



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

**AUTOEFICACIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA
CON SALUD EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE
CÁNCER MAMARIO**



ROCÍO SCARLET ZÚÑIGA TAPIA

Tesis presentada a la Dirección de Postgrado de la Universidad de Concepción para optar al grado académico de Magíster en Enfermería

Profesora Guía: Dra. Patricia Cid Henríquez
Profesora Co-guía: Dra. Marislei Sanches Panobianco

Enero 2021
Concepción, Chile

© 2021 Rocío Scarlet Zúñiga Tapia



Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

© 2021 Rocío Scarlet Zúñiga Tapia

DEDICATORIA



*En memoria de mi abuela, María Pabla Villalobos Melgarejo,
mujer sobreviviente de cáncer mamario,
mi mayor ejemplo de fortaleza y resiliencia.*

Soli Deo Gloria.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, primeramente, por su fidelidad y cumplimiento de sus promesas en mi vida.

A mis padres, Luis y Cecilia, por el apoyo que siempre me han entregado, por inculcarme desde pequeña la importancia de la educación. A mis hermanas Jazmín y Génesis. A mi cuñado, Alejandro, que pacientemente respondió mis dudas y orientó en las diferentes etapas.

A mi tía Maribel, que siempre me ha apoyado en la distancia en todos mis proyectos.

A Gamaliel, quien me acompañó en lo más álgido del proceso, alentándome a continuar.

Agradezco a mis docentes guías Dra. Patricia Cid, y co-guía Dra. Marislei Sanches que me acompañaron y guiaron durante este proceso.

Al igual que la Dra. Alda Orellana y el profesor Mg. Luis Luengo.

A la Universidad de Concepción y Programa de Magíster en Enfermería, que financió mis estudios a través de la Beca de articulación Pregrado-Postgrado y la pasantía académica a la Universidad de São Paulo.

A las mujeres que participaron e hicieron posible este estudio, por su entusiasmo y apoyo.

A mi compañero de magíster, Nicolás, quien desde el inicio estuvo presente.

A mis amigas: Ilse, Nicole(s), Viarly, Angélica, Daniela, Francisca(s).

A todos muchísimas gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Justificación	4
2. MARCO REFERENCIAL	8
2.1 Marco conceptual	8
2.1.1 Cáncer mamario	8
2.1.2 Mujer sobreviviente de cáncer.....	15
2.1.3 Características clínicas remanentes	18
2.1.4 Calidad de vida relacionada con salud.....	19
2.2 Marco teórico.....	23
2.2.1 Teoría de Autoeficacia	24
2.2.2 Teoría de Rango medio de Autoeficacia.....	27
2.3 Marco empírico	30
3. OBJETIVOS	38
3.1 General.....	38
3.2 Específicos	38
4 HIPÓTESIS	39
5 VARIABLES	40
5.1 Variable dependiente.....	40
5.2 Variable independiente.....	40

5.3	Variables intervinientes	40
6.	MÉTODO	42
6.1	Diseño	42
6.2	Unidad de análisis	42
6.3	Universo	42
6.4	Muestra	42
6.5	Criterios de selección	44
6.6	Instrumento recolector de datos	44
6.6.1	Cuestionario biosociodemográfico-clínico	45
6.6.2	Escala de Autoeficacia General (EAG)	45
6.6.3	Cuestionario de Calidad de vida en cáncer (QLQ C30)	47
6.7	Prueba Piloto	49
6.8	Procedimiento	50
6.9	Plan de análisis	50
6.10	Aspectos éticos involucrados	52
7.	RESULTADOS	59
7.1	Pruebas de normalidad	59
7.2	Estadísticos descriptivos de la muestra	60
7.2.1	Variables asociadas a la salud y el diagnóstico	64
7.3	Descripción psicométrica del Cuestionario de Calidad de vida en cáncer	70
7.4	Descripción psicométrica de la Escala de Autoeficacia General	73
7.5	Comparaciones de medias	76
7.6	Análisis de correlaciones	80
7.7	Regresión lineal	85
8.	DISCUSIÓN	91
9.	CONCLUSIONES	102
10.	LIMITACIONES	106
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108

12. ANEXOS	129
Anexo 1: Definición de variables	129
Anexo 2: Instrumento recolector de datos.....	137
Anexo 3: Consentimiento libre e informado	144
Anexo 4: Solicitud de instrumentos	148
Anexo 6: Resolución Comité Ético-Científico Facultad de Enfermería	152
Anexo 7: Resolución Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo.....	153



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n°1: Dimensiones e ítems individuales del Cuestionario QLQ C30.....	48
Tabla n°2: Pruebas de normalidad para Calidad de vida relacionada con la Salud y Autoeficacia.....	60
Tabla n°3: Distribución observada y porcentual para la variable ocupación.....	61
Tabla n°4: Distribución observada y porcentual para la variable estado civil.....	61
Tabla n°5: Distribución observada y porcentual para la variable nivel de estudios.....	62
Tabla n°6: Distribución observada y porcentual para orientación religiosa.....	64
Tabla n°7: Distribución observada y porcentual para previsión de salud.....	65
Tabla n°8: Estadio o etapa del cáncer mamario al momento de recibir el diagnóstico.....	66
Tabla n°9: Estadísticos descriptivos para los ítems de la Cuestionario de Calidad de Vida en cáncer.....	71
Tabla n°10: Alfa de Cronbach por escala y dimensión del instrumento QLQ-C30.....	73
Tabla n°11: Estadísticos descriptivos para los ítems de la Escala de Autoeficacia General.....	74
Tabla n°12: Matriz factorial para la Escala de Autoeficacia General. Método de Factorización de Ejes Principales.....	76
Tabla n°13: Resultados para las comparaciones de medias en Autoeficacia Percibida.....	77
Tabla n°14: Resultados para las comparaciones de medias en Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	78
Tabla n°15: Resultados para las comparaciones de medias en Síntomas Clínicos Remanentes.....	80
Tabla n°16: Matriz de correlaciones entre las variables del estudio.....	80

Tabla n°17: Matriz de correlaciones entre las dimensiones de funcionamiento con la variable autoeficacia.....84

Tabla n°18: Coeficientes, correlaciones semiparciales al cuadrado y estadísticos de colinealidad para los resultados de regresión lineal múltiple sobre la calidad de vida relacionada con la salud.....89



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura n°1: Modelo conceptual: Calidad de vida relacionada con salud Wilson y Cleary.....	22
Figura n°2: Teoría de Autoeficacia de Bandura.....	26
Figura n°3: Teoría de rango medio de Autoeficacia de Bárbara Resnick....	29
Figura n°4: Gráfico de barras con la distribución de los niveles de ingreso mensual percibido.....	63
Figura n°5: Gráfico de sectores con la distribución de tipo de cirugía y reconstrucción.....	67
Figura n°6: Gráfico de barras con la distribución del tratamiento.....	68
Figura n°7: Gráfico de barras con la distribución de los síntomas clínicos remanentes.....	69
Figura n°8: Gráfico de sedimentación para la Escala de Autoeficacia General.....	75
Figura n°9: Gráfico P-P Plot que muestra la distribución de los residuos tipificados.....	87
Figura n°10: Gráfico de dispersión de residuos tipificados sobre los valores pronosticados tipificados.....	88

RESUMEN

Objetivo: Identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario tratadas en diferentes centros de salud del país durante el periodo 2010–2019.

Metodología: Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional, muestreo por bola de nieve en 114 mujeres que cumplieron los criterios de selección y consintieron en participar en el estudio. El instrumento recolector de datos se conformó por; Cuestionario biosociodemográfico; Escala de Autoeficacia General y el Cuestionario General de Cáncer QLQ-C30.

Resultados: 114 mujeres, edad promedio de 46.3 años, en su mayoría casadas, trabajadoras, con nivel educacional alto, ingreso mensual percibido \$1.000.000 o más. En Etapa II al momento de diagnóstico, intervenidas quirúrgicamente con mastectomía parcial sin reconstrucción mamaria, predominio de uso de radioterapia y finalización del tratamiento en una media de 3.0 años. Presentaron en mayor medida ansiedad, fatiga y dolor como síntomas clínicos remanentes. En general las mujeres percibieron una moderada calidad de vida y buena percepción de autoeficacia. Se observó una relación estadísticamente significativa entre la autoeficacia y los síntomas clínicos remanentes con la calidad de vida. **Conclusiones:** Las variables predictoras de la calidad de vida observadas son la autoeficacia y los síntomas clínicos remanentes. También se encontró que el nivel de estudios impacta positivamente en la calidad de vida de las mujeres.

Palabras clave: Autoeficacia, Calidad de vida, Neoplasias de la mama, Supervivientes de Cáncer.

ABSTRACT

Objective: To identify the relationship between self-efficacy and health-related quality of life of women survivors of breast cancer treated in different health centers in the country during the period 2010 - 2019. **Methodology:** Quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study, snowball sampling in 114 women who met the selection criteria and consented to participate in the study. The data collection instrument was made up of; Biosociodemographic questionnaire; General Self-efficacy Scale and the General Cancer Questionnaire QLQ-C30. **Results:** 114 women, average age of 46.3 years, mostly married, working, with high educational level, monthly income earned \$ 1,000,000 or more. In Stage II at the time of diagnosis, they underwent surgery with partial mastectomy without breast reconstruction, predominant use of radiotherapy and completion of treatment in an average of 3.0 years. They presented to a greater extent anxiety, fatigue and pain as remaining clinical symptoms. In general, women perceived a moderate quality of life and a good perception of self-efficacy. A statistically significant relationship was observed between self-efficacy and remaining clinical symptoms with quality of life. **Conclusions:** The predictors of quality of life observed are self-efficacy and remaining clinical symptoms. It was also found that the level of studies positively impacts the quality of life of women.

Keywords: Self-efficacy, Quality of life, Breast Neoplasms, Cancer Survivors.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La calidad de vida en el paciente con diagnóstico de cáncer puede ser definida como la evaluación que tiene la persona con cáncer respecto a en qué grado cree que su condición de salud ha afectado su vida cotidiana, es por ello que a fin de que los usuarios con cáncer logren una buena calidad de vida después del tratamiento, las autoridades sanitarias se han abocado a que se cuente con un apoyo integral. En este ámbito, considerar las consecuencias del tratamiento -como la cirugía, quimioterapia, radioterapia- es una tarea primordial, en particular para las personas con supervivencia a medio y largo plazo, como en el caso del cáncer mamario¹.

En Chile alrededor del 76% de las mujeres con diagnóstico de cáncer mamario sobreviven por más de 5 años luego de ser intervenidas y finalizar el tratamiento oncológico². Los estudios en los cuales se ha investigado la calidad de vida en mujeres con cáncer mamario dan cuenta que las mujeres pueden verse afectadas física, psicológica y sexualmente después de someterse a cirugía; se sabe que numerosas pacientes no están satisfechas con

su apariencia física y experimentan una pérdida de confianza en sí mismas³⁻

⁷. Dichos hallazgos muestran la relevancia de conocer la calidad de vida que llevan las sobrevivientes de cáncer mamario^{3,8}.

Investigaciones previas han evaluado las diferencias en la calidad de vida según el método quirúrgico al que se someten las mujeres con cáncer mamario, comprobando que la mastectomía radical o parcial causa un impacto negativo en la calidad de vida, específicamente en las áreas de satisfacción con la apariencia física y la vida sexual^{4,9}. En muchos casos, la cirugía de conservación de la mama es la que afecta de menor forma a la calidad de vida, sin embargo, en todos los tipos de cirugía se evidencia un grado de afectación de la imagen corporal y de la sexualidad, elementos estudiados dentro de la calidad de vida de las personas que viven con este tipo de cáncer^{4,9-14}.

Se han observado diferentes factores que pueden afectar la calidad de vida, dentro de ellos se mencionan la autoestima, la autoeficacia, la espiritualidad y la resiliencia, con un impacto positivo en la calidad de vida, mientras que de forma negativa; un bajo apoyo social y un bajo nivel socioeconómico, entre otros¹⁵⁻¹⁸.

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) en el año 2018 presentó el Plan Nacional del Cáncer 2018-2028 priorizando estrategias enfocadas en maximizar la calidad de vida de usuarios sobrevivientes de cáncer, mencionando el diseño de lo que define como un Grupo de prestaciones priorizadas (GPP) que aborden integralmente los aspectos de una persona con cáncer que pueden verse afectados por la enfermedad y su tratamiento, incluyendo dentro de éstos, la medición de la calidad de vida a largo plazo¹.

En este sentido, uno de los factores observados que impacta la calidad de vida de las personas es la autoeficacia. Bandura¹⁹ en el año 1977 describe la Teoría de la Autoeficacia, siendo un constructo que destaca como una herramienta fundamental para la consecución de metas u objetivos fijados por las personas. Este elemento según Duckworth, Steen y Seligman¹⁵ ayuda directa o indirectamente a aliviar el sufrimiento y la raíz de sus causas, provocado en este caso por el padecimiento de cáncer en la mujer.

A raíz de todo lo expuesto con anterioridad surge la interrogante de este estudio: ¿cuál es la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud en la mujer sobreviviente de cáncer mamario?.

1.2 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el cáncer mamario uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, siendo la patología de mayor frecuencia en países desarrollados y en vías de desarrollo¹. Según estimaciones de Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN), durante el año 2018 existieron poco más de dos millones de casos de cáncer mamario a nivel mundial, con una tasa estandarizada de 46.3 por 100 mil mujeres; en Sudamérica de acuerdo con esta misma entidad, existe una tasa de incidencia estandarizada por edad durante 2018 de 56.8 por 100.000, mientras que en Chile 58.7 por 100.000 mujeres, sobrepasando la tasa continental y mundial²⁰. Por otra parte, en la región del Biobío, durante el año 2012 se presentó una tasa de incidencia de 29.6 casos nuevos por 100.000 mujeres²¹.

Al presentar las cifras de incidencia del cáncer, específicamente en el cáncer mamario debemos también mencionar la sobrevida, en este caso, medida como tasa relativa o neta de supervivencia a cinco años, donde se compara a las mujeres que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer mamario con aquellas que no lo tienen. En este ámbito, la Sociedad Americana del Cáncer

menciona que existe una tasa relativa de supervivencia a 5 años para las mujeres con cáncer mamario que varía desde un 27% hasta un 99% de acuerdo a las etapas en que se encuentra el cáncer, siendo los estadios iniciales los que tienen una mayor supervivencia y viceversa^{22,23}. En Europa, la tasa de supervivencia media oscila entre el 81 y el 84%, con la excepción de los países del este, donde la tasa de supervivencia es de alrededor del 69%, mientras que específicamente en España, la tasa de supervivencia a cinco años para mujeres diagnosticadas entre 1997 y 1999 fue 78.4%, aumentando al 82.8% para las mujeres con diagnóstico de cáncer mamario entre 2000 y 2007, debido al diagnóstico temprano y mejoras en la cirugía y tratamientos adyuvantes²⁴. Asimismo, en Chile durante los años 2000-2010 se realizó un estudio que analizó casos clínicos de mujeres con cáncer mamario lo cual evidenció una tasa de supervivencia de cinco años de un 75.1 %², es por ello que muchas mujeres hoy viven siendo sobrevivientes de esta enfermedad y tal como lo expone el MINSAL en el Plan Nacional de Cáncer es importante maximizar la calidad de vida en la etapa postcáncer¹.

Se ha observado que la autoeficacia y la calidad de vida establecen una relación beneficiosa e impactan positivamente en los procesos internos de las mujeres con cáncer mamario, en este sentido los estudios muestran que las

personas que presentan un mayor índice de autoeficacia tienen una mejor calidad de vida²⁵⁻²⁸. Sin embargo, frente a esta temática no se han encontrado investigaciones que abarquen el periodo de sobrevida específico de las mujeres con cáncer mamario y las que estudian la relación entre ambas variables mencionadas son escasas, siendo estudiadas mayoritariamente como parte de otras variables centrales a nivel internacional, mientras que en el contexto nacional no se han encontrado estudios similares.

El presente proyecto tiene como objetivo identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario que fueron tratadas a lo largo del país durante el periodo 2010 – 2019.

Es necesario para la labor de enfermería que tiene contacto directo con usuarias en situaciones similares conocer la dinámica de estas variables para brindar un cuidado integral y profesional no solo en el periodo de enfermedad donde se evidencia la mayor sintomatología y apoyo profesional, sino también en el periodo postcáncer, donde la mujer se encuentra en un contexto diferente que puede verse afectado por la enfermedad vivenciada.

Por otra parte, la disciplina de enfermería se ve nutrida de manera que, en un

área exiguamente profundizada previamente, abre nuevos lineamientos de estudio para la enfermería oncológica, enfocándose la investigación futura no solo la persona y familia que vive el periodo agudo de la enfermedad, sino la sobrevivida de ésta.



2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco conceptual

Con relación al marco conceptual se abordará el concepto de Cáncer mamario, patología que tuvieron que sobrellevar las usuarias participantes de este estudio; el concepto de Sobreviviente de cáncer; el de Síntomas clínicos remanentes; asimismo, el concepto de Calidad de vida relacionado con la salud, que como se ha mencionado previamente, se ve afectada por el diagnóstico de cáncer durante la etapa aguda de la enfermedad y durante el periodo postcáncer.

2.1.1 Cáncer mamario

El cáncer mamario es un problema de Salud Pública en el mundo, siendo el cáncer de mayor prevalencia en mujeres en países desarrollados y en vías de desarrollo, así también en Chile, sin embargo, la mortalidad por cáncer mamario en los países desarrollados ha descendido por los esfuerzos de pesquisa oportuna y tratamientos efectivos. Según género y edad, afecta preferentemente a mujeres mayores de 15 años²¹.

En Chile este tipo de cáncer se encuentra cubierto por la Ley de Garantías

Explícitas en Salud (GES) desde el año 2004, es decir, estas garantías cubren a mujeres con cáncer mamario desde los 15 años y más, garantizando oportunidad, acceso, protección financiera y calidad de la atención requerida²⁹.

Existen diferentes factores de riesgo considerados para el cáncer mamario, la mayoría relacionados con ser mujer en edad reproductiva, entre los que están la carga hormonal de estrógenos endógenos, menarquía precoz, menopausia tardía, nuliparidad y presentar antecedentes familiares de cáncer mamario³⁰. Asimismo, se consideran otros factores de riesgo probable como son el uso de anticonceptivos orales por largo tiempo y la exposición a radiación ionizante³¹. Los estilos de vida no saludables también ocupan un lugar como factor de riesgo del cáncer, algunos de ellos el sedentarismo, tener una dieta inadecuada y el consumo de alcohol y tabaco¹.

Dentro del cuadro presentado por la mujer con diagnóstico de cáncer mamario, el síntoma más común es la aparición de una masa o protuberancia en la zona; otros síntomas son la hinchazón de la mama; irritación de la piel o depresiones en la zona; dolor en la mama o en el pezón; retracción de los pezones; enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel de la mama

o del pezón y secreción del pezón que no corresponde a leche materna³⁰.

Durante el año 2001 el MINSAL agrega la mamografía dentro del Programa de Resolución de Especialidades en la Atención Primaria de Salud, base para el tamizaje de cáncer mamario²¹. Su disponibilidad ha aumentado gradualmente en el Examen de Medicina preventiva, lo que garantiza en la actualidad la realización de una mamografía cada tres años a toda mujer entre 50 y 69 años, independiente de su previsión de salud^{31,32}.

Luego del screening si existen sospechas de cáncer, el diagnóstico definitivo es realizado por medio de un informe histológico positivo posterior a biopsia, con la inclusión de diversos exámenes de acuerdo con el caso que se presente²¹.

La mujer al ser diagnosticada con cáncer mamario tiene derecho a un tratamiento integral, que se encuentra subordinado al Programa Adulto Nacional de Drogas Antineoplásicas (PANDA), desde el año 1988, donde se propuso el primer protocolo de tratamiento con quimioterapia PANDA; posteriormente en 1999 se incorpora la cobertura financiera para la quimioterapia de las etapas I y II, extendiéndose en el año 2001 para quimioterapia en las etapas III y IV^{33,34}.

Como procedimiento central del tratamiento del cáncer mamario se encuentra la cirugía, que consiste en la extirpación de la mama o mastectomía, lo que se asocia generalmente al vaciamiento axilar, es decir, a la extirpación de ganglios de la axila. Dependiendo de la cantidad de ganglios extraídos, la mujer puede presentar linfedema, complicación que ocurre cuando durante el transporte del sistema linfático no se logran evacuar los fluidos y proteínas del espacio intersticial, causando la acumulación de éstos y posterior edema, diferencias en la elasticidad y un aumento del riesgo de infecciones^{35,36}. El linfedema no tiene cura, tornándose una complicación que persiste hasta el periodo de sobrevida de las personas³⁷, y que ocasiona diferentes grados de deformidad, incomodidad e invalidez del brazo del lado afectado³⁸, lo que, dependiendo de su gravedad origina impotencia funcional de la extremidad, malestar psicológico y alteraciones en la calidad de vida³⁹. Otras complicaciones del vaciamiento axilar son disminución de la fuerza muscular, parestesias, dolor y reducción de la amplitud de movimiento del brazo afectado, los que repercuten en la realización de las actividades cotidianas y la calidad de vida de las mujeres⁴⁰.

Existen distintos tipos de mastectomía, unilateral o bilateral, radical o parcial, con acceso cirugía reconstructiva de la mama posterior en forma inmediata o

diferida, como también puede o no contemplarse la conservación de la mama en la cirugía; esta última resulta en una la secuela física inmediata y muchas veces permanente por la extirpación de la mama, con efectos negativos en la usuaria con diagnóstico de cáncer mamario y su familia, debido a que según el enfoque cultural las mamas son un símbolo de ser mujer, de femineidad y capacidad reproductora, como también se les relaciona a las áreas de sensualidad y sexualidad^{34,41}. Las mujeres evalúan significativamente esta creencia, es por eso que ante la pérdida de una mama, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en las mujeres diagnosticadas de cáncer mamario³⁴.

La quimioterapia también se encuentra dentro del tratamiento del cáncer mamario, generalmente luego de la mastectomía, causando diversos daños inmediatos a la persona que van asociados a dichas consecuencias como alopecia, úlceras bucales, náuseas y vómitos, estreñimiento, anorexia, anafilaxia, mielosupresión, mucositis, neurotoxicidad, los que disminuyen luego de finalizar el esquema de quimioterapia^{33,41}. En algunas personas es posible observar la aparición de síntomas tardíos del tratamiento como la pérdida de peso, los problemas cardiológicos, la disfunción gonadal, toxicidad renal y fatiga, además de la neuropatía que se presenta como

entumecimiento, dolor, hormigueo en la piel que afecta las manos y / o los pies⁴²⁻⁴⁵.

La radioterapia, incluida también dentro del tratamiento, se utiliza de forma localizada, asociándose generalmente a las intervenciones previamente mencionadas. Este tratamiento, utiliza rayos de alta energía para destruir las células cancerosas por medio de la ionización de los tejidos orgánicos, produciendo efectos adversos inmediatos o tardíos, como la epidermitis, cansancio, neuropatías; los que, según la Sociedad Clínica de Oncología Americana, pueden presentarse días, semanas, incluso años después del tratamiento⁴⁴.

El MINSAL el año 2018 presentó el Plan Nacional del Cáncer para los años 2018-2028, con el objeto de reducir tanto la incidencia como la mortalidad que se atribuyen a la enfermedad, por medio de estrategias y acciones que promuevan la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, cuidados paliativos y seguimiento de pacientes, para mejorar su sobrevida, calidad de vida y la de sus familias y comunidades. Este programa cuenta con 5 ejes principales o líneas estratégicas¹:

1. Promoción, educación y prevención del cáncer.

2. Cuidados paliativos
3. Red oncológica
4. Registro nacional de los cánceres
5. Calidad de los procesos entregados.

Con respecto a mejorar la sobrevivencia y calidad de vida de usuarios con cáncer se hace alusión a que más del 60% de los cánceres en la actualidad son curables, por lo que el periodo postcáncer se vuelve un área de estudio significativa en los usuarios¹.

Los estudios realizados en relación con el cáncer a lo largo de los años se han abocado a conocer la mortalidad e incidencia, como se ha visto anteriormente. Sin embargo, el aumento de la sobrevivencia en muchos tipos de cáncer –como el mamario- ha conllevado en los últimos años, a considerar las repercusiones de la enfermedad que no involucran la vida de la persona, es decir, que se incluya dentro de la sobrevivencia una condición originada por la enfermedad misma o su tratamiento, y que por tanto afecta negativamente la calidad de vida de las personas¹.

2.1.2 Mujer sobreviviente de cáncer

Actualmente existe una limitación para la conciliación del término sobreviviente de cáncer, el que aún permanece incierto, a pesar de su uso generalizado en los últimos años⁴⁶.

El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos⁵⁷ menciona que *“cuando se trata del cáncer, el término sobrevivencia cubre los problemas físicos, psicosociales y económicos del cáncer, desde el diagnóstico hasta el final de la vida. Se centra en la salud y vida de una persona con cáncer más allá de las fases de diagnóstico y tratamiento. Sobrevivencia incluye asuntos relacionados con la capacidad de obtener asistencia médica, seguimiento, atención de los efectos tardíos del tratamiento, segundos cánceres primarios y la calidad de vida. Familiares, amigos y cuidadores forman parte también de la experiencia de supervivencia.”* También dentro del periodo definido por esta entidad una persona se considera sobreviviente desde el momento del diagnóstico hasta la etapa final de la vida.

De acuerdo con la Sociedad Americana de Oncología Clínica⁴⁸ al hablar de “sobrevivencia al cáncer” nos referimos a al menos dos conceptos comunes:

- No tener signos de cáncer luego de haber finalizado el tratamiento.
- Vivir con cáncer, soportar el cáncer y sobrevivir a la enfermedad.

Según esta definición, la sobrevivencia al cáncer comienza con el diagnóstico e incluye personas que continúan recibiendo tratamiento a largo plazo para reducir el riesgo de que el cáncer regrese o para controlar una enfermedad crónica.

Dentro del mismo concepto de sobrevivencia, se distinguen tres etapas⁴⁸:

- **Sobrevivencia aguda** (vivir con cáncer): que inicia con el diagnóstico del cáncer e incluye el período de exámenes y tratamiento del cáncer como tal.
- **Sobrevivencia extendida** (intermedio; pasar el cáncer): comienza con la remisión de la enfermedad y finalización del tratamiento inicial; esta fase puede incluir el mantenimiento, la consolidación o el seguimiento.
- **Sobrevivencia permanente** (a largo plazo; vivir después del cáncer): dependiendo del tipo de cáncer, esta es la fase identificada con la «cura» o con una supervivencia prolongada después de la remisión.

La Sociedad Española de Medicina Oncológica⁴⁷ en su guía para Sobrevivientes de cáncer menciona que existen dominios específicos

referentes a los problemas de los usuarios sobrevivientes de cáncer, los que son:

- Seguimiento para detectar recaídas curables.
- Valoración de la susceptibilidad genética para el cáncer en el paciente y familiar para algunos tipos de cáncer.
- Detección de segundas neoplasias primarias.
- Monitorización de complicaciones del tratamiento.
- Prevención y tratamiento precoz de alteraciones del estado psicológico secundarias al cáncer o a su tratamiento.
- Proporcionar soporte psicosocial.

Bajo esta mirada y diversificación de conceptos, para este estudio se considerará sobreviviente de cáncer mamario a aquella mujer que se encuentra con su tratamiento clínico finalizado (quimioterapia y/o radioterapia) y se encuentra en control anual de seguimiento por la institución de salud.

2.1.3 Características clínicas remanentes

Al concluir el tratamiento de la etapa aguda de la persona, finaliza la “red segura” en la que las personas tienen contactos periódicos y frecuentes con el equipo de profesionales de la salud, por tanto, existe la posibilidad de que las personas sobrevivientes puedan experimentar, no solo síntomas físicos sino también alteraciones psicosociales, ambos descritos en la literatura^{18,45,49-63}:

- 
- Incertidumbre acerca del futuro
 - Pérdida del apoyo habitual
 - Dificultades emocionales: Aumento de la ansiedad, miedo a la recurrencia de que el cáncer pueda regresar después del tratamiento; Culpa de sobrevivir, tras haber perdido amigos y seres queridos con cáncer, enojo, depresión, sensación de soledad.
 - Problemas físicos: hipertensión, problemas cardiacos, astenia asociada al cáncer, problemas pulmonares de acuerdo con la droga antineoplásica utilizada, cambios hormonales, menopausia,
 - Sexuales o de fertilidad relacionadas a la toxicidad gonadal, y

disfunción sexual post tratamiento del cáncer.

- Dificultades en las relaciones con sus pares.
- Discriminación en el contexto laboral.
- Retorno tardío al trabajo o desempleo.

2.1.4 Calidad de vida relacionada con salud

La OMS⁶⁵⁻⁶⁹ bajo su grupo de estudio *The World Health Organization Quality of Life (WHO-QOL)* define la calidad de vida como “*la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses*”; también establecen características que definen a la calidad de vida, las cuales son: la subjetividad; multiplicidad de dimensiones y la inclusión de funcionamientos positivos como negativos⁶⁴. Asimismo, este grupo propone seis dimensiones compuestas por diversos subdominios a evaluar: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y por último espiritualidad, religión y creencias personales.

El término Calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) muchas veces se ha utilizado indistintamente junto con el de Calidad de Vida, aunque

algunos autores mencionan que la Calidad de vida engloba a la CVRS, como también otros autores mencionan que es necesaria dicha separación ya que la CVRS se refiere a la percepción de la calidad de vida debido a una intervención en el área de salud⁶⁴, sin embargo, para este estudio se utilizarán indistintamente.

La CVRS se hizo popular a partir de los años 80, asociado a los cambios de los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad que empezaron a notarse en forma dramática en algunos países desarrollados con el incremento cada vez más grande de la esperanza de vida y, contemporáneamente, de enfermedades crónicas en porcentajes cada vez mayores en sus habitantes⁶⁶.

Urzúa^{65,66}, quien se ha dedicado al estudio de la calidad de vida relacionada con salud, la define como la evaluación que la persona realiza sobre su grado de bienestar en diversos dominios de la vida, considerando el impacto que en éstos ha podido provocar una enfermedad tanto física como mental y sus consecuencias.

Sánchez, Ballesteros y Anzola⁷⁰ definen la CVRS como un modo de describir elementos de la experiencia subjetiva de una persona, vinculados directa e indirectamente con la salud, la enfermedad, el tratamiento, la discapacidad y

el deterioro, dicha subjetividad abarca un componente cognoscitivo, relacionado con la apreciación del nivel de funcionamiento, y uno emocional relacionado con el grado de satisfacción experimentado por el usuario.

Durante el año 1995 Wilson & Cleary^{70,71} desarrollan un modelo de la CVRS, donde integran aspectos del modelo biomédico (variables biológico-funcionales) y del paradigma de las ciencias sociales (aspectos psicosociales y espirituales) ordenando los tipos de variable de resultado en cinco niveles.

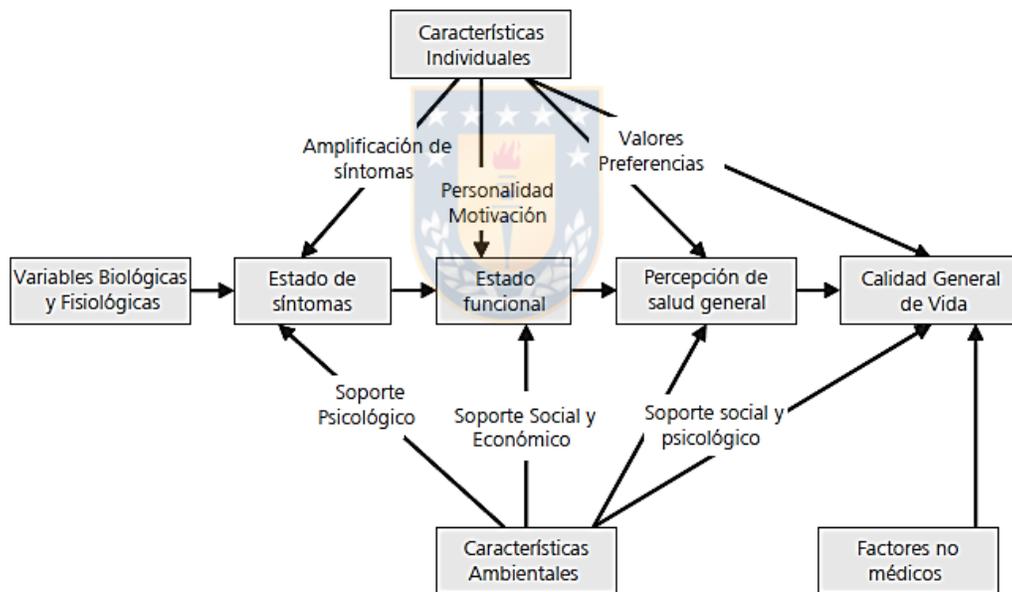
Se describen cinco tipos de variables^{65,71}:

- i. Variables biológicas y fisiológicas: factores que intervienen en el estado de salud de las personas, resultando ser el ámbito más evaluado en la práctica clínica.
- ii. Síntomas: manifestaciones que se originan en la variable biológica y fisiológica, asimismo se relacionan a este factor medible las características de la persona y el ambiente que lo rodea.
- iii. Estado funcional: capacidad para realizar labores específicas y adaptación a la situación si se vive con los síntomas mencionados con anterioridad.
- iv. Percepción de salud general: si se logra la integración de las tres

importantes variables anteriores la persona puede percibir su salud.

- v. Calidad de vida global: que resulta a partir de la suma de las variables anteriores.

Figura n°1. Modelo conceptual: Calidad de vida relacionada con salud de Wilson y Cleary



Wilson I, Cleary P. Calidad de vida relacionada con salud: Modelo Conceptual. 1995.

Si trasladamos estas variables hacia las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario, existirán las variables biológicas y fisiológicas propias del cáncer y del tratamiento que vivieron hace por lo menos cinco años atrás; el estado de los síntomas que puedan presentar a largo plazo; el estado funcional, es

decir, cómo afecta el haber padecido cáncer en sus actividades diarias actuales; la percepción de la persona de su salud general al integrar las variables anteriores; y la calidad de vida general resultado de los elementos anteriores, en los que puede influir la condición de salud pasada.

En la actualidad no existe un consenso en la definición de la CVRS ni su completa separación con el término "calidad de vida" general, sin embargo, ha logrado convertirse en un importante elemento para el desarrollo de objetivos, guías y políticas enfocadas en el cuidado en salud, aún más ha influido en el esclarecimiento del impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes como también para evaluar la efectividad de los tratamientos⁶⁵.

2.2 Marco teórico

El marco teórico en que se sustenta este estudio es la Teoría de la Autoeficacia del psicólogo Albert Bandura, y la Teoría de rango medio de Autoeficacia bajo el enfoque de la enfermera Bárbara Resnick, ambos autores tienen en común el estudio y trabajo con seres humanos, conociendo la importancia de los aspectos psicológicos en su desarrollo.

2.2.1 Teoría de Autoeficacia

Albert Bandura^{16,19}, psicólogo canadiense, durante el año 1977 publica un artículo referido a la Teoría de Autoeficacia, elemento que años más tarde resulta ser central en el desarrollo de la Teoría Social Cognitiva publicada posteriormente en el año 1987, la base de esto es la comprensión de la influencia que tiene el pensamiento autorreferente en el conocimiento y por tanto en el actuar de los individuos. Bandura^{19,72-76} define entonces la autoeficacia como la manera en que la persona juzga sus capacidades y percibe en ella su eficacia, y cómo ésta afecta la forma en que organizará y ejecutará sus actos de modo que pueda alcanzar sus metas y objetivos.

El autor establece que la autoeficacia ocurre dentro de lo que él menciona como determinismo recíproco triádico; triada compuesta por diferentes factores que pueden determinar la producción de un evento o comportamiento: estos factores son la conducta del individuo, los factores personales y los factores ambientales, dichos factores causan el efecto por acción mutua de manera recíproca, actuando simultáneamente, sin embargo esta relación no es necesariamente simétrica, sino que varía de acuerdo al contexto, el actuar del individuo y las características intrínsecas de cada

persona^{73,74}. Es dentro de los factores personales donde se desarrolla la autoeficacia como tal.

En la teoría Bandura menciona que las creencias de las personas respecto a su autoeficacia pueden desarrollarse por medio de cuatro formas fundamentales de influencia, conocidas como “fuentes de autoeficacia”, las cuales son^{19,74}:

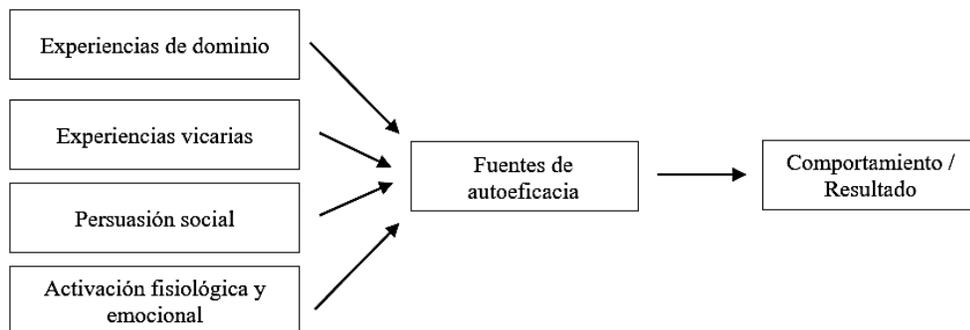
- **La activación fisiológica y emocional**, que es lo intrínseco de cada persona y su funcionamiento a nivel fisiológico, único de acuerdo a cada individuo.
- **Las experiencias de dominio**, referidas a las experiencias propias del individuo acerca de la autoeficacia a lo largo de su vida, en ella se observa que los éxitos aumentan la autoeficacia mientras que los fracasos la disminuyen.
- **Las experiencias vicarias**, referidas a la obtención de logros por medio del modelamiento, es decir, por medio del seguimiento de un modelo como ejemplo.
- **Persuasión social**, descritas como palabras que motiven a la persona y la retroalimenten, para persuadirla a perseverar como modo de alcanzar los

resultados esperados.

Dentro de estas cuatro fuentes de autoeficacia no todas tienen el mismo peso para lograr crear una fuerte percepción de ser eficaz, destacando primeramente las experiencias de dominio, basadas en el éxito previo de la persona; las experiencias vicarias, por medio de la observación de personas similares que han alcanzado el éxito; la persuasión social y finalmente las características fisiológicas de la persona⁷⁴, lo que se observa con mayor claridad en la figura n°2⁷⁷.



Figura n°2. Teoría de Autoeficacia de Bandura



Sham M. Self-Efficacy, Percieved Social Support and Psychological Adjustment in international students of Universiti Utara Malaysia. 2013. Traducción propia.

El nivel de autoeficacia influye en el aumento o reducción de la motivación, es así como las personas que tienen una autoeficacia elevada deciden

desarrollar actividades que involucren un mayor grado de dificultad; invierten más esfuerzo en sus actividades, son más persistentes y tienen un mayor compromiso con sus metas al afrontar las adversidades, que aquellos que tienen una menor autoeficacia⁷⁸⁻⁸².

El constructo de autoeficacia no se relaciona a los recursos disponibles que tiene la persona, sino a la percepción de lo que puede hacer con ellos. Esto se asocia a la creación de condiciones que posibiliten la adopción en el individuo de creencias autoeficaces respecto a su contexto, resaltando y evidenciando las potencialidades y recursos con los que cuenta y que se pueden utilizar a favor del cumplimiento de sus metas y objetivos^{19,80-82}.

La importancia de la autoeficacia frente a situaciones estresantes como el haber sido diagnosticada de cáncer, cobra relevancia al entender que de la forma en que la mujer perciba su capacidad de ser autoeficaz, es decir la habilidad que tiene de lograr objetivos, será su capacidad de sobrellevar el cáncer, y enfrentar la sobrevida.

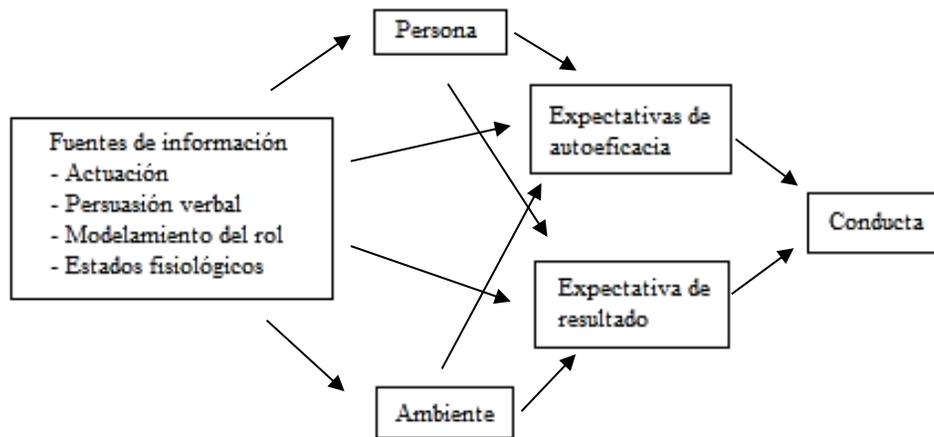
2.2.2 Teoría de rango medio de autoeficacia

Dentro de la disciplina de enfermería Bárbara Resnick^{75,78-80} ha profundizado

el concepto de autoeficacia a través de la creación de una teoría de rango medio, por medio de la cual define la autoeficacia como la capacidad percibida por la persona para lograr objetivos concretos, mencionándolo como un constructo dinámico el cual muestra un proceso que ciñe la formación y estructura de un modelo adaptativo.

Los elementos centrales que Resnick^{73,75,78-79} menciona en su teoría se basan en los ya expuestos por Bandura (Figura n°2), sin embargo, la autora los orienta hacia la aplicación práctica en el quehacer de enfermería (Figura n°3). De esta forma apunta cómo las fuentes de información o de percepción de autoeficacia mediado por sus cuatro elementos como la actuación, persuasión verbal, modelamiento del rol en enfermería (mencionado por Bandura como experiencias vicarias, manteniendo el concepto original) y los estados fisiológicos y emocionales propios de cada persona interactuarán con la triada recíproca antes mencionada: factores personales de los individuos, el ambiente y la conducta; originándose en el desarrollo de la autoeficacia como tal expectativas de autoeficacia y de resultado: que se refieren a lo que la persona espera percibir como eficaz y el resultado obtenido de forma concreta, respectivamente.

Figura n°3. Teoría de Rango medio de Autoeficacia de Bárbara Resnick.



Smith M, Liehr P. Middle Range Theory for nursing.2003. Traducción propia.

Resnick^{73,80} ha utilizado su teoría primordialmente en el desarrollo de intervenciones con usuarios de diversos rangos etarios. Sin embargo, es sabido que existe una relación positiva entre tener una buena autoeficacia y la adaptación a una condición crónica^{78,80}, como es el cáncer y el proceso de adaptación a la enfermedad y a la sobrevida. Estudios han mostrado que la percepción de autoeficacia es una variable que está relacionada al uso de estrategias de enfrentamiento capaces de promover el bienestar de la persona, además la autoeficacia se ha asociado a la capacidad de realizar actividades y a poseer un mejor afrontamiento de sucesos difíciles^{27,75,80,83,84}.

2.3 Marco empírico

Durante la revisión de la literatura realizada no se encontraron estudios que relacionaran únicamente las dos variables de interés de este estudio en mujeres sobrevivientes de cáncer ni en el periodo agudo de la enfermedad, por lo que se han decidido presentar de forma independiente, tanto en mujeres sobrevivientes de cáncer mamario como en mujeres con diagnóstico del mismo, para conocimiento del estado del arte.

La utilidad de las mediciones de calidad de vida en la práctica clínica ha sido objeto de diferentes investigaciones. En una revisión sistemática publicada en 2010, se tuvo como resultados que los datos acerca de mediciones de calidad de vida han influenciado la toma de decisiones de las intervenciones por parte del equipo médico en un 30.1% mientras que un 63.2% en las intervenciones no biomédicas, concluyendo de esta forma que los tratamientos médicos e intervenciones a realizar en los usuarios dependen de la calidad de vida que éstos presentan⁸⁵.

En el año 2011 en España se realizó una investigación que evaluó la CV de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario, obteniendo como resultados una afectación importante en diversas dimensiones de la vida de las usuarias,

destacando entre ellas el funcionamiento sexual, disfrute sexual, preocupación por el futuro, y la imagen corporal; los autores evidencian la necesidad de la labor de enfermería para intervenir en este tipo de usuarias, para lograr cambios en la calidad de vida a largo plazo⁸⁶.

Un estudio realizado en Colombia el año 2013 obtuvo como resultado que la percepción de calidad de vida de las mujeres con cáncer mamario se ve comprometida durante el proceso de enfermedad; destaca que las dimensiones más afectadas son la autoimagen y la autopercepción de la paciente; y se desglosa también de este estudio que es el periodo de inicio de la enfermedad donde hay una mayor afectación de la CV⁸⁷.

Continuando con el mismo tema Irarrázaval et al.⁸⁸ durante el año 2016 estudiaron la calidad de vida en mujeres chilenas sobrevivientes de cáncer mamario utilizando los cuestionarios QLQ-C30 y QLQ-BR23, el último validado en nuestro país previamente por la misma investigadora. Se desprende de este estudio la multiplicidad de efectos que causa el tratamiento en la vida de la mujer sobreviviente de cáncer mamario, es así como aquellas mujeres que habían sido sometidas a mastectomía total, con o sin reconstrucción, tuvieron secuelas principalmente en su imagen corporal.

Asimismo, se observó que a estadios más avanzados se presenta un funcionamiento cognitivo más bajo, y a medida que transcurre tiempo desde el diagnóstico va mejorando, esto referente a las dimensiones de la escala mencionada; también se mencionan las preocupaciones psicosociales reportadas en etapa de seguimiento. Por tanto, concluyen que es fundamental la pesquisa y manejo de síntomas residuales de los tratamientos en pacientes sobrevivientes de cáncer mamario, así como la implementación de estrategias de abordaje interdisciplinario para optimizar la calidad de vida de estas mujeres⁸.

Por otro lado en el año 2017 un estudio realizado en España que tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad de vida y la ansiedad como estado y como rasgo, en mujeres diagnosticadas con cáncer mamario antes y después del tratamiento por medio de los cuestionarios de la EORTC QLQ-C30 y BR23 y el Inventario de Ansiedad de Beck, concluyó que el diagnóstico de cáncer mamario en las mujeres influye en su calidad de vida, siendo más afectadas las dimensiones relacionadas a la perspectiva de futuro como también la relacionada al ámbito sexual⁸⁹.

Diferentes estudios se han enfocado en los efectos que tiene el tratamiento

del cáncer mamario, específicamente la mastectomía, en la vida de la mujer, confluyendo en los resultados el impacto negativo que tiene principalmente en la imagen corporal, existiendo también diferencias significativas en el tipo de cirugía postmastectomía, ya sea, cirugía reconstructiva o cirugía conservadora de la mama^{4,8-14}. Sin embargo, otros aspectos también se han visto afectados, y se evidencia el impacto en las relaciones sexuales y actividades sociales de las mujeres, siendo consideradas un predictor de padecer un trastorno de salud mental como la depresión⁹⁰.

En cuanto a la autoeficacia y la calidad de vida en usuarios con diagnóstico de cáncer, un estudio realizado en el año 2007 da cuenta de la relación entre la autoeficacia, calidad de vida y el estrés en usuarios con cáncer, concluyendo que la calidad de vida se ve afectada por el estrés que causa la enfermedad, pero que esta afectación dependía del grado de autoeficacia de los usuarios. Se establece que un alto nivel de autoeficacia es un buen referente de calidad de vida²⁵.

Una investigación realizada el año 2011 analizó la fatiga, actividad física, autoeficacia y calidad de vida en mujeres con cáncer mamario. Sería importante abordar los resultados de este estudio, ya que, proporciona

evidencia que sugiere que las intervenciones realizadas para mejorar la autoeficacia influyen sobre la fatiga y, por tanto, repercuten en una mejora de la calidad de vida de las mujeres con cáncer mamario²⁶.

En la misma línea, en el año 2011, en Brasil, se realizó un estudio que midió la calidad de vida, el bienestar psicológico y la autoeficacia de mujeres jóvenes con cáncer mamario. El análisis de regresión lineal evidenció que las variables bienestar psicológico y la autoeficacia fueron predictores significativos de la calidad de vida total. Los autores concluyen que las personas con alta autoeficacia presentan mejor calidad de vida²⁷.

Durante el 2012 se realizó un estudio con el objeto de determinar el efecto que la edad tiene en el momento del diagnóstico sobre el temor a la recidiva del cáncer mamario e identificar los factores predictivos de éste utilizando la autoeficacia como mediador. En este caso la muestra estuvo formada por mujeres sobrevivientes de cáncer mamario desde los 3 a 8 años luego del diagnóstico, donde se mostró que el mayor temor a la recidiva del cáncer se encontraba en las mujeres jóvenes (clasificadas dentro de 18 a 45 años según los investigadores), como también se mostró que la autoeficacia de la mujer sobreviviente de cáncer mamario explicó alrededor del 18% de la varianza

por temor a recidiva, esto quiere decir que la mujer sobreviviente de cáncer mamario con una mayor autoeficacia tiene un menor temor a la recidiva²⁸.

En Estados Unidos, investigadores probaron longitudinalmente un modelo que examina la autoeficacia y el estado de salud como mediadores potenciales de la relación entre la actividad física y la calidad de vida en las sobrevivientes de cáncer mamario, cuyo estudio fue publicado en el año 2013. Los resultados obtenidos indicaron que la actividad física indirectamente, a través de indicadores de autoeficacia y estado de salud, influye en la calidad de vida a lo largo del tiempo⁹¹.

Un estudio realizado por Bieyabanie et al.⁹², publicado en el 2019, analizó la efectividad de una intervención de consejerías en autoeficacia en mujeres mastectomizadas, a través de consejerías grupales enfocadas en mejorar la autoeficacia de dichas mujeres, realizando la medición de dicha variable previa y posteriormente a la intervención. Inicialmente no existieron diferencias significativas en la puntuación de autoeficacia, sin embargo, luego de la intervención la puntuación media de la autoeficacia percibida fue significativamente mayor en el grupo que recibió las consejerías en comparación con el grupo control, medida cuatro semanas después de la

intervención. Los autores concluyen que el papel de la autoeficacia en la promoción de la salud de las pacientes con cáncer mamario es primordial, y que debe existir cierto asesoramiento para que las mujeres mastectomizadas mejoren su autoeficacia.

En el año 2020, en China, Shen et al.⁹³ investigaron el estado de la calidad de vida y sus factores de influencia entre las pacientes chinas con cáncer mamario triple negativo, especialmente el papel de la esperanza, la autoeficacia y el apoyo social. Los resultados indicaron que la esperanza, el apoyo social y la autoeficacia se correlacionaron positivamente con la calidad de vida.

En el mismo año Bijak et al.⁹⁴, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las características de las pacientes potencialmente modificables asociadas con la CVRS, las preocupaciones sobre el cáncer mamario y la angustia específica del cáncer entre las mujeres latinas sobrevivientes de este tipo de cáncer. Dentro de los resultados obtenidos destacó que una mayor autoeficacia relacionada con el cáncer se relacionó con una mejor CVRS general, así como con mejores dominios de bienestar social, emocional y funcional. Una mayor autoeficacia relacionada con el cáncer también se

relacionó con una menor carga de síntomas de cáncer mamario y una menor angustia específica del cáncer.

Es así como las investigaciones muestran que la autoeficacia influye positivamente en la calidad de vida de mujeres con cáncer mamario, calidad de vida que, se ve afectada por el proceso de enfermedad tanto en el momento mismo del cáncer como a largo plazo. La percepción de la mujer sobreviviente de cáncer de ser capaz de continuar su vida y enfrentarse con los posibles síntomas tardíos que puede experimentar, sienta la base para mejorar su calidad de vida a largo plazo.



3. OBJETIVOS

3.1 General

Identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario.

3.2 Específicos

1. Caracterizar a mujeres participantes del estudio de acuerdo a sus variables biosociodemográficos.
2. Conocer las características clínicas remanentes del cáncer mamario de las participantes.
3. Evaluar la autoeficacia de las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario.
4. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario.
5. Explorar cómo las variables biosociodemográficas, las características clínicas remanentes y secundarias del cáncer mamario intervienen en la relación de la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario.

4 HIPÓTESIS

Existe una asociación directa entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario.



5 VARIABLES

5.1 Variable dependiente

- Calidad de vida relacionada con la salud.

5.2 Variable independiente

- Autoeficacia de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario

5.3 Variables intervinientes⁹⁵

- Edad
- Estado civil
- Nivel de estudios
- Actividad
- Ingreso mensual percibido
- Previsión de salud
- Orientación religiosa
- Diagnóstico de cáncer de acuerdo a estadio
- Tipo de cirugía realizada
- Tratamiento realizado



- Síntomas clínicos remanentes

Las variables previamente mencionadas serán definidas en el Anexo 1.



6. MÉTODO

6.1 Diseño

Diseño de enfoque cuantitativo, observacional, transversal, de alcance descriptivo-correlacional⁹⁶.

6.2 Unidad de análisis

Mujer sobreviviente de diagnóstico de cáncer mamario que fue tratada a lo largo del país durante el periodo 2010 – 2019, que cumpla con los requisitos de selección.



6.3 Universo

Todas las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario que fueron tratadas a lo largo del país durante el periodo 2010 – 2019, que cumpla con los requisitos de selección.

6.4 Muestra

La selección de la muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico, por conveniencia, en bola de nieve (debido a la emergencia sanitaria originada por la COVID-19, se tuvo que modificar la selección de la muestra planteada

al azar inicialmente).

Para el tamaño del universo no se encontraron datos concretos acerca de la población de sobrevivientes de cáncer mamario en el contexto nacional, ni regional. De forma inicial se contactó con la Unidad de Patología Mamaria del HGGB, para conocer la realidad de la atención de las usuarias en la etapa de seguimiento, quienes informaron que el número de usuarias en seguimiento atendidas en promedio semanalmente es de 8 mujeres.

Es importante destacar que a nivel nacional el registro de las personas con diagnóstico de cáncer es incompleto, por ello que el Plan Nacional del cáncer tiene dentro de sus lineamientos el establecimiento de un Registro Nacional de los cánceres¹.

Debido a lo anterior para el cálculo del tamaño de muestra, se consideró estimación de acuerdo con el tipo de análisis proyectado, es decir, regresión lineal simple, considerando un tamaño del efecto de mediano (85%), un nivel de confianza del 95% y una potencia de 0.8. Al reemplazar estos valores en el programa G Power 3.1.9.4, se obtiene un n mínimo de 73 participantes, valor que además se ajusta al criterio planteado por Creswell⁹⁷. Si se proyecta que 8 mujeres son atendidas aproximadamente en una semana, se lograrían

las 73 participantes en 10 semanas. Si se estima un 20% de pérdida, la población a encuestar sería de aproximadamente 88 personas.

6.5 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Mujer sobreviviente de cáncer mamario que haya estado bajo tratamiento de cáncer a lo largo del país durante el periodo 2010 – 2019.
- Que acepten voluntariamente participar del estudio.

Criterios de exclusión

- Que se encuentren con recidiva de cáncer mamario o cursen con otro tipo de cáncer.

Como se mencionó previamente, para este estudio se considerará sobreviviente de cáncer mamario a aquella mujer que se encuentra con su tratamiento oncológico finalizado.

6.6 Instrumento recolector de datos

El instrumento recolector de datos se conformó por el Cuestionario biosociodemográfico-clínico desarrollado por la autora de esta investigación,

la Escala de autoeficacia generalizada (EAG), el Cuestionario de Calidad de vida en cáncer (QLQ-C30), este último, referente a la calidad de vida, fue desarrollado por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC), que ha creado cuestionarios para la mayoría de los tipos de cáncer, utilizados ampliamente en usuarios que se encuentran tanto en la etapa aguda como la de seguimiento. Actualmente se encuentran en desarrollo cuestionario para usuarios sobrevivientes de forma específica.



6.6.1 Cuestionario biosociodemográfico-clínico

Cuestionario diseñado específicamente para este estudio por parte de la investigadora, el cual abarca las variables intervinientes (edad, estado civil, nivel de estudios, actividad, ingreso mensual percibido, previsión de salud, orientación religiosa, diagnóstico de cáncer de acuerdo a estadio, tipo de cirugía realizada, tratamiento realizado y síntomas clínicos remanentes), datos necesarios de cada mujer participante del estudio para el correcto procesamiento de los datos y así dar cumplimiento al objetivo del estudio.

6.6.2 Escala de Autoeficacia General (EAG)

Instrumento desarrollado en Alemania el año 1979, por Schwarzer y

Jerusalem⁹⁸⁻¹⁰⁰, el cual mide la percepción que la persona tiene de sus capacidades para enfrentar acontecimientos estresantes. Inicialmente fue desarrollada con 20 ítems, los que fueron disminuidos en 1981 a solo 10 ítems⁹⁸. En el año 1993 se realiza la traducción al español desde la escala original, siendo adaptada culturalmente a los contextos españoles, costarricenses y peruanos¹⁰⁰.

En nuestro país fue adaptada y validada en el año 2010 por Cid, Orellana y Barriga¹⁰¹, obteniéndose como resultado adecuadas características psicométricas en la población chilena entre 15 y 65 años de ambos sexos. Con relación a la confiabilidad por consistencia interna, en Chile se han obtenidos coeficientes alfa de Cronbach entre 0.78 y 0.91¹⁰¹. Ha sido utilizado en nuestro país en personas con enfermedades crónicas como diabetes¹⁰², enfermedad renal crónica¹⁰³, entre otros.

La AEG versión en español está conformado por 10 ítems con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Cada pregunta está en formato tipo Likert que varía de 1 a 4 puntos, en el que las opciones de respuesta son: “incorrecto” (1), “apenas cierto” (2), “más bien cierto” (3) y “cierto” (4). Un mayor puntaje alcanzado en la escala, indica que la persona

tiene una mayor autoeficacia general percibida^{101,102}.

6.6.3 Cuestionario de Calidad de vida en cáncer (QLQ-C30)

Instrumento creado por la EORTC, organismo internacional en el que participan investigadores de diferentes países que trabajan en el área del cáncer. El sistema de medida de la calidad de vida de dicho organismo, está conformado por un cuestionario general (QLQ-C30) que comprende las áreas comunes del cáncer y sus tratamientos, asimismo éste se pueden complementar con módulos de contenido más concreto que evalúan las áreas que no son plenamente cubiertas por el cuestionario general, por lo que se han desarrollado diferentes módulos¹⁰⁴, como los de cáncer de pulmón EORTC QLQ-LC13¹⁰⁵, cáncer de mama EORTC QLQ-BR23¹⁰⁶, tumores de cabeza y cuello EORTC QLQ-HN35¹⁰⁷, cáncer colorrectal EORTC QLQ-CR38¹⁰⁸ y otros.

El QLQ-C30 es el cuestionario de calidad de vida más empleado en ensayos clínicos en Europa, y es también ampliamente utilizado en América y en el resto del mundo. Ha sido traducido y administrado en más de 80 idiomas¹⁰⁴.

De forma específica el Cuestionario QLQ-C30 consta de 30 preguntas,

distribuidas en cinco escalas mencionadas a continuación⁸. El cuestionario se encuentra validado en Chile, y disponible en la página de la EORTC en la cual puede solicitarse en línea con fines investigativos y acceder luego de la autorización correspondiente (ANEXO 5). Ha sido utilizado en nuestro país tanto en usuarios con diferentes tipos cáncer como cervicouterino¹⁰⁹, mama^{8,88,110}, cabeza y cuello¹¹¹, entre otros.

Tabla n°1. Dimensiones e ítems individuales del Cuestionario QLQ-C30

Escalas	Dimensiones	Ítems
Funcionamiento	Físico	1,2,3,4,5
	Rol	6 y 7
	Emocional	21,22,23,24
	Cognitivo	20 y 25
	Social	26 y 27
Calidad de vida y salud global	-	29 y 30
Síntomas	Fatiga	10,12,18
	Náuseas y vómitos	14 y 15
	Dolor	9 y 19
Síntoma individual	Disnea	8
	Insomnio	11
	Pérdida de apetito	13
	Estreñimiento	16
	Diarrea	17
Dificultad financiera	-	28

Fuente: Elaboración propia

El formato de respuesta de los ítems es tipo Likert, con respuestas que van del 1 a 4, donde 1 corresponde a “no” y 4 a “mucho” (desde ítem 1 a ítem

28), mientras que en los ítems finales se presentan dos preguntas globales que se miden de 1 a 7 (1= pésimo y 7=excelente).

Para el análisis del cuestionario los promedios son expresados en puntajes entre 0 y 100⁸⁵.

6.7 Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto en una muestra de 5 mujeres sobrevivientes de cáncer mamario con características similares al grupo de estudio, para observar el tiempo de respuesta de las personas, comprensión y claridad de los ítems del instrumento aplicado, conformado por la Escala de Autoeficacia General y el Cuestionario QLQ-C30.

Ésta se ejecutó en modalidad online por medio de un cuestionario en línea que contempla el instrumento ya mencionado.

El cuestionario utilizado en la prueba piloto incluyó también una pregunta abierta donde las participantes podrían sugerir cambios o informar de alguna pregunta que generaba dudas, sin embargo, no hubo retroalimentación negativa por lo que se decidió iniciar el estudio.

6.8 Procedimiento

Previo al inicio de la aplicación del instrumento seleccionado, se obtuvieron las autorizaciones del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería y del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (ANEXOS 6 Y 7).

Las mujeres fueron invitadas a participar del estudio por medio de plataformas virtuales, luego, por bola de nieve ingresaron al cuestionario en línea con el instrumento, dieron lectura al Consentimiento Informado, y, si cumplían con los criterios de selección y aceptaban participar, continuaban con el cuestionario de forma voluntaria.

6.9 Plan de análisis

El análisis de datos comenzó con la construcción de una matriz o base de datos, lo que permitió transformar la información recogida en datos susceptibles de análisis e interpretación.

Fue utilizado un Modelo de Regresión Lineal múltiple para dar respuesta al objetivo general de la investigación.

Se evaluó la normalidad de los datos por medio del Test de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov, así también la asimetría y curtosis de las variables principales del estudio.

Siguiendo el orden de objetivos específicos, y en referencia al análisis univariado, para la caracterización de las mujeres en términos de las variables de control, se utilizaron estadísticos descriptivos (medidas de tendencia central y de dispersión) para edad, mientras que para las variables de estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico, actividad, previsión de salud, orientación religiosa, diagnóstico, tipo de cirugía, tratamiento y síntomas clínicos remanentes, frecuencias (ver objetivos 1 y 2). Asimismo, tanto para la descripción de las dimensiones de la Escala de Autoeficacia General y del Cuestionario de calidad de vida en cáncer QLQ-C30 se emplearon técnicas de análisis de estadística descriptiva (ver objetivos 3 y 4).

En referencia a los análisis bivariados, para analizar la influencia de los aspectos biosociodemográficos en la CVRS, se emplearon análisis de comparación de medias. De forma particular se empleó un Análisis de Varianza de un factor para la comparación según nivel socioeconómico, estado civil, nivel de estudios, actividad y orientación religiosa. La misma

prueba fue utilizada para evaluar las características clínicas remanentes y secundarias del cáncer mamario y la CVRS (ver objetivo 5).

Por último, cabe señalar que se analizaron las correlaciones parciales y semiparciales para evaluar el efecto de posibles variables que puedan intervenir o moderar la relación entre las variables centrales del estudio, a partir de las variables de intervinientes anteriormente señaladas.

El procesamiento de datos se realizó por medio del programa estadístico SPSS 23.



6.10 Aspectos éticos involucrados

En este aspecto, al comprender que se trabaja con personas, se consideraron los 8 requisitos éticos que debe contemplar toda investigación de acuerdo con Ezequiel Emanuel¹¹², junto con la declaración de Helsinki.

Con relación a los requisitos éticos de Ezequiel Emanuel se consideraron:

- I. Asociación colaborativa:** relativa a la posibilidad de aplicar los conocimientos derivados del estudio en la práctica clínica, es decir, que los resultados que se obtuvieron por medio de esta investigación sean útiles para la atención de salud brindada en los diferentes

servicios de oncología u otros, donde son atendidas las mujeres en su periodo de sobrevivencia, y siguiendo las directrices del Plan Nacional del cáncer 2018-2028. De manera más concreta, la retribución obtenida, luego de que se establecieron los resultados que apoyaron el efecto positivo de la autoeficacia y la calidad de vida, sienta bases para el abordaje psicológico con este enfoque de las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario que se mantienen bajo seguimiento anual en sus controles de remisión.

II. Valor social: es conocido que el MINSAL reconoce el aumento del diagnóstico de cáncer mamario en las mujeres, realidad que impacta negativamente en su calidad de vida. Resnick^{48,51} ha observado el efecto positivo de realizar intervenciones para aumentar la autoeficacia en mujeres con el objeto de fortalecer conductas protectoras. Si bien, esta investigación es de carácter descriptivo, cuyo objetivo fue conocer la correlación de las variables autoeficacia y CVRS en la población de estudio, al comprobarse una relación positiva entre estas variables, se generó una puerta de estudio para realizar intervenciones en mujeres con cáncer mamario, para aumentar la autoeficacia e impactar positivamente en la calidad de

vida siguiendo los lineamientos propuestos en el Plan Nacional de Cáncer 2018-2028 del MINSAL¹.

III. Validez científica: el estudio dio cumplimiento a los criterios de rigor científicos y la transparencia del método de estudio. Que en este caso fue válido al contar con un marco referencial y objetivos claros relacionados a las variables de la investigación, con un diseño de estudio de tipo cuantitativo, correlacional, que estableció las relaciones en las variables para conocer el grado en que la CVRS se ve afectada por la autoeficacia de las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario.



IV. Selección equitativa de sujetos: se invitó a las mujeres a participar por medio de diferentes plataformas digitales, exponiendo los criterios de selección, al cumplir con ellos ingresaron al link del cuestionario, leyeron y aceptaron el Consentimiento Informado para luego responder el instrumento, por lo tanto, las mujeres fueron un agente activo que decidió voluntariamente participar o retirarse de la investigación.

V. Proporción favorable riesgo-beneficio: no se realizaron acciones

que causasen perjuicio a la vida de las participantes, sin embargo, la idea de recordar un episodio pasado difícil como fue el periodo agudo del cáncer pudo haber causado alguna alteración en el estado basal de las usuarias, por lo que existió la opción de que las mujeres participantes se contactaran con la investigadora principal, para resolver dudas y prestar apoyo de forma virtual. Frente a los beneficios obtenidos, que son mayores a los riesgos probables, el cumplimiento de la hipótesis generó evidencia de que la autoeficacia afecta positivamente la calidad de vida de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario, lo que es positivo para el abordaje futuro de dicho aspecto en la atención brindada por los profesionales de enfermería.

VI. Evaluación independiente: revisión por parte de Comités Ético Científicos pertenecientes a Facultad de Enfermería y Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción. Por dicha evaluación se garantizó que los derechos de las participantes no fueran vulnerados, así también se comprobó que no existieron conflictos de interés que afectaran la veracidad del proyecto de investigación.

- VII. Consentimiento informado (CI):** para que las usuarias pudiesen ser incluidas en la investigación, previamente dieron lectura al CI, documento que resguarda y explicita las consideraciones éticas del estudio, el propósito y desarrollo de la investigación, esto realizado en el enlace virtual, previo al ingreso y desarrollo del cuestionario.
- VIII. Respeto por los sujetos inscritos:** fue resguardado en las usuarias participantes del estudio por medio de la libertad para retirarse de forma voluntaria del estudio sin perjuicio, el mantenimiento de la confidencialidad de datos adquiridos y la entrega oportuna de toda la información necesaria.

Respecto a la Declaración de Helsinki¹¹³ fueron considerados durante el periodo de la investigación:

- I. Riesgos, costos y beneficios:** fue cumplido por medio de que el beneficio que obtuvieron las usuarias participantes fue mayor que el riesgo.
- II. Grupos vulnerables y personas:** en la eventualidad de que alguna usuaria perteneciese a un grupo vulnerable se le brindaría la protección necesaria frente a algún posible daño por dicha característica.

- III. Requisitos científicos y protocolos de investigación:** la investigación fue sustentada bajo los principios éticos, apoyada en la bibliografía y fuentes de información pertinentes.
- IV. Comité de ética de investigación:** el proyecto de investigación debió ser aprobado para su realización por el Comité Ético-científico de la Facultad de Enfermería, y de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.
- V. Privacidad y confidencialidad:** durante el periodo ocurrido durante la investigación se resguardó la información proporcionada por las usuarias participantes.
- VI. Consentimiento informado:** las usuarias fueron incluidas en la investigación al firmar de manera informada y voluntaria el CI.
- VII. Uso del placebo:** en relación con investigaciones en que se realiza una intervención y hay diferencia de grupos, el que en este caso no correspondió.
- VIII. Estipulaciones post ensayo:** frente al acceso a algún tipo de intervención luego de realizado el estudio. En este caso no fue

pertinente.

IX. Inscripción y publicación de la investigación y difusión de los resultados: el objeto de la investigación misma es lograr la generación de conocimiento en el área estudiada para beneficio tanto de las usuarias como de la comunidad científica en general, por lo que los resultados obtenidos serán publicados por medio de un artículo científico para su divulgación.

X. Intervenciones no probadas en la práctica clínica: referente al respaldo científico y de expertos de probar intervenciones nuevas. En este caso no se consideró pertinente.

7. RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados del estudio de acuerdo con el plan de análisis descrito anteriormente.

7.1 Pruebas de normalidad

En primer lugar, se evaluó la normalidad de la distribución de las variables principales del estudio, mediante el Test de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov, dado el tamaño de la muestra (≥ 50), junto con la observación de la asimetría y curtosis (ver Tabla n°2). Basados en la información del estadístico, tanto la calidad de vida relacionada a salud como la autoeficacia percibida no exhibirían una distribución cercana a lo normal en los datos. Sin embargo, considerando que el valor de este estadístico es sensible a muestras grandes (≥ 100), y observando los valores de curtosis y asimetría, es posible asumir para la variable autoeficacia percibida un ajuste a la normal, permitiendo el uso de pruebas paramétricas en el tratamiento posterior de los datos, que, por lo demás, son robustas frente al incumplimiento del supuesto de normalidad¹¹⁴.

Tabla n°2. Pruebas de normalidad para Calidad de vida relacionada con la Salud y Autoeficacia

Variable	Kolmogorov-Smirnov			Curtosis	Asimetría
	Estadístico	GI	P		
QLQ - Calidad de vida y salud g	0.164	114	0.000	-0.096 – 0.449	0.617 – 0.226
QLQ – Síntomas	0.145	114	0.000	0.460 – 0.449	0.981 – 0.226
QLQ - Síntoma Individual	0.175	114	0.000	0.445 – 0.449	0.972 – 0.226
QLQ - Funcionamiento	0.126	114	0.000	-0.611 – 0.449	0.551 – 0.226
QLQ - Dificultad financiera	0.267	114	0.000	-0.486 – 0.449	0.787 – 0.226
Calidad de vida relacionada a salud	0.092	114	0.020	-0.154 – 0.449	0.772 – 0.226
Autoeficacia percibida	0.133	114	0.000	-0.797 – 0.449	-0.797 – 0.226

Fuente: Autoeficacia y Calidad de vida relacionada con salud en mujeres sobrevivientes de cáncer mamario. Tesis de Magíster, Zúñiga R. Concepción, Chile. 2020.



7.2 Estadísticos descriptivos de la muestra

Considerando un tamaño de muestra de 114 casos, se observó un promedio de edad de 46.3 años en las participantes del estudio ($D.E.=9.7$, $Rango= 29 – 81$). En cuanto a la actividad u ocupación actual de las participantes, un 54.4% (N=62) declaró ser trabajadora dependiente, seguido de un 23.7% (N=27) correspondientes a trabajadoras independientes, un 11.4% (N=13) dueñas de casa, y un 10.5% (N=12) distribuido entre cesantes y jubiladas (ver tabla n°3). Cabe destacar que existieron datos perdidos en algunos ítems, los que no se consideraron para la confección de las tablas.

Tabla n°3. Distribución observada y porcentual para la variable ocupación

	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>%ac</i>
Dueña de casa	13	11.6	11.6
Trabajadora dependiente	61	54.5	66.1
Trabajadora independiente	26	23.2	89.3
Cesante	8	7.1	96.4
Jubilada	4	3.6	100.0
Total	112	100.0	

Fuente: Ídem Tabla n°2.

En relación con el estado civil declarado por las participantes, un 44.7% (N=51) corresponde a mujeres casadas, seguida de un 25.4% (N=29) solteras, un 16.7% (N=19) definidas como parejas de hecho, un 9.6% (N=11) divorciadas, un 2.6% (N=3) viudas y solo un caso correspondiente a unión civil (ver tabla n°4).

Tabla n°4. Distribución observada y porcentual para la variable estado civil

	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>%ac</i>
Soltera	29	25.9	25.9
Pareja de hecho	18	16.1	42.0
Unión civil	1	.9	42.9
Casada	50	44.6	87.5
Divorciada	11	9.8	97.3
Viuda	3	2.7	100.0
Total	112	100.0	

Fuente: Ídem Tabla n°2.

En cuanto al nivel de estudios de las participantes, se encontró que la mayoría de estas han alcanzado el nivel de educación superior completa (49.1%; N=56), seguidas de un 22.8% (N=26) correspondientes al nivel de técnico profesional completo y un 17.5% (N=20) al nivel de enseñanza media completa, quedando el resto de las participantes (N=12) distribuidas en los demás niveles educativos (ver Tabla n°5).

Tabla n°5. Distribución observada y porcentual para la variable nivel de estudios

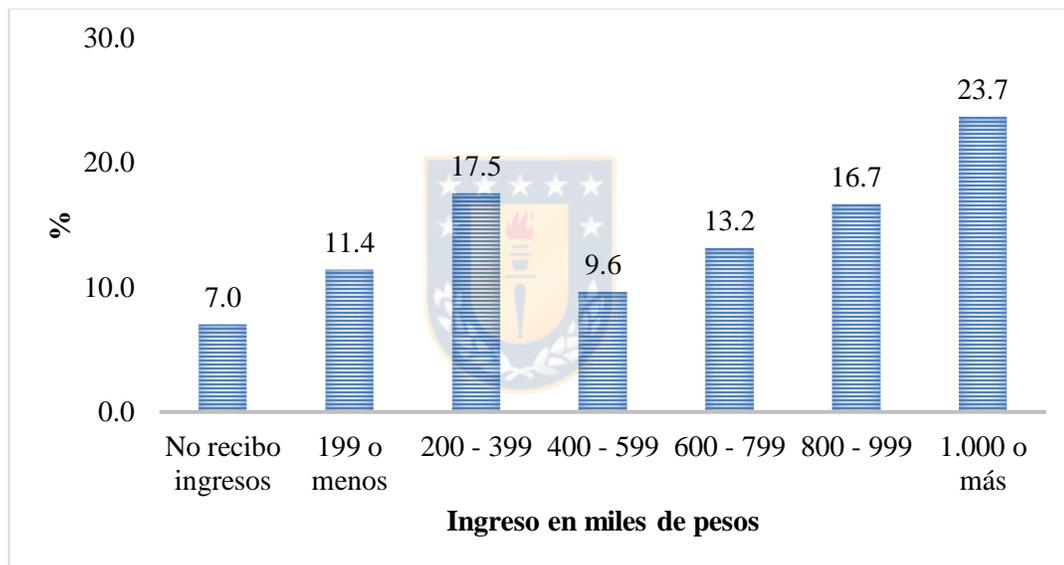
	<i>f</i>	%	% ac
Básica incompleta	1	0.9	0.9
Básica completa	1	0.9	1.8
Media incompleta	1	0.9	2.6
Media completa	20	17.5	20.2
Técnico profesional incompleta	3	2.6	22.8
Técnico profesional completa	26	22.8	45.6
Superior incompleta	6	5.3	50.9
Superior completa	56	49.1	100.0
Total	114	100.0	

Fuente: Ídem Tabla n°2.

Al analizar la distribución del ingreso mensual percibido por las participantes del estudio, se encontró que el tramo de “\$1.000.000 o más” correspondería al más presente, específicamente en un 23.7% (N=27) de los casos. En el extremo opuesto, el tramo de “No recibo ingresos” fue el representado en menor medida dentro de la muestra, alcanzando solo un 7% de los casos

(N=8). La Figura n°4 permite visualizar la distribución de las categorías de ingreso mensual percibido en la muestra, junto con los porcentajes observados en cada una:

Figura n°4. Gráfico de barras con la distribución de los niveles de ingreso mensual percibido



Fuente: Ídem Tabla n°2.

Referente a la orientación religiosa de las participantes, en su mayoría se definieron con orientación católica (68.4%; N=78), seguidas de un 15.8% de evangélica o protestante (N=18) y un 9.6% identificadas como agnóstica (N=11). Las demás categorías representarían el 6.2% de la muestra (N=7),

correspondientes a “Mormona”, “Testigo de Jehová” y “Ninguna orientación religiosa” (ver tabla n°6).

Tabla n°6. Distribución observada y porcentual para orientación religiosa

	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>%ac</i>
Católica	77	68.8	68.8
Evangélica o Protestante	18	15.2	83.9
Mormona	1	.9	84.8
Testigos de Jehová	1	.9	85.7
Agnóstica	11	9.8	95.5
Ninguna	5	4.5	100.0
Total	112	100.0	

Fuente: Ídem Tabla n°2.

7.2.1 Variables asociadas a la salud y el diagnóstico

Por otra parte, en cuanto a las variables correspondientes al ámbito de la salud y del diagnóstico, el 50.9% (N=58) de las mujeres reportó pertenecer al Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que un 43.9% (N=49) estaría afiliada a alguna Institución de Salud Previsional (ISAPRE). Por otra parte, un 3.5% (N=4) presentaba otra forma de previsión en salud y un 1.8% (N=2) se declaró sin previsión (ver Tabla n°7).

Tabla n°7. Distribución observada y porcentual para previsión de salud

	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>%ac</i>
FONASA	58	50.9	50.9
ISAPRE	49	43.8	94.6
Sin previsión	2	1.8	96.4
Otra	4	3.6	100.0
Total	112	100.0	

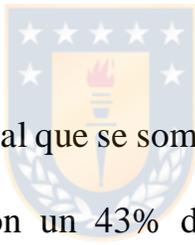
Fuente: Ídem Tabla n°2.

El siguiente cuadro resume la información sobre el estadio o etapa en el que se encontraba el avance del cáncer mamario al momento de recibir el diagnóstico en las participantes de estudio (ver Tabla n°8). A partir de estos datos, es posible destacar que la mayoría de las participantes (58.8%; N=67) se encontraba entre el Estadio I y el Estadio II. Por otra parte, llama la atención que un 14% de las participantes (N=16) desconociera esta información al momento del diagnóstico. Cabe agregar que, en promedio, las participantes refirieron haber terminado su tratamiento (quimioterapia y/o radioterapia) hace 3.0 años (D.E.=2.6, Rango= 0.75 – 10 años).

Tabla n°8. Estadio o etapa del cáncer mamario al momento de recibir el diagnóstico

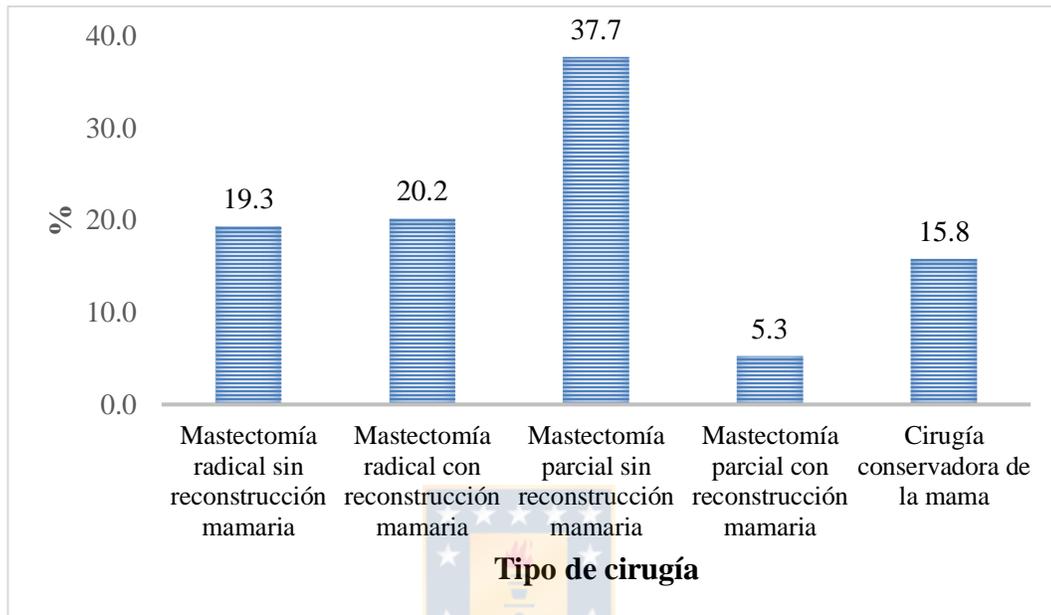
	<i>f</i>	%	% <i>ac</i>
Estadio I	23	20.2	20.2
Estadio II-A	19	16.7	36.8
Estadio II-B	25	21.9	58.8
Estadio III-A	10	8.8	67.5
Estadio III-B	10	8.8	76.3
Estadio III-C	4	3.5	79.8
Estadio IV	7	6.1	86.0
No lo sé, lo desconozco	16	14.0	100.0
Total	114	100.0	

Fuente: Ídem Tabla n°2.



En cuanto al tipo de cirugía al que se sometieron las participantes, predomina la mastectomía parcial, con un 43% de los casos (N=49), por sobre la mastectomía radical (39.5%; N=45) y la cirugía conservadora de la mama (15.8%; N=18), mientras que dos lo desconocen (1.7%; N=2). Dentro de las mujeres sometidas a mastectomía, la mayoría corresponde a mastectomía parcial sin reconstrucción mamaria (37.7%; N=43), seguida de la mastectomía radical con reconstrucción mamaria (20.2%; N=23), la mastectomía radical con reconstrucción mamaria (19.3%; N=22) y, en menor medida, la mastectomía parcial con reconstrucción mamaria (5.3%; N=6). La Figura n°5 sintetiza esta información:

Figura n°5. Gráfico de barras con la distribución de tipo de cirugía y reconstrucción

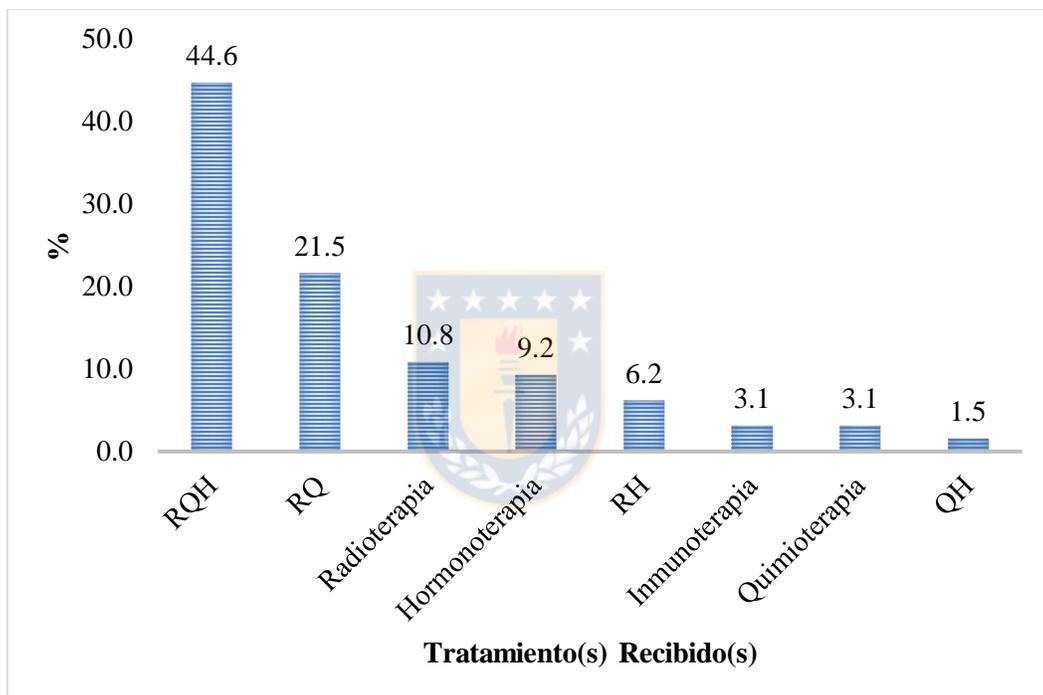


Fuente: Ídem Tabla n°2.

Respecto al tratamiento recibido, hubo un porcentaje de 57% de respuesta de las participantes (N=64), considerándose los demás datos como perdidos por omisión, en función de ello se describen los siguientes resultados. Predomina el uso de radioterapia en un 83.1% (N=54). De estos casos, un 10.8% recibió solo radioterapia (N=7), un 21.5% radioterapia con quimioterapia (N=14), un 6.2 radioterapia con hormonoterapia (N=4) y un 44.6% incluyó quimioterapia y hormonoterapia junto con radioterapia (N=29). Para los demás casos de mujeres que recibieron solo un tratamiento, un 3,1% recibió

solo quimioterapia (N=2), un 9.2% solo hormonoterapia (N=6), 3.1% inmunoterapia (N=2). Todo esto detallado en la figura n°6:

Figura n°6. Gráfico de barras con la distribución del tratamiento

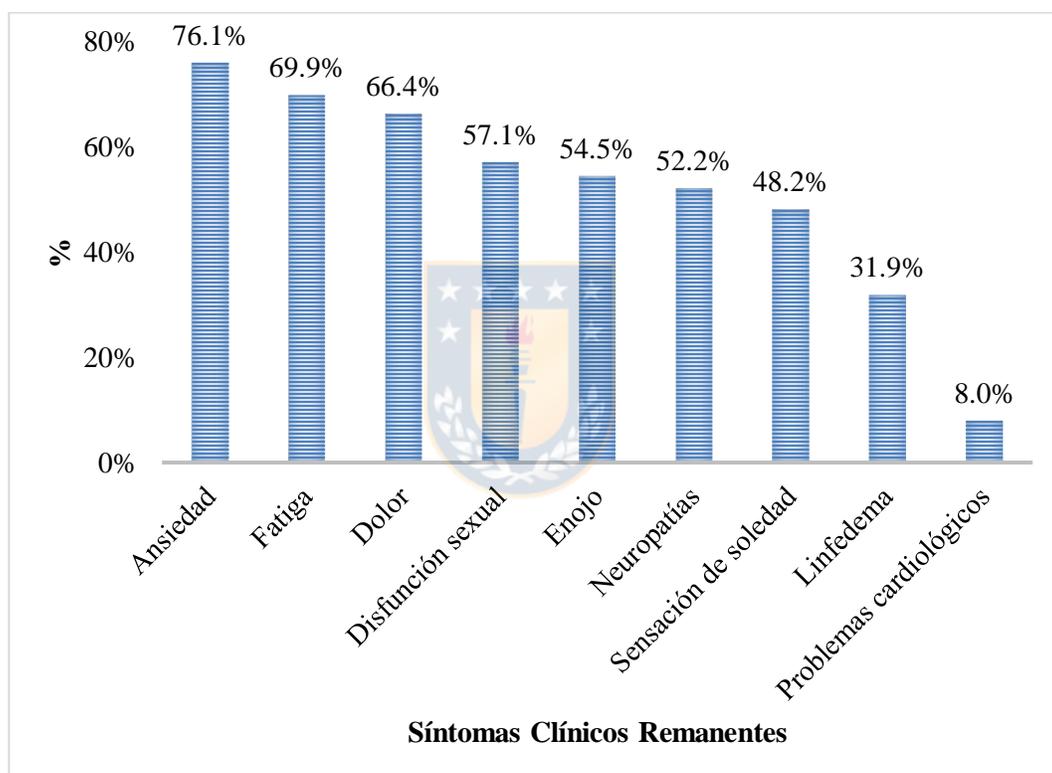


Fuente: Ídem Tabla n°2.

Finalmente, en cuanto a los síntomas clínicos remanentes, se expone una prevalencia del conjunto de estos síntomas en un 51.59% de los casos, y su distribución específica se muestra en la Figura n°7. En esta, es posible

observar una alta presencia (sobre la mitad de la muestra), de los síntomas de ansiedad, fatiga, dolor, disfunción sexual, enojo y neuropatías:

Figura n°7. Gráfico de barras con la distribución de los síntomas clínicos remanentes



Fuente: Ídem Tabla n°2.

7.3 Descripción psicométrica del Cuestionario de Calidad de vida en cáncer

Comenzando por el análisis descriptivo de los promedios de respuesta a los ítems, se observa que los ítems “¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?” ($M=1.02$) y “¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de su casa?” ($M=1.14$) exhiben las medias más bajas en las respuestas, implicando una menor presencia de dificultades asociadas al funcionamiento físico. Por otra parte, los promedios más altos de respuesta se observaron en los ítems “¿Tuvo dificultades para dormir?” ($M=2.29$) y “¿Se sintió cansada?” ($M=2.34$), vinculados respectivamente al insomnio y la fatiga.

Cabe señalar que los ítems 29 y 30, correspondientes al factor de calidad de vida y salud global, observaron promedios de $M=2.53$ y $M=2.36$, respectivamente, pero estos últimos corresponden a una escala de 1 a 7, a diferencia del conjunto anterior de ítems que se puntúan de 1 a 4.

Estos resultados se presentan a continuación, en la Tabla n°9:

Tabla n°9. Estadísticos descriptivos para los ítems de la Cuestionario de Calidad de vida en cáncer

<i>Ítems</i>	<i>N</i>	<i>Rango</i>	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>
¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieran un gran esfuerzo, como llevar una bolsa de compras o una maleta pesada?	114	3	2.08	0.96
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	114	3	1.67	0.85
¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de su casa?	114	2	1.14	0.37
¿Tiene que permanecer en cama o sentado/a en una silla durante el día?	114	3	1.40	0.63
¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	114	1	1.02	0.13
¿Tuvo algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	114	3	1.51	0.71
¿Tuvo algún impedimento para realizar sus hobbies o actividades recreativas?	114	3	1.59	0.79
¿Se quedó sin aliento?	114	3	1.54	0.73
¿Tuvo algún dolor?	114	3	2.08	0.96
¿Tuvo que detenerse a descansar?	114	3	1.96	0.83
¿Tuvo dificultades para dormir?	114	3	2.29	1.00
¿Se sintió débil?	114	3	2.06	0.94
¿Se sintió sin apetito?	114	3	1.50	0.72
¿Sintió náuseas?	114	3	1.49	0.78
¿Tuvo vómitos?	114	3	1.24	0.63
¿Tuvo estreñimiento?	114	3	1.76	0.98
¿Tuvo diarrea?	114	3	1.27	0.64
¿Se sintió cansada?	114	3	2.34	1.00
¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	114	3	1.89	0.90
¿Tuvo alguna dificultad para concentrarse en cosas como leer el diario o ver televisión?	114	3	1.75	0.83
¿Se sintió nerviosa?	114	3	1.90	0.90
¿Se sintió preocupada?	114	3	2.11	0.89
¿Se sintió irritable?	114	3	2.04	0.95
¿Se sintió deprimida?	114	3	1.99	1.00
¿Tuvo dificultades para recordar cosas?	114	3	2.22	0.93
¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	114	3	1.88	0.86
¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	114	3	1.74	0.81



¿Le ha causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	114	3	1.89	0.98
En general, ¿cómo evaluaría su estado de salud durante la semana pasada?	114	6	2.53	1.18
En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida durante la semana pasada?	114	4	2.36	1.12

Fuente: Ídem Tabla n°2.

En cuanto al análisis de fiabilidad, mediante la medida de consistencia interna con Alfa de Cronbach, se encontró un $\alpha=0.0948$ para los 30 elementos del factor global, correspondiente a un nivel adecuado de confiabilidad de acuerdo con Field¹¹⁴. Adicionalmente, se calculó este indicador para cada una de las escalas y dimensiones integradas en el instrumento, exhibiendo todas medidas adecuadas, tal como se muestra en la Tabla n°10.

Finalmente, en relación con el instrumento QLQ-C30, cabe indicar que no se realizó un análisis de la estructura factorial, pues Lloret-Segura et al.¹¹⁵, refieren que no es pertinente este análisis cuando la muestra no alcanza a los diez casos por ítem, habiéndose requerido para estos efectos de un tamaño muestral ≥ 300 .

Tabla n°10. Alfa de Cronbach por escala y dimensión del instrumento QLQ-C30

<i>Escalas</i>	<i>Dimensiones</i>	<i>Ítems</i>	<i>α de Cronbach</i>
Funcionamiento.	Físico	1,2,3,4,5	0.713
	Rol	6 y 7	0.874
	Emocional	21,22,23,24	0.893
	Cognitivo	20 y 25	0.739
	Social	26 y 27	0.738
Calidad de vida y salud global	-	29 y 30	0.925
Síntomas	Fatiga	10,12,18	0.873
	Náuseas y vómitos	14 y 15	0.825
	Dolor	9 y 19	0.849
Síntoma individual	Disnea	8	-
	Insomnio	11	-
	Pérdida de apetito	13	-
	Estreñimiento	16	-
	Diarrea	17	-
Dificultad financiera	-	28	-

Fuente: Ídem Tabla n°2.



7.4 Descripción psicométrica de la Escala de Autoeficacia General

En cuanto al instrumento EAG, el comportamiento de los ítems se observa homogéneo, con un intervalo de medias que va desde 3.5 a 3.7, y desviaciones estándar muy similares, entre 0.60 y 0.74 (ver Tabla n°11). Por otra parte, el análisis de consistencia interna de la escala arrojó un Alfa de Cronbach de $\alpha=0.91$, basado en los diez elementos de la escala.

Tabla n°11. Estadísticos descriptivos para los ítems de la Escala de Autoeficacia General

<i>Ítems</i>	<i>N</i>	<i>Rango</i>	<i>Media</i>	<i>D.E.</i>
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	114	3	3.46	0.74
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	114	2	3.67	0.61
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	114	2	3.45	0.65
Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	114	2	3.46	0.68
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	114	2	3.49	0.68
Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquila porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	114	3	3.26	0.73
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	114	3	3.34	0.65
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	114	2	3.53	0.60
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	114	2	3.34	0.65
Al tener que hacer frente a un problema generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	114	3	3.26	0.72

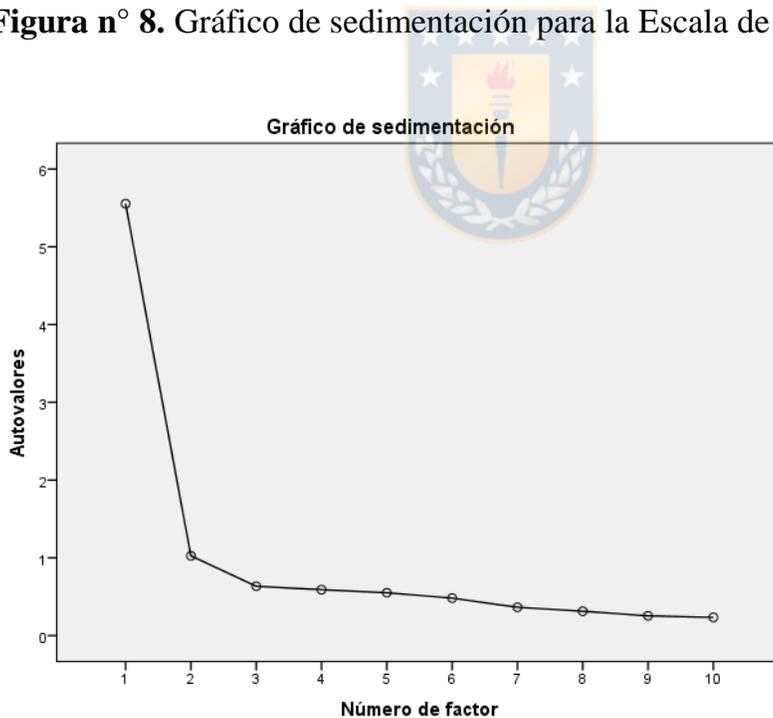
Fuente: Ídem Tabla n°2.

Respecto a la estructura factorial del instrumento, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) para estimar la validez de constructo de la Escala de Autoeficacia General, calculando en primer lugar el estadístico de adecuación muestral Kayser-Meyer-Olkin (KMO)= 0.902, y la prueba de esfericidad de Barlett, que resultó estadísticamente significativa, $\chi^2= 606.152$; $p=0.001$, mostrando ambas la pertinencia de este análisis.

Se empleó el método de extracción de Factorización de Ejes Principales, indicando la extracción única de un factor, hallando un factor que explica el 50.856% de la varianza, lo que fue verificado con el criterio de contraste de caída del gráfico de sedimentación (ver Figura n°8).

Por otra parte, todos los ítems exhibieron cargas sobre el mínimo aceptable (superior a 0.300), distribuyéndose en un intervalo entre 0.507 y 0.806.

Figura n° 8. Gráfico de sedimentación para la Escala de Autoeficacia General



Fuente: Ídem Tabla n°2.

Tabla n°12. Matriz factorial para la Escala de Autoeficacia General. Método de Factorización de Ejes Principales

Ítems	Factor 1
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	0.81
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	0.80
Al tener que hacer frente a un problema generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	0.78
Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	0.74
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	0.73
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	0.73
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	0.68
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	0.67
Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquila porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	0.65
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	0.51

Fuente: Ídem Tabla n°2.



7.5 Comparaciones de medias

Se empleó la prueba de Análisis de Varianza de un Factor para comparar los promedios en la medida de Autoeficacia Percibida de las mujeres participantes, según su ocupación, estado civil, nivel de estudios, estado civil, orientación religiosa y sistema de previsión en salud.

La Tabla n°13 sintetiza los resultados en cuanto a la significancia de los modelos para la explicación de las diferencias:

Tabla n°13. Resultados para las comparaciones de medias en Autoeficacia Percibida

Variable de agrupación	<i>F</i> (gl)	<i>p</i>
Ocupación	1.831 (4,109)	0.128
Estado civil	1.750 (3,106)	0.161
Nivel de estudios	7.082 (2,99)	0.001
Orientación religiosa	.850 (2,104)	0.430
Sistema de previsión en salud	1.699 (3,110)	0.171

Fuente: Ídem Tabla n°2.

Del análisis de la Tabla n°13, es posible concluir que solamente el nivel de estudios ($F=7.082(2,99)$; $p<0.001$) resulta significativo en la explicación de las diferencias en Autoeficacia Percibida entre las participantes del estudio. Para profundizar sobre las diferencias entre estos grupos, se evaluó la homogeneidad de las distribuciones mediante el Estadístico de Levene, encontrando que las varianzas entre los grupos sí se distribuyen de forma homogénea ($p=0.097$), por lo que se analizaron las comparaciones múltiples con la Prueba Post Hoc HSD de Tukey, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p<.001$) entre las mujeres con nivel de estudios superiores completo ($M=35.57$; $D.T.=4.17$) y las mujeres con nivel de estudios básicos completo ($M=31.10$; $D.T.=5.06$); pudiendo concluir con un 95% de confianza que en la población de estudio, el nivel de autoeficacia

percibida es menor en este último grupo respecto del grupo de mujeres con estudios superiores completos.

Este análisis se replicó también para analizar las diferencias en las puntuaciones dentro del Cuestionario de calidad de vida en cáncer entre las mujeres participantes. La Tabla n°14 resume la información arrojada de los modelos de comparación de medias mediante la Prueba ANOVA de un factor:



Tabla n°14. Resultados para las comparaciones de medias en Calidad de Vida relacionada con la Salud

Variable de agrupación	<i>F</i> (gl)	<i>P</i>
Ocupación	0.406 (2,99)	0.667
Estado civil	1.225 (3,106)	0.304
Nivel de estudios	3.224 (2,99)	0.044
Orientación religiosa	2.243 (2,104)	0.111
Sistema de previsión en salud	1.299 (3,110)	0.279

Fuente: Ídem Tabla n°2.

Una vez más, el nivel de estudios resultó ser el único factor significativo en la explicación de las diferencias en la calidad de vida asociada a la salud percibida por las mujeres participantes del estudio ($F=3.224$ (2.99); $p=0.044$). El análisis de homogeneidad de varianzas mediante el Estadístico de Levene para este modelo resultó no significativo ($p=0.167$), por lo que se

concluyó que existe homogeneidad entre las distribuciones de los grupos definidos por nivel de estudios y se empleó la Prueba Post Hoc HDS de Tukey en el análisis de las diferencias entre los grupos.

Los resultados de las comparaciones múltiples muestran que las diferencias estadísticamente significativas ($p=0.034$) se encuentran entre el grupo de mujeres con nivel de estudios básicos completos ($M=60.80$; $D.T.=19.59$) y el grupo con nivel de estudios superiores completo ($M=50.42$; $D.T.=14.40$). Este resultado permite concluir con un 95% de confianza que, en la población de estudios, las mujeres con nivel de estudios superiores completo presentarán un mejor nivel en la percepción global de la calidad de vida relacionada con la salud que las mujeres con nivel de estudios básicos completos.

En tercer lugar, se analizaron las diferencias en las puntuaciones totales al conjunto de Síntomas Clínicos Remanentes, según las variables biosociodemográficas ya descritas, sin encontrar modelos que expliquen de forma significativa las diferencias entre las mujeres participantes del estudio (ver Tabla n°15).

Tabla n°15. Resultados para las comparaciones de medias en Síntomas Clínicos Remanentes

Variable de agrupación	<i>F (gl)</i>	<i>P</i>
Ocupación	0.763 (2,95)	0.469
Estado civil	0.261 (3,101)	0.853
Nivel de estudios	1.543 (2,94)	0.219
Orientación religiosa	0.278 (2,99)	0.758
Sistema de previsión en salud	1.741 (3,105)	0.163

Fuente: Ídem Tabla n°2.

Finalmente, cabe señalar que en todos los análisis de comparación de medias precedentes se incorporaron solamente los grupos susceptibles de comparación post hoc, eliminando los grupos casos insuficientes.

7.6 Análisis de correlaciones

Continuando con los objetivos del estudio, se analizaron las correlaciones bivariadas entre las variables cuantitativas incorporadas en el estudio. Se utilizó el estadístico *r* de Pearson, dado el nivel de medición de las variables, salvo para ingreso mensual, en que se empleó el coeficiente Rho de Spearman, apto para evaluar la asociación entre variables numéricas y ordinales (ver Tabla n°16).

Tabla n°16. Matriz de correlaciones entre las variables del estudio

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Edad	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		0.222*	0.200*	0.192*	0.110	0.301*	0.238*	0.233*	0.057	0.245*
		0.019	0.034	0.043	0.249	0.001	0.012	.013	0.551	0.011
2. Ingreso mensual		1	-	-	-	-	-	-	-	-
			0.223*	0.226*	0.192	0.151	0.181	-0.211*	0.322*	0.216
			.019	0.017	0.043	0.114	0.058	.026	0.001	0.026
3. Calidad de vida y salud global (QLQ)			1	0.586*	0.542*	0.385*	0.706*	0.758*	-	-
				0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
4. Síntomas (QLQ)				1	0.763*	0.467*	0.796*	0.909*	-	-
					0.000	0.000	0.000	0.000	0.233*	0.576*
5. Síntomas individuales (QLQ)					1	0.486*	0.723*	0.839*	-	-
						0.000	0.000	0.000	0.297*	0.558*
6. Dificultad financiera (QLQ)						1	0.501*	0.569*	-	-
							0.000	0.000	0.113	0.332*
7. Funcionamiento (QLQ)							1	0.956*	-	-
								0.000	0.344*	0.649*
8. Calidad de vida relacionada a salud								1	-	-
									0.342*	0.678*
									0.000	0.000
9. Autoeficacia percibida									1	0.249*
										0.010
10. Síntomas clínicos remanentes										1



La primera fila indica el valor de la correlación (r/Rho), y la segunda el valor de significancia estadística asociado a esta (p).

Fuente: Ídem Tabla n°2.

Considerando las correlaciones que observan un nivel moderado (0.30 – 0.69) y/o alto (0.70 – 1.00), es posible observar una correlación estadísticamente significativa entre las variables principales del estudio, a saber, autoeficacia percibida y calidad de vida relacionada a salud ($r=-0.342$; $p\leq 0.001$), de acuerdo con la hipótesis central de la presente investigación. Cabe señalar que la correlación muestra un valor negativo, puesto que la Cuestionario de Calidad de vida en cáncer (QLQ-30), salvo en los ítems 29 y 30, cuyos valores se invirtieron en el análisis, indica en los puntajes más altos un menor nivel de CVRS, en tanto que la Escala de Autoeficacia general indica un nivel más alto de autoeficacia en los puntajes más altos,

Por otra parte, destaca una relación estadísticamente significativa entre los síntomas clínicos remanentes y los factores de calidad de vida y salud global ($r=-0.649$; $p\leq 0.001$), síntomas ($r=-0.576$; $p\leq 0.001$), síntomas individuales ($r=-0.342$; $p\leq 0.001$), dificultad financiera ($r=-0.342$; $p\leq 0.001$) y funcionamiento ($r=-0.649$; $p\leq 0.001$); mostrando a nivel general una correlación de $r=-0.678$ ($p\leq 0.001$) con el Cuestionario de calidad de vida en cáncer. Respecto a la Escala de autoeficacia general, cabe señalar que se observa una relación débil ($r=-0.249$; $p\leq 0.001$).

Adicionalmente, en relación con las variables sociodemográficas, se observó una relación estadísticamente significativa de tipo moderada entre la edad y el factor de dificultad financiera ($r=-0.301$; $p\leq 0.001$), pudiendo concluir con un 95% de confianza que tiende a ser mayor la dificultad financiera cuanto menos edad tienen las participantes.

Por su parte, el ingreso mensual mostró una relación estadísticamente significativa, de tipo moderada y positiva, con la autoeficacia percibida ($Rho=-0.342$; $p\leq 0.001$), permitiendo suponer con un 95% de confianza que, en la población de estudio, tenderá a aumentar el nivel de autoeficacia cuanto mayor sea el nivel de ingresos.

Finalmente, al analizar el detalle de relaciones entre los factores de calidad de vida relacionada a salud y la autoeficacia percibida, cabe destacar que el factor de funcionamiento y el de calidad de vida y salud global mostraron relaciones estadísticamente significativas, de tipo moderada ($r=-0.344$ y $r=-0.397$; $p\leq 0.001$, respectivamente). Para profundizar en la interpretación de la primera de estas relaciones, se analizaron las correlaciones entre las dimensiones del factor funcionamiento con la Escala de autoeficacia general,

empleando el estadístico *r* de Pearson con un nivel de confianza del 95%, tal como se muestra en la Tabla n°17:

Tabla n°17. Matriz de correlaciones entre las dimensiones de funcionamiento con la variable autoeficacia

Variables y dimensiones	1	2	3	4	5	6
1. Autoeficacia percibida	1	-0.237*	0.133	-0.328*	-0.208*	-0.219*
		0.012	0.166	0.000	0.028	0.020
2. QLQ - Funcionamiento Físico		1	-0.373*	0.387*	0.402**	0.541*
			0.000	0.000	0.000	0.000
3. QLQ - Funcionamiento Rol			1	-0.466*	-0.326*	-0.473*
				0.000	0.000	0.000
4. QLQ - Funcionamiento Emocional				1	0.604*	0.602*
					0.000	0.000
5. QLQ - Funcionamiento Cognitivo					1	0.524*
						0.000
6. QLQ - Funcionamiento Social						1

La primera fila indica el valor de la correlación (*r*), y la segunda el valor de significancia estadística asociado a esta (*p*).

Fuente: Ídem Tabla n°2.

Al observar la Tabla n°17, es posible notar que la dimensión de funcionamiento emocional es la única que muestra una relación estadísticamente significativa de tipo moderada con la medida de autoeficacia percibida ($r=-0.328$; $p\leq 0.001$), concluyendo, basados en el nivel de confianza de la prueba, que en un 95% de los casos en la población de estudio, el nivel de autoeficacia tenderá a disminuir en la medida que se

presenten síntomas de depresión, irritabilidad, preocupación y/o nerviosismo, que componen la dimensión de funcionamiento emocional.

Por otra parte, vale mencionar que las dimensiones de funcionamiento físico ($r=-0.237$; $p=0.012$), cognitivo ($r=-0.208$; $p=0.028$) y social ($r=-0.219$; $p=0.020$) mostraron relaciones estadísticamente significativas, de tipo baja o débil con autoeficacia, mientras que la relación de rol no resultó estadísticamente significativa (ver Tabla n°17).

Para todos los análisis descritos anteriormente, no se consideró la interpretación entre dimensiones y/o factores de una misma escala, dada la naturaleza esperable de estas relaciones, que a su vez quedan fuera del planteamiento de hipótesis.

7.7 Regresión lineal

Como parte del objetivo general del estudio, a fin de corroborar la estructura de relaciones entre calidad de vida relacionada con la salud y autoeficacia, se empleó un Modelo de Regresión Lineal, que incorporó la autoeficacia como predictor de la calidad de vida relacionada con la salud. Por otra parte, atendiendo a los resultados del análisis de correlaciones, y a fin de profundizar sobre la explicación de la calidad de vida, se agregó como

predictor el nivel de síntomas clínicos remanentes, en un modelo de regresión lineal de tipo múltiple. Particularmente, se empleó el método “Introducir”.

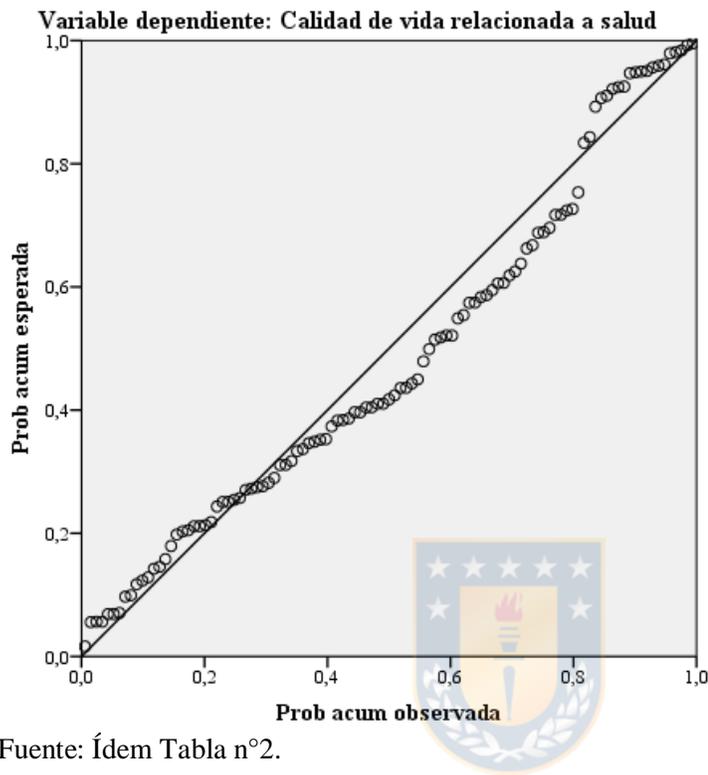
En primer lugar, se presenta el análisis de algunos supuestos que permiten garantizar la validez del modelo de regresión, encontrando los siguientes resultados:

a) Criterio de independencia: Basándose en el análisis de residuos, el valor del estadístico Durbin-Watson ($DW=2.17$) permite sostener que los residuos son independientes entre sí (no están correlacionados). El valor de este estadístico debe encontrarse entre 1.5 y 2.5 para asumir independencia.

b) Criterio de normalidad: La observación de la distribución de los residuos en el gráfico P-P Plot (ver Figura n°9) permite sostener que tiende a lo normal, observándose una distribución por sobre la curva.

c) Criterio de No-Colinealidad: El análisis de los estadísticos de colinealidad (ver Tabla n° 18) permite sostener que hay ausencia de colinealidad entre los predictores del modelo de regresión lineal múltiple, observándose 0.94 para la tolerancia (>0.100), y entre 1.066 para el factor de inflación de la varianza ($FIV<10$).

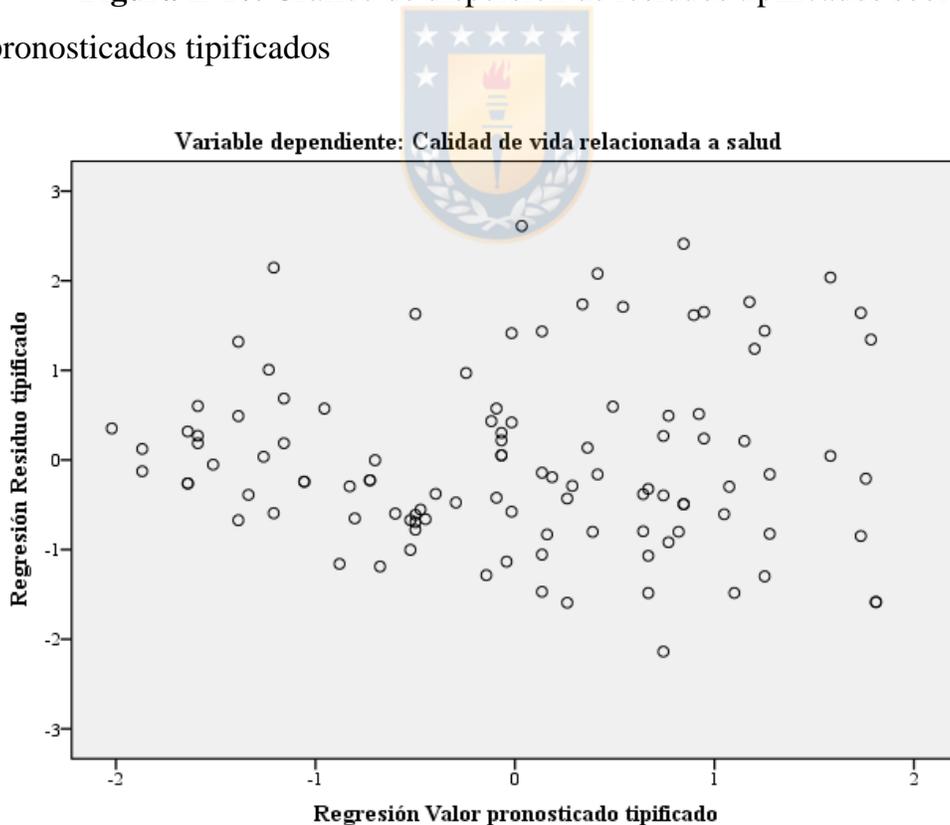
Figura n°9. Gráfico P-P Plot que muestra la distribución de los residuos tipificados



d) Criterio de ausencia de casos influyentes: El valor máximo del estadístico de Distancia de Cook ($=0.05$) permite concluir que no existen casos inusuales en la muestra que reflejen en el modelo un efecto distinto del promedio de los casos analizados. Asimismo, al observar los valores de influencia (<0.146) es posible sostener que los casos extremos son poco problemáticos.

e) Criterio de homocedasticidad de los residuos: A partir de la observación del gráfico de dispersión entre los residuos estandarizados en el eje Y, contra los valores predichos estandarizados en el eje X, se puede concluir que existe homocedasticidad puesto que la nube de puntos no muestra un aumento o disminución en su dispersión, siendo uniforme en todo el rango de valores pronosticados (ver Figura 10).

Figura n°10. Gráfico de dispersión de residuos tipificados sobre los valores pronosticados tipificados



Fuente: Ídem Tabla n°2.

Los análisis precedentes permiten sostener que el modelo de regresión lineal obtenido es válido para la predicción de la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres participantes del estudio. El resultado del modelo obtenido corresponde a un coeficiente $R^2=.485$ ($R^2_{adj}=0.475$).

En cuanto a la significación estadística del modelo, el resultado mostró un $F(2.104)=48.937$, $p\leq 0.001$, lo cual permite sostener que existe una relación lineal estadísticamente significativa entre los predictores agrupados (autoeficacia y síntomas clínicos remanentes) y los puntajes de calidad de vida relacionada con la salud. Los valores de los coeficientes del modelo se presentan en la Tabla n°18.

Tabla n°18. Coeficientes, correlaciones semiparciales al cuadrado y estadísticos de colinealidad para los resultados de regresión lineal múltiple sobre la calidad de vida relacionada con la salud

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticos de colinealidad	
	B	E.E.	B	T	p	Tolerancia	FIV
(Constante)	133.552	9.820		13.600	0.000		
Autoeficacia	-0.588	0.259	-0.165	-2.268	0.025	0.938	1.066
Síntomas clínicos remanentes	-4.405	0.503	-0.637	-8.763	0.000	0.938	1.066

Fuente: Ídem Tabla n°2.

Del análisis de la Tabla n°18 se puede concluir que los predictores son estadísticamente significativos en su contribución a la explicación de los puntajes de la calidad de vida relacionada a la salud en mujeres sobrevivientes de cáncer mamario. El primero de estos corresponde a la percepción de autoeficacia de las mujeres, que exhibe una relación inversa con la variable calidad de vida relacionada a la salud ($\beta=-0.165$, $p=0.025$). De la misma forma, la variable predictora síntomas clínicos remanentes presenta una relación lineal inversa con la variable criterio ($\beta=-0.637$, $p\leq 0.001$).

Finalmente, al elevar al cuadrado los valores de las correlaciones semiparciales entre los predictores del modelo, a fin de observar la capacidad predictiva de cada variable sobre la calidad de vida relacionada a la salud, se encontró que los síntomas clínicos remanentes predicen en un 38% la variabilidad de la calidad de vida relacionada a la salud ($sr^2=0.380$), cuando se encuentra controlado el efecto de la autoeficacia percibida. Asimismo, la autoeficacia percibida explicaría un 2.56% de la variabilidad de la calidad de vida relacionada con la salud ($sr^2=0.026$) al controlar el efecto de los síntomas clínicos remanentes.

8. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio permiten confirmar la hipótesis central respecto a la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con salud de las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario, correlación que resulta estadísticamente significativa y moderada, pudiendo afirmar con un 95% de confianza que, a mayor autoeficacia, mayor será la calidad de vida relacionada con salud en la población de estudio. Esta información es coincidente con los resultados que la literatura ha evidenciado en Estados Unidos^{91,94}, Irán⁹² y China⁹³ respecto de la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario, junto con otras variables.

En relación con el primer objetivo específico de este estudio, en general, la tendencia central de los casos corresponde a mujeres en la etapa de adultez media de 46.3 años, edad similar a otras investigaciones que estudiaron a mujeres sobrevivientes de cáncer en China⁹³ (47.0) e Irán⁹² (48.7), sin embargo, otros estudios reportan edades promedio un poco más altas, particularmente en Estados Unidos^{94,91,5} (52.6; 56.2, 63.7), España⁸⁶ (61.2) y en Chile⁸ (60), este último abordado en mujeres de las mismas características

de esta investigación. La diferencia de edad puede explicarse debido a que el reclutamiento y la examinación –mediante auto reporte– fueron realizados a través de plataformas digitales, por lo que es probable que las mujeres de mayor edad no participaran con tanta frecuencia en dichas plataformas; mientras que, en los demás estudios mencionados previamente, se realizó un reclutamiento presencial, con acceso a bases de datos de establecimientos de salud, para luego establecer el contacto con las participantes.

Es posible extender una atribución similar respecto de la distribución del estado civil observada entre las participantes del estudio. Si bien el subgrupo mayoritario de las participantes se encontraba casada, representado en un 44.7%, este tiende a ser menor que en estudios similares (67%, 62.1%, 82%, 92.1%, 93.4%)^{8,86,94,5,92,93}. Nuevamente, es posible que la familiaridad con el uso de redes sociales e Internet haya facilitado el acceso a un segmento de población de mujeres más jóvenes del que proporcionan los mecanismos tradicionales de muestreo. Esto puede ser relevante para visibilizar la importancia de la prevención del cáncer mamario en el segmento de mujeres adulto-jóvenes.

En cuanto a la actividad de las participantes, la mayoría eran mujeres

trabajadoras (incluyéndose en este tramo aquellas con trabajo dependiente e independiente) con un 78.1%, porcentaje mayor a los presentados en los diferentes estudios consultados (49.5%, 20.7%, 11.9%, 52.1%, 45.3%)^{8,86,92,93,94}. Este resultado parece relevante de acuerdo con lo propuesto por Bandura^{19,74,76}, respecto de que las personas que enfrentan adversidades, en la medida que presenten una mayor autoeficacia, invertirán más esfuerzo en sus actividades y mostrarán mayor persistencia en sus metas, pudiendo explicar desde aquí el hecho de que un alto porcentaje de la muestra se encuentre económicamente activa. Información que se condice a la vez con los resultados del meta análisis publicado por Wang et al.⁶² y la revisión sistemática de Vásquez et al.⁶³, en el que además mencionan dentro de los factores que influyen en el retorno laboral el nivel educativo alto y los altos ingresos, factores presentes en la muestra de este estudio.

Con respecto a la orientación religiosa, un 95.5% de las mujeres participantes manifestaron ser adherentes a alguna religión, mayoritariamente cristiana en un 84.2%. Dentro de los estudios consultados solo uno, realizado en China por Shen et al.⁹³, evaluó la religión en las características sociodemográficas y solo un 10.7% manifestó ser adherente a alguna creencia religiosa, lo que es atribuible a las diferencias culturales propias entre la cultura occidental y

la oriental. Referente a ello Pérez-Hernández et al.¹⁷, en una revisión de la literatura acerca de la espiritualidad y calidad de vida de mujeres con cáncer mamario, concluyó que la espiritualidad se relaciona positivamente a la calidad de vida, y, en el contexto de mujeres latinas es clave para la recuperación y afrontamiento de la enfermedad.

En referencia al tramo de ingresos mensuales, la categoría con mayor frecuencia fue de un millón de pesos, o más en un 23.7%. Cabe señalar que este resultado no es comparable con lo reportado en otros estudios en moneda extranjera (\geq US\$5.000 en un 13.2%)⁹³, dado que el ingreso está condicionado por el costo de vida en cada país y otros indicadores económicos, además de diferencias en la operacionalización, puesto que algunos estudios reportan el nivel de ingresos anuales en el hogar (\geq US\$3.300 en un 86% y \geq US\$2.000 en un 51.6%)^{91,94}. De todos modos, lo importante es destacar que el nivel de ingresos resultó asociado de forma moderada, positiva y significativa con la autoeficacia percibida en las mujeres del estudio, además del hecho de que el factor de dificultad financiera vinculado a la calidad de vida tiende a ser más alto en el segmento de mujeres con menor edad.

A diferencia de lo evidenciado en otros países, para el caso del presente estudio solo un 58.8% de los casos se encontró entre el Estadio I y II al momento de recibir el diagnóstico, en comparación con un 65.3% en China⁹³, 65.3%, 83.6%, 88.4% en E.E.U.U.^{94,91,5}, 82.8% en España⁸⁶ y un 94.8% en Irán⁹²; todos abarcando la misma población de estudio. Este hallazgo es alarmante, puesto que es conocido que la etapa al momento del diagnóstico se considera uno de los factores pronóstico de mayor relevancia para la supervivencia²³. La *American Cancer Society*, establece que el porcentaje de supervivencia a cinco años es de 100% para las etapas 0 y I, 93% para etapa II, 72% para las etapas III y 22% para etapa IV^{22,23}. Asimismo, es importante destacar que a pesar de que los resultados reportados en esta investigación para la población chilena fueron bajos en comparación a países en desarrollo, resultan ser mayores en comparación con el contexto africano, en Túnez⁶ con un 51.4% y latinoamericano, en Brasil⁷ con un 34.3%, según los antecedentes disponibles. El desafío que se desprende de este resultado se asocia a la eficiencia y oportunidad de los exámenes para el tamizaje del cáncer mamario, como es la mamografía, considerado dentro de las Garantías Explícitas en Salud³¹ para las mujeres pertenecientes al tramo etario de 50 a

69 años, lo que también nos indica la importancia de comenzar este tamizaje en una edad más temprana para un diagnóstico oportuno.

Con relación a la cirugía realizada, se conoce que la mastectomía es el procedimiento central del tratamiento del cáncer mamario²¹. Los resultados arrojados por la presente investigación establecen que la mayoría de las mujeres participantes fueron sometidas a mastectomía, principalmente de tipo parcial con un 43%, cifra similar a otro estudio realizado en mujeres chilenas sobrevivientes de cáncer mamario⁸ con un 46.2%, y menor que los estudios ya citados en España⁸⁶ y China⁹² con un 55% y 71.1% respectivamente. Respecto al tratamiento recibido, predomina el uso de radioterapia en un 83.1% (10.8% solo radioterapia, 2.5% con quimioterapia y 44.6% incluyendo quimioterapia y hormonoterapia), cifra cercana a lo reportado por un estudio chileno previo en población similar con un 73% acumulado (28% solo radioterapia)⁸, y los realizados en Estados Unidos^{91,94} (67.7%; 72.6%).

El segundo objetivo de la investigación se enfocó en conocer las características clínicas remanentes del cáncer mamario de las participantes, ámbito en el que observa que la mayoría de las mujeres presenta síntomas

clínicos remanentes en la actualidad, destacando en mayor porcentaje la ansiedad, la fatiga y el dolor. Esta se condice con resultados publicados por Rey-Villar et al.⁸⁹ en España, de mujeres con cáncer mamario previo y post tratamiento, el cual reportó una prevalencia de ansiedad y malestar psicológico, mencionando que el diagnóstico de cáncer y los tratamientos recibidos pueden provocar un deterioro de la calidad de vida. Respecto a la fatiga, Hass²⁶ reporta en los resultados de su estudio en mujeres con cáncer mamario, la presencia de fatiga moderada baja; en este mismo aspecto, Abrahams et al.⁵⁰ publicaron un meta-análisis de los factores de riesgo, prevalencia y evolución de la fatiga severa después del tratamiento del cáncer mamario, con resultados que establecieron la prevalencia combinada de fatiga severa en un 26.9% de las participantes, sin embargo, los autores mencionaron la importancia de que los valores se interpreten con precaución debido a los diferentes factores que pueden incidir en su aparición. En cuanto al dolor, diferentes autores reportan la presencia del mismo en mujeres sobrevivientes de cáncer, tal como mencionan Jensen et al.⁵³ quienes estudiaron a mujeres que tuvieron un diagnóstico temprano de cáncer, reportando dolor leve en poco menos de la mitad de las participantes, asimismo, concluyeron que la quimioterapia y radioterapia fueron factores

de riesgo de dolor crónico; dicha información es coincidente con la expuesta en los meta-análisis publicados por Leysen et al.⁵⁴ en Bélgica y Wang et al.⁵⁵ en China.

Continuando con los objetivos propuestos, el tercero y cuarto, y el análisis entre ambos responden directamente a la hipótesis central mencionada al comienzo de esta discusión.

Referente al quinto objetivo, tanto la percepción de autoeficacia de las mujeres, como los síntomas clínicos remanentes resultaron, en conjunto, significativos en la predicción de la calidad de vida asociada a la salud. Particularmente, los síntomas clínicos remanentes casi quince veces mayor que la autoeficacia percibida sobre la calidad de vida asociada a salud. Previamente se discutió acerca de los tres síntomas más frecuentes: ansiedad, fatiga y dolor, respectivamente. Sin embargo la disfunción sexual, el enojo y la neuropatía, presentaron también una elevada frecuencia en la población estudiada. En relación a la disfunción sexual, la literatura expone ampliamente el efecto en la calidad de vida que sufren las mujeres con cáncer mamario y sobrevivientes; Martínez-Basurto⁴¹ menciona que las mujeres presentan dificultades sexuales, asociadas principalmente a la mastectomía y

tratamientos utilizados; asimismo, Slowik et al.¹⁰ mencionan la alteración en funcionamiento sexual; información que se condice con lo publicado por la *American Cancer Society*⁴²; la Sociedad Europea de Oncología médica⁴³; y la *American Society of Clinical Oncology*⁴⁸. Respecto al enojo, Martínez-Basurto et al. lo nombran como parte de los síntomas presentes en mujeres con cáncer mamario⁴¹, coincidente con lo propuesto por Gómez-García et al., Barinková&Mesároová⁵⁶ y la *American Society of Clinical Oncology*⁴⁸. Por último respecto a la neuropatía, se ha reportado en la literatura como un síntoma frecuente en mujeres sobrevivientes de cáncer, Winters-Stone et al.⁵⁷ mencionan en su estudio un aumento sustancial del riesgo de caídas perjudiciales en la población de estudio; de la misma forma, autores reportaron que una minoría significativa de sobrevivientes de cáncer mamario mantenía neuropatía periférica, asociada a la quimioterapia usada en su tratamiento, estudio publicado por Mustafa et al.⁵⁸; por otra parte Storey et al.⁴⁵ en un estudio publicado recientemente en este año obtuvieron como resultados la presencia de neuropatía con generación de angustia en las participantes, especialmente en mujeres jóvenes que fueron diagnosticadas (menores de 45 años), pero que a largo plazo mantenían los síntomas sin diferencia de la edad de diagnóstico.

Respecto del predictor autoeficacia, solo la dimensión de funcionamiento emocional mostró una relación significativa, lo que puede explicar su menor capacidad predictiva. Respecto a ello, podemos sintetizarla en solo dos variables, la ansiedad y depresión, la primera ya fue discutida previamente en este apartado, por lo que nos enfocaremos en la depresión. La depresión, al igual que los síntomas mencionados con anterioridad, ha sido estudiada en diferentes investigaciones, uno de ellos publicado por Aguilar et al.⁹⁰ quienes mencionan la presencia de depresión en mujeres recién diagnosticadas de cáncer y otras posterior a la mastectomía, dicho estado de depresión se asocia principalmente a la alteración de la imagen corporal; un meta análisis publicado recientemente por Wang et al.⁶⁰ destaca el papel fundamental de la depresión / ansiedad como factor independiente en la predicción de la recurrencia y la supervivencia del cáncer mamario; Pilevarzadeh et al.⁶¹ publicaron un meta análisis en el que reportaron prevalencia de depresión más alta en la región del Mediterráneo Oriental y dos veces más alta en los países de ingresos medios en comparación con los países desarrollados; otro meta análisis de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario recientemente publicado por Kouhestani et al.⁵⁹ indicó una alta prevalencia de depresión entre las mujeres participantes.

El nivel educativo resultó ser la única variable significativa en la explicación de las diferencias tanto de autoeficacia como de calidad de vida en las mujeres, especialmente entre los grupos con nivel de educación superior respecto de aquellas con nivel básico completo, siendo a favor de las primeras.

Estudios han reportado niveles educativos altos (educación superior), en mujeres sobrevivientes de cáncer^{8,90}, evidenciando un 60.5% y 67%, sin embargo, en la mayoría de las publicaciones consultadas en este estudio el nivel educativo es menor^{86,92,93,94,5,6}, lo que se resume en un 20.7%, 44.7%, 44.2%, 56.3%, 52.7%. Además, el ingreso mensual se asoció con la autoeficacia percibida, tendiendo a aumentar el nivel de autoeficacia cuanto mayor sea el nivel de ingresos.

9. CONCLUSIONES

Esta investigación brinda una aproximación general a los objetivos del estudio entendidos como la relación entre autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud, con una tendencia a confirmar lo reportado en la literatura en torno a estas variables.

La población estudiada se caracterizó por mujeres adultas jóvenes de 46.3 años en promedio, en su mayoría casadas, trabajadoras, con un nivel educacional alto, un ingreso mensual percibido \$1.000.000 o más, de orientación religiosa católica, y con previsión de salud FONASA. Según su diagnóstico, la mayoría se encontraba en Etapa II, con tratamiento quirúrgico mastectomía parcial sin reconstrucción mamaria, predominio de uso de radioterapia, y con finalización del tratamiento oncológico en una media de 3.0 años. Respecto a los síntomas clínicos remanentes, en mayor medida las mujeres presentaron ansiedad, fatiga y dolor.

En cuanto a las comparaciones de medias, tanto de autoeficacia como de calidad de vida, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el nivel de estudios, entre las mujeres con nivel de

estudios básicos completo y las con nivel de estudios superiores completo, favoreciendo a las últimas.

Se comprobó que existe una relación significativa entre la autoeficacia percibida y calidad de vida relacionada a salud, aceptando la hipótesis central del estudio.

Respecto a los síntomas clínicos remanentes, de acuerdo con el análisis de correlaciones, destacó una relación estadísticamente significativa, moderada, entre los síntomas clínicos remanentes y la calidad de vida en cáncer. Asimismo, en cuanto a la Escala de Autoeficacia General, no obstante, se observó una relación débil.

A partir de los resultados de esta investigación pueden realizarse recomendaciones para posibles temas de investigación y para nutrir las diferentes áreas de la enfermería. Siendo conocido que tanto la autoeficacia como los síntomas clínicos remanentes son variables predictoras de la calidad de vida, resulta relevante, trabajar tanto en aumentar la autoeficacia de este grupo de estudio, especialmente en aquellas mujeres con niveles educativos menores, para generar un impacto positivo en la calidad de vida, como también es necesario realizar un seguimiento, con un tratamiento

adecuado, de los síntomas clínicos remanentes presentes a largo plazo en las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario. Es decir, no solo realizar un seguimiento enfocado en el diagnóstico de una posible recidiva, sino también en el cuadro de síntomas asociados a las características de los tratamientos empleados habitualmente para esta enfermedad.

Cabe destacar que el presente estudio es pionero en Chile en examinar la relación entre autoeficacia y CVRS en mujeres sobrevivientes de cáncer mamario, de acuerdo con una revisión sistemática y actualizada de los estudios en esta materia, integrados dentro de los antecedentes de esta investigación.



A nivel metodológico, se destaca la robustez de las pruebas paramétricas empleadas, especialmente el modelo de regresión construido para la predicción de la calidad de vida, ampliando así el alcance de los estudios reportados en esta línea de investigación dentro del contexto nacional, encontrando efectos significativos y de nivel moderado.

En definitiva, los hallazgos del presente estudio permiten abrir la discusión de determinantes sociales (ingreso percibido y autoeficacia) en el grupo de estudio, y de cómo ellas afectan la calidad de vida de este tipo de población.

Lo que favorece la opción de trabajar en ellas, ya que de forma indirecta mejorará la calidad de vida.

Es interesante resaltar que las escalas de medición empleadas resultaron confiables para su uso en población de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario, exhibiendo comportamientos adecuados y evidencias de validez de constructo, especialmente la Escala de Autoeficacia General, que no había sido utilizada de forma previa en mujeres chilenas sobrevivientes de cáncer.

Se recomienda, para futuras investigaciones, avanzar hacia modelos longitudinales que permitan captar el efecto del paso del tiempo en la evolución de la sintomatología remanente, el nivel de autoeficacia y la calidad de vida relacionada a la salud.

Por último, es importante también avanzar en modelos que integren un mayor número de predictores para mejorar la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario, así como respecto de otros cuadros que afectan significativamente la calidad de vida de las personas.

10. LIMITACIONES

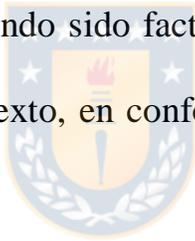
El respeto de los derechos humanos en las investigaciones es muy relevante, asimismo el tratamiento ético de los datos obtenidos en ellas, no obstante el hecho de necesitar la aprobación de los comités de ética llevó a una prolongación en el tiempo estimado para la realización de esta investigación, posterior a ello la contingencia sanitaria, obligó a realizar modificaciones para que el proyecto pudiese ser llevado a cabo, lo que implicó aproximadamente ocho meses para lograr la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

Existen limitaciones propias de la discapacidad social, asociada a un sesgo en la tendencia de respuesta, brindando respuestas que pueden no reflejar exactamente la realidad personal de las participantes.

En cuanto a las limitaciones de la estrategia de muestreo, se reconoce en primer lugar el carácter intencionado de la selección de las participantes del estudio. De todos modos, recientemente se ha argumentado acerca de la pertinencia de esta estrategia puesto que comparte, junto con los muestreos

probabilísticos, la misma limitación del sesgo de auto-selección de las unidades de información¹¹⁶. Por otra parte, existe un posible sesgo asociado a la examinación en línea, ya que ello implica acceder a una submuestra de la población que es competente en el uso de tecnologías digitales.

Por último, y no menos importante, el contexto sociosanitario de la implementación del estudio (Pandemia por la COVID-19), incide eventualmente en la percepción del estado de salud y en la emergencia de síntomas clínicos, no habiendo sido factible controlar el efecto de terceras variables asociadas al contexto, en conformidad con el diseño original del estudio.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional del cáncer 2018-2028, Chile, 2018. [citado 06 dic 2018]. Disponible en: <https://www.gob.cl/plannacionaldecancer/>
2. Castillo C, Cabrera M, Derio P, et al. Resultados del tratamiento del cáncer de mama, Programa Nacional de Cáncer del Adulto. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Dic [citado 09 jul 2018]; 145(12): 1507-1513. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017001201507&lng=es
3. Ministerio de Salud de Chile, Estrategia Nacional del Cáncer, Chile, 2016. [citado 25 jun 2018]. Disponible en: www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publicar.pdf
4. Sun Y, Kim S, Heo C, et al. Comparison of Quality of Life Based on Surgical Technique in Patients with Breast Cancer. JJCO. [Internet], 2014; [citado 27 jul 2018], 44(1): 22–27. Disponible en: <https://academic.oup.com/jjco/article/44/1/22/871983>
5. Dorfman C, Arthur S, Kimmick M, et al. Partner status moderates the relationships between sexual problems and self-efficacy for managing sexual problems and psychosocial quality-of-life for postmenopausal breast cancer survivors taking adjuvant endocrine therapy. Menopause [Internet]. 2019 [citado 20 nov 2020]; 26 (8): 823-832. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30994574/>
6. Daldoul A, Khechine W, Bhiril H, et al. Factors Predictive of Quality of Life among Breast Cancer Patients. Asian Pac J Cancer Prev [Internet].

2018 [citado 20 nov 2020]; 19 (6): 1671-1675. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6103599/pdf/APJCP-19-1671.pdf>

7. Costa WA, Eleutério J, Giraldo PC, Gonçalves AK. Calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama. Rev. Assoc. Medicina. Bras. [Internet]. Jul 2017 [citado 20 nov de 2020]; 63 (7): 583-589. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000700583&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.07.583>

8. Irarrázaval M, Kleinman P, Silva F, et al. Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016 [citado 27 jul 2018]; 144 (12): 1567-1576. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n12/art08.pdf>

9. Teo I, Reece G, Christie I, et al. Body Image and Quality of Life of Breast Cancer Patients: Influence of Timing and Stage of Breast Reconstruction. Psychooncology [Internet]. 2016 [citado 27 jul 2018]; 25(9): 1106–1112. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4988938&blobtype=pdf>

10. Slowik A, Jabłoński MJ, Michałowska-Kaczmarczyk A, Jach R. Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. Psychiatr. Pol. [Internet]. 2017; [citado 27 jul 2018], 51(5): 871–888. Disponible en: http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2017/ENGver871Slowik_PsychiatrPol2017v51i5.pdf

11. Peerawong T, Phenwan T, Supanitwthana S, Mahattanobon S,

Kongkamol C. Breast Conserving Therapy and Quality of Life in Thai Females: A Mixed Methods Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2016 [citado 28 jun 2018]; 17(6): 2917-2921. Disponible en: http://journal.waocp.org/article_16350_a3362244679f913812d9ee487b73fdb1.pdf

12. Kim MK, Kim T, Moon HG, et al. Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. *EJSO.* [Internet]. 2015 [citado 27 jul 2018]; 41: 426-432. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0748798314012876/1-s2.0-S0748798314012876-main.pdf?_tid=9fed9286-dc77-43bb-a606-763464964e05&acdnat=1532192888_caf98d51289d0a230d2c9891ffbc5ee4

13. Paterson C, Lengacher C, Donovan K, et al. Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancer Nurs.*[Internet]. 2016 [citado 27 jul 2018]; 39(1): E39–E58. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4607543&blobtype=pdf>

14. Fonseca S, Lencastre L, Guerra M. Life Satisfaction in women with breast cancer. *Paidéia.* [Internet]. 2015 [citado 27 jul 2018]; 24(5): 295-303. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/paideia/article/view/88987/91835>

15. Crespo Fernández, L, Rivera García, ML. El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología* [Internet]. 2012 [citado 18 jul 2018]; 23:109-126. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233224386005>

16. Guerra L, Pino E, Vinaccia E. Influencia de la autoeficacia, las emociones negativas, la espiritualidad y el apoyo social sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de cáncer de

mama [Tesis pregrado]. Bogotá, 2014 [citado 19 ene 2019]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3174/Guerralorely.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Pérez-Hernández S, Okino-Sawada N, Díaz-Oviedo A, et al. Espiritualidad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. *Enferm. univ* [Internet]. 2019 jun [citado 20 nov 2020]; 16(2): 185-195. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000200185&lng=es.

18. Gómez-García A, Hernández-Cruz MG, Romero-Rojas RM, Zamora-Ámezquita Y. El cáncer de mama: Somatización y la resiliencia en mujeres diagnosticadas. *Revista de Ciencias de la Salud* [Internet]. 2017 [citado 20 nov 2020]; 4(12): 27-41 Disponible en: https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol4num12/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V4_N12_3.pdf

19. Bandura A. *Pensamiento y acción. Fundamentos Sociales*. 1era ed. Editorial Martínez Roca, 1987, cap. 9, Autoeficacia; p. 415 -475.

20. Global Cancer Observatory. [Internet], 2018, [citado 31 oct 2018]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/>

21. Ministerio de Salud de Chile, *Guía Cáncer de mama*. Santiago, Chile, 2015. [citado 31 oct 2018]. Disponible en: www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf

22. American Cancer Society. *Tasas de supervivencia del cáncer del seno* [Internet]. [citado 27 jun 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un->

diagnostico-de-cancer-de-seno/tasas-de-supervivencia-del-cancer-de-seno.html

23. Maffuz-Aziz A, Labastida-Almendaro S, Sherwell-Cabello S, et al. Supervivencia de pacientes con cáncer de mama. Análisis por factores pronóstico, clínicos y patológicos. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2016 ago [citado 18 nov 2020]; 84(8): 498-506. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom168e.pdf>

24. Baeyens-Fernandez JA, Molina-Portillo E, Pollan, M, et al. Trends in incidence, mortality and survival in women with breast cancer from 1985 to 2012 in Granada, Spain: a population-based study. BMC Cancer [Internet]. 2018 [citado 14 ago 2018];18 (781). Disponible en: <https://bmccancer.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12885-018-4682-1>

25. Kreitler S, Peleg D, Ehrenfeld M. Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients, Psychooncology [Internet]. 2007. [citado 18 jun 2018]; 16 (4): 329-410. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16888704>

26. Haas B. Fatigue, self-efficacy, physical activity, and quality of life in women with breast cancer. Cancer Nurs [Internet]. 2011 Jul [Citado 22 jul 2018]; 34(4): 322-34. Disponible en: https://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2011/07000/Fatigue,_Self_efficacy,_Physical_Activity,_and.9.aspx

27. Kern E, Salvador C, Bruna M, Chem C. Qualidade De Vida, Bem Estar-Psicológico E Autoeficácia Em Mulheres Jovens Com Câncer De Mama. Interamerican Journal of Psychology [Internet]. 2011[citado 22 jul 2018]; 45(1): 95-104. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Elisa_Kern_De_Castro/publication/23

7032065_Qualidade_De_Vida_Bem_Estar-
Psicologico_E_Autoeficacia_Em_Mulheres_Jovens_Com_Cancer_De_Ma
ma/links/550cd23b0cf212874161fea0/Qualidade-De-Vida-Bem-Estar-
Psicologico-E-Autoeficacia-Em-Mulheres-Jovens-Com-Cancer-De-
Mama.pdf

28. Ziner K, Sledge G, Bell C, et al. Predicting Fear of Breast Cancer Recurrence and Self-Efficacy in Survivors by Age at Diagnosis. *Oncology nursing forum* [Internet]. 2012 [citado 22 jul de 2018]; 39(3): 287-295. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018900/?tool=pubmed>

29. Ministerio de Salud de Chile. Garantías Explícitas en Salud [Internet]. 2017 [citado 8 jul 2018]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-582.html#accordion_0

30. American Cancer Society. Signos y síntomas del cáncer de seno [Internet]. 2018. [citado 8 jul 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/signos-y-sintomas-del-cancer-de-seno.html>

31. National Cancer Institute. Breast cancer [Internet]. 2018 [citado 8 jul 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-prevention-pdq>

32. Gobierno de Chile, Chile Atiende. Prevenir y tratar el cáncer de mama [Internet]. 2018 [citado 20 nov 2020]. Disponible en: <http://www.chileatiende.gob.cl/fichas/15852-prevenir-y-tratar-el-cancer-de-mama>

33. Prieto M. Epidemiología del cáncer de mama en Chile. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2011 [citado 8 jul 2018]; 22(4): 428-435. Disponible en: www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_4/2_Dra_Marta_Prieto.pdf
34. Ministerio de Salud de Chile. Programa Adulto de drogas antineoplásicas PANDA, 2007.
35. Jiménez-Pérez L, Zepeda-Ornelas E, Laguna-Macías P, et al. Linfedema secundario a cáncer de mama: ¿una posible secuela a considerar?. RESPYN [Internet], 2011 [citado 21 ene 2020]; 12(1): 1. Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/283>
36. Otto S. Enfermería Oncológica. 3ed. Harcourt, 2002, cap 6, Cáncer de mama; p 83-119.
37. Pereira N, Isao K. Linfedema: actualización en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Rev Chil Cir [Internet]. Dic 2018 [citado 21 ene 2020]; 70 (6): 589-597. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000600589&lng=es.
38. Pérez J, Salem C, Henning E, et al. Linfedema de miembro superior secundario al tratamiento de cáncer de mama. Cuadernos de Cirugía [Internet]. 2001. [citado 21 ene 2020]; 15(1): 107-115. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/index.php/cuadcir/article/view/2140>
39. Robles J. Linfedema: una patología olvidada. Psicooncología [Internet]. 2006 [citado 21 ene 2020]; 3(1): 71-89. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0606130071A>

40. Kovacs D, De Almeida V, Louzada E, Rivero M. Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 [citado 21 ene 2020]; 16(1): 97-104. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100011&lng=es.

41. Martínez-Basurto A, Lozano-Arazola A, Rodríguez-Velázquez A, Galindo-Vázquez O, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet]. 2014 [citado 15 agos 2018]; 13(1):53-58. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/279205322>

42. American Cancer Society. Tratamientos y efectos secundarios, [Internet]. 2018 [citado 15 agos 2018]. Disponible en <https://www.cancer.org/es/tratamiento.html>

43. Sociedad Europea de Oncología Médica. Efectos secundarios de la quimioterapia. [Internet] 2018. [citado 15 agos 2018]. Disponible en: <https://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/Oncovidal3.pdf>

44. American Society of Clinical Oncology. Efectos secundarios a largo plazo del tratamiento del cáncer [Internet] 2018. [citado 20 ene 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/efectos-secundarios-largo-plazo-del-tratamiento-del-c%C3%A1ncer>

45. Storey S, Cohee A, Von Ah D, et al. Presence and Distress of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Symptoms in Upper Extremities of Younger and Older Breast Cancer Survivors. J Patient Cent Res Rev [Internet]. Oct 20 [citado 20 nov 2020]; 7(4):295-303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33163549/>

46. Abrantes R, Fontão M. ¿Paciente, curado, víctima o sobreviviente de cáncer urológico? Un estudio cualitativo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2018 [citado 05 nov 2019]; 26: e3089. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100394&lng=en.
47. Sociedad Española de Oncología Médica. Monográfico SEOM de Largos Supervivientes en Cáncer [Internet]. Madrid, España. 2012 [citado 5 nov 2019]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf
48. American Society of Clinical Oncology, ¿Qué es la sobrevivencia? [Internet]. Jun 2016. [citado 5 nov 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/¿qué-es-la-sobrevivencia>
49. American Society of Clinical Oncology. Sobrevivencia al cáncer [Internet]. 2017 [citado 5 nov 2019]. Disponible en: https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_survivorship_esp.pdf
50. Abrahams H, Gielissen M, Schmits IC, et al. Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. Annals of Oncology [Internet]. Jun 2016 [citado 20 nov 2020]; 27(6): 965-974. Disponible en: <https://www.annalsofoncology.org/action/showPdf?pii=S0923-7534%2819%2935637-6>
51. Bower J, Ganz P, Desmond K, et al. Fatigue in Breast Cancer Survivors: Occurrence, Correlates, and Impact on Quality of Life. Revista de Oncología Clínica [Internet]. Sep 2016 [citado 20 nov 20]; 18 (4): 743-743. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/jco.2000.18.4.743>

52. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AN. Fatiga y calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama: un estudio comparativo. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2015 Mar [citado 20 nov 2020]; 37 (3): 119-126. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000300119&lng=en
53. Jensen M, Chang HY, Lai YH, et al. Pain in Long-Term Breast Cancer Survivors: Frequency, Severity, and Impact. *Pain Medicine* [Internet]. 2010 [citado 20 nov 2020]; 11: 1099–1106 Wiley Periodicals, Inc. Disponible en: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/11/7/1099/1823264>
54. Leysen L, Beckwée D, Nijs J, et al. Risk factors of pain in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* [Internet]. Dic 2017 [citado 20 nov 2020]; 25(12):3607-3643. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28799015/>
55. Wang L, Guyatt G, Kennedy S, et al. Predictors of persistent pain after breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *CMAJ* [Internet], Oct 2016 [citado 20 nov 2020]; 188(14): E352-E361. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/188/14/E352.full.pdf>
56. Barinková K, Mesároová M. Anger, Coping, and Quality of Life in Female Cancer Patients. *Social Behavior and Personality: an international journal* [Internet]. 2013 [citado 20 nov 2020]; 41(1): 135-142. Disponible en: <https://www-ingentaconnect-com.ezpbibliotecas.udec.cl/content/sbp/sbp/2013/00000041/00000001/art00013;jsessionid=536unrrp39n6t.x-ic-live-01>
57. Winters-Stone K, Hilton C, Luoh SW, et al. Comparison of physical

function and falls among women with persistent symptoms of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *J Clin Oncol* [Internet]. 2016 [citado 20 nov 2002]; 34. Disponible en: <https://meetinglibrary.asco.org/record/119167/abstract>

58. Mustafa M, Moeller M, Rybicki L, Moore HCF. Long-term peripheral neuropathy symptoms in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*. [Internet]. 2017 Nov [citado 20 nov 2020]; 166 (2): 519-526. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28791499/>

59. Kouhestani M, Dianatinasab M, Fararouei M, et al. Meta-Analysis of High Prevalence of Depression among Breast Cancer Survivors in Iran: Calling Community Supportive Care Programs. *Epidemiology and Health* [Internet]. Jul 2019 [citado 20 nov 20]; 41: e2019030. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6791826/>

60. Wang X, Wang N, Zhong L, et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282.203 patients. *Molecular Psychiatry* [Internet]. Ago 2020 [citado 20 nov 20]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41380-020-00865-6>

61. Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, et al. Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. Ago 2019 [citado 20 nov 20]; 176: 519–533. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-019-05271-3>

62. Wang L, Hong BY, Kennedy SA, et al. Predictors of Unemployment After Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *J Clin Oncol* [Internet]. 2018 Jun 20 [citado 20 nov 20]; 36(18):1868-1879. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29757686/>

63. Vásquez EM, Giraldo-Hinestroza T, Giraldo Moreno S, et al. Retorno al trabajo de mujeres con cáncer de mama: revisión sistemática de las barreras y facilitadores. *Revista Argentina de Mastología* [Internet]. 2019 [citado 20 nov 20]; 38 (140): 19-33. Disponible en: https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2019_v38_n140/05.pdf

64. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995 [citado 20 abr 2019]; 41: 1403-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>

65. Urzúa A. *Calidad de vida en salud*. 1 ed. Chile. Universidad Católica del Norte; 2008. Cap. 2, Calidad de vida relacionada con salud; p. 31 - 40.

66. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2010 Mar [citado 15 agos 2018]; 138(3): 358-365. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=es

67. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2003 Dic [citado 15 ago 2018]; 9(2): 09-21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es

68. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* [Internet] 2012. [citado 15 agos 2018]; 30 (1): 61-71. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

69. Peralta Y, González R. Desarrollo, Conceptos y Evaluación en Pacientes con Arritmias Cardíacas. Revista de Actualizaciones en Enfermería, Colombia [Internet]. 2014 [citado 18 jul 2018]; 17 (4): Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve174/calidad-vida/>

70. Sánchez-Pedraza R, Ballesteros M, Anzola J. Concepto de calidad de vida en mujeres con cancer. Rev Salud Pública, Colombia [Internet]. 2010 [citado 18 jul 2018]; 12 (6): 889-902. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n6/889-902/e>

71. Wilson I, Cleary P. Linking clinical variables with health-related quality of life. JAMA [Internet]. 1995 [citado 28 jul 2018]; 273 (1): 59-65. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/15201894>

72. Vinaccia AS, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. Psychologia. Avances de la disciplina [Internet]. 2012 [citado 28 jul 2018]; 6(1): 123-136. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>

73. Orellana A. Intervención de enfermería en autoeficacia y calidad de vida en mujeres con cáncer mamario [Tesis doctoral]. Universidad de Concepción: Concepción; 2012.

74. Bandura A. Self-Efficacy. Enciclopedia of human behavior. Academic Press. New York. 1994. Vol 4. p 71- 81.

75. Smith M, Liehr P. Middle Range Theory for nursing. 1° Ed. Springer Publishing Company. 2003 Cap. 3, The theory of Sel-Efficacy; p. 25 - 48.
76. Bandura A. Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. 1999. Cap 1, Ejercicio de la autoeficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. p. 19 – 54.
77. Sham M. Self-Efficacy, Percieved Social Support and Psychological Adjustment in international students of Universiti Utara Malaysia [Tesis maestría]. Universiti Malasia Perlis: Malasia; 2013. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261274056_Self-Efficacy_Percieved_Social_Support_and_Psychological_Adjustment_in_international_students_of_Universiti_Utara_Malaysia
78. Resnick B. Efficacy beliefs in geriatric rehabilitation. J Gerontol Nurs [Internet]. Jul 1998 [citado 20 jun 2018]; 24(7):34-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9801529/>
79. Resnick B. Functional performance of older adults in a long-term care setting. Clin Nurs Res [Internet]. Ago 1998 [citado 20 jun 2018]; 7(3): 230-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9830924/>
80. Vesga N. Diseño de una intervención de enfermería para la promoción de la actividad física a través de una herramienta TIC [Tesis maestría]. 2017. Colombia.
81. Salanova M, Cifre E, Grau R, Llorens S, Martínez I. Antecedentes de la autoeficacia en profesores y estudiantes universitarios: un modelo causal. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones [Internet]. 2005 [citado 18 jun 2018]; 21(1-2): 159-176. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317039010>

82. Woolfolk A. Psicología educativa. 11° ed. México. Pearson Education. 2010. Cap. 4, Perspectivas cognoscitivas sociales del aprendizaje y la motivación; p. 347-373.

83. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc. enferm.* [Internet]. Jun 2007 [citado 18 jul 2018]; 13(1): 9-15. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es

84. Velásquez A. Revisión histórico-conceptual del concepto de Autoeficacia. *Rev. Pequén* [Internet]. 2012 [citado 18 jun 2018]; 2(1): 148 - 160. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/8%20REVISI%C3%93N%20HIST%C3%93RICO-CONCEPTUAL%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20AUTOEFICACIA.pdf>

85. Lemieux J, Goodwin PJ, Bordeleau LJ, et al. Quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer: an updated systematic review (2001-2009). *J Nat Cancer Inst.*[Internet]. 2011 [citado 19 jul 2018]; 103(3):178- 231. Disponible en: <https://academic.oup.com/jnci/article/103/3/178/2516687>

86. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De La Villa-Santoveña M, et al. Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enferm Clin* [Internet] 2012 [citado 22 jul 2018]; 22:65-75. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862111002245-S300>

87. Cruz H, Moreno Jorge, Angarita A. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Abr

[citado 20 jul 2018]; 12 (30): 294-303. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200014&lng=es

88. Irarrázaval M, Rodríguez P, Fasce G, et al. Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2013 Jun [citado 19 jul 2018]; 141(6): 723-734. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000600006&lng=es.

89. Rey-Villar R, Pita-Fernández S, Cereijo-Garea C, et al. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 11 jul 2018]; 25: 2958. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100404

90. Aguilar M, Mur N, Neri M, et al. Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nut Hosp.* [Internet]. 2015 [citado 29 mar 2019]; 31(1): 371-379. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7863.pdf>

91. Phillips S, McAuley E. Physical activity and quality of life in breast cancer survivors: the role of self-efficacy and health status. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2014 [citado 18 nov 2020]; 23: 27–34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24003002/>

92. Bieyabanie MH, Charandabi S, Mirghafourvand M. Randomized Controlled Trial Regarding the Effectiveness of Group Counseling on Self-efficacy in Mastectomized Women. *CJMB* [Internet] 2019 Ene; [citado 29 mar 2019]; 6(1): 78–84. Disponible en: <http://cjmb.org/text.php?id=300>

93. Shen A, Qiang W, Wang Y, Chen Y. Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer-role of hope, self-efficacy and social support. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2020 May [citado 18 nov 2020]; 16; 46: 101771. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32506010/>
94. Baik S, Oswald L, Buitrago D, et al. Cancer-Relevant Self-Efficacy Is Related to Better Health-Related Quality of Life and Lower Cancer-Specific Distress and Symptom Burden Among Latina Breast Cancer Survivors. *Int.J. Behav. Med* [Internet]. 2020 Aug. [citado 18 nov 2020]; 27(4): 357–365. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12529-020-09890-9>
95. Ato M, Vallejo G. Los efectos de terceras variables en la investigación psicológica. *Anales de Psicología* [Internet]. 2011 [citado 20 jul 2019]; 27(2): 550-561. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/167/16720051031.pdf
96. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5ta ed. Elsevier Saunders, 2012, cap. 8, Clarificación de los diseños de investigación cuantitativos; p. 260 - 295.
97. Creswell J. *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods approaches*. 4ta ed. California; SAGE: 2013. Cap 8, Quantitative Methods. p. 200 – 230.
98. Schwarzer R, Jerusalem W. Generalized self-efficacy scale. In: J. Weinman, J. Wright and M. Johnston. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor, England. WFER-WELSON 1995; 35-37.

99. Schwarzer R, Bähler J, Kwiatek P, Schröder K, Zhang JX. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale. *Applied Psychology* [Internet]. 1997 [citado 19 jul 2018]; 46 (1): 69-88. Disponible en: <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01096.x>
100. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad Estrés* [Internet]. 1996 [citado 19 jul 2018]; 2(1):1-8. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>
101. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2010 Mayo [citado 23 nov 2019] ; 138(5): 551-557. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>
102. Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. [Tesis magíster]. Universidad de Concepción: Concepción; 2017.
103. Avendaño MJ, Barra E. Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica* [Internet] 2008 [citado 15 nov 2019]; 26(2), 165-172. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200002
104. Arrarás JI, Arias de la Vega F, Illarramendi J, Manterola A, Salgado E, Domínguez MA, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los

servicios de Oncología del Hospital de Navarra: Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2011 Abr [citado 23 nov 2019] ; 34(1): 9-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100002&lng=es

105. Bergman B, Aaronson NK, Ahmedzai S, et al. The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. Eur J Cancer [Internet] 1994 [citado 15 nov 2019]; 30A: 635-642. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8080679/>

106. Sprangers M, Groenvold M, Arraras JJ, et al. The EORTC Breast Cancer-Specific Quality-of-Life questionnaire Module (QLQ-BR23): first results from a three-country field study. J Clin Oncol [Internet] 1996 [citado 15 nov 2019]; 14 (10): 2756-2768. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8874337/>

107. Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-HN35) in head and neck patients. Eur J Cancer [Internet] 2000 [citado 15 nov 2019]; 1; 36 (14): 1796-1807. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10974628/>

108. Sprangers MAG, Te Velde A, Aaronson NK. The construction and testing of the EORTC colorectal cancer specific Quality of Life questionnaire module (QLQ-CR38). Eur J Cancer [Internet]. 1999 [citado 15 nov 2019]; 35: 238-247. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10448266/>

109. Urrutia MT, Concha X, Padilla O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2014 [citado 15

nov 2019]; 79(5): 368 – 377. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n5/art03.pdf>

110. Vargas R. Calidad de vida en mujeres de 60 años y más con cáncer, adscritas a un hospital de la provincia de concepción y su relación con los determinantes sociales de la salud [Tesis Magíster]. Universidad de Concepción: Concepción; 2018.

111. Carcamo M, Campo V, Behrmann D, et al. Cáncer de cabeza y cuello: validación de cuestionario QLQ-H&N35. Rev Med Chile [Internet] 2018 [citado 15 nov 2019]; 146: 578-584. Disponible en: <http://www.incancer.cl/contenido/deinteres/publicaciones/documentos/6242-81164-1-PB.PDF>

112. Emanuel E, Wendler D, Killen J, Grady C. What Makes Clinical Research in Developing Countries Ethical? The Benchmarks of Ethical Research. The Journal of Infectious Diseases [Internet]. 2004 [citado 28 jun 2018]; 189: 930–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14976611>

113. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones en seres humanos. [Internet] 2017 [citado 30 jun 2019]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-en-seres-humanos/>

114. Field A. Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. 5° Ed. London: SAGE Publications. 2018.

115. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica,

revisada y actualizada. *Anales de Psicología* [Internet]. 2014 [citado 10 nov 2020]; 30(3), 1151-1169. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000300040

116. Kreuter F, Stuart E. Nonprobability Sampling and Causal Analysis. *Annual Review of Statistics and Its Application* [Internet]. Sept 2018 [citado 20 nov 2020]; 6: 149–72. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-statistics-030718-104951>



12.ANEXOS

Anexo 1: Definición de variables

Variable dependiente

- **Calidad de vida relacionada con la salud de mujeres sobrevivientes cáncer mamario**

Definición nominal: evaluación que la mujer sobreviviente de cáncer realiza sobre su nivel de bienestar en diversas áreas de la vida, incluyendo el impacto que ha provocado el cáncer mamario (Adaptado de Urzúa).

Definición operacional: Se medirá por medio del cuestionario de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) y las respectivas dimensiones que lo conforman:

Cuestionario QLQ – C30: Cuestionario general para pacientes oncológicos

1. Funcionamiento
2. Calidad de vida y salud global
3. Síntomas
4. Síntoma individual
5. Dificultad financiera

Variable independiente

- **Autoeficacia de la mujer sobreviviente de cáncer mamario**

Definición nominal: manera en que la mujer sobreviviente de cáncer juzga sus

capacidades y percibe su eficacia, y cómo ella afecta la forma en que organizará y ejecutará sus actos de modo que pueda alcanzar sus metas y objetivos.

Definición operacional: se evaluará por medio de la Escala de Autoeficacia general (EAG) desarrollada por Bähler, Schwarzer y Jerusalem, de acuerdo con sus respectivos ítems.

Variables intervinientes

- Edad

Definición nominal: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la aplicación del instrumento recolector de datos, medido en años.

Definición operacional: Se considerará la edad declarada por el/la entrevistado/a en el cuestionario semiestructurado (en números).

- Estado civil

Definición nominal: Condición de una persona según el registro civil, referente a tenencia de pareja y su estado legal en relación a ello.

Definición operacional: Se medirá a través de una pregunta en el cuestionario semiestructurado. Se considerarán:

1. Casada
2. Acuerdo de unión civil
3. Viuda
4. Divorciada
5. Soltera

6. Pareja de hecho

- Nivel de estudios

Definición nominal: Número de años de educación formal cursados y aprobados, medidos en los niveles determinados por el Ministerio de Educación.

Definición operacional: Se medirá a través de una pregunta en el cuestionario semiestructurado. Se considerarán las siguientes categorías:

1. Enseñanza básica incompleto: menor a 8 años en escuelas o colegios primarios.
2. Enseñanza básica completo: 8 años en escuelas o colegios primarios.
3. Enseñanza media incompleta: menor a 13 años de estudios cursados y aprobados en escuelas o colegios secundarios.
4. Enseñanza media completa: 13 años de estudios cursados y aprobados en escuelas o colegios secundarios.
5. Enseñanza técnico profesional incompleta: enseñanza básica y media completas más educación técnica menor a 2 o 2.5 años cursados en Centro de formación o Institutos Profesionales.
6. Enseñanza técnico profesional incompleta: enseñanza básica y media completas más educación técnica de 2 o 2.5 años cursados en Centro de formación o Institutos Profesionales.
7. Enseñanza Superior incompleta: enseñanza básica y media completas, más enseñanza superior menor a 4 a 5 años cursados en Institutos profesionales o Universidades.
8. Enseñanza Superior incompleta: enseñanza básica y media completas, más

enseñanza superior de 4 a 5 años de duración cursados y aprobados en Institutos profesionales o Universidades.

9. Otra.

- **Actividad**

Definición nominal: Estatus que posee la persona de acuerdo a la función social que desempeña.

Definición operacional: Será medio por medio de una pregunta en el cuestionario semiestructurado, según lo siguiente:

1. Dueña de casa: persona que lleva a cabo las funciones del hogar sin percibir remuneración.
2. Trabajadora dependiente: persona que realiza una actividad social remunerada dependiente de su empleador.
3. Trabajadora independiente: persona que realiza una actividad social remunerada en la que ella misma es su empleador.
4. Cesante: persona que ha cesado de realizar una actividad social remunerada.
5. Jubilada: persona que por su edad (≥ 65 años) ya no se encuentra dentro de la población reconocida como laboralmente activa y se acoge a retiro.

- **Ingreso mensual percibido**

Definición nominal: Dinero mensual recibido (de origen laboral, del estado u otro) por grupo familiar.

Definición operacional: Se medirá a través de una pregunta del cuestionario

semiestructurado. Serán ordenadas de acuerdo a ingreso:

1. No recibo ingresos
2. \$199.999 o menos
3. \$200.000 - \$399.999
4. \$400.000 - \$599.999
5. \$600.000 - \$799.999
6. \$800.000 - \$999.999
7. \$1.000.000 o más

- **Previsión de salud**

Definición nominal: Sistema de previsión de salud que asegura el acceso al sistema de salud en Chile, ya sea público o privado.

Definición operacional: Se medirá a través de una pregunta en el cuestionario semiestructurado. Se considerarán:

1. FONASA
2. ISAPRE
3. Otra

- **Orientación religiosa**

Definición nominal: Creencia que profesa la persona abiertamente, que incluye la existencia de un ser superior.

Definición operacional: Se medirá a través de una pregunta en el cuestionario semiestructurado. Se considerarán siete categorías:

1. Católica
2. Evangélica o Protestante
3. Testigo de Jehová
4. Mormona
5. Budista
6. Agnóstica
7. Otra

- **Diagnóstico médico según estadio**

Definición nominal: Diagnóstico de salud establecido por el médico tratante durante el periodo de enfermedad, hace al menos 5 años.

Definición operacional: Se obtendrá a través de una pregunta en el cuestionario semiestructurado. Se considerarán:

1. Estadio I
2. Estadio II A
3. Estadio II B
4. Estadio III A
5. Estadio III B
6. Estadio III C
7. Etapa IV
8. No lo sé, lo desconozco

- **Tratamiento realizado**

Definición nominal: Tratamiento médico recibido por la mujer durante el periodo de enfermedad.

Definición operacional: Se obtendrá por medio de una pregunta en el cuestionario semiestructurado. Se considerarán:

1. Quimioterapia
2. Radioterapia
3. Tratamiento combinado (QT + RT)
4. Hormonoterapia
5. Otro

- **Tipo de cirugía realizada**

Definición nominal: Intervención quirúrgica realizada durante el tratamiento para el cáncer donde se extirpa el tumor y la zona en la que se encuentra dependiendo la evolución.

Definición operacional: Se obtendrá por medio de una pregunta en el cuestionario semiestructurado. Se considerarán:

1. Mastectomía radical sin reconstrucción mamaria
2. Mastectomía radical con reconstrucción mamaria
3. Mastectomía parcial sin reconstrucción mamaria
4. Mastectomía parcial con reconstrucción mamaria
5. Cirugía conservadora de la mama
6. No me realizaron cirugía

- **Síntomas clínicos remanentes**

Definición nominal: Síntomas asociados al tratamiento del cáncer de mama que persisten a largo plazo.

Definición operacional: Se medirá a través de una pregunta en el cuestionario semiestructurado. Se considerarán:

Neuropatías	Problemas cardiológicos
Fatiga	Disfunción sexual
Dolor ¿dónde?	Ansiedad
Temor a la recidiva	Enojo
Sensación de soledad	Otros



Anexo 2: Instrumento recolector de datos



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

Parte 1: Antecedentes personales

Correo electrónico: _____

Edad (en números): _____

Selección múltiple:

Estado civil:

- Pareja de hecho
- Casada
- Unión civil
- Viuda
- Divorciada
- Soltera



Actividad:

- Dueña de casa
- Trabajadora dependiente
- Trabajadora independiente
- Cesante
- Jubilada
- Otra, ¿cuál? _____

Nivel de estudios:

- Enseñanza básica incompleta
- Enseñanza básica completa
- Enseñanza media incompleta
- Enseñanza media completa
- Enseñanza técnico profesional incompleta
- Enseñanza técnico profesional completa

- Enseñanza Superior incompleta
- Enseñanza Superior completa
- Otra, ¿cuál? _____

Ingreso mensual percibido

- No recibo ingresos
- \$199.999 o menos
- \$200.000 - \$399.999
- \$400.000 - \$599.999
- \$600.000 - \$799.999
- \$800.000 - \$999.999
- \$1.000.000 o más

Previsión de salud

- FONASA
- ISAPRE
- Otra, ¿cuál? _____



Orientación Religiosa

- Católica
- Evangélica o protestante
- Testigo de Jehová
- Mormona
- Budista
- Otra, ¿cuál? _____
- Agnóstica

¿En qué etapa (o estadio) se encontraba su cáncer al momento del diagnóstico?

- Estadio I
- Estadio II A
- Estadio II B
- Estadio III A
- Estadio III B
- Estadio III C
- Estadio IV
- No lo sé, lo desconozco

¿Qué cirugía le realizaron?

- Mastectomía radical sin reconstrucción mamaria
- Mastectomía radical con reconstrucción mamaria
- Mastectomía parcial sin reconstrucción mamaria
- Mastectomía parcial con reconstrucción mamaria
- Cirugía conservadora de la mama
- No me realizaron cirugía

¿Qué tratamiento le realizaron?

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Tratamiento combinado (QT+RT)
- Hormonoterapia
- Otro, ¿cuál? _____

¿Ha sentido alguno de estos síntomas dentro del último año?

- ___ Neuropatías
- ___ Problemas cardiológicos
- ___ Fatiga
- ___ Linfedema
- ___ Disfunción sexual
- ___ Dolor, ¿dónde?
- ___ Ansiedad
- ___ Temor a la recidiva
- ___ Enojo
- ___ Sensación de soledad
- ___ Otro ¿Cuál? _____



¿En qué año fue diagnosticada con cáncer mamario?

¿Cuántos años han pasado desde que terminó su tratamiento?

Parte 2: Factores físicos y psicocognitivos

Por favor, lea cuidadosamente cada frase y seleccione la alternativa que más se adapte a usted, tomando en cuenta que cada número significa lo siguiente:

1	2	3	4
Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquila porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Venga lo que venga por lo general soy capaz de manejarlo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Al tener que hacer frente a un problema generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo | 1 | 2 | 3 | 4 |

Responda a todas las preguntas personalmente, seleccionando la que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”.

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
1. ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieran un gran esfuerzo, como llevar una bolsa de compras o una maleta pesada?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de su casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2	3	4



Durante la semana pasada:

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
6. ¿Tuvo algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Tuvo algún impedimento para realizar sus hobbies o actividades recreativas?	1	2	3	4

	No	Un poco	Bastante	Muchísim o
8. ¿Se quedó sin aliento?	1	2	3	4
9. ¿Tuvo algún dolor?	1	2	3	4
10. ¿Tuvo que detenerse a descansar?	1	2	3	4
11. ¿Tuvo dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se sintió débil?	1	2	3	4
13. ¿Se sintió sin apetito?	1	2	3	4
14. ¿Sintió náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Tuvo vómitos?	1	2	3	4
16. ¿Tuvo estreñimiento?	1	2	3	4
17. ¿Tuvo diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Se sintió cansada?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Tuvo alguna dificultad para concentrarse en cosas como leer el diario o ver televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nerviosa?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupada?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimida?	1	2	3	4
25. ¿Tuvo dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le ha causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor, en las siguientes preguntas encierre en un círculo el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted.

29. En general, ¿cómo evaluaría su estado de salud durante la semana pasada?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Pésima | | | | | | Excelente |
30. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida durante la semana pasada?
- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Pésima | | | | | | Excelente |



Anexo 3: Consentimiento libre e informado



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Estimada participante:

Usted ha sido invitada a participar en el estudio “Autoeficacia y Calidad de vida relacionada con salud de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario”, investigación conducida por Rocío Zúñiga, enfermera, estudiante del programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, con correo electrónico de contacto rozunigat@udec.cl

El objetivo de dicho estudio es identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres sobrevivientes de cáncer mamario.

Los requisitos para que usted pueda participar del estudio son:

- Mujer sobreviviente de cáncer mamario que haya estado bajo tratamiento de cáncer durante el periodo 2010 - 2019 a lo largo de todo Chile.
- Que acepte voluntariamente participar del estudio

No puede participar si usted:

- Se encuentra con recidiva de cáncer mamario o curse con otro tipo de cáncer.

Su participación en este estudio consistirá en:

- Leer detenidamente y responder a las preguntas contenidas en el cuestionario, la primera parte consiste en datos sociodemográficos y ciertos antecedentes personales, mientras que la segunda parte, se asocia al ámbito físico y psicocognitivo por medio de cuestionarios relacionadas a su autoeficacia y calidad de vida.

Información importante que usted debe considerar:

- No existen respuestas correctas o incorrectas según el cuestionario.
- El tiempo de respuesta es de aproximadamente 10 minutos.
- Su participación es libre y voluntaria, no debe sentirse forzada de participar de ninguna forma. Por otra parte, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento en cuanto a su participación, decidiendo dejar de participar en la investigación si usted así lo desea sin ningún perjuicio a su persona.
- La información proporcionada por usted será analizada exclusivamente para cumplir con el objetivo de este estudio, bajo absoluta confidencialidad, manteniendo los datos anónimos.
- Al participar existe un riesgo asociado a recordar un evento pasado no grato con respecto al diagnóstico, al tratamiento, a la situación familiar vivida, por lo que si ello sucede puede comunicarse al correo electrónico previamente mencionado para recibir apoyo.
- Los datos obtenidos serán guardados por 24 meses para luego ser encriptados.
- Solo puede ser respondido una sola vez por persona.

Si tiene alguna duda o desea recibir avances de los resultados de esta investigación puede contactarse con la investigadora responsable al correo electrónico mencionado previamente.

Frente a cualquier consulta sobre sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Maritza Espinoza V., presidenta del Comité Ético-Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, al correo mespinoz@udec.cl, cuya dirección se encuentra en Víctor Lamas 1135.

Si acepta estos términos puede continuar respondiendo esta encuesta, accediendo mediante la introducción de su correo electrónico o de algún familiar.

Agradecemos su valiosa participación.

ROCÍO ZÚÑIGA TAPIA
Investigadora responsable



- Confirmando que he leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas, cumplo con los requisitos y acepto voluntariamente participar en esta investigación entendiendo que tengo el derecho a dejar la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado.



.....
Versión aprobada por Comité Ético-Científico, Facultad de Enfermería-UdeC

Anexo 4: Solicitud de instrumentos

Solicitud utilización Cuestionario de la EORTC

Your request for an EORTC-questionnaire Request ID: 57646

Remitente:

no-reply@eortc.be gavilan.dti.udec.cl		17 dic. 2018 05:42	
--	--	--------------------	--

Para: rozunigat

Dear Rocío Zúñiga,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

- [QLQ-C30 Core Questionnaire - Spanish \(Chilean\)](#)
- [Breast Module \(BR23\) - Spanish \(Chilean\)](#)
- [Breast Reconstruction module \(BRECON23\) - Portuguese \(Brazilian\)](#)
- [Breast Reconstruction module \(BRECON23\) - English](#)

Scoring Manuals:

- [BR23 Scoring Manual](#)
- [BRECON23 Scoring Manual](#)
- [BRECON23 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

Solicitud utilización Escala de Autoeficacia General

Request for use of the General Self-efficacy Scale

Rocío Zúñiga Tapia <rozunigatapia@gmail.com>

18:19 (hace
6 minutos)

para health

Dear Mr. Schwarzer:

My name is Rocío Zúñiga, Nurse, Master's student in Nursing at the Universidad de Concepción, Chile.

I send this email to request the use of the General Self-efficacy Scale that will be used in my master's thesis that aims to identify the relationship between the self-efficacy and the quality of life related to the health of women survivors of breast cancer.

We are looking forward to your reply.

Thank you in advance for your help.

Respectfully,

--

Rocío Zúñiga Tapia
Enfermera UdeC
Magíster(c) en Enfermería



Respuesta a solicitud de uso de Escala de Autoeficacia General



Schwarzer, Ralf <ralf.schwarzer@fu-berlin.de>

05:02
(hace 9
horas)

para mí, health@zedat.fu-berlin.de

see

<http://www.psyc.de/WORDPRESS/wordpress/requests/>

Prof. Dr. Ralf Schwarzer

Freie Universität Berlin, Psychology

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin, Germany

Email | ralf.schwarzer@fu-berlin.de

WEB | <http://my.psyc.de>

ORCID | <http://orcid.org/0000-0002-0069-3826>

Twitter | <https://twitter.com/schwarzer1>

BLOG | <https://theemeritus.wordpress.com/>

Research in Wroclaw, Poland | <http://www.care-beh.eu/>



Permiso uso Escala Autoeficacia General



Freie Universität Berlin, Gesundheitspsychologie (PF 10),
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany

Fachbereich Erziehungs-
wissenschaft und Psychologie
- Gesundheitspsychologie -

Professor Dr. Ralf Schwarzer
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin, Germany

Fax +49 30 838 55634
health@zedat.fu-berlin.de
www.fu-berlin.de/gesund



Permission granted

to use the General Self-Efficacy Scale for non-commercial research and development purposes. The scale may be shortened and/or modified to meet the particular requirements of the research context.

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>

You may print an unlimited number of copies on paper for distribution to research participants. Or the scale may be used in online survey research if the user group is limited to certified users who enter the website with a password.

There is no permission to publish the scale in the Internet, or to print it in publications (except 1 sample item).

The source needs to be cited, the URL mentioned above as well as the book publication:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp.35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Professor Dr. Ralf Schwarzer
www.rafschwarzer.de

Anexo 6: Resolución Comité Ético-Científico Facultad de Enfermería



Universidad de Concepción
FACULTAD DE ENFERMERIA



Concepción 31 enero 2020

Ref: Resolución N°83-20

Rocío Zuñiga T.
Investigadora Principal
Presente.

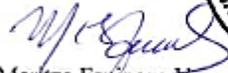
Estimada Investigadora:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, ha revisado la tercera versión del proyecto de investigación "AUTOEFICACIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER MAMARIO".

Respecto a la revisión del proyecto este comité ha resuelto **aprobarlo**.

En caso de surgir alguna duda, este comité queda a su disposición.

Atentamente,


Maritza Espinoza V.
Presidenta CEC
Facultad Enfermería



Anexo 7: Resolución Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo



CEBB 590-2020.

Concepción, marzo de 2020.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del **PROYECTO DE TESIS** titulado **"AUTOEFICACIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER MAMARIO"** postulado por la Enfermera **SRTA. ROCÍO ZÚÑIGA TAPIA**, en calidad de candidata al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía **DRA. PATRICIA CID HENRÍQUEZ**, docente del Departamento de Fundamentos de Enfermería y Salud Pública de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

El objetivo general en el que se enmarca este Proyecto de Tesis es identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario. Para esto, propone ejecutar las actividades descritas en 05 (cinco) objetivos específicos. Inicialmente propone caracterizar a mujeres participantes del estudio, que son aquellas sobrevivientes de diagnóstico de cáncer mamario, tratadas en el Hospital Regional "Guillermo Grant Benavente", de Concepción, durante el periodo 2015–2019, de acuerdo a sus variables biosociodemográficas y además, conocer las características clínicas remanentes y secundarias del cáncer mamario de las participantes (Cuestionario biosociodemográfico-clínico). Después, con los resultados de los estudios anteriores buscará evaluar la autoeficacia de las mujeres sobrevivientes de cáncer mamario (Escala de Autoeficacia General [EAG]), así también la calidad de vida relacionada con la salud de estas mujeres. Por último, pretende explorar cómo las variables biosociodemográficas, las características clínicas remanentes y secundarias del cáncer mamario intervienen en la relación de la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario (Cuestionario de Calidad de vida en cáncer - QLQ C30 y Cuestionario de calidad de vida en Cáncer mamario - QLQ - BR23, ambos de European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life - EORTC).

Para este estudio de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, la participación de cada mujer estará basada en el proceso de consentimiento informado, toda vez que sea regularmente aplicado y firmado. Este proceso será documentado conforme modelo presentado a este Comité Institucional.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empaquetar
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

Cabe destacar que se realizará una prueba piloto en una muestra de 10 (diez) mujeres sobrevivientes de cáncer mamario con características similares al grupo de estudio, para observar el tiempo de respuesta de las personas, comprensión y claridad de los ítems del instrumento aplicado, conformado por la Escala de Autoeficacia General (EAG) y los Cuestionarios QLQ-C30 y QLQ-BR23. Este estudio piloto será aplicado de forma presencial en los hogares de las usuarias previa autorización y coordinación.

La custodia de la información y de los resultados del estudio que se propone, será de cargo de la Investigadora Responsable, la Enfermera Srta. Rocío Zúñiga Tapia.

La ejecución de este Proyecto de Tesis, presentado a revisión al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de las participantes en la investigación, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que respaldan la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley N° 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT. Lo anterior merece relieve en consideración a lo que se presenta en "6.10 Aspectos éticos involucrados", del proyecto en pauta.

En atención a todo lo anterior y considerando que el Proyecto de Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería por la Universidad de Concepción, titulado "AUTOEFICACIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER MAMARIO" presentado por la SRTA. ROCÍO ZÚNIGA TAPIA, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación que involucra a seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación [2010] y las normas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, este Comité resuelve aprobarlo, confirmando el presente Certificado.


DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Berrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



Aprobación de Proyecto de tesis con modificaciones por parte del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 760-2020.

Concepción, agosto de 2020.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado la solicitud de reformulación y modificación de propuesta del PROYECTO DE TESIS titulado "AUTOEFICACIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER MAMARIO" presentado por la Enfermera SRTA. ROCÍO ZÚÑIGA TAPIA, en calidad de candidata al grado de Magister en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía DRA. PATRICIA CID HENRÍQUEZ, docente del Departamento de Fundamentos de Enfermería y Salud Pública de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

En este proyecto se propuso como objetivo general, identificar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres sobrevivientes de cáncer mamario.

Para el desarrollo metodológico de este Proyecto de Tesis se consideró que la recolección de la muestra correspondería al tipo aleatoria por conveniencia, realizándose por medio de la asistencia de la investigadora al Hospital Regional de Concepción "Dr. Guillermo Grant Benavente", invitando a participar a usuarias asistentes a sus controles de seguimiento por remisión de cáncer mamario en la Unidad de Patología mamaria, a aquellas mujeres que cumplieran con los criterios de selección: mujeres atendidas en dicho establecimiento durante el periodo comprendido entre 2015-2019 (criterio de inclusión específico). Luego se realizaría una entrevista para aplicación del instrumento que incluyó la Escala de Autoeficacia General (EAG) y la Escala de Calidad de Vida General para Cáncer (EORT QLQ C30) y el módulo de Calidad de Vida para Cáncer de Mama (QLQ BR-23), completando un total de 63 ítems entre ellas. Sin embargo, dada la contingencia sanitaria actual debido a la pandemia de COVID-19, así declarada por la Organización Mundial de la Salud (marzo, 2020), se estima una necesaria reformulación, consideraría realizar la recolección de la muestra por bola de nieve, siendo los criterios de selección modificados a mujeres atendidas en diferentes establecimientos del país dentro del periodo comprendido entre 2010-2019 (criterio de inclusión específico), aplicando el instrumento por medio de un cuestionario en línea, disminuyendo el número de ítems mediante la eliminación del módulo EORT QLQ BR-23 específico para el cáncer de mama, siendo considerado finalmente la EAG y la EORT QLQ C30 completando un total de 40 ítems. Todo está detallada y rigurosamente descrito en el PROYECTO DE TESIS que consideró la adaptación del manuscrito, originalmente aprobado por este Comité.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

La custodia de la información y de los resultados del estudio con la modificación que propone, será de cargo de la Investigadora Responsable, la Enfermera Srta. Rocío Zúñiga Tapia.

La ejecución de este Proyecto de Tesis presentado a revisión al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que respaldan la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley N° 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y considerando que el proyecto de tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería por la Universidad de Concepción, reformulado y con las modificaciones propuestas, titulado "AUTOEFICACIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MUJERES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER MAMARIO", presentado por la SRTA. ROCÍO ZÚÑIGA TAPIA, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación que involucra a seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los definidos en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, este Comité resuelve aprobar en su totalidad la reformulación y propuesta de modificación presentada, confirmando el presente Certificado.


DRA. MARÍA ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrld@udec.cl
Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por
María Andrea Rodríguez Tastets - 4492402302-010
Certificado por E-Sign SA en conformidad a la Ley 19.799



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU