sus necesidades de atención médica y sus intereses sociales eran muy diferentes a las personas mayores, aumentando sus preocupaciones psicosociales (Lidington et al., 2021). Literatura previa mencionan que los síntomas propios de la enfermedad, en este caso en específico en personas diagnosticadas con cáncer gástrico, disminuyen e irrumpen las actividades de la vida diaria, lo que socavó el bienestar psicológico y la recuperación (Jeon et al., 2016). Además, mujeres diagnosticadas con cáncer de mama experimenta cambios en su vida después del diagnóstico, de cuidador a receptor de cuidados, cambios en el trabajo y el rol social, donde la falta de familiaridad exagera sus sentimientos de incertidumbre (Yusuf et al., 2013). Con la disrupción de rutinas diarias las personas se ven empujados a un entorno novedoso y complejo, por el contrario, cuando los eventos propios de la enfermedad son más rutinarios y consistentes, los eventos son familiares y se asocian con niveles más bajos de incertidumbre (Mishel, 1988).

La novedad parece ser el aspecto de la falta de familiaridad que genera incertidumbre y, a medida que la novedad disminuye, la incertidumbre disminuye. La experiencia propia y vicaria, la orientación en el sistema, y la disrupción de rutinas son identificados como moduladores de los eventos novedosos, que afecta a la familiaridad con el evento y la incertidumbre experimentada por la persona adulta con diagnóstico oncológico.

La tercer y última subcategoría del marco de estímulos es la *congruencia con el evento*, en esta revisión integrativa se logró identificar que los signos de recaída de la enfermedad en personas adultas diagnosticadas con mieloma múltiple (Maher & De Vries, 2011), los resultados confirmatorios al diagnóstico final en un estudio con adultos mayores diagnosticados con tumor cerebral (Vedelø et al., 2018) y los resultados del tratamiento en adultos jóvenes diagnosticados con cáncer (Lidington et al., 2021) conllevaron a muchos de los participantes a experimentar situaciones de incoherencia entre lo esperado y lo experimentado. La falta de congruencia entre lo esperado y lo experimentado crea interrogantes sobre la previsibilidad y estabilidad del evento (Mishel, 1988). La literatura previa menciona puntos similares con respecto a los hallazgos encontrados, por ejemplo, mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento no estaban seguros con respecto a los resultados de la terapia, generando altos niveles de incertidumbre, después de un tratamiento exitoso, debido a la recuperación de la salud y la reducción de la amenaza a la vida, la incertidumbre disminuyó (Arias et al., 2019). Al momento del diagnóstico, se evidenció que adultos diagnosticados con cáncer de laringe interpretan los diferentes tipos de información de una manera que creaba “una ilusión de certeza” sobre los resultados del tratamiento. Para muchos, esto significaba que el cáncer se curaría y sus vidas recuperarían una sensación de normalidad al final del tratamiento. Sin embargo, a medida que avanzaban en el tratamiento y en el seguimiento, se hizo evidente que la "ilusión de certeza" percibida se dispersó en una "realidad de incertidumbre" debido al tiempo que muchos experimentaron síntomas complejos posteriores al tratamiento y la falta de resonancia tenían con sus expectativas iniciales (Taylor et al., 2016). Las pruebas de diagnóstico iniciales y los resultados a menudo son solicitados y revisados por médicos generales antes de que las personas sean remitidos a un centro de oncología; por lo tanto, es posible que estas no reciban la información precisa o

suficiente sobre lo que les está sucediendo y lo que les espera, generando un aumento en su incertidumbre (Elphee, 2008).

Es evidente que la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico al enfrentar situaciones de incoherencias entre lo esperado y lo experimentado está muy influenciada por la información brindada a la persona según la etapa de la enfermedad en que se encuentre, esta puede llevar a desarrollar expectativas poco realistas que no se cumplen en la fase posterior, no logrando una congruencia con el evento, lo que finalmente afecta su estado de incertidumbre y su calidad de vida en general.

El marco de estímulos esta inversamente relacionado con la incertidumbre, es decir reduce la incertidumbre (Raile & Marriner, 2011), este marco de estímulos está influenciado por dos categorías analizadas: la capacidad cognitiva y los proveedores de estructura.

La **capacidad cognitiva** son aquellas habilidades que nos permite aprender, memorizar, razonar, comprender, prestar atención, entre otras (Casavilca et al., 2017). Se refiere a las habilidades de procesamiento de información de la persona (Mishel, 1988). En esta revisión integrativa se identificaron tres elementos importantes que pueden interferir la capacidad cognitiva de la persona adulta con diagnóstico oncológico. En primer lugar, la edad de la persona, se informó una correlación positiva entre la edad (en años) y la incertidumbre en un estudio aplicado a mujeres con cáncer de mama (Jabloo et al., 2017), también fue un predictor significativo de incertidumbre en las mujeres en tratamiento diagnosticadas con cáncer de mama en Corea del Sur (Kim et al., 2012). Los hallazgos indican que interpretar el significado de los síntomas se vuelve más complejo para las personas mayores (Kim et al., 2012). Durante el período del diagnóstico y el tratamiento, las personas reciben una gran cantidad de información de los profesionales de la salud, que las personas mayores pueden tener dificultades para entender (Kim et al., 2012). Estos hallazgos

son consistentes con estudios previos, en un artículo de revisión de cuatro estudios sobre el efecto del tratamiento la función cognitiva en mujeres con cáncer de mama, se reportaron problemas con la memoria y la concentración, curiosamente, las mujeres de mayor edad reportaron significativamente mayor dificultad con la memoria que las mujeres más jóvenes (Casavilca et al., 2017). En otro estudio realizado con hombres de más de 50 años de edad, sin antecedentes de enfermedad neurológica, diagnosticados con cáncer de colon en diferentes estadios y tratados con cirugía antes de recibir quimioterapia, se valoró las variables que predicen el rendimiento cognitivo en función ejecutiva, memoria verbal y habilidad psicomotora, los datos confirman que las personas de mayor edad son los que peor ejecutan las pruebas neuropsicológicas propuestas (López et al., 2011).

Esto revela que las personas mayores invierten más segundos en resolver ciertas tareas que personas más jóvenes, por lo que el rendimiento cognitivo disminuye con la edad (López et al., 2011). Si bien la edad es un factor que interfiere en la capacidad cognitiva en la población en general, es importante tomarlo en cuenta al intervenir con la población adulta con diagnóstico oncológica ante su vulnerabilidad, ya que ante esta condición se suma factores internos y externos que podría agravar el deterioro cognitivo.

Ahora bien, se identificó en un artículo realizado con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama (Inan et al., 2016), otro con hombres diagnosticados con cáncer de próstata (Hillen et al., 2017) y un tercero con adultos jóvenes diagnosticados con cáncer (Lidington et al., 2021), que confortar la noticia del diagnóstico constituye un evento traumático que genera caos emocional en la persona, disminuyendo las habilidades del procesamiento de la información, provocando altos niveles de incertidumbre. La enfermedad física en sí misma es una potente distracción que capta la atención y puede reducir la cantidad total de atención que las personas pueden dedicar a una tarea cognitiva (Mishel, 1988). Cuando las personas

perciben el entorno relacionado con la salud como un peligro, la eficiencia cognitiva disminuye y se procesan menos señales, situación que sucede durante el periodo de conocimiento del diagnóstico oncológico. Las situaciones peligrosas tienden a aumentar el nivel de excitación, lo que a su vez centra la atención de las personas de manera más restringida en los aspectos de la situación que se consideran más importantes (Mishel, 1988).

Los estudios mencionan que la incertidumbre experimentada al recibir el diagnóstico de la enfermedad despierta reacciones descritas por las personas como “abrumador”, “impactante” e “incomprensibles”, además, es considerado un factor psicológico que afecta muchos aspectos de su vida (Ramírez-Perdomo et al., 2018). Las restricciones sobre las capacidades cognitivas bajo estrés afectan la función de la memoria y aprendizaje. Cuando estas personas intentan recordar eventos, solo los más destacados serán accesibles, debilitando así la capacidad de asociar los estímulos entrantes con el esquema cognitivo preexistente (Mishel, 1988). En adultos diagnosticados con tumor cerebral se identificó que hacer tiempo para las pausas y permitir que las personas piensen y hagan preguntas se consideró una ayuda para las personas del estudio que tenían dificultades para expresar sus necesidades debido al shock de escuchar el diagnóstico (Vedelø et al., 2018).

El momento adecuado para brindar información puede ser crucial para evitar que las personas se sientan inseguras y abrumadas al procesar la información altamente compleja que se les proporciona directamente después del diagnóstico. Los y las profesionales de la salud pueden evaluar de manera más proactiva el grado de angustia emocional de las personas después de la revelación del diagnóstico de cáncer y ajustar el momento y la cantidad de información subsiguiente (Hillen et al., 2017).

Ante el caos emocional generado por la noticia del diagnóstico, solo se puede procesar una cantidad limitada de información al mismo tiempo, las diversas demandas sobre

la capacidad cognitiva como atención, memoria y aprendizaje se pueden ver interrumpidas, como suceden ante la experiencia de la enfermedad oncológica, por lo que se puede ver interrumpido el procesamiento de la información generando así incertidumbre ante la enfermedad.

También, como tercer y último elemento identificado para esta categoría, eventos fisiológicos internos pueden alterar de la concentración y aprendizaje de información, así se identifica en un artículo con participantes con tumor cerebral (Vedelø et al., 2018), en el cual la afectación de la memoria a corto plazo es producto de secuelas del tumor cerebral y la falta de energía o fatiga afectan la capacidad de comprender información, de igual manera se identificó el dolor como predictor de incertidumbre identificado en un artículo cuyas participantes estaban diagnosticadas con cáncer de mama (Kim et al., 2012). Estudios anteriores encontraron que en personas con dolor crónico su nivel de incertidumbre ante la enfermedad era mayor que en aquellos pacientes sin dolor (Arias et al., 2019). En este mismo estudio se menciona que el dolor y la fatiga puede inducir cambios en la utilización de recursos y competir con otros estímulos demandantes de la atención (Arias et al., 2019). Aunque los estudios de medición de las capacidades cognitivas son escasos, Kurita, Benthien, Sjogren, Kaasa y Hjermstad (2016) buscaron medir la prevalencia y los predictores del deterioro en la capacidad cognitiva de pacientes con cáncer en cuidados paliativos. El estudio mostró algún tipo de discapacidad cognitiva y esta aumentó con el avance de la enfermedad. El estudio también midió aquellos factores predictivos de mejora en el estatus cognitivo y encontró que aquellas personas en los cuales su dolor mejoró o se alivió e incrementaron su ingesta alimenticia disminuyó su nivel de deterioro cognitivo (Kurita et al., 2017).

Dado que la capacidad cognitiva se refiere a las habilidades de procesamiento de información de las personas, cualquier mal funcionamiento fisiológico disminuirá estas habilidades y tendrá un impacto en la cognición (Mishel, 1988). Los recursos de atención pueden ser reducidos por el dolor, el mal estado nutricional, la incomodidad, tales eventos fisiológicos pueden monopolizar la capacidad cognitiva y deteriorar la actividad de resolución de problemas (Mishel, 1988).

De acuerdo con lo anterior, una de las principales recomendaciones al momento de intervenir, educar o informar al paciente sobre su estado de salud, sus síntomas, su pronóstico o tratamiento es que la persona oncológica se encuentre libre de eventos fisiológicos internos o tenga controlados en cierta medida estos síntomas desagradables que compiten con la capacidad de concentración.

Es importante mencionar que existen otros factores no identificados en esta investigación que tienen una vasta evidencia científica como factores de que pueden interferir en la capacidad cognitiva de las personas con diagnósticos oncológico, como lo son los efectos secundarios de diversos tratamientos dirigidos a tratar el cáncer entre ellos algunos quimioterapéuticos y la radioterapia (Cahill et al., 2012).

La capacidad cognitiva limitada producto de la edad, el caos emocional y eventos fisiológicos internos reducirá la capacidad de percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con los eventos y la congruencia de los eventos. Las demandas que monopolizan los recursos cognitivos o debido a factores que alteran las capacidades cognitivas interrumpen el procesamiento de la información del marco de estímulos, lo que genera incertidumbre (Mishel, 1988).

La última categoría analizada son los **proveedores de estructura**, se propone que estos reduzcan el estado de incertidumbre tanto directa como indirectamente. La

incertidumbre se reduce directamente cuando la persona confía en las y los proveedores de estructura para interpretar los eventos e indirectamente cuando las y los proveedores de estructuras ayudan a la persona a determinar el patrón de síntomas, la familiaridad de los eventos y la congruencia con el evento, es decir, ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos (Mishel, 1988). Esta categoría fue subcategorizada en autoridad creíble, apoyo social y educación.

Con respecto a la *autoridad creíble* varios estudios informan la importancia de los profesionales de la salud para brindar información que permita a los y las participantes generar conocimiento para comprender el contexto de la enfermedad y ayudar a reducir la incertidumbre de manera indirecta fortaleciendo el marco de estímulos. En un artículo con personas adultas diagnosticadas con linfoma recidivante se identificó que los y las profesionales de salud brindaban información que les daba cierto control sobre su situación, comprendiendo los eventos de la enfermedad y también ayudó a reducir la incertidumbre (Maher & De Vries, 2011). En un artículo con adultos mayores con cáncer en tratamiento con radioterapia, las personas participantes que estaban en contacto con los servicios de salud en el hogar o con una enfermera oncológica municipal encontraron que estos encuentros eran un gran apoyo, también para comprender “lo suficiente” (Volungholen Sollid et al., 2021), premisa que se refuerza en un estudio con mujeres con cáncer de mama, en el cual se identifica que aquellas mujeres que tenían un profesional navegador de pacientes obtuvieron una puntuación más baja de incertidumbre, para las participantes este tipo de encuentros eran importantes ya que les permite acceder a información que les permite interpretar y comprender el contexto de su propia experiencia con el cáncer (Traeder, 2015). En un estudio con personas con diagnóstico de cáncer colorrectal, de cabeza y cuello o de pulmón, se resaltan la importancia del personal de salud como un pilar clave en ayudar a las personas a

manejar las demandas y las cargas de la enfermedad y el tratamiento y apoyarlos para que desarrollen las habilidades y la confianza necesarias (Appleton et al., 2018).

Una autoridad creíble fortalece el marco de estímulos al proporcionar información sobre las causas y consecuencias de los síntomas, también comparten información sobre las manifestaciones de la enfermedad y el desempeño del sistema de atención médica, lo que mejora la familiaridad con los eventos y mejoran la congruencia de los eventos al proporcionar a las personas un marco para interpretar su experiencia a medida que la atraviesan (Mishel, 1988). Estudios previos indican que las personas con diagnóstico oncológicas hacen diversas interpretaciones de la experiencia de sus síntomas, y se requiere una comunicación experta de los profesionales de la salud para apoyarlos durante este tiempo y explicar los motivos de ciertas pruebas y procedimientos (Wall et al., 2011). En un estudio con personas diagnosticadas con linfoma reporta que los profesionales en enfermería oncológica se encuentran en una posición única para reducir la incertidumbre, ya que están presentes a lo largo de la trayectoria de la enfermedad para educar y brindar apoyo emocional (Elphee, 2008). En el momento del diagnóstico, las enfermeras pueden brindar educación general sobre el diagnóstico y adaptar la enseñanza para validar o normalizar los síntomas y experiencias. Cuando el tratamiento se vuelve necesario, las enfermeras pueden discutir los efectos secundarios y las toxicidades del tratamiento y las estrategias de manejo, esta contextualización minimiza la incertidumbre (Elphee, 2008).

Si bien los hallazgos hacen mención, en su mayoría, al papel de la enfermera oncológica en la atención y en el escenario comunicatorio, es importante resaltar que todo profesional de salud involucrado en el cuidado y atención de la persona con diagnóstico oncológico o equipo interdisciplinario conforman la autoridad creíble, y en cualquier escenario de salud. Así mismo, estos hallazgos indican la necesidad de que los y las

profesionales de la salud estén atentos a las necesidades de información de cada persona durante las diferentes etapas de la enfermedad oncológica. El o la profesional de salud, como autoridad creíble, debe generar conocimiento a través de información clara, precisa, necesaria y suficiente a la persona, que le permita entender la nueva experiencia que atraviesa; interpretar el marco de estímulos y elaborar el significado de lo que sucede, facilitando a la persona estructurar un esquema cognitivo que crea menor incertidumbre (Ramírez-Perdomo et al., 2018).

Además, la calidad y constancia de la relación profesional-persona cuando se da a través de buena comunicación, empatía y frecuencia en el tiempo las personas posan su confianza en los proveedores de estructura para interpretar los eventos, disminuyendo directamente la incertidumbre. A menudo, las personas no intentan comprender los mecanismos técnicos que subyacen a su enfermedad, sino que prefieren confiar en los profesionales de salud para proporcionar una estructura lógica a los eventos (Mishel, 1988), se ha informado que la relación con el profesional de salud es el principal medio para prevenir la incertidumbre (Mishel, 1988).

Se identifica en un artículo con participantes adultos mayores con cáncer, que los profesionales de la salud en el hospital proporcionaron una base para la confianza durante todo el tratamiento. La mayoría de los participantes confiaba y respetaba a sus médicos y sus recomendaciones sobre las decisiones respecto al tratamiento (Volungholen Sollid et al., 2021). De igual manera participantes diagnosticadas de cáncer de mama informaron que la comunicación con los profesionales de salud ayudó a reducir el estrés y manejar la incertidumbre luego de la comunicación con dichos profesionales (Traeder, 2015). Una relación con los profesionales de salud hizo a las personas diagnosticadas con tumor cerebral sentirse tranquilos, seguros y comprendidos, los sentimientos de incertidumbre evocados por

el diagnóstico de un tumor cerebral pueden aliviarse si la persona percibe que el profesional de salud participa personalmente en la interacción clínica (Vedelø et al., 2018). Por el contrario, cuando la calidad de relación profesional-persona no es percibida como buena o pierde seguimiento puede generar incertidumbre, como se identificó en un artículo conformado por participantes adultos jóvenes diagnosticados con cáncer de testículo, cáncer de mama, cáncer de ovario y cérvix, en él se evidencia la existencia de una deficiencia en la comunicación médico-persona, cuando este proceso no es claro y sus preguntas son respondidas de forma ambigua por los profesionales de la salud, aumenta la incertidumbre en la persona (Ramírez-Perdomo et al., 2018). Así mismo, la incertidumbre en torno a la recurrencia del cáncer aumentó debido a la reducción del seguimiento y al contacto menos frecuente con el equipo de atención en salud, identificado en un artículo con adultos jóvenes diagnosticados con cáncer (Lidington et al., 2021) y otro con mujeres con cáncer de mama (Traeder, 2015); el periodo posterior a completar el tratamiento, la capacidad de las personas para obtener diferentes tipos de información se ve muy disminuida y se puede sentir una falta de atención de apoyo por parte de su equipo clínico, lo que hace que muchos se sientan frágiles, vulnerables e inseguros, aumentando la incertidumbre.

Estos resultados son congruentes con investigaciones previas en las que se han detectado deficiencias en la relación entre el profesional de salud y la persona, la forma de comunicar el diagnóstico y una relación impersonal por parte del personal de salud hace que sea percibido como inminencia de muerte y se genera incertidumbre, disminuir los obstáculos en la comunicación con los profesionales de la salud y dar oportunidad a la persona para participar en la toma de decisiones, pueden reducir su incertidumbre, lo que a su vez mejoraría su calidad de vida (Rivera Ramírez, 2016). Cuando las personas experimentaron profesionales de salud que tomaron una distancia profesional y no entablaron una relación

personal, expresaron sentirse decepcionados, frustrados y solos (Arias et al., 2019). La incertidumbre puede persistir durante muchos años después del tratamiento, ya que la separación del contacto frecuente con el equipo médico, pueden aumentar los sentimientos de incertidumbre sobre el futuro (Cahill et al., 2012).

Las relaciones de confianza estables permiten a las personas utilizar estrategias de autoconservación; por ejemplo, elegir evitar la información que no se sienten preparados para dominar y, en cambio, confiar completamente en el personal de salud para que se haga cargo (Vedelø et al., 2018). De este modo, una relación de calidad y constancia basada en la confianza puede compensar la falta de información específica que a menudo experimentan las personas, ya sea debido al uso de estrategias de autoconservación, los déficits cognitivos o una capacidad disminuida para obtener información debido a la situación abrumadora (Vedelø et al., 2018). En ese sentido, no solo debe tomarse en cuenta las características propias de cada persona, sino que también las del personal de salud, el cual deben poseer habilidades y estrategias que permitan una relación de calidad.

La relación profesional-persona es especialmente importante durante la fase de diagnóstico, tratamiento y posterior ya que tiene efectos positivos en el bienestar psicológico de la persona (Inan et al., 2016), las personas a menudo esperan que los profesionales de la salud asuman la responsabilidad de emitir juicios y recomendaciones valiosas, cuando la autoridad se evalúa como altamente creíble, se reducirá la incertidumbre.

Las señales que residen en el entorno del cuidado de la salud son mejor abordadas por una autoridad creíble, estas señales se refieren a los aspectos físicos del diagnóstico, la eficacia del tratamiento, las relaciones con los proveedores de atención médica, las expectativas sobre los resultados de la atención y el desempeño del sistema de atención médica. Las señales que residen dentro de las personas se abordan mejor mediante la

interacción con otras personas importantes, estas señales se refieren a preocupaciones personales, como interpretar los signos y síntomas corporales, planificar la vida y las responsabilidades personales (Mishel, 1988), es aquí donde inicia la segunda subcategoría de los proveedores de estructura, el *apoyo social*, el cual tienen una influencia tanto directa como indirecta sobre la incertidumbre (Mishel, 1988).

El apoyo social permite comprender los síntomas, efectos secundarios de los tratamientos y situaciones propias de la enfermedad, a través de la interacción humana como fuente de información, se identificó en un artículo realizado con personas diagnosticadas con linfoma no Hodgkin que los y las participantes eran jugadores activos en la autobúsqueda de información sobre los síntomas y el posible diagnóstico, utilizando internet, los medios de comunicación y la información de amigos y familiares, a través de la comunicación con otros y el uso de la información, intentaron comprender su situación (Wall et al., 2011), el área de espera facilitó el apoyo de los compañeros para hablar y compartir experiencias y conocimientos mientras esperaban el tratamiento, facilitando la oportunidad de buscar puntos en común y ayudó a la normalización de la experiencia y la adaptación, según se identifica en participantes adultos diagnosticados de cáncer colorrectal, de cabeza y cuello o de pulmón (Appleton et al., 2018). En un artículo realizado con adultos diagnosticados con cáncer de testículo, cáncer de mama, cáncer de ovario y de cérvix, los participantes expresan que conocer la vivencia positiva de otros ayuda a sobrellevar el diagnóstico, la eficacia de estos pares como proveedores de información se ve facilitada por el sentimiento de empatía por haber pasado ellos por el mismo evento traumático (Ramírez-Perdomo et al., 2018). En este mismo sentido interactuar con otros ayuda a clarificar la situación y ayuda a formar un esquema cognitivo (Ramírez-Perdomo et al., 2018). Hablar sobre eventos relacionados con

enfermedades con otras personas importantes puede cambiar sus puntos de vista de incontrolables a controlables (Yu Ko & Degner, 2008).

La oportunidad de aclarar una situación mediante la discusión y las interacciones de apoyo con otros aclara las contingencias y ayuda a la persona a formar un esquema cognitivo, disminuyendo la incertidumbre de manera indirecta mediante el fortalecimiento de la claridad del patrón de síntomas (Mishel, 1988). Las principales fuentes de apoyo social constituyen familia, amigos, pares, sin embargo, en la actualidad la búsqueda en internet y las redes sociales constituye una fuente de información importante que también poseen las personas con diagnóstico oncológico, ampliando el conocimiento sobre su enfermedad atenuando situaciones de incertidumbre gracias a la información que reciben, por ejemplo, de otras personas afectadas (Ramírez-Perdomo et al., 2018).

Además de proporcionar información, el apoyo social también funciona como un medio para evitar la incertidumbre al establecer una red en la que cada miembro depende de la experiencia de otro miembro para manejar varios eventos amenazantes (Mishel, 1988) de esta manera impactar en la incertidumbre de manera directa. Se identificó que el soporte emocional especialmente de la familia, amigos y profesionales de la salud han ayudado a las mujeres con cáncer de mama a soportar la incertidumbre y la angustia psicológica. Además, los grupos de apoyo compuestos por sobrevivientes de cáncer de mama han ayudado a tranquilizar a las mujeres recién diagnosticadas (Yusuf et al., 2013). Se identificó que el entorno social de las mujeres diagnosticadas con cáncer como una fuente de apoyo que las ayuda a combatir la incertidumbre y aferrarse a la vida. Las mujeres estaban preocupadas por ser estigmatizadas como cancerosas por el entorno social, pero el apoyo social recibido alivió los efectos devastadores del cáncer (Inan et al., 2016). La incertidumbre a veces conducía a la depresión, la ansiedad y el aislamiento social. Aunque los problemas físicos eran

constantes, los problemas psicológicos eran variables según las redes de apoyo (Maher & De Vries, 2011). Un gran activo para las personas mayores con cáncer parece ser su pariente más cercano, ya que participan junto a las personas durante su tratamiento, brindan apoyo práctico y emocional, disminuyendo la sensación de incertidumbre (Volungholen Sollid et al., 2021).

De igual manera el apoyo social brinda soporte instrumental para cubrir ciertas actividades como el cuidado a los niños, el transporte y la ayuda para recordar información. Se identifica en un artículo con participantes con mujeres con cáncer de mama que la incertidumbre con respecto a las relaciones sociales incluye detalles tales como quién cuidaría a los niños, qué tareas la mujer ya no podría cumplir (Inan et al., 2016). La participación de los familiares fue crucial para sobrellevar la radioterapia en adultos mayores con cáncer, se identificó que la participación de los familiares más cercanos incluyó el transporte y la ayuda para recordar información, así como también los familiares más cercanos brindaron tranquilidad y compañía durante el tratamiento (Volungholen Sollid et al., 2021).

Una vez finalizado el tratamiento para el cáncer contar con personas en las que se pueda confiar para las tareas diarias reduce la imprevisibilidad de sobre el futuro (Mishel, 1988). El apoyo social en forma de soporte emocional e instrumental proporcionado por los familiares es de gran ayuda para reducir directamente la incertidumbre al garantizar la estabilidad del medio ambiente. La comprensión emocional, la asistencia, como el cuidado del hogar y los traslados a los centros de salud, fueron importantes para que los participantes manejaran la incertidumbre que rodeaba su enfermedad.

Además, se identificó en un artículo con adultos jóvenes diagnosticados con cáncer, que a dicha población les preocupaba formar nuevas relaciones ya que no estaban seguros de cómo o si revelar su diagnóstico, los que contribuyo a un distanciamiento social. Los

participantes experimentaron una variedad de preocupaciones relacionadas con el cáncer, incluido el miedo a la progresión o recurrencia de la enfermedad (Lidington et al., 2021). Se atribuyen el aislamiento social al período de transición en la vida, sin embargo, una mayor incertidumbre sobre la enfermedad está relacionada con un menor apoyo social y una menor calidad de vida, lo que hace que las experiencias de aislamiento social de las y los adultos jóvenes sean motivo de preocupación (Lidington et al., 2021).

A pesar de los beneficios del apoyo social, situaciones como la anteriormente descrita, se han presentado en otros escenarios con la población oncológica, que los hace alejarse de este importante recurso, aspectos culturales pueden interferir en la interacción humana y recibir un adecuado apoyo social, en un artículo sobre las vivencias expresadas por las mujeres malayas y chinas diagnosticadas de cáncer de mama (Yusuf et al., 2013) y otro en mujeres en Turquía con igual diagnóstico (Inan et al., 2016), se identificó que dicha población prefiere aislarse socialmente, esconder sus emociones y sentir para continuar en hacerse cargo de sus obligaciones de hogar y crianza de los hijos. En un estudio en el que participaron mujeres y hombres diagnosticados con cáncer, se encontró que las mujeres que recibían intervenciones de apoyo social mostraban una menor percepción de incertidumbre. Sin embargo, los hombres tienden a negar o atenuar los problemas relacionados con la salud para proyectar una imagen positiva de sí mismos (Yu Ko & Degner, 2008). Por lo que es importante con respecto a este aspecto comprender mejor, mediante la evidencia científica, el impacto de las diferencias culturales, étnicas, edad y género y su influencia en el apoyo social percibido por las personas con diagnóstico oncológico.

Es así como el apoyo social a través de la interacción humana como fuente de información y como soporte emocional e instrumental ayuda a clarificar la situación y a formar un esquema cognitivo, de la misma manera en que reduce la imprevisibilidad sobre

los eventos de la enfermedad, impactando en el estado de incertidumbre. Como última subcategoría de los proveedores de estructura es la *educación*, de igual manera se propone que tenga una relación directa e indirecta con la incertidumbre (Mishel, 1988).

La educación es utilizada para amplificar el conocimiento como base de significado y contexto a los eventos de la enfermedad, de esta manera se reduce indirectamente la incertidumbre, cuando no se da esta amplificación en el conocimiento no se tiene las suficientes herramientas para estructurar el marco de estímulos (Mishel, 1988), se identifica en un artículo realizada con personas diagnosticados con linfoma no Hodgkin (Wall et al., 2011) que los participantes utilizaban la información para asignar significado a los síntomas, para adquirir un posible diagnóstico o para controlar información proporcionada por un profesional de la salud. Asimismo, en una investigación con mujeres con cáncer de mama las participantes no tenían suficientes conocimientos sobre el tratamiento del cáncer de mama y los efectos del tratamiento, lo que aumentaba la incertidumbre (Inan et al., 2016). En un estudio con hombres diagnosticados con cáncer de próstata, la incertidumbre surgió porque sus necesidades no estaban siendo atendidas en su primera consulta (Hillen et al., 2017). En un estudio con personas diagnosticados con cáncer en fase paliativa y a punto de finalizar la radioterapia; informaron que, al no tener conocimiento sobre el tratamiento, no estaban seguros de qué esperar (Volungholen Sollid et al., 2021). De esta manera, los y las participantes recurren a diversas fuentes de información para ampliar este conocimiento como se informa en una investigación realizada con personas adultas diagnosticadas con cáncer de testículo, cáncer de mama, cáncer de ovario y cérvix, atenuando así situaciones de incertidumbre (Ramírez-Perdomo et al., 2018). El acceso a la información de una variedad de fuentes permitió a las personas entrelazar la información que recibieron para comprender y dar sentido al diagnóstico y situar los efectos secundarios cambiantes de su tratamiento en

el contexto de su nuevo conocimiento y comprensión (Taylor et al., 2016). Dentro de la literatura científica previa se evidenció en un estudio de personas con cáncer que pocos tenían un conocimiento completo del mecanismo de funcionamiento de la enfermedad, así como de la forma como la enfermedad se manifestaría en el estado terminal, dificultándoles comprender el patrón del síntoma en la enfermedad (Arias et al., 2019).

Sin embargo, al ampliar el conocimiento a través de información compleja y fragmentada brindada por el profesional de la salud, la persona presenta dificultad para estructurar los eventos en el marco de estímulos. En un artículo con personas adultas mayores se identificó que la información proporcionada por varios proveedores de atención médica diferentes, parecían conducir a información y atención fragmentadas, lo que generaba sentimientos de incertidumbre (Vedelø et al., 2018). Participantes adultos mayores diagnosticados con cáncer de próstata informaron sentir que la información que recibieron era específicamente incompleta porque estaba sesgada hacia la especialidad del médico, lo que exacerbaba de igual manera la incertidumbre (Hillen et al., 2017). En otro artículo con participantes adultos mayores diagnosticados con cáncer y en tratamiento con radioterapia sintieron que ver a varios médicos generaba preocupaciones de que cada uno de se preocupaba únicamente por sus propias áreas de especialización y que su tratamiento carecía de cohesión (Volungholen Sollid et al., 2021). Además, se identificó que el uso de lenguaje complejo es común entre los oncólogos, esto puede dificultar la conversación sobre el tratamiento de las personas, así como la discusión sobre su pronóstico, ya que la persona no percibe correctamente la información, generando inseguridades o creencias inexactas, la información comprensible es clave para prevenir falsas creencias (Volungholen Sollid et al., 2021).

Literatura científica previa es congruente con los hallazgos mencionados, en un estudio con personas diagnosticadas con cáncer de laringe sugerirían que la información proporcionada por los proveedores de salud no siempre les era coherente y útil y muchas veces carecía de cohesión, dicha información en algunos casos puede generar aún más incertidumbre (Taylor et al., 2016). La atención de consulta multidisciplinaria podría reducir la incertidumbre de las personas al facilitar un enfoque más colaborativo hacia la toma de decisiones y una reducción en las percepciones de sesgo (Hillen et al., 2017).

La información compleja y fragmentada produce incertidumbre debido a su volumen, complejidad, inconsistencia e imprevisibilidad (Hillen et al., 2017). Por lo tanto, se requiere proporcionar educación e información oportuna y adecuada sobre qué condiciones esperar en cada etapa y período de la enfermedad oncológica (Jeon et al., 2016). Evaluar las necesidades de información de las personas, adaptar la información al individuo y asegurarse de que cada persona reciba la información correcta, crea una oportunidad para facilitar la comprensión y aceptación de la información.

Cuando se examina la educación por sí sola, el apoyo a su impacto directo sobre la incertidumbre es evidente, y aquellos que tienen un nivel educativo menos de una educación secundaria demuestran niveles más altos de incertidumbre, como se identificaron en tres artículos, uno con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama (Kim et al., 2012), otro con participantes diagnosticados con cáncer gástrico (Jeon et al., 2016) y en adultos diagnósticos con cáncer de próstata tratados con conducta expectante (Jabloo et al., 2017). En estos tres artículos los y las participantes con niveles de educación e ingresos más bajos informaron una mayor incertidumbre. Estos grupos de personas tienden a tener menos oportunidades para obtener información y comprender la enfermedad (Jeon et al., 2016). Al interpretar el ingreso mensual, debe considerarse en relación con el nivel educativo, algunas personas

parecían tener más recursos para satisfacer realmente sus altas necesidades de información, lo que les permite "comprar más certeza" (Hillen et al., 2017).

Literatura científica previa reporta que aquellas mujeres con bajo nivel educativo presentan mayores dificultades para seguir un tratamiento oncológico, ya que la escolaridad es considerada un factor de riesgo no solo en el desarrollo de la enfermedad, sino también en su comprensión (Rivera Ramírez, 2016). Un elevado porcentaje de participantes presentaron estudios incompletos, lo que podría afectar en las capacidades de asimilación y comprensión de la información sobre su condición médica, de esta forma, puede que las personas no cuenten con las herramientas cognitivas necesarias que les permitan construir un esquema de su enfermedad, y, por lo tanto, disminuir sus niveles de incertidumbre (Rivera Ramírez, 2016). Aquellos con más educación pueden modificar la incertidumbre más rápidamente que aquellos con menos educación. Las personas con menos educación parecen necesitar más tiempo para construir el significado de los eventos y experimentan incertidumbre durante períodos de tiempo más largos que las personas con más educación (Mishel, 1988). Los proveedores de salud deben tener en cuenta los factores socioeconómicos de las personas, como el nivel educativo y de ingresos, para brindar información y asesoramiento a fin de disminuir la incertidumbre (Jeon et al., 2016).

La incertidumbre disminuye al aumentar el nivel de conocimientos que genere significado y contexto a los eventos de la enfermedad, la información no compleja y ni fragmentada facilitaría la reformulación cognitiva (Ramírez-Perdomo et al., 2018). Aumentar el conocimiento permitirá a las personas con diagnóstico oncológico resolver problemas de manera más efectiva y disminuir la incertidumbre, particularmente para pacientes con niveles más bajos de educación (Yu Ko & Degner, 2008).

A síntesis general, se identifica que distinción e inconsistencia en número y frecuencia de los síntomas previo al diagnóstico o durante el tratamiento genera incertidumbre. La experiencia propia y vicaria, la orientación en el sistema, la disrupción de rutinas, así como situaciones de incoherencia entre lo esperado y lo experimentado como signos de recaída de la enfermedad, resultados confirmatorios del diagnóstico final y resultados del tratamiento facilitan o no la familiaridad y la congruencia con la enfermedad oncológica, modulando la incertidumbre en la persona. La edad, el caos emocional, y eventos fisiológicos internos pueden alterar de la comprensión y aprendizaje de información, dificultando estructurar cognitivamente el marco de estímulos. Los y las profesionales de la salud y la interacción humana con familiares, amigos y pares generan conocimiento en la persona adulta con diagnóstico oncológico para comprender los eventos de la enfermedad y ayudar a reducir indirectamente la incertidumbre; una relación de calidad y constancia con los y las profesionales de la salud, el soporte emocional e instrumental de parte de familia y amigos genera confianza en la persona ante los eventos de la enfermedad oncológica reduciendo directamente la incertidumbre. La educación es utilizada para generar conocimiento, sin embargo, la información compleja y fragmentada, no centrada en las necesidades de las personas y con lenguaje poco comprensible de los especialistas, y un bajo nivel educativo de la persona genera incertidumbre.

En cumplimiento del propósito planteado, se considera que la presente investigación aporta a los profesionales de la salud la mejor evidencia disponible sobre los antecedentes de la incertidumbre identificados en la población adulta con diagnóstico oncológico, esta evidencia genera implicaciones a la práctica, la investigación y la teoría.

En cuanto a las **implicaciones para la práctica**, tener en cuenta y abordar la incertidumbre de manera temprana desde sus antecedentes puede prevenir una escalada a un

estado más severo con implicaciones en la calidad de vida de la persona (Elphee, 2008). El manejo de la incertidumbre asociada con una enfermedad oncológica y sus tratamientos puede ser una tarea fundamental en la adaptación, ya que esta ocurre en una situación en la que el tomador de decisiones no puede asignar un valor definido a los eventos, y no puede predecir los resultados con precisión (Mishel, 1988). En condiciones de incertidumbre, existe un gran potencial para diversas evaluaciones y resultados porque la situación carece de forma o estructura, lo que la deja abierta a múltiples definiciones (Mishel, 1988). De manera que conocer los antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico permite a los profesionales de la salud orientar intervenciones para generar en la persona una mejor comprensión de los significados y eventos de la enfermedad, antes de darse la valoración de la incertidumbre por parte de la persona, es decir de forma preventiva, y así favorecer una adecuada evaluación y afrontamiento, evitando el efecto inmovilizador y el estrés que provoca la incertidumbre frente al diagnóstico oncológico (Johnson & Hurtado, 2017). Es así que los resultados de esta investigación le permiten al profesional de salud tener argumentos basados en la evidencia científica, que le permita tomar las mejores decisiones según las necesidades identificadas en el contexto de la incertidumbre ante la enfermedad oncológica (Arias et al., 2019), en consecuencia, las intervenciones pueden centrarse en proporcionar educación sobre el diagnóstico, el pronóstico y los tratamientos de la persona, así como en aquellos aspectos relacionados con el apoyo social, el establecimiento de redes de apoyo, la comunicación asertiva y la búsqueda activa de información (Arias et al., 2019). De igual manera, en el área de la docencia estos resultados son de utilidad para implementar y desarrollar programas de formación de nuevos profesionales en enfermería oncológica.

De los resultados de esta revisión integrativa surgen una serie de temas emergentes que pueden llegar a complementar los hallazgos aquí encontrados, planteando una serie de

implicaciones para la investigación. Es importante indagar respecto a los antecedentes de la incertidumbre según la etapa de desarrollo de la persona adulta, ya que es posible que en cada etapa en la que se encuentre la persona presente diversas condiciones y necesidades especiales, pudiendo ser más notorios algunos antecedentes que otros. Los estudios futuros también podrían centrarse en indagar en como estímulos internos, como dolor, desnutrición, fatiga, entre otros, impactan en el estado cognitivo y por tanto en el estado de la incertidumbre en la persona con diagnóstico oncológico. Puede haber potencial para futuras investigaciones sobre el impacto de las diferencias culturales, étnicas, edad y género y su influencia en el apoyo social percibido por las personas con diagnóstico oncológico, ya que este tiene una gran influencia en el estado de incertidumbre. Hay campo para futuras investigaciones para explorar cómo el uso de la tecnología y redes sociales proporcionan información que permita a lo persona oncológica estructurar un esquema cognitivo y su impacto en cada antecedente de la incertidumbre. Nuevas investigaciones también se podrían centrar en intervención y ensayos controlados aleatorios para examinar qué intervenciones son factibles, efectivas y eficientes para manejar la incertidumbre desde sus antecedentes en la población oncológica.

Desde las **implicaciones para la teoría**, esta investigación permite conocer con mayor detenimiento parte de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad puesto que se exponen diversos componentes conceptuales, en este caso específico los antecedentes de la incertidumbre, invitando al lector a cuestionarse sobre la importancia de la misma, y sobre el rol que desempeña esta teoría en el plano de la salud. En ese sentido, queda demostrado que la dicha teoría es una herramienta valiosa que permite orientar intervenciones, y que funciona como una guía en el trabajo diario con personas que padecen enfermedades crónicas como el cáncer desde su marco conceptual.

Al igual que como cualquier investigación esta revisión integrativa presenta **limitaciones**, esta investigación está limitada por el nivel de evidencia de las publicaciones incluidas. En su mayoría fueron de corte cualitativo con nivel de evidencia VI, las publicaciones aquí incluidas oscilaron ente un nivel de evidencia de IV a VI, por lo que se careció de literatura científica con mayor nivel de evidencia que les diera una mayor robustez a los resultados. También a nivel de la región latinoamericana es escaza la evidencia disponible referente al tema de interés, por lo que los resultados se deben interpretar con cautela, ya que algunos de los contextos donde se desarrollaron los artículos incluidos no es el mismo a la realidad nacional.

A continuación, se presentan las conclusiones y recomendación finales de la investigación.

5.2 Conclusiones.

- Se evidencia que la poca distinción e inconsistencia de los síntomas en intensidad y frecuencia previo al diagnóstico, así como durante el tratamiento aumenta la ambigüedad sobre el estado de la enfermedad. La experiencia propia y vicaria, la orientación en el sistema y la disrupción de rutinas son moduladores de los eventos novedosos en el entorno de la enfermedad, afectado a la familiaridad. Signos de recaída de la enfermedad, resultados confirmatorios del diagnóstico y resultados del tratamiento conllevan a enfrentar situaciones de incoherencias entre lo esperado y lo experimentado no logrando una congruencia con el evento; estos elementos alteran la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe la persona adulta con diagnóstico oncológico, estímulos, que, por tanto, no se estructuran dentro de un esquema cognitivo, lo que genera más incertidumbre.

- Las demandas que monopolizan los recursos cognitivos o factores que alteran las capacidades cognitivas interrumpen el procesamiento de la información del marco de estímulos. La capacidad cognitiva limitada producto de la edad de la persona, el caos emocional ante la noticia del diagnóstico y eventos fisiológicos internos reducirá la capacidad de percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con los eventos y la congruencia de los eventos, lo que genera incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico.
- Los proveedores de estructura (autoridad creíble, apoyo social, educación) genera conocimiento a través de información clara, precisa, necesaria y suficiente sobre el diagnóstico, síntomas, tratamiento y pronóstico en la persona adulta con diagnóstico oncológico, lo que le permite entender la nueva experiencia que atraviesa, es decir, interpretar el marco de estímulos y elaborar el significado de lo que sucede, particularmente en personas con niveles más bajos de educación. Del mismo modo, una relación de calidad y constancia con la autoridad creíble basada en la confianza y el soporte emocional e instrumental de familia, pares y amigos ayuda a clarificar la situación y a formar un esquema cognitivo, reduciendo la imprevisibilidad sobre los eventos de la enfermedad del cáncer; elementos que impactan en el estado de incertidumbre de la persona adulta con diagnóstico oncológico.
- Conocer los antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico permite a los y las profesionales de la salud orientar intervenciones para generar en la persona una mejor comprensión de los significados y eventos de la enfermedad, así como fortalecer aquellos aspectos relacionados con el apoyo social, el establecimiento de redes de apoyo, la comunicación asertiva y la búsqueda activa de

información; de manera que se favorezca una adecuada evaluación y afrontamiento de la incertidumbre ante la enfermedad oncológica. En ese sentido, queda demostrado que la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad es una herramienta valiosa que permite orientar intervenciones, y que funciona como una guía en el trabajo diario con personas que padecen enfermedades oncológicas desde su marco conceptual.

5.3 Recomendaciones.

- Los y las profesional de la salud, como autoridad creíble, debe procurar encuentros de cálida y constancia con la persona con diagnóstico oncológico, disminuyendo los obstáculos en la comunicación y dar oportunidad a la persona para participar en la toma de decisiones, además de generar conocimiento a través de información clara, precisa, necesaria y suficiente, que le permita entender la nueva experiencia que atraviesa; facilitando a la persona estructurar un esquema cognitivo y la confianza suficiente para reducir su incertidumbre.
- El momento para brindar información puede ser crucial para evitar que las personas se sientan inseguras y abrumadas al procesar la información altamente compleja que se les proporciona referente a su enfermedad, es así que se recomienda evaluar de manera proactiva elementos que limitan la capacidad cognitiva como el grado de angustia emocional de las personas, eventos fisiológicos internos o síntomas desagradables así como su edad, y muy importante ajustar el momento y la cantidad de información al intervenir, educar o informar a la persona.
- Se recomienda evaluar las necesidades educativas y de información de las personas, para asegurarse de que reciban la información oportuna y adecuada sobre qué condiciones esperar en cada etapa y período de la enfermedad oncológica, en consecuencia, las

intervenciones educativas deben centrarse en proporcionar educación según necesidades sobre el diagnóstico, el pronóstico y los tratamientos de la persona con diagnóstico oncológico, así como en aquellos aspectos relacionados con el apoyo social, el establecimiento de redes de apoyo y la búsqueda activa de información.

- De los resultados de esta revisión integrativa surgen una serie de temas emergentes, por lo cual, se considera importante traerlos a colación para incentivar a generar más investigación que permitan solidificar y mejorar los hallazgos aquí señalados.
- Se recomienda socializar y contrastar los hallazgos de esta revisión integrativa con prácticas y programas de atención y cuidado de las personas adultas con diagnóstico oncológico, a fin de buscar mejoras acordes a la evidencia científica disponible que impacten en el cuidado de la población oncológica.

Bibliografía.

- Alpizar, W. (2006). Hacia la construcción del Concepto integral de Adultez. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 10, 1–14. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i10.10704>
- Appleton, L., Poole, H., & Wall, C. (2018). Being in safe hands: Patients' perceptions of how cancer services may support psychological well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1531–1543. <https://doi.org/10.1111/jan.13553>
- Arias, M., Carreño, S., & Chaparro, L. (2019). Incertidumbre ante la enfermedad crónica. Revisión integrativa. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 36(1), 93–106. <https://doi.org/10.18359/rlbi.3575>
- Arreguin, L., Morales, C., Bonilla, L., Soriano, M., Tlalpan, R., & Pérez, V. (2012). Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 1(2), 77–83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003161%5Cnhttp://www.scielo.cl/pdf/udecad/a/v15n26/art06.pdf>
- Brenlla, M., Willis, B., & Germano, G. (2016). Estimación del tiempo y perspectiva temporal en distintas etapas de la adultez. *Investigación Psicología*, 21(1), 27–34. <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/6184/1/brenlla.pdf>
- Briñez, K. (2020). Integración teoría y práctica de enfermería en el cuidado de pacientes oncológicos. *Revista Cultura Del Cuidado Enfermería.*, 17(1), 120–134. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7818324>
- Burbano López, C., & Sánchez, L. E. (2017). Traumatismo de la médula espinal e incertidumbre desde la teoría de Merle Mishel. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.004>
- Cahill, J., Lobiondo-Wood, G., Bergstrom, N., & Armstrong, T. (2012). Brain tumor symptoms as antecedents to uncertainty: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 145–155. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01445.x>

- Casavilca, S., Custodio, N., Cancino, K., Liendo, R., & Vidaurre, T. (2017). Deterioro cognitivo por quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de mama. Una problemática por definir en el Perú. *In Rev Neuropsiquiatr* (Vol. 80, Issue 4). <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n4/a03v80n4.pdf>
- Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. (2023). *DeCS – Descriptores em Ciências da Saúde*. <https://decs.bvsalud.org/es/>
- Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. (2023). *Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud* <https://lilacs.bvsalud.org/es/>
- Daneau, S., Bourbonnais, A., & Legault, A. (2020). Surrogates' end-of-life decision-making process in nursing homes for residents with a neurocognitive disorder: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 15(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/opn.12274>
- De León, J., & Pareja, A. (2019). Inmunología del cáncer II: Bases moleculares y celulares de la carcinogénesis. *Horiz Med*, 19(2), 84–92. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2019000200011&script=sci_arttext
- Devalle, M. (2013). El impacto del cáncer en el paciente y la familia. *Fundación Clínica de La Familia*. <https://www.fundacionclinicadelafamilia.org/el-impacto-del-cancer-en-el-paciente-y-la-familia/>
- Díaz, M., Gattas, S., López, J. C., & Tapia, A. (2016). Enfermería Oncológica: Estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Revista Clínica Médica Condes*, 24(4), 4–6. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfermeria-oncologica-estandares-seguridad-el-S0716864013702098>
- Elphee, E. E. (2008). Understanding the concept of uncertainty in patients with indolent lymphoma. *Oncology Nursing Forum*, 35(3), 449–454. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.449-454>

- Emanuel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. In Gráfica Imprecom Ltda. (Ed.), *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. (2° edición, pp. 83–95). [Pautas Éticas Internacionales 30-04-2003.final.pmd \(bioeticacs.org\)](#)
- Garro, A., & Fernández, M. (2020). Adaptación de los profesionales en enfermería con experiencia laboral en servicios de oncología, ante la muerte de una persona usuaria, Gran Área Metropolitana. [Universidad de Costa Rica].
<https://hdl.handle.net/10669/82813>
- Gómez, I., Castillo, I., & Alvis, L. R. (2015). Uncertainty in adults with type 2 diabetes according to Merle Mishel's theory. *Aquichan*, 15(2), 205–213.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.5>
- Hillen, M. A., Gutheil, C. M., Smets, E. M. A., Hansen, M., Kungel, T. M., Strout, T. D., & Han, P. K. J. (2017). The evolution of uncertainty in second opinions about prostate cancer treatment. *Health Expectations*, 20(6), 1264–1274.
<https://doi.org/10.1111/hex.12566>
- Inan, F. Ş., Günüşen, N. P., & Üstün, B. (2016). Experiences of Newly Diagnosed Breast Cancer Patients in Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 262–269.
<https://doi.org/10.1177/1043659614550488>
- Indexmundi. (2018). Ranking de países por artículos en publicaciones científicas y técnicas.
<https://www.indexmundi.com/es/datos/indicadores/IP.JRN.ARTC.SC/rankings>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2017). *Genética del cáncer*.
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica>
- International Agency for Research in Cancer/OMS. (2021). *Global cancer observatory*. Global Cancer Statistics. <https://gco.iarc.fr/>

- Isacaz, N. (2018). *Cambios genéticos y factores de riesgo del cáncer*. Elsevier.
<https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/cancer-cambios-geneticos-factores-riesgo>
- Jabloo, V. G., Alibhai, S. M. H., Fitch, M., Tourangeau, A. E., Ayala, A. P., & Puts, M. T. E. (2017). Antecedents and outcomes of uncertainty in older adults with cancer: A scoping review of the literature. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 44, Issue 4, pp. E152–E167). Oncology Nursing Society. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.E152-E167>
- Jeon, B. H., Choi, M., Lee, J., & Noh, S. H. (2016). Relationships between gastrointestinal symptoms, uncertainty, and perceived recovery in patients with gastric cancer after gastrectomy. *Nursing and Health Sciences*, 18(1), 23–29.
<https://doi.org/10.1111/nhs.12219>
- Joanna Briggs Institute. (2021). *Critical Appraisal Tools*. The University of Adelaide.
<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Johnson, M. I., & Hurtado, P. (2017). La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *Ciencia y Enfermería*, 23(1), 57–65.
<https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v23n1/0717-9553-cienf-23-01-00057.pdf>
- Kim, S. H., Lee, R., & Lee, K. S. (2012). Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: Differences by treatment trajectory. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 1014–1023. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03896.x>
- Kurita, G. P., Benthien, K. S., Sjøgren, P., Kaasa, S., & Hjermstad, M. J. (2017). Identification of the predictors of cognitive impairment in patients with cancer in palliative care: a prospective longitudinal analysis. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 941–949. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3485-7>
- Landrove, O., Morejón, A., Venero, S., Suárez, R., Almaguer, M., Pallarols, E., Ramos, I., Varona, P., Pérez, V., & Ordúñez, P. (2018). Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(23), 1–8. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.23>

- Lidington, E., Vlooswijk, C., Stallard, K., Travis, E., Younger, E., Edwards, P., Nandhabalan, M., Hunter, N., Sarpal, N., Flett, D., Din, A., Starling, N., Larkin, J., Stanway, S., Nobbenhuis, M., Banerjee, S., Szucs, Z., Darlington, A. S., González, M., ... Husson, O. (2021). 'This is not part of my life plan': A qualitative study on the psychosocial experiences and practical challenges in young adults with cancer age 25 to 39 years at diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 30(5).
<https://doi.org/10.1111/ecc.13458>
- López, S., Cruzado, J. A., Custodio, A. B., & Feliú, J. (2011). Variables asociadas al deterioro cognitivo en pacientes de cáncer de colon. *Psicooncología*, 8(2–3), 301–314.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37883
- Maher, K., & De Vries, K. (2011). An exploration of the lived experiences of individuals with relapsed Multiple Myeloma. *European Journal of Cancer Care*, 20(2), 267–275.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01234.x>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017. In *Ministerio de Salud* (p. 140). www.ministeriodesalud.go.cr
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256–262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>
- Molinas, R. (2017). Cáncer, una de las enfermedades con mayor impacto psicológico. *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*, Paraguay.
<https://www.mspbs.gov.py/portal/12064/cancer-una-de-las-enfermedades-con-mayor-impacto-psicologico.html>
- National Library of Medicine, E. U. (2021). *MeSH (Medical Subject Headings)*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>

Nha HONG, Q., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., Rousseau, M.-C., & Vedel, I. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 User guide*.

<http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/>

Nurhidayah I, Nurhaeni N, Allenidekania A, Gayatri D, Rustina Y. (2023). Uncertainty of parents due to having children with cancer: A concept analysis. *Belitung Nurs J*. Jun 26;9(3):218-226. doi: 10.33546/bnj.2612. PMID: 37492752; PMCID: PMC10363973.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10363973/>

OPS/OMS. (2018). *Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS / Organización Panamericana de la Salud*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Paez, C., Randazzo, P., & Sánchez, V. (2019). La incertidumbre en el paciente con leucemia aguda al inicio del tratamiento: una propuesta de cuidado. In *Repository Javeriana, Colombia*. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/46208>

Page, M., Moher, D., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffman, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. In *The BMJ* (Vol. 372, pp. 1–75). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

Parra Giordano, D., & Saldías Fernández, M. A. (2020). Gestión en salud del programa de cáncer de mama en Chile. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 39.

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/39229>

Pérsico, D., & Torres, D. (2014). Niveles de evidencia y grados de recomendación: El sistema GRADE. *Revista Chilena Anestesia*, 43(4), 357–360.

<https://revistachilenadeanestesia.cl/niveles-de-evidencia-y-grados-de-recomendacion-el-sistema-grade/>

- Polit, D., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Wolters Kluwer, Ed.; Undécima).
<https://cmc.marmot.org/Record/.b62526911>
- Provalis Research. (2022). *Software de análisis de datos cualitativos de métodos mixtos - QDA Miner*. Provalis Research. <https://provalisresearch.com/es/products/software-de-analisis-cualitativo/>
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. In Elsevier (Ed.), *Modelos y teorías en enfermería*. (Séptima ed). <https://tienda.elsevier.es/modelos-y-teorias-en-enfermeria-9788413822990.html>
- Ramírez, C., Rodríguez, M. E., & Perdomo, A. (2018). Incertidumbre frente al diagnóstico de cáncer. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(4), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005040017>
- Redondo, D. (2019). *Percepción de incertidumbre en hombres que tienen sexo con hombres con VIH relacionada con prácticas sexuales*. Universidad de Costa Rica. <https://catalogosiidca.csuca.org/Record/UCR.000607989>
- Redondo, D., & Solano, A. L. (2019). Viviendo en la incertidumbre después de un macroadenoma pituitario: un caso de estudio. *Sanus*, 10, 85–99.
<https://doi.org/10.36789/sanus.vi10.135>
- Rivera Ramírez, C. (2016). Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino. In *Pontificia Universidad Católica del Perú*.
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7474>
- Sánchez, M. (2018). *Experiencias de los cuidados enfermeros en pacientes oncológicos*. [Universidad de Valladolid].
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30393/TFG-H1210.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SCImago. (2021). Producción e impacto científico en el mundo.

<https://www.scimagolab.com/produccion-e-impacto-cientifico-en-el-mundo/>

Smith, M. J., & Liehr, P. (2014). Middle Range Theory for Nursing. In Springer Publishing Company (Ed.), *Suparyanto dan Rosad (2015 (3° edición)*.

<https://books.google.co.cr/books?id=7iFW6dUS3jMC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Suri, H. (2020). Ethical Considerations of Conducting Systematic Reviews in Educational Research. In *Systematic Reviews in Educational Research* (pp. 41–54). Springer

Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27602-7_3

Tavares, M., Días da Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

Taylor, A., Wells, M., Hubbard, G., & Worth, A. (2016). From an illusion of certainty into a reality of uncertainty: A longitudinal qualitative study of how people affected by laryngeal cancer use information over time. *European Journal of Oncology Nursing*, 23, 15–23. [https://www.ejncologynursing.com/article/S1462-3889\(16\)30024-2/fulltext](https://www.ejncologynursing.com/article/S1462-3889(16)30024-2/fulltext)

Torres, A., & Sanhueza, O. (2008). Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Invest. Educ. Enferm.*, 24(2), 112–119.

file:///C:/Users/nelso/Downloads/Professional_self-esteem_development_in_nursing.pdf

Traeder, T. L. (2015). Cancer communication, uncertainty, and patient satisfaction: investigating the effect of patient navigators on the breast cancer treatment decision-making process [Pennsylvania State University].

<https://www.proquest.com/openview/93bb969d1af1614b9bb800c07d0636ac/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

- Trejo, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(1), 34–38.
<https://doi.org/10.37976/enfermeria.v11i1.120>
- Vargas, R. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Educación*, 33(1), 155–165.
<https://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf>
- Vedelø, T. W., Sørensen, J. C. H., & Delmar, C. (2018). Patients' experiences and care needs during the diagnostic phase of an integrated brain cancer pathway: A case study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15–16), 3044–3055.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14372>
- Verduzco-Aguirre, H. C., Navarrete-Reyes, A. P., Negrete-Najar, J. P., & Soto-Pérez-de-celis, E. (2020). Cancer in older adults in Latin America: Interdisciplinary cooperation between oncology and geriatrics. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 1–9.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/84617>
- Volungholen Sollid, M. I., Kirkevold, Ø., Slaaen, M., Ervik, B., Melby, L., & Eilertsen, G. (2021). Experiences of older patients with cancer from the radiotherapy pathway – A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 53.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101999>
- Wall, C., Glenn, S., & Poole, H. (2011). Experiences prior to diagnosis of non-Hodgkin lymphoma: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2363–2372. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05657.x>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Yu Ko, W., & Degner, L. (2008). Uncertainty after treatment for prostate cancer: Definition, assessment, and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 749–755. <https://doi.org/10.1188/08.CJON.749-755>

Yusuf, A., Ab Hadi, I. S., Mahamood, Z., Ahmad, Z., & Keng, S. L. (2013). Understanding the breast cancer experience: A qualitative study of Malaysian women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 14*(6), 3689–3698.

<https://doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.6.3689>

Anexos

Anexo 1: Carta a aprobación del TFIA y el comité asesor.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

PPCE Programa de Posgrado en
Ciencias de la Enfermería

9 de diciembre de 2021
PPCE-529-2021

Dra. Flor Isabel Jimenez Segura
Decana
Sistema de Estudios de Posgrado

Estimada señora:

Me permito informarle que en sesión ordinaria virtual 45-2021, de la Comisión del Programa de Posgrado en Enfermería, se aprobó solicitar la ratificación del Trabajo de Investigación Aplicada y Comité asesor de los estudiantes Nelson Barboza Solano, carné A20650 y Karol Solano Flores, carné B99696 de la Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematológica.

Tema TFIA	Proponente	Comité Asesor
"Antecedentes de la incertidumbre en la persona adulta con diagnóstico oncológico: una revisión integrativa"	Nelson Barboza Solano carné: A20650	Tutora: Ana Laura Solano López
	Karol Solano Flores carné: B99696	Lector(a): Dr. Derby Muñoz Rojas M.Sc. Maureen Barrantes González

Atentamente,

Este documento está firmado digitalmente 

Dra. Ana Laura Solano López
Directora a.i

YST

C. Archivo



Año de las Universidades Públicas
por la conectividad como
derecho humano universal
2021
Bicentenario de la
Independencia de Costa Rica