FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

“LA INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD DE ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER”

Para la obtención grado: **MAGISTER EN**

ENFERMERÍA MENCIÓN

GERONTOGERIATRICA

AUTOR: MARÍA INÉS JOHNSON CASTRO

DOCENTE GUÍA: PAULINA HURTADO A.

VALPARAÍSO, MAYO, 2014

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, a mí querido esposo e hijos y a mis queridos padres por todo el tiempo y apoyo que me prestaron para realizar este arduo trabajo, y que ellos aceptaron con comprensión y cariño.

A todo el personal y pacientes de la Corporación Nacional del cáncer V región, que colaboraron de manera desinteresada en esta investigación.

Expreso también mi máxima gratitud a mi tutora de tesis señora Paulina Hurtado, enfermera y docente de la escuela de enfermería de la Universidad de Valparaíso, quién me ha guiado y ayudado de manera desinteresada a pesar de encontrarse muy lejos .

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción……2

1.2 Fundamentación del problema……..4

1.3 Delimitación del problema…….6

1.3.1 Pregunta investigativa**……....**6

1.4 Definición de términos……6

1.4.1 Nivel de incertidumbre**……**.6

1.4.2 Características socio demográficas de los adultos mayores**……..**6

1.4.3 Diagnóstico de cáncer**…….....**7

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Etapa de diseño**……**7

1.5.2 Etapa de ejecución…**……..……...**7

1.6 Objetivos generales y específicos

1.6.1 General…**…….....**7

1.6.2 Específicos**……**8

CAPITULO 2

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco conceptual

2.1 Proceso de envejecimiento y el cáncer en el adulto mayor…**……**10

2.2 Antecedentes de la incertidumbre frente a la enfermedad…**……..**11

2 .3 Teoría intermedia de enfermería de la incertidumbre**…….....**12

2.3.1 Escala de Mishel de Evaluación de la Incertidumbre en la Enfermedad**….....**19

2.4 Responsabilidad de la profesional enfermera con el adulto Mayor oncológico**…….**20

2.2 Marco contextual.……22

2.3 Hipótesis y variables…….. 24

2. 3.1 Hipótesis**……..**24

2.3.2 Variables**……**24

2.4 Operacionalización de variables.……26

CAPITULO 3

METOLOGÍA (MATERIALES Y MÉTODOS)

---

3. Diseño de la investigación

3.1 Tipo de estudio**……....**29

3.2 Enfoque y procedimientos éticos**……**29

3.3 Definición del universo……...30

3.4 Diseño muestral y criterios de inclusión

3.4.1 Muestra……31

3.4.2 Criterios de Inclusión……...32

3.5 Unidad de Análisis

3.6 Métodos de Recolección de Datos

3.6.1 Descripción del instrumento ……32

3.6.2 Estudio de confiabilidad y validez del instrumento……..34

3.6.3 Plan de recolección de datos……...35

3.6.4 Organización de trabajo de campo……35

3.7 Criterios de análisis de datos y software a utilizar……36

CAPITULO 4

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra……40

4.2 Análisis correlacional……48

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones del estudio……75

5.2 Recomendaciones……79

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas…… 82

ANEXOS

7.1 Autorizaciones

7.1.1 Autorización CONAC**……...**87

7.1.2 Autorización autora instrumento**……..**88

7.2 Consentimiento informado……89

7.3 Instrumento

7.3.1 Instructivo**……..**93

7.3.2 Instrumento**……....**95

7.4 ADENDA……100

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nº 1: "Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC, según Género"**……**.39

Gráfico Nº 2:"Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC, según edad "**……**40

Gráfico Nº 3: "Frecuencia genero/edad de adultos mayores pertenecientes a la CONAC" **……...**41

Gráfico Nº 4: "Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC, según escolaridad"**……**42

Gráfico Nº5: "Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC, según diagnóstico de cáncer"**……**43

Gráfico Nº 6: "Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC, según estado civil"**.....**44

Gráfico Nº 7: "Frecuencia género / lugar de residencia de adultos Mayores pertenecientes a la CONAC"**……**45

Gráfico Nº 8: "Frecuencia género/situación familiar de adultos Mayores pertenecientes a la coñac"**……**46

Gráfico Nº 9: "Distribución nivel incertidumbre de adultos mayores pertenecientes a la CONAC"…**……**47

Gráfico Nº 10: “Relación entre nivel de incertidumbre y género en adultos mayores pertenecientes a la CONAC”.....48

Gráfico Nº 11: “Relación entre nivel de incertidumbre y género en adultos mayores pertenecientes a la CONAC”.....49

Gráfico Nº 12: “Relación entre nivel de incertidumbre y edad en adultos mayores pertenecientes a la CONAC”.....50

Gráfico Nº 13: “Relación entre nivel de incertidumbre y escolaridad en adultos mayores pertenecientes a la CONAC” 51

Gráfico Nº 14: “Relación entre nivel de incertidumbre y diagnóstico de cáncer en adultos mayores pertenecientes a la CONAC” 52

Gráfico Nº 15: “Relación entre nivel de incertidumbre y estado civil en adultos mayores pertenecientes a la CONAC”.....54

Gráfico Nº 16: “Relación entre nivel de incertidumbre y lugar de residencia en adultos mayores pertenecientes a la CONAC”.....55

Gráfico Nº 17: “Relación entre nivel de incertidumbre y situación familiar en adultos mayores pertenecientes a la CONAC”.....56

Gráfico Nº 18: “Distribución de las dimensiones del nivel incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC” 57

Gráfico Nº 19: “Distribución de la dimensión marco de estímulos del nivel incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC”.....59

Gráfico Nº 20“Distribución de la dimensión capacidad cognitiva del nivel

incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC” ……60

Gráfico Nº 21: “Distribución de la dimensión fuente de la estructura del nivel incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC”……..61

Gráfico Nº 22: “Distribución de las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre con sus respectivos indicadores en adultos mayores Pertenecientes a la CONAC”……62

Gráfico Nº 23: “Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión género de la variable características sociodemográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC”……63

Gráfico Nº 24: “Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnóstico de cáncer (mama) de la variable Características socio demográficas del adulto mayor perteneciente a la CONAC” ……64

Gráfico Nº 25: “Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnóstico cáncer (cérvico uterino) de la variable Características sociodemográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC” ……...65

Gráfico Nº 26: “Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnóstico cáncer (colon) de la variable Características sociodemográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC” 66

Gráfico Nº 27: “Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnostico cáncer (próstata) de la variable características sociodemográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC”……..67

Gráfico Nº 28: "Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnóstico cáncer (cerebral) de la variable características sociodemográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC**"** **……**68

Gráfico Nº 29: "Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnostico cáncer (vejiga) de la variable características sociodemográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC"**……..**69

Gráfico Nº30: "Relación entre las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre y la dimensión escolaridad de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC**"……..**70

Gráfico Nº 31: "Relación entre las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre y la dimensión estado civil, indicador soltero de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC". **……**71

Gráfico Nº 32: "Relación entre las dimensiones y la variable Socio demográfica estado civil, indicador casado en adultos mayores pertenecientes a la CONAC" **……**72

Gráfico Nº 33: "Relación entre las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre y la dimensión lugar de residencia de la variable características socio demográficas del adulto mayo perteneciente a la CONAC " **……**73

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS

Cuadro Nº 1: estructura del cuestionario: escala de evaluación de la incertidumbre de Merle Mishell, 1988)…….....33

Cuadro Nº 2: relación entre el nivel de incertidumbre y respuestas obtenidas……36

Tabla Nº 3: "Distribución porcentual de género que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"……100

Tabla Nº 4:" Distribución porcentual de las edades que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC".....101

Tabla Nº 5: "Distribución porcentual del nivel de escolaridad que poseen los adultosmayores pertenecientes a la CONAC" ……102

Tabla Nº 6: "Distribución porcentual de diagnósticos de cáncer que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC" ……102

Tabla Nº 7: "Distribución porcentual del estado civil de los adultosmayores pertenecientes a la CONAC" ……...103

Tabla Nº 8: "Distribución porcentual genero/edad poseen los Adultos mayores pertenecientes a la CONAC" ……103

Tabla Nº 9: "frecuencia genero /lugar de residencia de los adultos mayores pertenecientes a la CONAC " ……..111

Tabla Nº 10: "frecuencia género /situación familiar de los adultosmayores pertenecientes a la CONAC" ……104

Tabla Nº 11: “Nivel de incertidumbre que presentan
los adultos mayores pertenecientes a la CONAC” **…….**105

Tabla Nº12: “Nivel de incertidumbre /géenero que presentan
los adultosmayores pertenecientes a la CONAC” **…….**105

Tabla Nº13: “Nvel de incertidumbr/escolaridad que presentan
los adultos mayores pertenecientes a la CONAC” **…….**105

Tabla Nº14: “Nivel de incertidumbr/diagnóstico que presentan
los adultos mayores pertenecientes a la CONAC” **…….**105

Tabla Nº15: “Nivel de incertidumbr/estado civil que presentan
los adultos mayores pertenecientes a la CONAC” **……..** 105

Tabla Nº16: “Nivel de incertidumbre/lugar de residencia
que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC”**……..** 105

Tabla Nº17: “Nivel de incertidumbr/situación familiar que
presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC” **……**105

Tabla Nº18: “distribución de las dimensiones del nivel de
incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC” **……**105

Tabla Nº19: “distribución de las dimensión marco de los
estimulos en adultos mayores pertenecientes a la CONAC”**……....**105

Tabla Nº20: “distribución d los indicadores de cada dimension

de la incertidumbre de adultos mayores pertenecientes a la CONAC" **……..**109

Tabla Nº 21: "distribución de las dimensión capacidades cognitivas

del nivel de incertidumbre en adultos mayores **……**105

pertenecientes a la CONAC" **……..**110

Tabla Nº 22: "distribución de las dimensiones del nivel de incertidumbre

en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"**……..**110

Tablan Nº 23: "distribución de las dimensión marco de los estímulos

del nivel de incertidumbre en adultos mayores

pertenecientes a la CONAC" **……**111

Resumen

La incertidumbre en salud se ha transformado en un elemento clave para fortalecer las respuestas o la forma en que la persona enfrenta la enfermedad. Esto genera una reflexión sobre la manera en que se desarrolla la incertidumbre frente a la enfermedad en los adultos mayores y nos lleva hacia la interrogante: ¿Cuál es la relación entre el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad y las características socio demográficas de los adultos mayores con diagnóstico de cáncer?

Esta investigación permite obtener la representación del modo que la enfermedad crónica provoca desequilibrio y de la forma en que las personas incorporan un estado de profunda incertidumbre para encontrarle un sentido a su enfermedad.

Estudio cuantitativo transversal y correlacional, que incluye a 47 adultos mayores hospedados en la Corporación Nacional del Cáncer (CONAC) durante su tratamiento oncológico en un centro especializado de la quinta región, entre los meses de mayo a julio de 2013. El objetivo de esta investigación es relacionar el nivel de incertidumbre y las variables sociodemográficas del adulto mayor.

Se utiliza un cuestionario tipo lickert que mide el nivel de incertidumbre basada en la teoría de Merle Mishel (MUIS) y los datos se analizan estadísticamente con el software Stata 13.

Se identifica el nivel de incertidumbre que presentan los adultos mayores con diagnóstico de cáncer. Determinándose que un 54,35% de adultos mayores presentan un alto nivel de incertidumbre, un 43,5% un regular nivel de incertidumbre y sólo un 2,2% un bajo nivel de incertidumbre.

Existe una correlación positiva entre el nivel de incertidumbre y las características sociodemográficas de los adultos mayores en especial: tipo de cáncer, estado civil, lugar de residencia y situación familiar.

Esta investigación favorece el desarrollo teórico de enfermería, comprendiendo y profundizando en fenómenos como la incertidumbre el cual fue explicado dentro de un contexto y población específica, basado en la experiencia de adultos mayores.

Palabras Claves: incertidumbre, adultos mayores, cáncer.

Summary

Uncertainty in health has become a key element in strengthening the answers or how the person facing the disease. This creates a reflection on how the uncertainty unfolds against disease in older adults and leads us to the question: ¿What is the relationship between the level of uncertainty about the disease and socio demographic characteristics of adults older with a diagnosis of cancer?

This research allows for the representation of the way that chronic disease causes imbalance and how people incorporate a state of deep uncertainty to make sense of their illness.

Cross correlational quantitative study including 47 elderly staying at the National Cancer Corporation (CONAC) during cancer treatment in a specialized center of the fifth region, between the months of May to July 2013. The objective of this research is to relate the level of uncertainty and socio-demographic variables of the elderly.

Lickert type questionnaire that measures the level of uncertainty based on the theory of Merle Mishel (MUIS) and the data were statistically analyzed with Stata 13 software was used.The level of uncertainty around older adults with a diagnosis of cancer is identified.

Determining a 54.35 % of older adults have a high level of uncertainty, 43.5% a regular level of uncertainty and only 2.2 % a low level of uncertainty. There is a positive correlation between the level of uncertainty and the socio demographic characteristics of the elderly in particular: type of cancer , marital status, place of residence and family situation.

This research supports the theoretical development of nursing and deepening understanding phenomena like uncertainty which was explained within a specific context and population, based on the experience of older adults.

Key Words: Uncertainty, older adults, Cancer.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1. 1 INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista de la disciplina es importante destacar que para lograr una atención integral del adulto mayor oncológico es necesaria la aplicación del proceso de enfermería, herramienta esencial que le permite a la enfermera realizar un diagnóstico, planear y realizar las actividades de acuerdo a la situación y de las respuestas de la persona atendida evaluando la atención brindada. Configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí constituyendo así una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, los cuales se orientan a partir de los diversos modelos y teorías con los que cuenta la profesión (Muñoz ,2009). Dentro de estas se encuentra la teoría intermedia de Merle Mishel que aporta información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades graves y crónicas es así como la autora de la teoría define la incertidumbre: "L*a inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad y ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetivos y eventos y de predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de informacion y conocimientos"(Marriner 2003)*.

Para enmarcar al adulto mayor oncológico en este esquema, se parte de estudios que han demostrado que el nivel de incertidumbre es alto en las personas atendidas con diagnóstico de cáncer, según (Elphee, 2008).

Los profesionales enfermeros en su práctica cotidiana enfrentan experiencias de cuidado con personas en situación de enfermedad, según su trayectoria; algunas de ellas impregnadas de dolor, sufrimiento y desesperanza, lo que la convierte en una experiencia individual; donde la percepción y el significado difiere de una persona a otra. Un aspecto que acompaña al ser humano en situaciones de enfermedad es la *incertidumbre;* ese no saber que depara el destino, ese dejar todo al azar del destino, es otro de los sentimientos que surgen en momentos críticos de la vida del ser humano. En el caso de las enfermedades crónicas como el cáncer, la persona enferma y su familia se sumen en la *incertidumbre*; son muchas las preguntas sin respuesta,

frente al diagnóstico, a las consecuencias del tratamiento, al pronóstico y el temor a la muerte.

Un aspecto que acentúa ese sentimiento de incertidumbre es que si no se interviene a tiempo esto puede acelerar el progreso de la enfermedad, llevando a la persona a un deterioro psíquico, físico (Gómez, 2010).

Las enfermedades oncológicas representa una de las situaciones más temidas por las personas, quienes en algún momento de sus vidas han estado o han escuchado de alguien que ha padecido cáncer y por lo mismo conocen algunas de sus características tales como el dolor, la invasión, la inminencia de muerte o los efectos secundarios de los tratamientos médicos más comunes. Así se espera que cualquier persona recién diagnosticada presente una serie de respuestas emocionales entre estas la incertidumbre, aparece cuando un evento puede no ser estructurado adecuadamente debido a que es escasa la información de la persona sobre el evento (Mishel, 1981). Estos eventos que provocan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de estrés provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad de la persona. Si el tratamiento es la cirugía, las personas deben conocer la conveniencia del procedimiento como la pérdida funcional correspondiente. Si el tratamiento incluye la radioterapia puede aumentar la incertidumbre por desconocimiento asociando la radioterapia al tratamiento paliativo y si el tratamiento es la quimioterapia no dispone de información acerca de los efectos secundarios para disminuir su incertidumbre.

Es por esto necesario que el profesional valore el estado de salud tanto física como psicológica de la persona atendida, planificando el cuidado, y supervisando la ejecución de este (Isla, 1995).

Esta investigación pretende estudiar la relación entre el nivel de incertidumbre frente a la Enfermedad y las características socio demográficas de los adultos mayores con diagnóstico de cáncer, según la conceptualización de Merle Mishel.

1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

1. De acuerdo al censo del año 2012 la población de Chile es de 16.634.603. De este total, el 30,4% se encuentra en el rango de edad 20-39 años, 29,9% entre los 40-64 años y el 9,3% corresponde al rango de 65 años y más (INE, 2012).

2. En Chile existen 2.409.312 personas con más de 60 años, según el censo, lo que equivale a un 14% de la población. En comparación con 2002, cuando correspondían a un 11% el aumento de la población mayor de 60 años (INE 2012).

3. En la comuna de Valparaíso del total de la población 16.634.603 la cantidad de adultos mayores corresponde a 2.409.312 lo que equivale a un 14,4 % de la población. Siendo una de las regiones más envejecidas del país. (INE, 2012)

4. En el año 2005 más de un 50% de los canceres ocurrió en mayores de 65 años, el año 2030 esta cifra será superior al 70%. Dicho de otra forma la incidencia de cáncer en ambos sexos es de 12 a 36 veces más alta en mayores de 65 años que en personas de 25 a 44 años y de 2 a 3 veces más frecuente que en personas de 45 a 64 años (Borquez, 2007).

5. El envejecimiento, es un proceso fisiológico normal e irreversible que representa los cambios bio-psico-funcionales universales que se producen con la edad. Se produce la declinación de múltiples variables fisiológicas que se traduce en una reducción de la reserva funcional. Se reduce la tolerancia al estrés producido por la enfermedad y por los tratamientos. Estos cambios que varían de un individuo a otro, lenta y progresivamente afectan la adaptabilidad de la persona a su entorno físico, ambiental y social aumentando la vulnerabilidad del individuo, exponiéndolo a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas y procesos malignos que menoscaban su salud y calidad de vida (Hortaneda, 2007).

6. Debido a los cambios fisiológicos evolutivos en las personas mayores, la falta de protección frente a infecciones, la acción prolongada de los agentes carcinógenos, ya sean hormonales, dietéticos, metabólicos, los cambios histológicos de diversos órganos, etc., puede afirmarse que la edad es un claro factor de riesgo de padecer enfermedades oncológicas y que la vejez, en la medida que se acompaña de comorbilidad excesiva y grave, implica un riesgo añadido y hay que tenerla siempre presente al evaluar la expectativa de vida (Bustamante, 2006).

7. Las enfermedades oncológicas en un adulto mayor, genera indudablemente temor, tristeza, angustia, incertidumbre y desconsuelo tanto en el paciente como en sus familiares, amigos, e incluso en el personal de salud. Esto se debe, en parte, a aspecto sociológicos y culturales asociados al cáncer ("una larga y penosa enfermedad") los cuales inducen a ser vista, por la mayor parte de nuestra población, como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa y compleja a nivel familiar y una amenaza permanente, según el caso, tanto para el paciente como para los que logran sobrevivir. (Rosas-Muy, G. 2008).

8. Por ser el cáncer un problema de salud que afecta a las personas atendidas en todas las esferas de la vida pero, fundamentalmente en el orden psicológico, el equipo de enfermería encargado de su atención debe estar bien preparado y saber de las complicaciones o problemas de salud, que se pueden derivar para hacer más efectiva su influencia sobre las personas atendidas y ayudarlas a vivir con su enfermedad sobre todo en el período en que reciben radioterapia y quimioterapia. (Cabrera, 2006).

9. Las personas diagnosticadas de cáncer requieren gran cantidad de recursos humanos y materiales para ser adecuadamente atendidos en sus dimensiones biológica, psicológica, familiar, laboral y social. Considerando también la creciente complejidad de los actuales tratamientos en oncología médica y el progresivo

incremento de las necesidades de apoyo e información de las personas atendidas y sus familiares (Torrico. E, 2002).

10. El efecto real para la enfermería oncológica es la ampliación de sus campos de acción, el mejor seguimiento y el control adecuado de los procesos de atención que están en marcha. Para la enfermería oncológica los estudios permiten ampliar los horizontes, mejorar los procesos de atención a las personas, ofrecer soluciones y respuestas a sus problemáticas más urgentes fortaleciendo la relación con ellos y sus familias y de forma continua mejorar aspectos de su calidad de vida, como el manejo de los efectos secundarios de cada uno de los tratamientos y las consecuencias que conllevan en su rutina diaria (Cabrera, 2006).

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Relación entre el nivel de incertidumbre y las características socio demográficas de adultos mayores con diagnóstico de cáncer pertenecientes a la Corporación Nacional de Cáncer (CONAC), Quinta región, entre los meses de Mayo-julio 2013.

1.3.1 PREGUNTA INVESTIGATIVA

¿Cuál es la relación entre el nivel de incertidumbre y las características socio demográficas que presentan los adultos mayores con diagnóstico de cáncer?

1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

1.4.1 Nivel de incertidumbre: Escala que mide la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad, y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán. Involucra las siguientes dimensiones: marco de los estímulos, capacidades cognitivas, fuentes de la estructura.

1.4.2 Características socio demográficas de los adultos mayores: Aspectos particulares de personas de género femenino o masculino cuyo rango de edad es igual o mayor a 60 años, sin deterioro cognitivo pertenecientes a la CONAC. Incluyen: género, edad, escolaridad, diagnóstico de cáncer, estado civil, lugar de residencia, situación familiar

1.4.3 Diagnóstico de Cáncer: Es la confirmación de una enfermedad que se asocia al proceso de envejecimiento y que provoca que un grupo de células proliferen sin control y se multipliquen de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Etapa de Diseño

Dificultad para encontrar artículos nacionales que investiguen acerca de la incertidumbre que genera la enfermedad en adultos mayores.

Existencia de artículos no publicados en la fecha en que fueron efectuados, algunos de los cuales se realizaron en el año 1997.

1.5.2. Etapa de Ejecución

Retraso en las respuestas por parte del comité de bioética de la facultad de medicina de la Universidad de Valparaíso, para emitir el certificado de aprobación.

1.6 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.6.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de incertidumbre y las características socio demográficas del adulto mayor con diagnóstico de cáncer.

1.6.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características socio demográficas de los adultos mayores con diagnóstico de cáncer

2. Identificar el nivel de incertidumbre que presentan los adultos mayores en los distintos tipos de cáncer.

3. Identificar la relación del nivel de incertidumbre con las características socios demográficas del adulto mayor en su dimensión: marco de los estímulos.

4. Identificar la relación del nivel de incertidumbre con las características socio demográficas del adulto mayor en su dimensión: capacidades cognitivas

5. Identificar la relación del nivel de incertidumbre con las características socios demográficas del adulto mayor en su dimensión: fuentes de la estructura.

CAPITULO 2

MARCO CONCEPTUAL

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 El Proceso de envejecimiento y el cáncer en el adulto mayor

Dentro de las teorías que tratan de explicar el proceso de envejecimiento existen dos grandes categorías: las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (Teorías Estocásticas) y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (Teorías no estocásticas). No existe una teoría sobre envejecimiento que pueda explicar todo el fenómeno, probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan un debilitamiento de la homeostasia que culmina con la muerte (Calenti.M, 2010).

Denominamos envejecimiento al proceso de cambios morfo funcionales que se producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo. Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o la referida a los cambios patológicos, propios de cada persona y relacionados con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación a la aparición de morbilidad (Calenti, 2010).

No podemos establecer el momento en que un individuo comienza su proceso de envejecimiento, aunque lo que sí sabemos es que desde el momento de la concepción, el ciclo del individuo ya es finito, teniendo fecha de caducidad. Por otra parte y desde el punto de vista de la perpetuación de las especies, el momento del de inicio del envejecimiento podríamos contextualizarlo cuando el ser humano alcanza su edad reproductiva a partir de la cual ya podríamos decir que cumplida su función, tener descendencia, su involución ya es incuestionable (Calenti, 2010).

Consideremos el momento que tenemos como inicio, lo que sí sabemos es que en el proceso de envejecimiento van a intervenir múltiples factores, tanto genéticos

como ambientales. Se estima que únicamente entre el 20% y el 25% de la variabilidad en la edad de fallecimiento vendrá determinado por los por los factores genéticos, de los cuales unos se constituirían en factores de supervivencia, mientras que otros serán factores de predisponentes para el padecimiento de ciertas enfermedades crónicas, como las enfermedades coronarias, algunos tipos de cáncer, Diabetes Mellitus y algunas Demencias (Calenti M, 2010).

2.2 Antecedentes de la incertidumbre frente a la enfermedad

A nivel internacional la lista de investigaciones acerca de la incertidumbre es variada e incluye estudios en enfermería y otras disciplinas que han utilizado la incertidumbre como el marco conceptual. Los resultados de estas investigaciones generalmente apoyaron a la teoría, siendo la severidad de los síntomas la variable que más se asocia con la incertidumbre, mientras que la variable de proveedores de la estructura (educación, apoyo social, autoridad con credibilidad) redujo la incertidumbre. Un estudio basado en la teoría exploró la percepción de los niños de la incertidumbre durante el tratamiento del cáncer, citando a la teoría de la incertidumbre como la *teoría de la sensibilización* (Stewart, 2003).

Otra investigación mide la incertidumbre y la motivación para seguir el tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2, en los cuales se refleja el bajo grado de incertidumbre y un alto grado de motivación por el tratamiento, sin embargo la incertidumbre en ellos es baja debido a que se trata de una enfermedad crónica en la cual ellos ya están adaptados, ya han sido intervenidos a través de la educación en sus respectivos controles con profesionales (Alves et .cols., 2007).

A nivel nacional existen escasos estudios específicos acerca de la respuesta del adulto mayor frente a la enfermedad y la incertidumbre que ésta genera. Algunos de ellos miden la incertidumbre en la persona hospitalizada en el periodo preoperatorio, donde el resultado indica que el periodo preoperatorio es una etapa poco clara con gran sugestión y/o falta de información (Tapia, 1987).

En la ciudad de Concepción se realizó una tesis de Magister que muestra un alto nivel de incertidumbre en la persona en el periodo preoperatorio oftalmológico, llegando a resultados similares y en el que la información entregada a la persona atendida incide en el nivel de incertidumbre. Otros vinculan la calidad de vida con la incertidumbre frente a la enfermedad en el cual se postula un modelo que ante la enfermedad especialmente el cáncer se produce una situación de estrés e incertidumbre, factor que se relaciona con las características exógenas de la persona y que repercuten en su calidad de vida. (Torres, 2006).

Una investigación desarrollada en un consultorio en la ciudad de Chillán, señala la percepción de incertidumbre en personas diabéticas en control, demostrando que la educación influye positivamente en la percepción de las personas y el nivel de conocimientos de la enfermedad (Isla, 1996).

Con respecto al cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas, señala que la enfermedad genera situaciones de incertidumbre en la experiencia de salud de las personas, se analizan las características del concepto de incertidumbre de acuerdo a Merle Mishel y se propone un cuidado que rescate las situaciones cotidianas que configuran las experiencias de salud de las personas en su entorno (Aimar, 2009).

2.3 Teoría Intermedia de Enfermería de la Incertidumbre frente a la Enfermedad.

Esta teoría permite valorar y planificar el cuidado de enfermería, en adultos mayores que sufren alguna enfermedad en este caso el cáncer, en la cual se genera una respuesta de incertidumbre influenciada por: el estado cognitivo, tipología de los síntomas y proveedores dela estructura. Esto lleva a la persona atendida a generar mecanismos de afrontamiento, para finalmente lograr la adaptación a la enfermedad (Marriner, 2003).

La teoría de la incertidumbre es reconocida por la enfermera en su práctica para discutir una nueva probabilidad de afrontamiento en las personas con cáncer, a fin de evitar el efecto inmovilizador en el mismo. Dado que la incertidumbre genera estrés, la habilidad de la enfermera podría disminuir este grado de incertidumbre, en la medida que se provea información periódica, cierta y regulada sobre su estado de salud al adulto o adulto mayor oncológico y a su familia. La enfermera debe propiciar la manifestación de emociones para identificar situaciones de estrés crisis, desadaptabilidad para trabajar en conjunto con la persona atendida. Finalmente el afrontamiento le permita a la persona adulto mayor portador de cáncer aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso salud enfermedad (Triviño, 2005).

Teniendo en cuenta los conceptos teóricos, el modelo propuesto por Merle Mishel, la profesional enfermera podrá utilizar esta teoría con el fin de buscar en el adulto mayor con diagnóstico médico de cáncer y a su familia, la mejor forma de enfrentar la enfermedad.(Marriner, 2003)

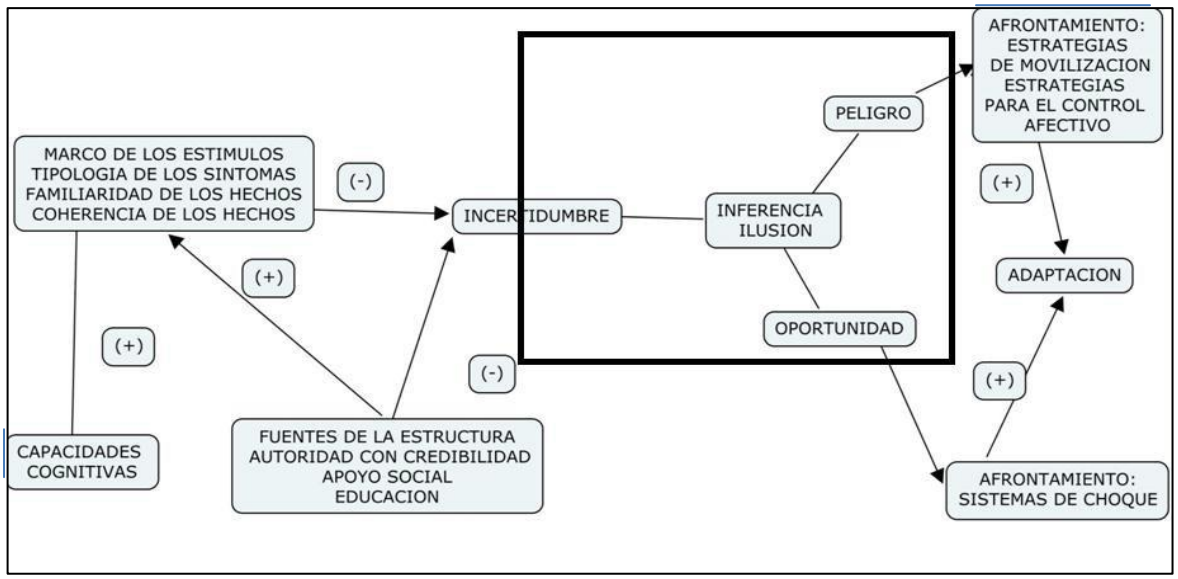
La teoría intermedia de la incertidumbre, y como ésta es percibida con relación a la enfermedad, parte de procesos procedentes de la psicología, que identificaba la incertidumbre como un estado cognitivo resultante de una serie de impulsos o señales que no son suficientes para formar un esquema cognitivo o una representación interna o un hecho; Merle Mishel toma este concepto de la psicología y lo actualiza en el campo de los estudios de la enfermería. Es innovadora la aplicación que Mishel hace de este marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad, lo que hace que este marco resulte valioso para las enfermeras (Marriner, 2003).

Cuando se presenta la incertidumbre, puede considerarse como un aspecto negativo provocando consecuencias psicológicas como ansiedad, depresión, modo negativo en la calidad de vida, llevando a la persona a un déficit del autocuidado. Los eventos inciertos evaluados como peligro implican daño, por lo cual se implementan estrategias para reducir la incertidumbre. La incertidumbre también se puede

considerar como un aspecto positivo (oportunidad), este se presenta cuando la persona atendida con enfermedad crónica tiene la capacidad de aceptar su enfermedad como parte de la realidad en que vive; es decir los eventos inciertos evaluados como una oportunidad implican resultados positivos y las estrategias de enfrentamiento buscan implementar la incertidumbre; si estas son efectivas ocurre la adaptación (Marriner, 2003).

Para que la incertidumbre sea considerada oportunidad, la persona con enfermedad crónica debe tener una capacidad cognitiva amplia, debe entender y conocer su enfermedad, así como la sintomatología y la probabilidad de alcanzar un buen estado de ánimo; además, confiar en los recursos sociales y en el personal médico (Torres, 2006).

Figura Nº 1: Modelo de la Incertidumbre de Merle Mishel (1988).



Fuente: Modelo de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1988).

Variables consideradas en el Modelo (Mishel, 1998)

1. Marco de los estímulos: constituye la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona; estímulos que por tanto se estructuran dentro de un esquema cognitivo.

> **El esquema cognitivo**: se define como la interpretación subjetiva de la persona respecto a su enfermedad, tratamiento u hospitalización
>
> Los factores que influyen en el marco de los estímulos son:
>
> **Tipología de los síntomas:** es el grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia para ser percibidos como un modelo o configuración.
>
> **Familiaridad de los hechos:** la familiaridad de los hechos supone el grado en que una situación se antoja habitual y repetitiva, o el grado en que las claves son reconocibles.
>
> **Coherencia de los hechos:** se refiere a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos que resultan de la enfermedad.

2. Capacidades cognitivas: son las habilidades de la persona de procesar la información y refleja tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación

3. Fuentes de la estructura: representan los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de los estímulos. Según el modelo estos recursos son:

> **Autoridad con credibilidad:** es el grado de confianza que la persona tiene en el personal sanitario que le atiende.
>
> **Apoyo social:** el apoyo social que se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos

Educación: representa los recursos personales que incide directamente en las capacidades cognitivas necesarias para interpretar, comprender el proceso de enfermedad.

4. Inferencia: la inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas. Se forma a raíz de la disposición del individuo que incluye la capacidad inventiva adquirida, el dominio y el área de control. Se refiere a la creencia del individuo de que puede llegar a controlar los acontecimientos de su vida

5. Ilusión: la ilusión se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre, y que considera los aspectos positivos de una situación.

6. Adaptación: refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual.

7. Nueva perspectiva de la vida: la nueva perspectiva de la vida representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructuras de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida.

8. Pensamiento probabilístico: el pensamiento probabilístico se refiere a la creencia en un mundo condicional, en el que se dejan de lado el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad.

Mishel en 1990 reconceptualiza la teoría, con el propósito de incorporar la idea de respuesta de que las enfermedades crónicas implican una larga duración; por lo que se vuelve a valorar la incertidumbre afirmando que las personas con enfermedades crónicas debieran pensar en una orientación del mundo complejo y dar un significado a sus vidas; si las personas con enfermedades crónicas como el cáncer interpretan la incertidumbre como una perspectiva normal de la vida, esta puede convertirse en una fuente positiva con múltiples oportunidades que provoquen

estados de ánimo buenos; el personal sanitario (médicos, enfermeras), tiene el deber de enseñar a la persona a usar la incertidumbre para encontrar distintas explicaciones a los hechos, aceptar la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida. Algunos estudios de investigación han demostrado que la incertidumbre es un poderoso factor de estrés en el contexto de la enfermedad y la hospitalización, además aumenta en especial cuando hay un diagnóstico en espera (Mishel, 1997), siendo el apoyo social el que reduce la incertidumbre (White & Frasure-Smith, 1995), también se ha concluido que la incertidumbre está positivamente relacionada con la ansiedad y depresión (Richardson et al., 1987; Webster&Chrisman, 1988).

Esta reconceptualización sostiene que las personas con experiencias de incertidumbre a lo largo del tiempo llegan a vivirla como un cambio en el enfoque de sus vidas. Ante un evento que amenace o dañe su vida se provoca un desequilibrio por el cual la persona puede incorporar un estado de continua incertidumbre donde se genera "La reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida" (Mishel, 2008).

De acuerdo a este modelo, la incertidumbre es influida negativamente por el marco de los estímulos (familiaridad con el evento). Las capacidades cognitivas influencian las variables del marco de los estímulos. Si la persona tiene comprometida sus capacidades cognitivas como por ejemplo fiebre, dolor, infección o medicamentos que alteren la mente, la claridad y definición de las variables probablemente disminuirán, lo que dará como resultado la incertidumbre. En tales situaciones se asume que las variables del marco de los estímulos son claras, siguen un patrón, se pueden distinguir y solo disminuyen por las limitaciones de las capacidades cognitivas. Sin embargo, cuando las capacidades cognitivas son adecuadas, las variables del marco de los estímulos podrían aún carecer, información completa, y aparecen para alterar las variables del marco de los estímulos a través de

la interpretación. Estás acciones sirven para estructurar el marco de los estímulos, por lo tanto reducen o evitan la incertidumbre (Mishel, 2008).

Muchos estudios se han enfocado en los antecedentes del marco de los estímulos y los proveedores de la estructura. Tres aspectos de la enfermedad han resultado ser la causa de incertidumbre: severidad de la enfermedad, naturaleza errática de los síntomas y la ambigüedad de los síntomas. La severidad de la enfermedad corresponde al componente del marco de los estímulos (Mishel, 2008).

Otros estudios han mostrado que la severidad de la enfermedad es una variable que predice la incertidumbre por ejemplo, en pacientes con enfermedades crónicas como la fibromialgia (Johnson, 2006).

Las fuentes de la estructura pueden también impactar directamente a la incertidumbre. El proveedor de cuidados de salud puede ofrecer explicaciones o utilizar otros enfoques que directamente reduzcan la duda. De manera similar la incertidumbre puede ser reducida por el nivel educacional y el conocimiento resultante. Existen investigaciones que reafirman este aspecto de la teoría dirigidos a entender el concepto de incertidumbre en personas con linfomas, ya que es una enfermedad que acompaña a la persona toda su vida, lo que resulta negativo en su calidad de vida. En este estudio existe una gran influencia de la información que entrega la enfermera, del apoyo social de la persona atendida, lo que va a influir en la incertidumbre y en la aparición de síntomas psicológicos, como la ansiedad y depresión. Se proponen intervenciones educativas por parte de las enfermeras (Elphee, 2008).

En este momento la incertidumbre es vista como un estado neutral y no está asociada con las emociones hasta que es evaluada, durante esta evaluación aparecen la inferencia y la ilusión, éstas están basadas en las creencias y disposiciones de la personalidad que influencian, ésta implica resultados positivos y las estrategias para lidiar si es que esta duda es evaluada como un peligro o como una oportunidad para

finalmente lograr la adaptación por parte de la persona atendida (Mishel, Clayton, 2008).

2.3.1 Escala de Mishel de Evaluación de la Incertidumbre en la Enfermedad

Michel desarrolló una escala para conocer la ambigüedad percibida frente a la enfermedad que se conoce como la escala de Michel de la incertidumbre frente a la enfermedad Mishel Uncertainty in illness Scale (MUIS) que consta de 29 ítem, midiendo en los pacientes la incertidumbre en relación con el diagnóstico, la sintomatología, él tratamiento y la relación con los proveedores del cuidado (enfermera, médico u otro). A partir de esta escala surgen otras tres: una comunitaria, una para padres con respecto a la experiencia de enfermedad de sus hijos, para familiares cuando un miembro de la familia se encuentra gravemente enfermo. Existen investigaciones que utilizan esta escala como, por ejemplo un estudio que se realiza respecto a la incertidumbre percibida en adolescentes y adultos jóvenes con cáncer, a los cuales se les aplicó la escala de evaluación, en donde la información que se les entrega es imprescindible para disminuir la incertidumbre. (Decker et.cols., 2007). Otras investigaciones se han dirigido a personas con hepatitis C en los cuales se midieron la incertidumbre con esta escala y donde se relaciona la incertidumbre con síntomas como la fatiga, pena, depresión y se mide la calidad de vida de estas personas, encontrándose que la ambigüedad es la que más se asocia a los síntomas antes mencionados (Bailey et.cols., 2009).

El instrumento aplicado en esta investigaciones la escala de la incertidumbre desarrollado por Merle Mishel y validado en personas con enfermedades crónicas, como en el estudio Power, Uncertainty, Self-Transcendence, andquality of life in breast cáncer survivors. La escala en este estudio arrojó un alfa de cronbach de 89. Otra validación fue realizada en Chile por Tapia (1987) en su estudio Nivel de Incertidumbre en los pacientes hospitalizados durante el período pre-operatorio, mostrando altos niveles de confiabilidad y correlación de los ítems con los dominios, con un r de Pearson de 0.76. La escala completa se midió a través del coeficiente de

Spearman – Brown que entregó un valor de 0.86, demostrando que la escala de incertidumbre capta consistentemente el fenómeno para el cual fue creada y también por Isla (1995) en su estudio del Nivel de Incertidumbre de personas portadoras de Diabetes. Esta escala mide la incertidumbre generada en las personas por el proceso de la enfermedad, frente a la sintomatología, el diagnóstico y tratamiento, además de medir las relaciones entre las personas atendidas y el personal de cuidado (médicos, enfermeras) y el planteamiento para el futuro de la persona. Merle Mishel, elaboró la Escala de Medición de Incertidumbre en la Enfermedad, la cual entrega un criterio básico para seleccionar la unidad de análisis e identifica plenamente, la percepción de la incertidumbre frente a la enfermedad (Torres, 2006).

Torres (2006) presenta la estructura del instrumento de valoración de la incertidumbre de Mishel y su adaptación para la aplicación del modelo de investigación de su tesis doctoral; agrupa y relaciona los ítems del instrumento teniendo en cuenta los factores presentes en la teoría de Mishel, para luego serán analizados y determinar el nivel de incertidumbre. De esta manera en el presente estudió se utilizó la misma estructura.

2.4 Responsabilidad del profesional enfermero con el adulto mayor oncológico.

Los tumores en el adulto mayor han aumentado exponencialmente causando la muerte, lo cual está asociado a cambios de estilos de vida entre otras causas. Algunos procesos malignos se asocian a múltiples factores, entre los cuales destaca el hereditario. En el caso del adulto mayor existe una susceptibilidad de las células envejecidas a los carcinógenos ambientales lo que facilita los cambios moleculares, lo que explicaría la relación entre envejecimiento y cáncer (Bórquez, 2007).

Por lo anterior se hace necesario que la enfermería oncológica haya evolucionado en el tiempo. Hoy en día esta debe creer en el valor del equipo, en su capacidad de planificar, prever y adelantarse a las complicaciones, en el valor de la

educación y el apoyo emocional. Debe potenciar la intervención de la familia y acompañar al paciente adulto mayor durante su proceso de enfermedad buscando la continuidad de atención y la toma de decisiones compartidas.

La enfermería oncológica debe poseer competencias que implican asumir un marco de referencia y valores propios cuyos fundamentos están ligados a una manera concreta de ver a la persona, la salud, el equilibrio con su entorno y el cuidado. La persona atendida es el auténtico protagonista en torno al cual giran todas las intervenciones.

El profesional enfermero debe proporcionar atención integral al adulto y adulto mayor, familia, cuidador respondiendo a sus necesidades individuales. Propiciar los máximos niveles de recuperación de la autonomía de la persona atendida, alentándole a participar activamente en el proceso, a pesar de los límites impuestos por su enfermedad. Promover el desarrollo de la persona considerando el ciclo vital individual, impulsando la capacidad de adaptación y crecimiento del individuo, desde el momento del diagnóstico y hasta la situación terminal.

Propiciar una relación terapéutica y de apoyo hacia la persona atendida y su familia. En el ejercicio del cuidado nos convertimos en sus aliados, sus colaboradores a lo largo del proceso, como un compromiso de acompañamiento que se hace presente en todas las actividades de enfermería, sea cual sea su situación clínica.

El profesional enfermero debe contribuir a una atención especializada, mediante el seguimiento clínico, la prevención, detección y control de síntomas, el uso de la tecnología propia y la administración segura y correcta de tratamientos complejos, elaboración de protocolos de actuación propios para el manejo de problemas más frecuentes. Garantizar la continuidad de la atención, estableciendo una mayor coordinación e interrelación entre las diversas áreas y niveles del sistema. Esto exige un crecimiento constante y un talante de cambio y renovación permanente, así como avanzar en el propio conocimiento de los fenómenos de interés para la disciplina, promoviendo actividades de búsqueda e investigación destinadas a mejorar

los fundamentos de los cuidados basados en la evidencia, manteniendo e implementando los conocimientos clínicos y las habilidades técnicas y de comunicación mediante el estudio y la formación continua.

2.2 MARCO CONTEXTUAL

En un principio se pretendía realizar la investigación en el Servicio de Oncología perteneciente al Hospital Carlos Van Buren y por dificultades presentadas para la aprobación del Servicio de Salud Valparaíso –San Antonio se decide desarrollar el estudio en la CONAC, que es una institución de beneficencia, privada (ONG) con más de 30 años al servicio de las personas con cáncer, sus familias y la comunidad en general. Esta Institución acoge a todos aquellas personas que requieren estar cerca del centro oncológico para su tratamiento. Las cuales provienen de la IV y V Región, permaneciendo 4-6 semanas para tratamiento de radioterapia o quimioterapia en el centro oncológico correspondiente. Es una institución de derecho privado, sin fines de lucro que se rige por el título 33, letra primera del código Civil, Derecho Supremo Nº 110 y cuyo ordenamiento se regula por sus estatutos.

Tiene presencia en 32 ciudades de nuestro país, siendo sus centros de mayor tamaño su sede central, ubicada en Capellán Abarca 027, Providencia, Santiago. El cual acoge principalmente a pacientes terminales y el centro de la Quinta región, ubicado en Blas Cuevas 965, subida el Litre, Valparaíso.

Esta institución se caracteriza por la ayuda social que otorga a través de un grupo de voluntarias: Damas de Verde que prestan asistencia en 36 hospitales del país. Pone a disposición de la comunidad Hogares y Casas de Acogida para pacientes Oncológicos.

Desde el año 2004 la CONAC está apoyando a las personas atendidas en Hospitales Públicos, con la distribución de Canastas de Medicamentos de la Reforma Auge , lo que ha permitido un acceso igualitario a tratamientos de Calidad, sin distinción de condición social.

La CONAC ha desarrollado programas de detección precoz de los canceres más frecuentes (cáncer cérvico uterino, cáncer de mamas, cáncer de próstata).

CONAC V Región posee 2 sedes ubicadas en Valparaíso y Quilpué que es un importante centro de diagnóstico donde se realizan en promedio 1300 mamografías y 350 ecografías mensuales.

Su principal actividad está orientada a los sectores más vulnerables de la región que funciona a través de convenios de prestaciones de servicios con las corporaciones municipales.

CONAC implementa campañas de prevención de la enfermedad, charlas en colegios, Universidades y empresas. Además es un importante campo clínico para Universidades que imparten carreras del área de la salud.

Pone a disposición de la comunidad de la IV y V Región, tres grupos de prestaciones. La casa de acogida ubicada en el edificio central de la CONAC V Región, posee 43 camas, que reciben a personas con enfermedades oncológicas no terminales, hombres y mujeres, provenientes de distintas ciudades de la zona central de nuestro país y que vienen a recibir tratamiento de radioterapia y quimioterapia en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso que por la lejanía de sus hogares y por la imposibilidad de hospitalizar a pacientes ambulatorios debido a la escasez de camas que presenta dicha institución. En CONAC se les brinda hospedaje, alimentación, apoyo médico, psicólogos y kinesiólogos y cuidado las 24 horas del día.

La CONAC atiende al 90% de las personas con cáncer del país a través de la venta subsidiada de drogas antineoplásicas.

Mantiene un banco de drogas con 15 sucursales y 8 botiquines oncológicos, entre los cuales se encuentra Valparaíso, importando los fármacos en forma directa

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Hipótesis

H 1: el nivel de incertidumbre es alto en personas con diagnóstico de cáncer.

H 2**:** el nivel de incertidumbre está influido por las características socio demográficas del adulto mayor: género, edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, situación familiar.

H 3: el nivel de incertidumbre aumenta cuando existe mayor escolaridad.

H 4: el nivel de incertidumbre es alto en adultos mayores con escasas redes de apoyo.

2.3.2 Variables

- Nivel de incertidumbre
- Características socio demográficas del adulto mayor.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

4. 2 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimens.	Indicador	Ítems
Nivel de incertidumbre	Escala que mide la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad, y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán.				
		Marco de los estímulos	Tipología de los síntomas	Síntomas	3-7-9-17-21-22-29
			Familiaridad con los hechos	Diagnostico	1-2-4
				Tratamiento	8
			Coherencia con los hechos	Pronostico	12-16.-18-24-25
				Tratamiento	15
				Síntomas	20
		Capacidad Cognitivas	Capacidades cognitivas	Información recibida	5-10-26
				Tratamiento	6-13
		Fuente de la Estructura	Autoridad con credibilidad	Información Recibida Relación con el equipo de salud	11-19-23-27-28

variable	Definición conceptual	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Item
Características Socio demográficas del Adulto Mayor	Aspectos particulares de personas de género femenino o masculino cuyo rango de edad es igual o mayor a 60 años, sin deterioro cognitivo pertenecientes a la corporación nacional del cáncer. Incluyen: género, edad, escolaridad, diagnóstico de cáncer, estado civil, lugar de residencia, situación familiar.				
		Género		Femenino Masculino	1.1
		Edad			1.3
		Escolaridad		Básica completa Básica incompleta Media completa Media incompleta Educación superior	1.4
		Diagnóstio. de cáncer			1.2
		Estado civil		Soltero viudo Casado separado	1.5
		Lugar de residencia		Urbano Rural	1.6
		Situación Familiar		Vive solo Vive acompañado	1.7

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3. Diseño de la investigación

3.1. Tipo de estudio

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativo, transversal y correlacional.

3.2 Enfoque y procedimientos éticos

El desarrollo de este estudio tuvo en cuenta la normatividad de ética en investigación, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. "la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, entre ellos: se debe ajustar a los principios científicos y éticos que la justifiquen, debe prevalecer la seguridad de los sujetos de investigación, sin vulnerar ninguno de los tres principios universales: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Se aplicaron los medios necesarios para proteger los derechos y el bienestar de los sujetos de investigación. La proporción de riesgo es mínima, puesto que se respeta la integridad física y emocional de los sujetos de investigación. Se contó con el consentimiento informado de lo sujetos por escrito, sin "la intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o sumisión u otra forma distinta de coacción o coerción. Se les explicó a los adultos mayores con diagnóstico de cáncer, en forma sencilla y comprensible el objetivo de la encuesta, incluyendo los objetivos de la investigación y los beneficios que darán sus resultados. Se respondieron las inquietudes y dudas que manifestaron los sujetos de estudio. Se dejó explícito que se podrían retirar del estudio, si lo desean, y se suspendería la entrevista si se llegara a sentir cansado o con malestar.

Durante todas las etapas del estudio se aplicó con rigurosidad el método científico, y se hizo evidente el respeto por las personas que participaron en esta investigación.

El estudio se sometió a revisión y evaluación de los comités de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso; se dejó constancia que este estudio no tuvo otro beneficio para la autora diferente al interés académico y profesional, y se explicó como los resultados contribuirían a conocer cuál es la respuesta del adulto mayor con el diagnóstico de cáncer. A través del trabajo se tuvo en cuenta los principios éticos de autonomía, privacidad, beneficencia y justicia. Con este fin se solicitó permiso y aprobación por parte de los directivos de la (CONAC) V Región.

Se envió solicitud a autora del instrumento para su aprobación y proceder a la recolección de la información en los sujetos de estudio.

Se explicitó que el sujeto de estudio que participó en la investigación lo hizo de manera voluntaria, sin recibir ninguna retribución y que se le dió la explicación previa acerca de los fines y procedimiento a seguir. Se respetó su derecho a retirarse o a suspender la entrevista cuando él así lo quisiera; fé de esto lo puede dar el documento de consentimiento informado que el adulto mayor firmó, y el esquema de la información que recibió. Se respetó la decisión de los adultos mayores que no quisieran participar; se les advirtió que esto no afectaría la calidad de la atención recibida. Se tuvo en cuenta el principio ético de veracidad en la organización, presentación y análisis de los datos. Se dió crédito a los autores citados para fundamentar el estudio. La información obtenida fue utilizada únicamente para el estudio. Se respetó durante la investigación y en el informe final la privacidad tanto de los pacientes como de los profesionales, por lo tanto los participantes de esta investigación permanecen en el anonimato.

3.3 Definición del Universo

El universo de la investigación está constituido por todos los adultos mayores perteneciente a la CONAC, durante su tratamiento en un centro oncológico en el periodo comprendido de los meses Mayo-Julio del año 2013.

3.4 Diseño Muestral y Criterios de Inclusión

3.4.1 Muestra

La población objetivo, corresponde a adultos mayores, hospedados en la CONAC, en el período de tiempo comprendido entre los meses mayo-julio del año 2013. La población muestreada fue igual a la población objetivo.

En el año 2012 la población que se ajustaba a las condiciones requeridas, fue de 38 adultos mayores**.** La viabilidad de incluir a toda la población del año 2013 en la muestra era factible. La muestra que se logró obtener, fue de 47 adultos mayores, y corresponde a una muestra censal.

Esta muestra está delimitada por criterios de inclusión y de exclusión

3.4.2 Criterios de inclusión:

- Adultos mayores con diagnóstico de cáncer confirmado
- Adultos mayores de género femenino y masculino de 60 años y más
- Adultos mayores que están recibiendo tratamiento en un centro oncológico
- Adultos mayores dispuestos a participar voluntariamente

Criterios de exclusión:

- Adultos que presenten deterioro cognitivo
- Adultos que se encuentren en una etapa final de la enfermedad.
- Adultos menores de 60 años

3.5 Unidad de Análisis

La unidad muestral del estudio se constituye por los adultos mayores de género femenino y masculino que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Siendo el total N: 47 adultos mayores encuestados.

3.6 Método de recolección de datos

El método de recolección de datos seleccionado para realizar esta investigación es una escala tipo Likert llamada: escala de evaluación de la incertidumbre (MUIS).

Para la aplicación del instrumento se utilizó la encuesta que contiene las opciones de respuesta y fue el investigador, quien leía las aseveraciones explicando al encuestado las opciones de respuesta existente, las cuales se explicarán más adelante.

3.6.1 Descripción del Instrumento.

Escala de evaluación de la incertidumbre de Merle Mishel desarrollado originalmente por Merle Mishel en el año 1997. Esta escala contiene 29 preguntas (anexos) y en cada una de ellas la persona emite su grado de acuerdo respecto a una serie de afirmaciones relacionadas con su salud física / psicológica y el nivel de incertidumbre generado frente a las diversas situaciones de la enfermedad-tratamiento que debe enfrentar, esto es: diagnóstico, síntomas, tratamiento, información recibida, relaciones con el equipo de salud y pronóstico.

Cada pregunta tiene un puntaje (en una escala tipo Likert) que va desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo, con un valor mínimo de 1 punto a un valor máximo de 5 puntos, un puntaje de 5 de cada pregunta refleja un nivel alto de incertidumbre en la pregunta correspondiente, salvo para las preguntas 6, 7,10, 12, 21, 22, 25, 27 y 29 donde el puntaje es invertido. El puntaje máximo de la escala es de 145 puntos y el mínimo 29 puntos (Torres, 2006).

Comprende tres Dimensiones: marco de los estímulos (18 ítems), capacidades cognitivas (5 ítems) y fuente de la estructura (6 ítems).

Cuadro Nº 1: Estructura del cuestionario: escala de evaluación de la incertidumbre de Merle Mishel (Mishel, 1998)

Dimensiones de la incertidumbre	**Factor**	**Eventos asociados**	**Ítems**
Marco de los estímulos	Tipología de los síntomas	Síntomas	3-7-9-17-21-22-29
	Familiaridad con los hechos	Diagnostico	1-2-4
		Tratamiento	8
	Coherencia con los hechos	Pronostico	12-16.-18-24-25
		Tratamiento	15
		Síntomas	20
Capacidades Cognitivas	Capacidades cognitivas	Información recibida	5-10-26
		Tratamiento	6-13
Fuente de la Estructura	Autoridad con credibilidad	Información recibida	11-19-23-27-28
		Relaciones con el E S	14

Fuente: "Calidad de vida y Nivel de Incertidumbre en Mujeres con cáncer prevalentes. Chile, 2005-2006".

Basada en una escala tipo Likert, el instrumento aplicado para la medición del nivel de incertidumbre (NI) contempló un total de 29 preguntas, con los siguientes puntos de cortes para su evaluación:

Puntaje mínimo = 29 puntos

Puntaje máximo = 145 puntos

Puntaje de corte calificación bajo NI= < 59 puntos

Puntaje de corte calificación regular NI = 59-87 puntos

Puntaje de corte calificación alto NI = > 87 puntos

3.6.2 Estudio de confiabilidad y validez de instrumento.

En este estudio se utilizó el instrumento propuesto por Merle Mishel que logra recolectar información sobre la incertidumbre que sienten las personas frente a una enfermedad, en este caso particular nos referimos a adultos mayores con Cáncer. Para verificar la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba de Alfa de Cronbach a las 5 primeras encuestas de este estudio, las cuales arrojaron un coeficiente de 0.9048 el cual es un número aceptable para continuar con el estudio.

La escala de evaluación de la incertidumbre fue aplicada a 5 personas adultos mayores en la en CONAC los primeros días de mayo del año 2013.

Los objetivos de esta prueba fueron:

- Verificar la comprensión de las aseveraciones
- Corroborar que el tiempo fuera el necesario para contestar las aseveraciones

La prueba del instrumento permitió:

- Modificar el lenguaje utilizado
- Modificar la forma de aplicación del instrumento
- Reconocer el tiempo requerido para responder el instrumento

3. 6.3 Plan de recolección de datos.

Para comenzar el proceso de recolección de los datos, fue necesario en primer lugar solicitar al Comité de Bioética de la Universidad de Valparaíso la autorización para llevar a cabo esta investigación una vez obtenido la aprobación se solicita la autorización a la gerencia y dirección médica de la CONAC. Se solicita una entrevista con directora de la institución y del director médico, los cuales aceptan la aplicación de los instrumentos previa presentación de una carpeta con toda la documentación necesaria.

Una vez entregada la documentación se coordina con directora de CONAC el día apropiado y el lugar físico para la aplicación. Se asigna el día jueves de cada semana de 9:00-16:00 horas y el lugar físico oficina del director médico ubicado en el segundo piso de la institución.

3.6.4 Organización del Trabajo de campo

La aplicación del instrumento fue realizada en una sola etapa comprendida los jueves de cada semana entre los meses de mayo, junio y Julio del año 2013.

Su aplicación fue realizada por la suscrita, los días jueves de cada semana de los meses comprendidos en la investigación, en el horario siguiente: 9:00 a 16:00 horas logrando encuestar a todos los pacientes hospedados en la CONAC. Se utilizó este rango de horas debido a que las personas concurren en diferentes horarios a sus terapias de quimioterapia o radioterapia. La entrevista se realiza en una oficina ubicada en el segundo

piso del establecimiento, facilitada por la Directora de la CONAC. Obteniendo así un ambiente propicio para la aplicación del instrumento y posterior contención del paciente.

3.7 Criterios de análisis de los datos y Software a utilizar.

Finalizada la aplicación del instrumento de recolección de los datos, se procede al trabajo estadístico externo, quien mediante el programa estadístico Stata 13 se realiza el análisis estadístico de los datos y resultados obtenidos. Los procesos llevados a cabo son: transcripción de las encuestas a Excel, depuración los datos obtenidos, tabulación de los datos, análisis descriptivo de la muestra, correlación entre las variables y obtención de los puntajes de incertidumbre de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla Nº 2: relación entre el nivel de incertidumbre y respuestas obtenidas.

Nivel de incertidumbre	**Puntos de corte para evaluación**	**Respuestas**
Alto	Mayor a 87	R 4=116 puntos R 5=129 puntos
Regular	59-87	R 3= 87 puntos
Bajo	Menos de 59	R 1=29 puntos R 2=58 puntos

Dicha Tabla representa el puntaje obtenido por los adultos mayores en cada una de las dimensiones y se interpreta de la siguiente forma: si en todas las respuestas se obtiene un puntaje 1 la suma es 29, en la opción 2 el total es 58, si todas las respuestas tienen puntaje 3 la suma final es de 87, si se obtiene puntaje 4 el total correspondería a 116 y si la

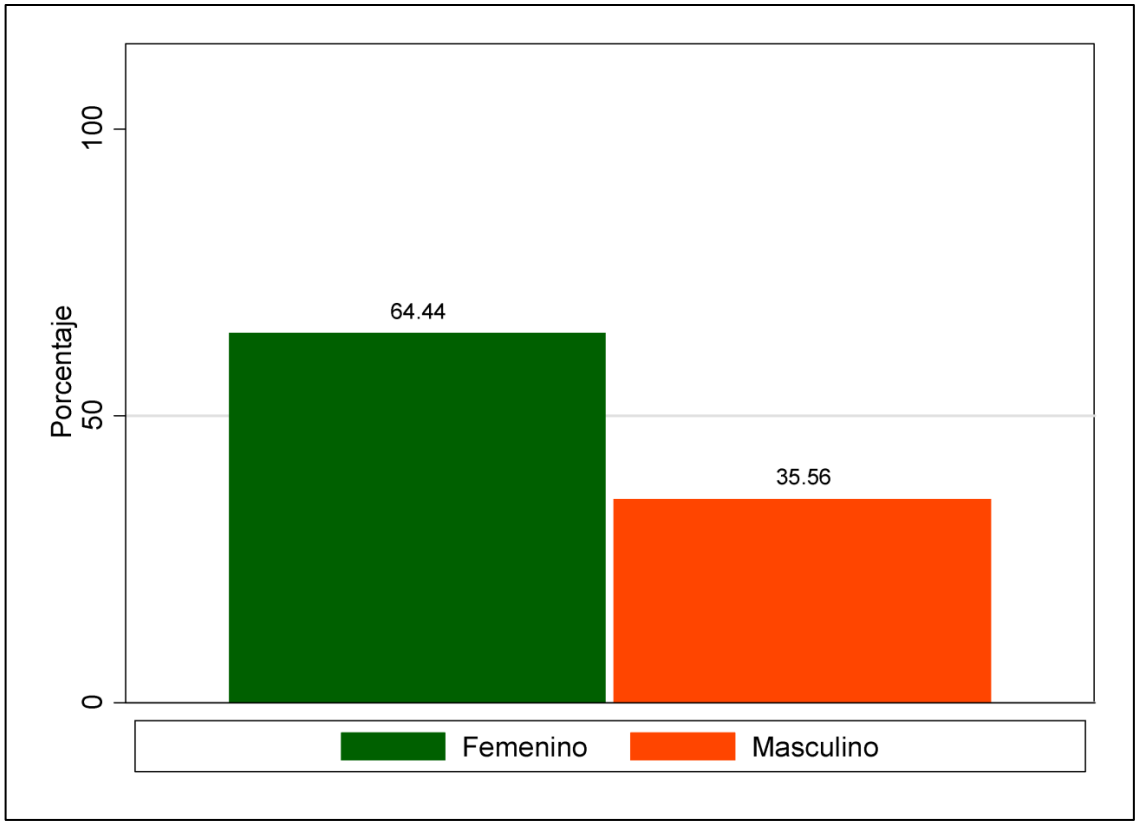
respuesta es 5 el puntaje máximo es de 129. Lo que indica que la categorización del puntaje en las variables tiene la siguiente relación puntaje 1 y 2 tiene relación con un nivel de incertidumbre bajo, puntaje 3 tiene relación con el nivel de incertidumbre regular y el puntaje 4 y 5 con el nivel de incertidumbre alto.

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

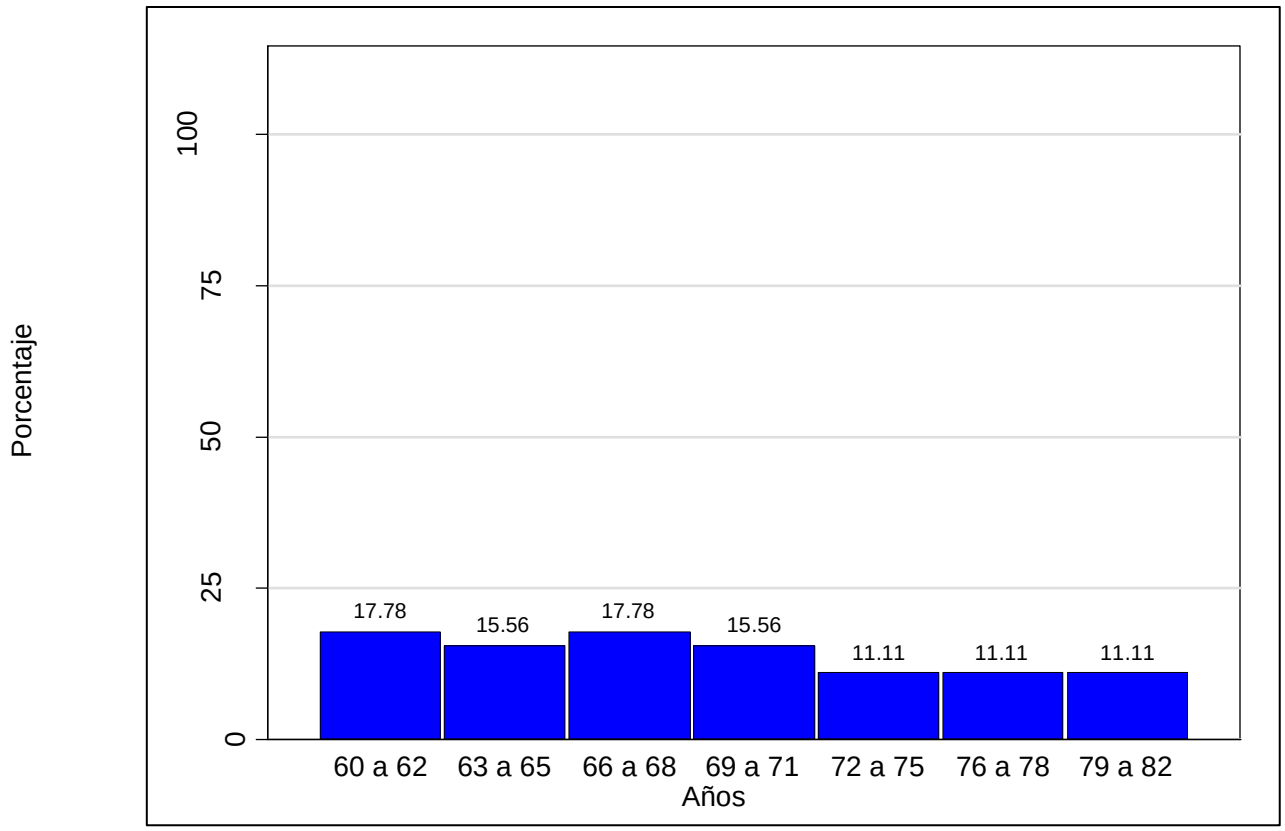
4.1 Descripción de la muestra

GRÁFICO Nº1: "Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC, según género"



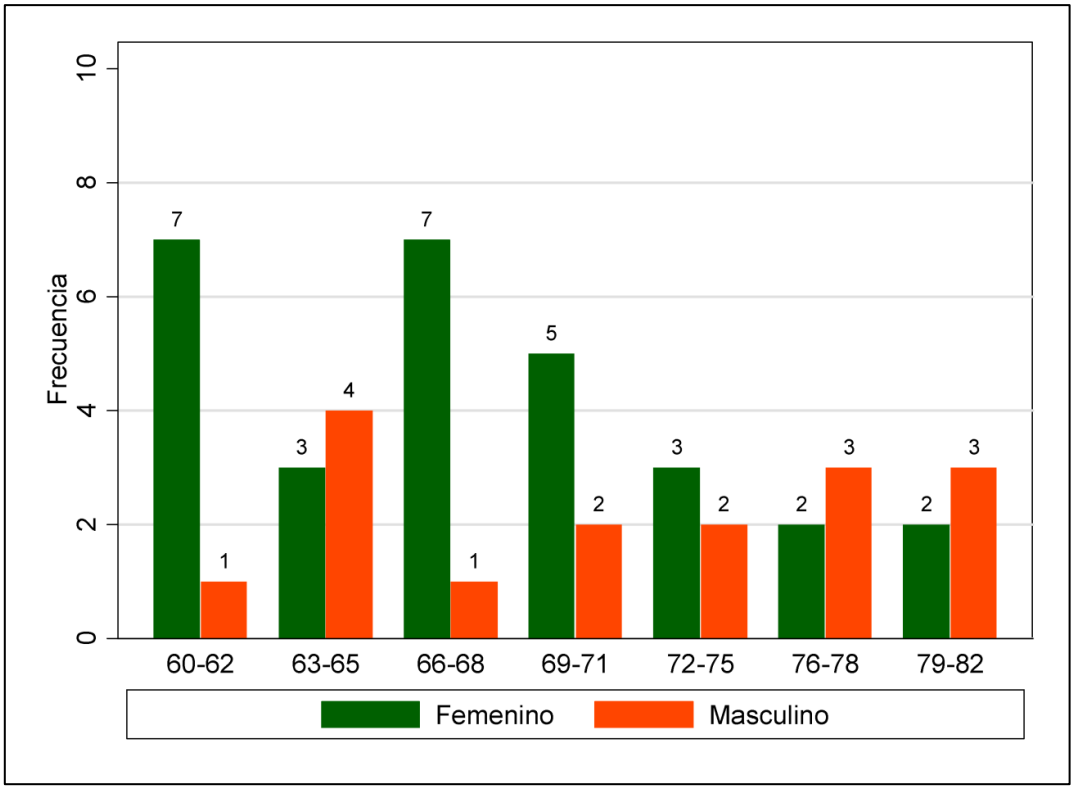
De acuerdo al gráfico Nº 1 el mayor porcentaje de la muestra se presenta en el género femenino con un 64,44% y con un 35,56% corresponde al género masculino, lo cual es coincidente con la estadísticas nacionales en que se señala que el mayor porcentaje de población se concentra en las mujeres con un 56% de mujeres y un 44% de hombres. (INE 2012).

GRÁFICO Nº2:"Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC,según edad".



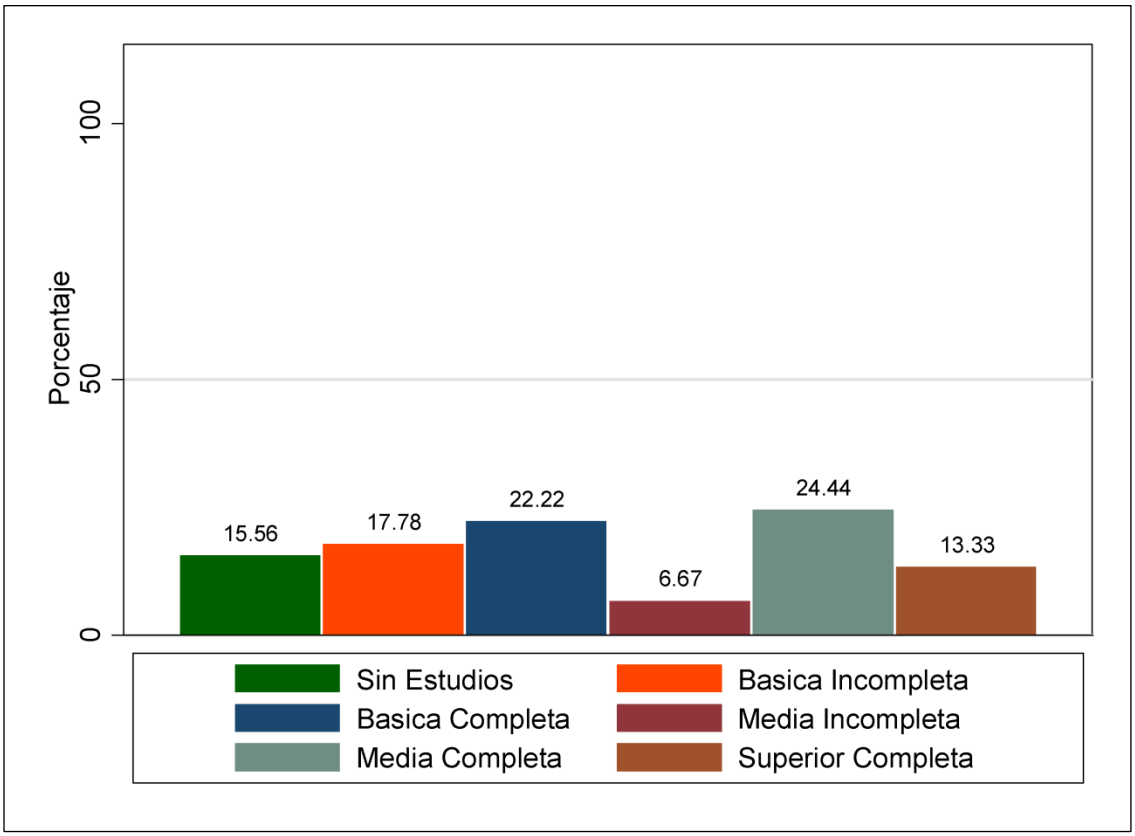
De acuerdo al gráfico Nº 2 el rango de edad que presentan los adultos mayores es de 60 – 80 años. Se distribuyen los porcentajes en los rangos 60-62 y 66-68 con un porcentaje de 17,78%, le siguen los rangos de edad 63-65 y 69-71 con un 15,56% y finalmente los rangos de 72-75,76-78 y 79-82 con un 11,11%. Se puede inferir que la muestra en su mayor porcentaje está compuesta por personas entre 60 y 71 años.

GRÁFICO Nº3: "Frecuencia género/edad de adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



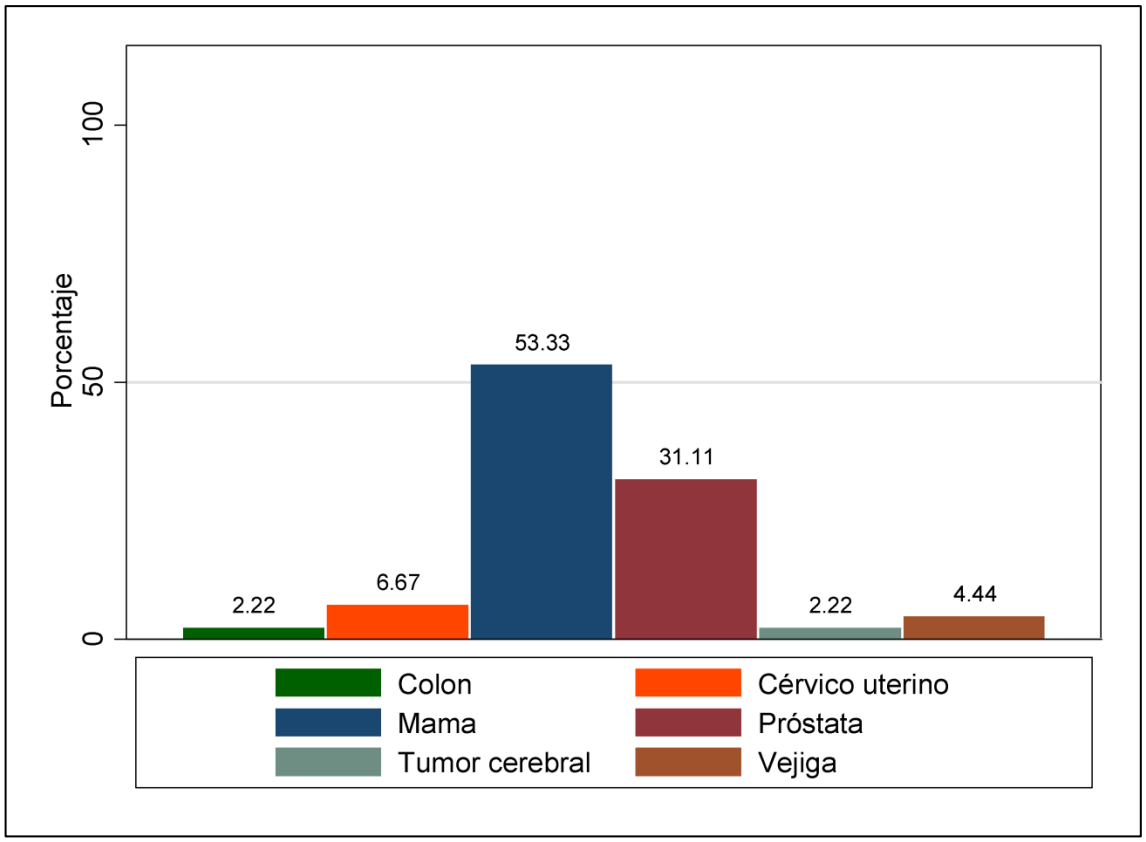
De acuerdo al siguiente gráfico la mayor frecuencia en los adultos mayores se presenta en los rangos de edad 60-62 y en el rango 66-68 años pertenecientes al género femenino , en cambio en los hombres la frecuencia mayor se encuentra en el rango de 63-65 años. En los rangos de edad 76-78-años y 79-82 se invierte la desigualdad siendo la mayor frecuencia en el género masculino.

GRÁFICO Nº4: "Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC, según escolaridad"



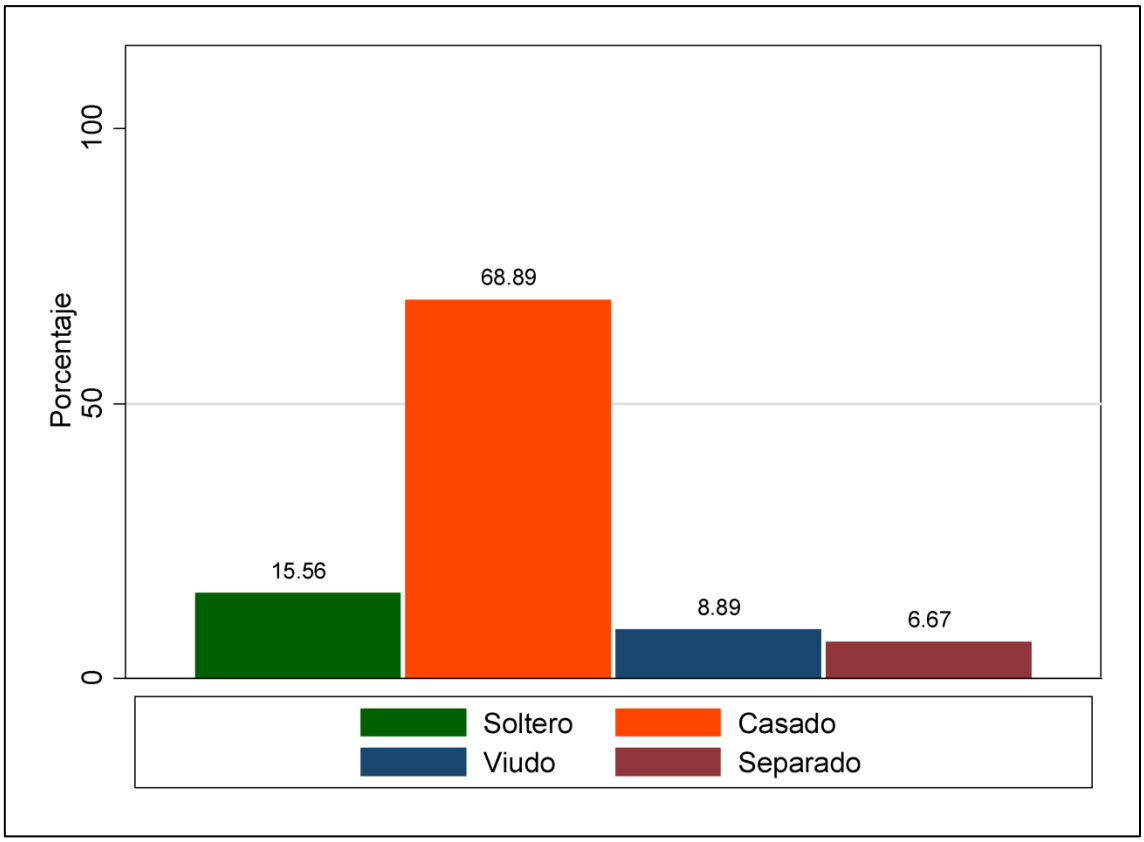
De acuerdo al gráfico Nº4 un 15,56% presenta nula escolaridad ,17,78% escolaridad basica incompleta y un 22,22% educación básica completa. Un 24,4% presenta educación media completa 13,3% educación superior y un 6,6% presentan educación media incompleta. Lo que indica que más del 80% de la muestra posee algun grado de instrucción y sólo un 15,5% es analfabeta..

GRÁFICO Nº5: "Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC, según diagnostico de cáncer"



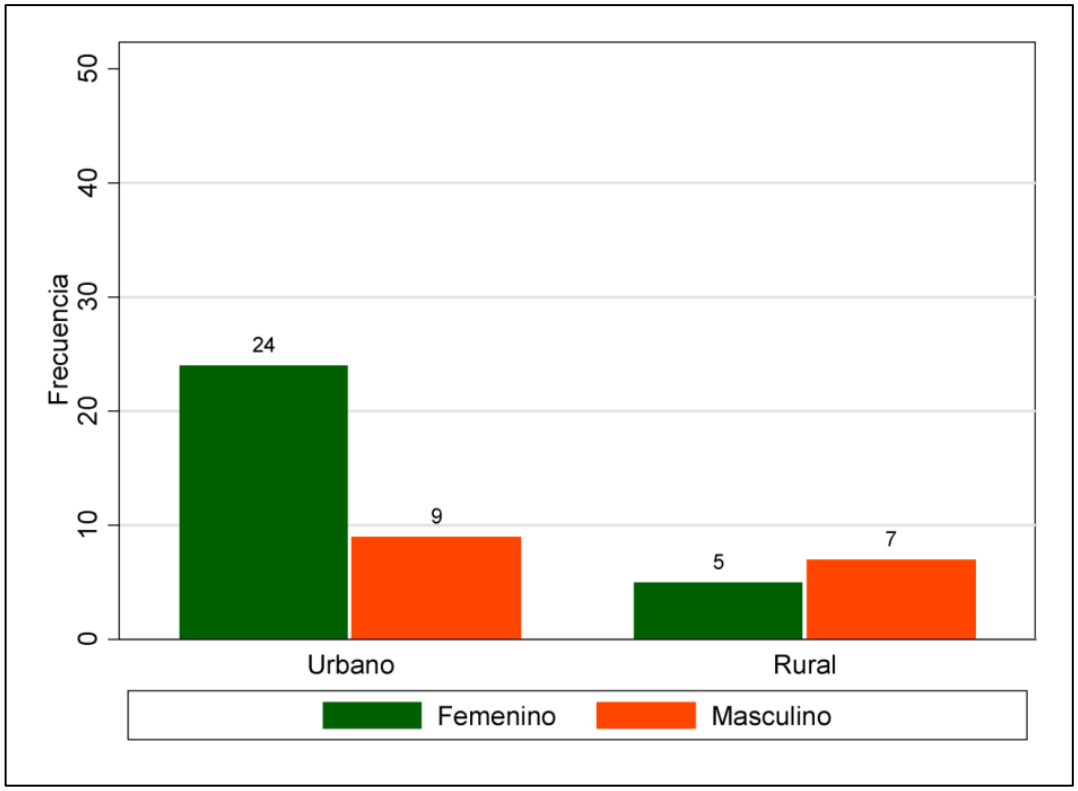
De acuerdo al Gráfico Nº 5. El mayor porcentaje se presenta en el cáncer de mamas en la mujer con un 53,3% y el cáncer de próstata en el hombre con un 31,1%. A continuación el cáncer cérvico uterino con 6,6%, luego el de vejiga con un 4,4%. Finalmente el de colon con un 2,2%. Lo que nos indica que los canceres más frecuentes son el cáncer de mama y el prostático en los hombres con un porcentaje acumulado de 84,4%.

GRÁFICO Nº 6: "Distribución adultos mayores pertenecientes a la CONAC, según estado civil"



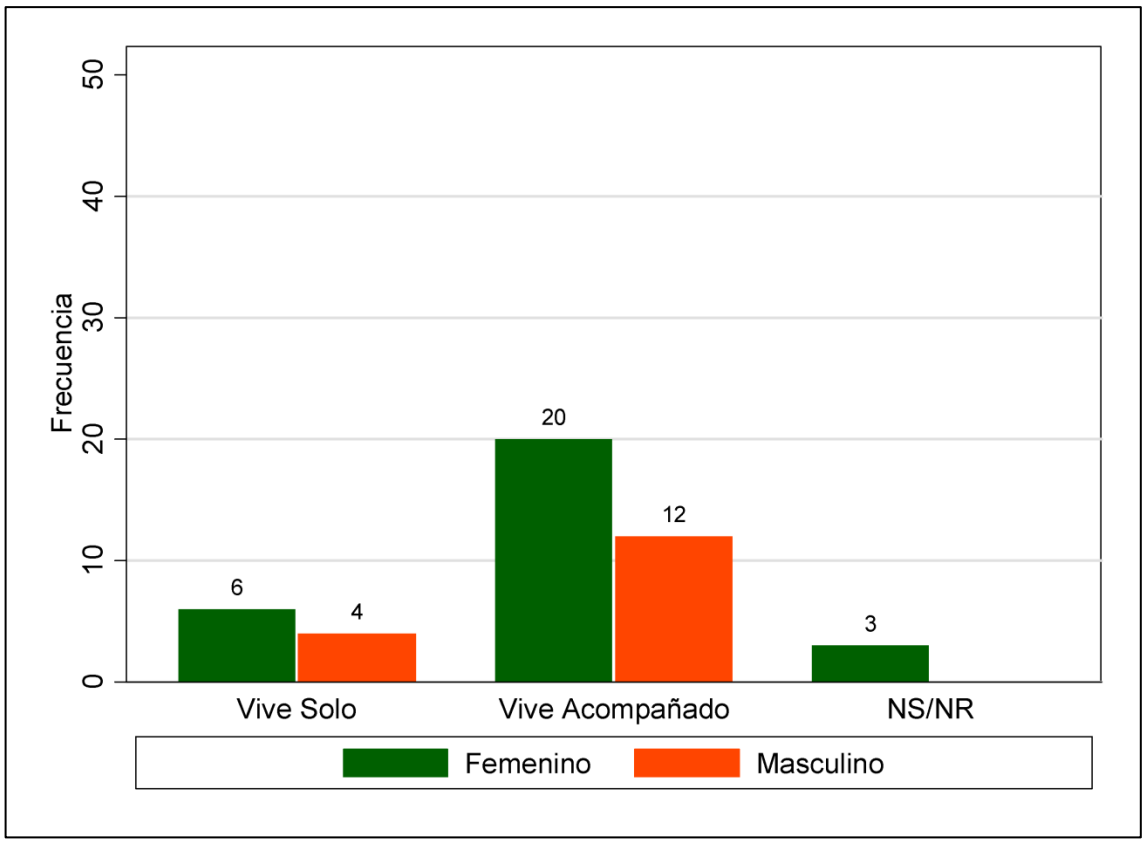
De acuerdo al Gráfico Nº 6 el mayor porcentaje de pacientes se concentra en adultos mayores casados con un 68,89%, luego un 15,56% de ellos son solteros, un 8,8% es viudo y solo un 6,67% es separado. Lo que indica que un gran porcentaje de ellos cuenta con su pareja estable para enfrentar la enfermedad.

GRÁFICO Nº 7: "Frecuencia genero / lugar de residencia de adultos mayores pertenecientes a la CONAC".



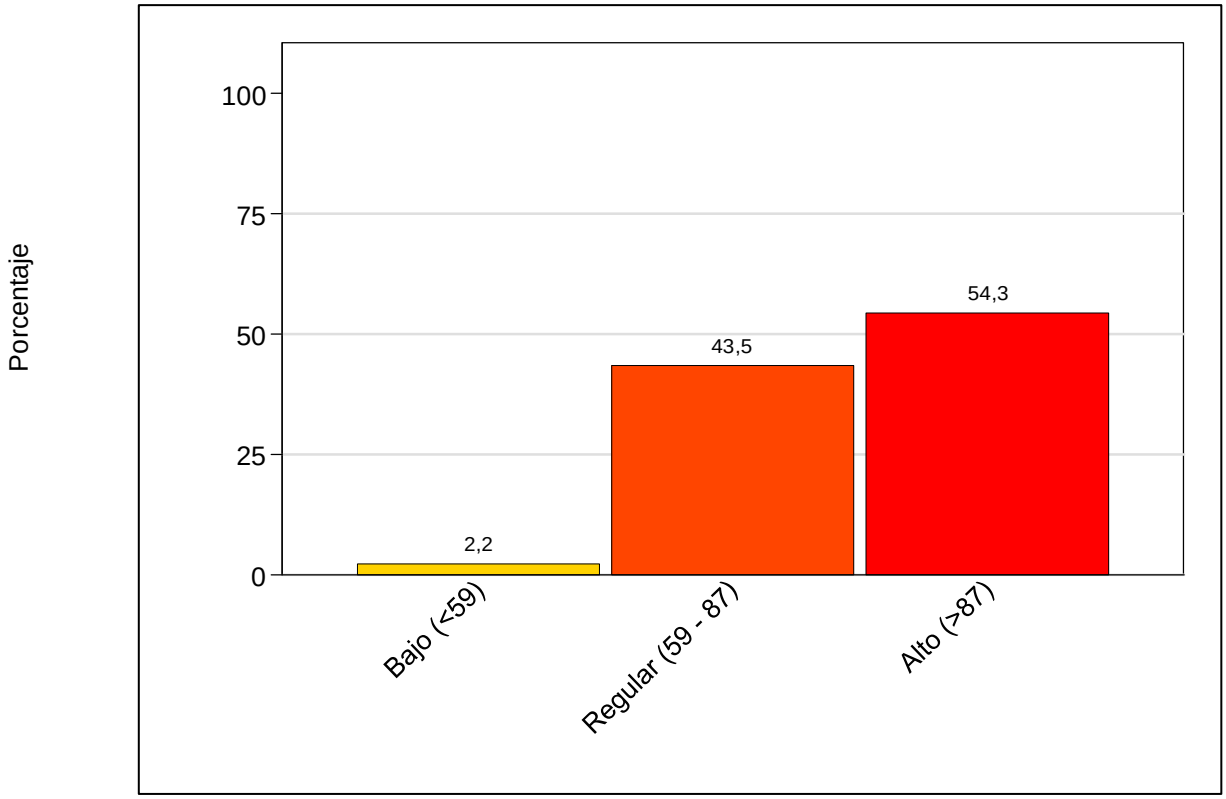
De acuerdo al Gráfico Nº 7 la mayor frecuencia de la muestra se presenta en el género femenino que pertenece al área urbana, en cambio en el género masculino la mayor frecuencia se presenta en el área rural.

GRÁFICO Nº 8: "Frecuencia género/situación familiar de adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



De acuerdo al Gráfico Nº 8 la mayor frecuencia se ubica en el género femenino y que vive acompañada y en el género masculino los cuales viven acompañados y la menor frecuencia se ubica en los hombres que viven solos.

GRÁFICO Nº 9: "Distribución nivel incertidumbre de adultos mayores pertenecientes a la CONAC".

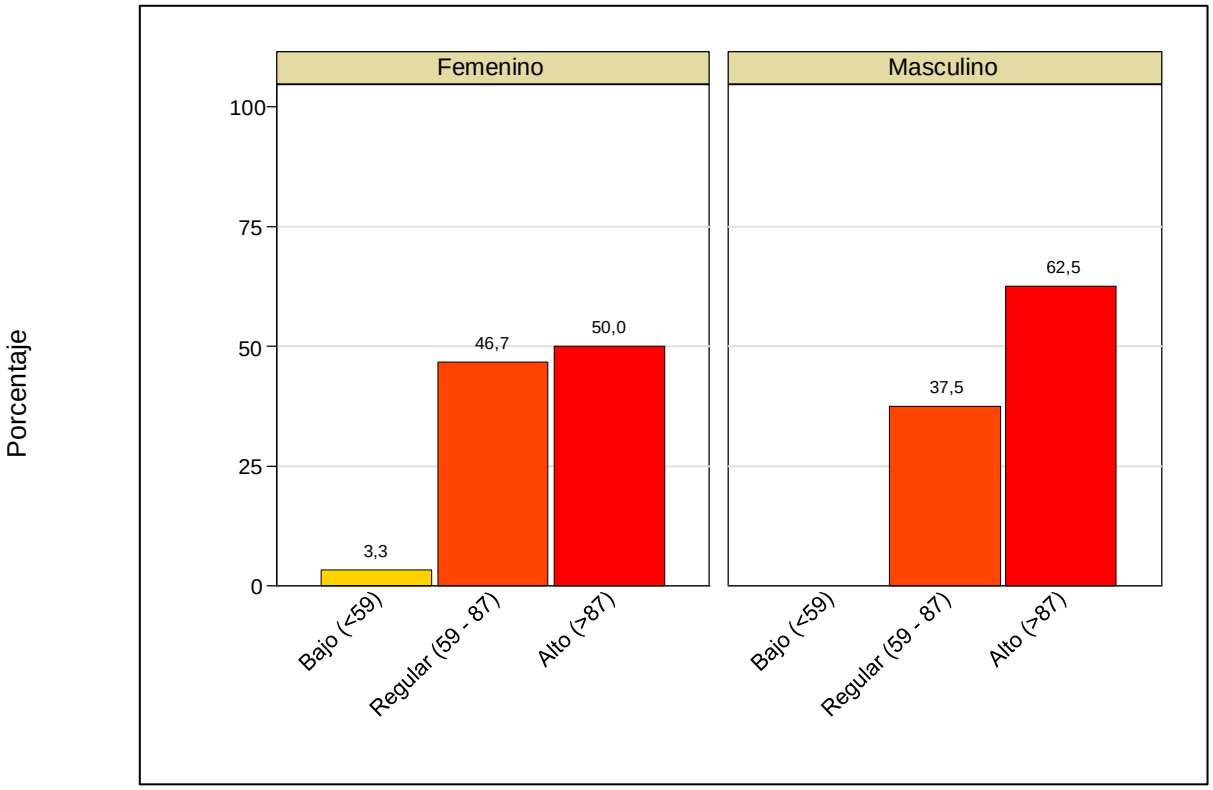


De acuerdo al Gráfico Nº 9. El nivel de incertidumbre que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC. Se distribuye de la siguiente forma: el 54,3% de los adultos mayores presentan un alto Nivel de Incertidumbre ya que obtuvieron un puntaje mayor a 87 puntos. El 43,5% obtuvo un regular nivel de incertidumbre, ya que el puntaje obtenido se encuentra en el rango 59-87 puntos y por último sólo un 2,2% de la muestra presenta un nivel bajo de incertidumbre ya que obtuvo un puntaje menor a 59 puntos. Podemos inferir que en la muestra analizada existe un alto nivel de incertidumbre, considerando que es una enfermedad de gran impacto en los adultos mayores.

4.2 Análisis correlacional

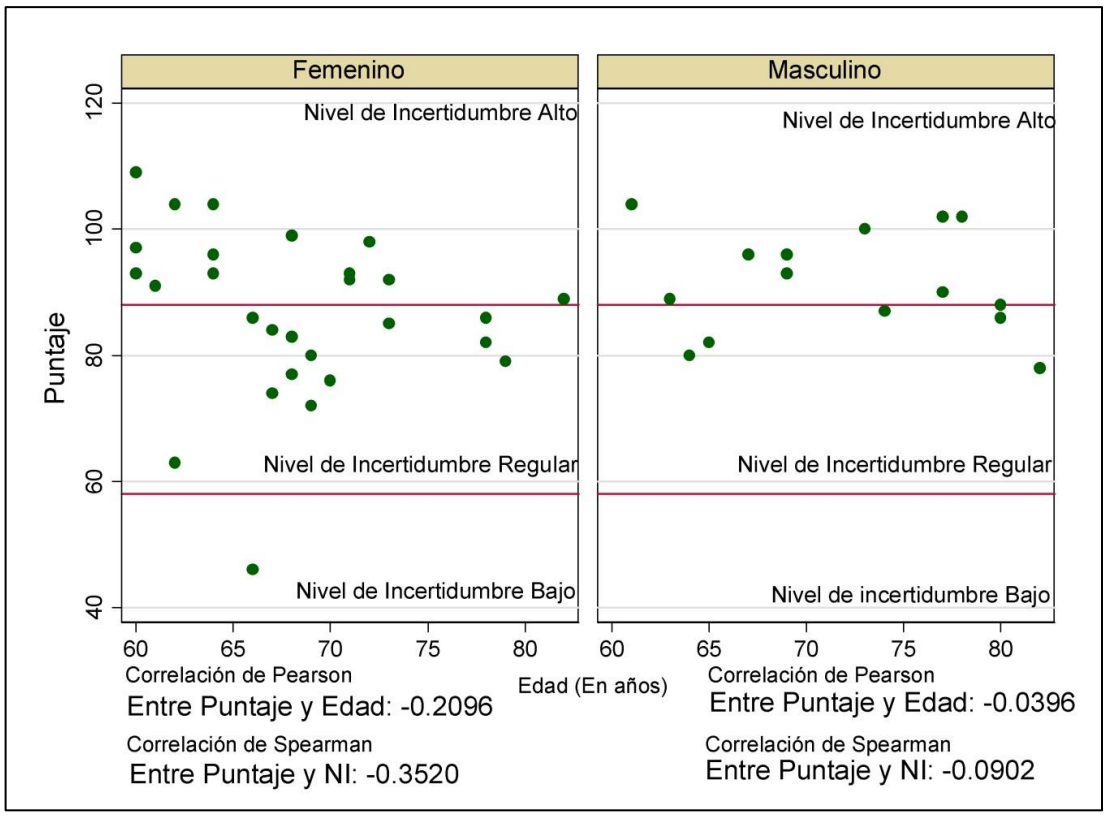
4.2.1 Análisis correlacional entre nivel incertidumbre y características socio demográficas del Adulto Mayor

GRÁFICO Nº 10: "Relación entre nivel de incertidumbre y género en adultos mayores pertenecientes a la CONAC".



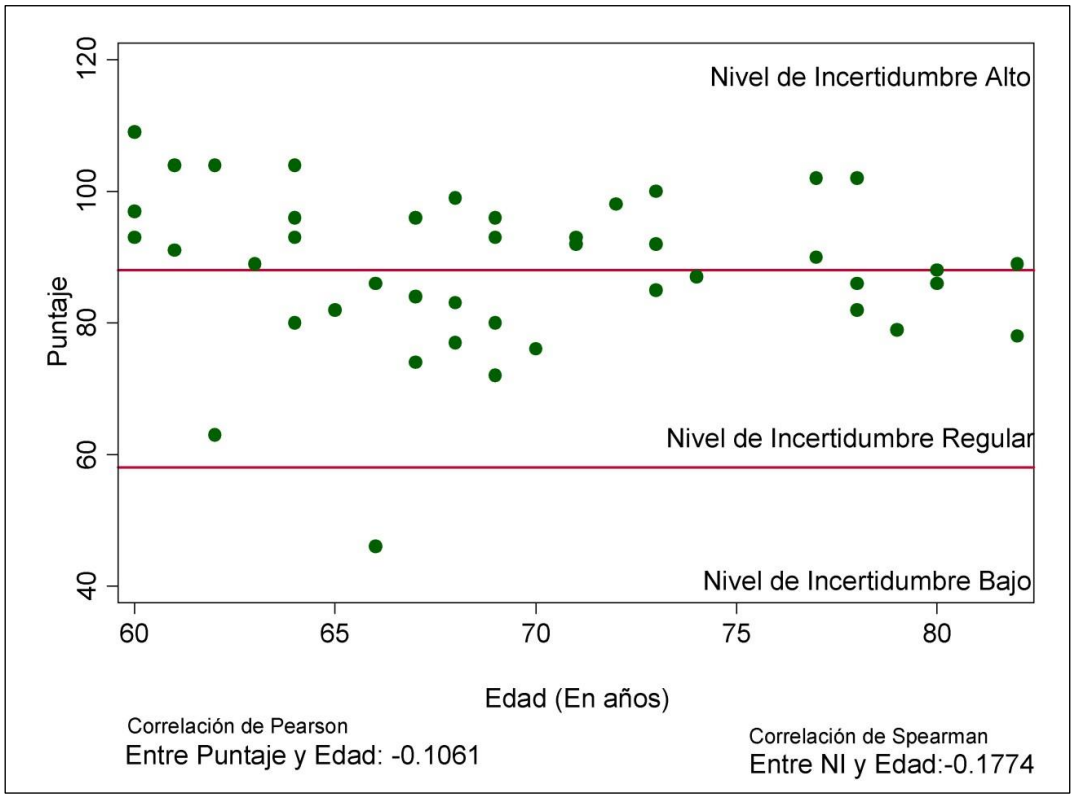
De acuerdo al Gráfico Nº 10. En el 50% entre los adultos mayores de género femenino existe un alto nivel de incertidumbre, un 46,7% un nivel regular de incertidumbre y sólo un 3,3 un bajo nivel de incertidumbre. En el género masculino en el que se presenta un 62,5 % un alto nivel de incertidumbre y un 37,5% un nivel regular de incertidumbre. En el gráfico presentado podemos inferir que no existe relación entre el nivel de incertidumbre y el género en ambos la tendencia es presentar un alto nivel de incertidumbre.

GRÁFICO Nº 11: "Relación entre nivel de incertidumbre y género en adulto mayores pertenecientes a la CONAC".



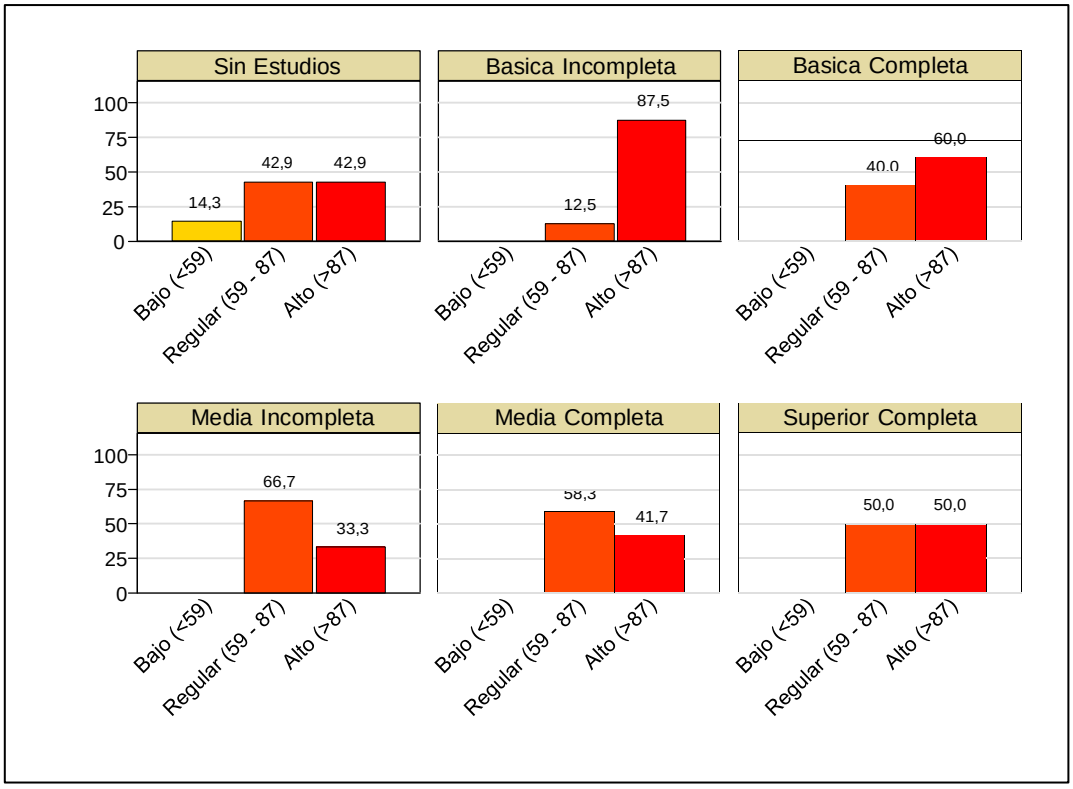
De acuerdo al gráfico Nº 11 el valor de la correlación de Pearson indican un valor negativo en ambos géneros por lo tanto no hay relación entre el género y el nivel de incertidumbre, lo mismo ocurre con respecto a la correlaciona entre el nivel de incertidumbre y la edad el valor obtenido de acuerdo a Sperman es negativo cercano a cero lo que indica que no hay relación entre las variables.

GRÁFICO Nº 12: Relación entre nivel de incertidumbre y edad en adultos mayores pertenecientes a la CONAC".



De acuerdo al gráfico Nº 12 existe correlación de -0,1 lo que indica una relación negativa muy débil entre las variables edad y nivel de incertidumbre.

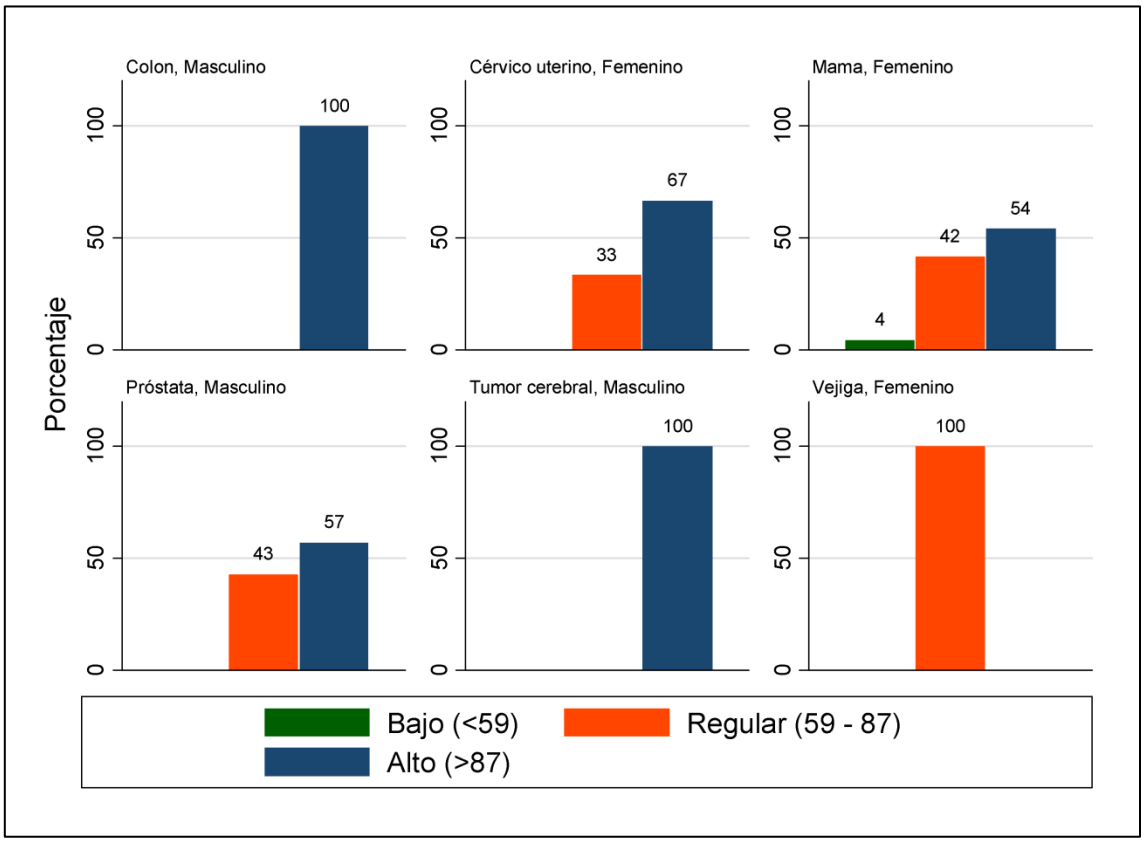
GRÁFICO Nº 13: "Relación entre nivel de incertidumbre y escolaridad en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



En el Gráfico Nº 13 en los adultos mayores sin estudios el nivel de incertidumbre se divide entre un alto y regular Nivel de incertidumbre al igual que en los pacientes con estudios superiores en que se divide en un 50%. En la educación básica incompleta existe un alto nivel de incertidumbre con un 87% y un 12,5% regular nivel de incertidumbre, en la educación básica completa existe un 60% de los pacientes que presentan un alto nivel de incertidumbre y 40% regular nivel y finalmente en la educación media incompleta y completa existe un regular nivel de incertidumbre con un 66,7% y un 58,3% respectivamente. Por lo tanto existe una relación entre el nivel de incertidumbre y la escolaridad. En general el nivel de incertidumbre no es alto sólo es la escolaridad básica incompleta es mayor el nivel de incertidumbre, lo que se relaciona con el modelo de Merle

Mishel que a mayor nivel de instrucción disminuye la incertidumbre considerando que en la muestra obtenida solo un 15,5% presenta un nivel de instrucción nulo.

GRÁFICO Nº 14: "Relación entre nivel de incertidumbre y diagnóstico de cáncer en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



De acuerdo al gráfico Nº 14 en el caso del cáncer de colon el 100% de los adultos mayores de género masculino presentan un alto nivel de incertidumbre. Podemos observar que existe una relación entre la incertidumbre y el diagnóstico de cáncer cérvico uterino el 67% de la muestra presenta un nivel alto de incertidumbre y el 33% un nivel regular de incertidumbre.

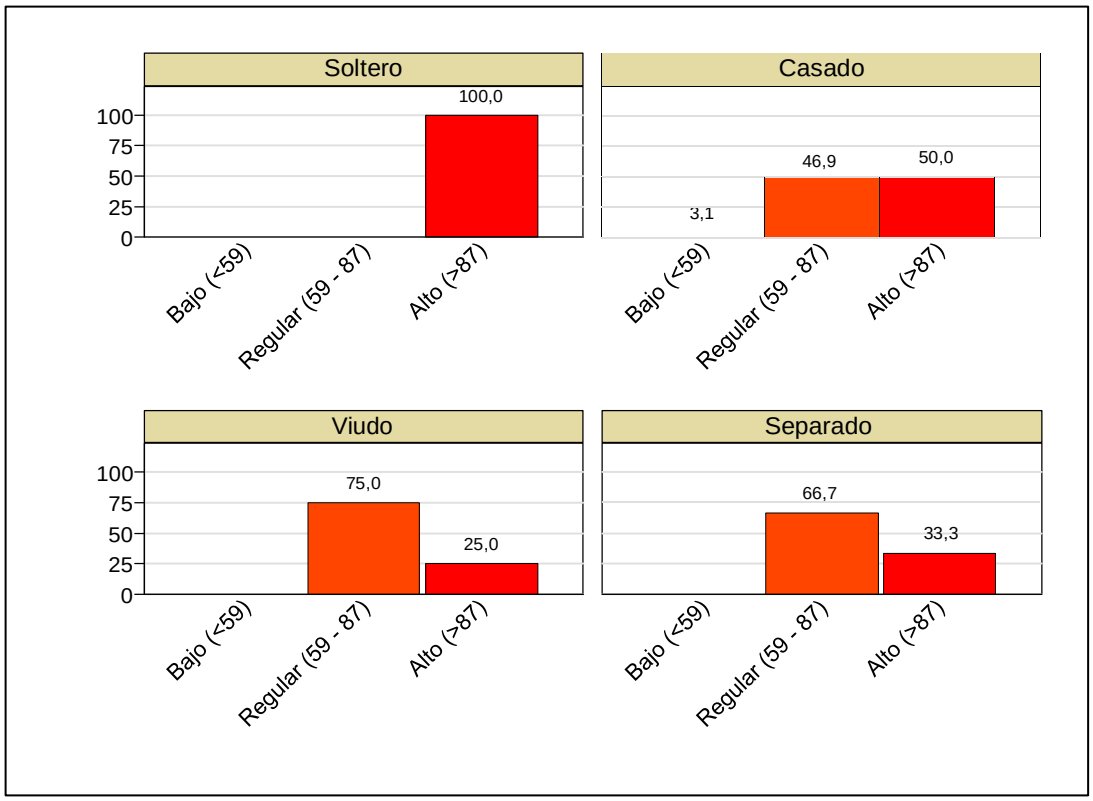
En el cáncer de mama el 54% de las pacientes presentan un alto nivel de incertidumbre, un 42% de ellas presentan un nivel de incertidumbre regular y sólo un 4% presentan un bajo nivel de incertidumbre.

En el cáncer de próstata en el género masculino existe un 57% de ellos presentan un alto nivel de incertidumbre y un 43% un nivel regular de incertidumbre.

En el caso del cáncer cerebral el 100% presenta un alto nivel de incertidumbre. Por último en el caso del cáncer de vejiga presentan un nivel regular de incertidumbre en el 100% de los casos en el género femenino.

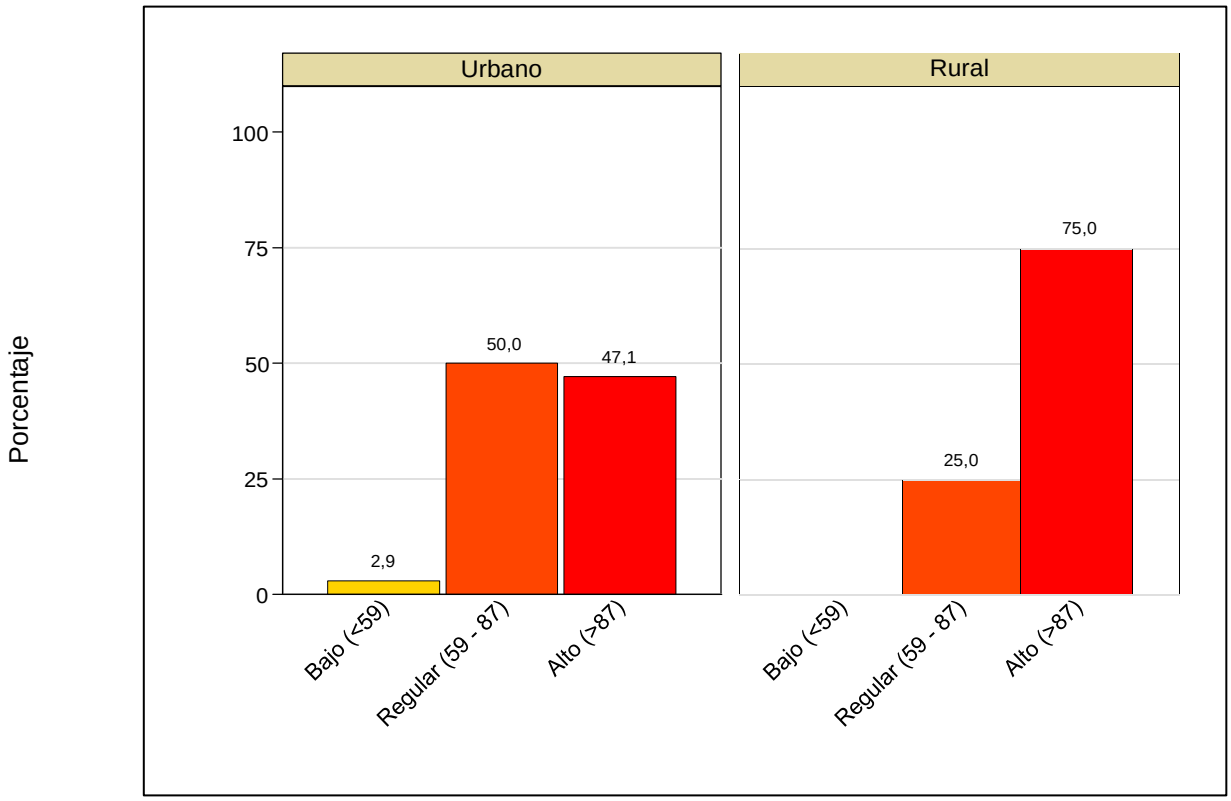
Por lo tanto podemos señalar que en la mayoría de las personas con el diagnóstico de cáncer existe un nivel de incertidumbre alto.

GRÁFICO Nº 15: "Relación entre nivel de incertidumbre y estado civil en adultos mayores pertenecientes a la CONAC".



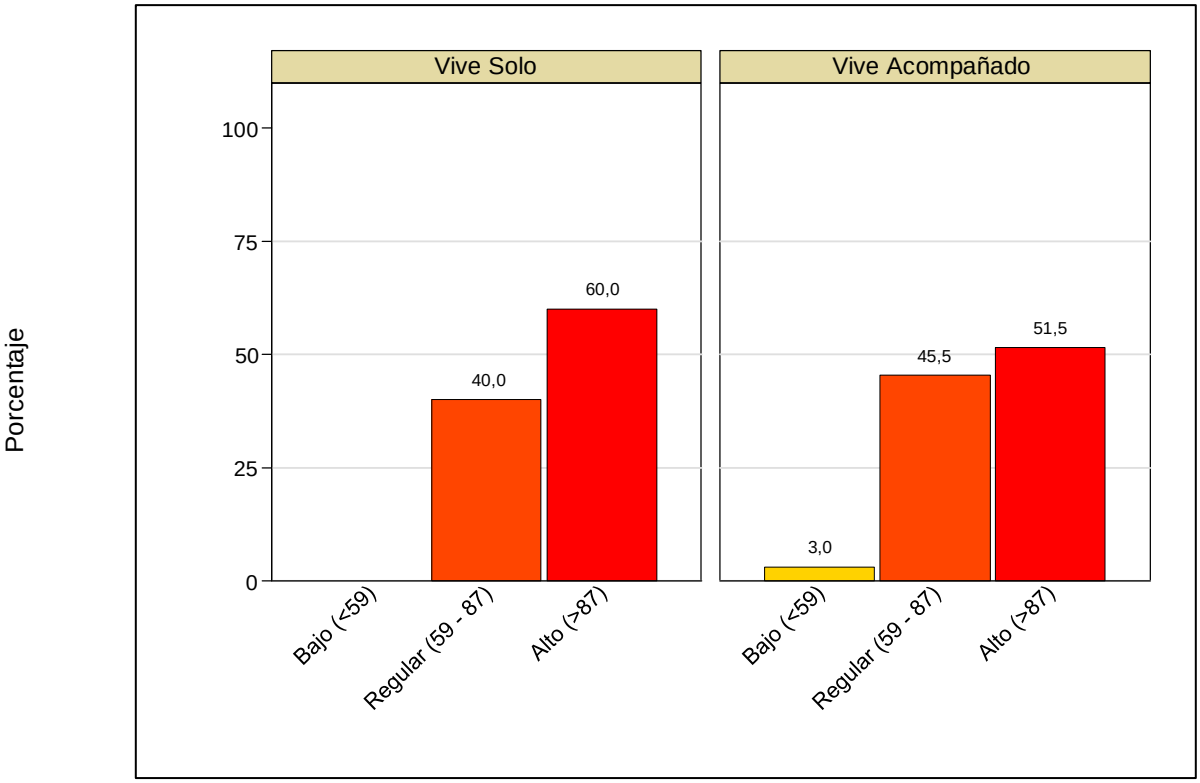
En el gráfico Nº 15 el 100% de los adultos mayores solteros presentan un alto nivel de incertidumbre, en el adulto mayor casado sólo un 50% de ellos presenta un nivel alto de incertidumbre, en los adultos mayores viudos y separados presentan un nivel regular de incertidumbre con un 75% y un 66,7% respectivamente. Lo que indica que existe una relación entre el nivel de incertidumbre y el estado civil de la persona ya que el adulto mayor soltero tiene pocas redes de apoyo.

GRÁFICO Nº 16: "Relación entre nivel de incertidumbre y lugar de residencia en adultos mayores pertenecientes a la CONAC".



En el Gráfico Nº 16 existe relación entre el nivel de incertidumbre y el lugar de residencia ya que los adultos mayores que viven en sectores rurales presentan un alto nivel de incertidumbre con un 75% y un 25% de ellos un nivel regular de incertidumbre. En cambio los adultos mayores que provienen de lugares urbanos sólo presentan un 47% de un alto nivel de incertidumbre, un 50% de un nivel regular de incertidumbre y 2,9% un bajo nivel de incertidumbre. Por lo tanto existe relación entre el nivel de incertidumbre y el lugar que reside el adulto mayor lo que se podría asociar a escasas redes de apoyo en áreas rurales.

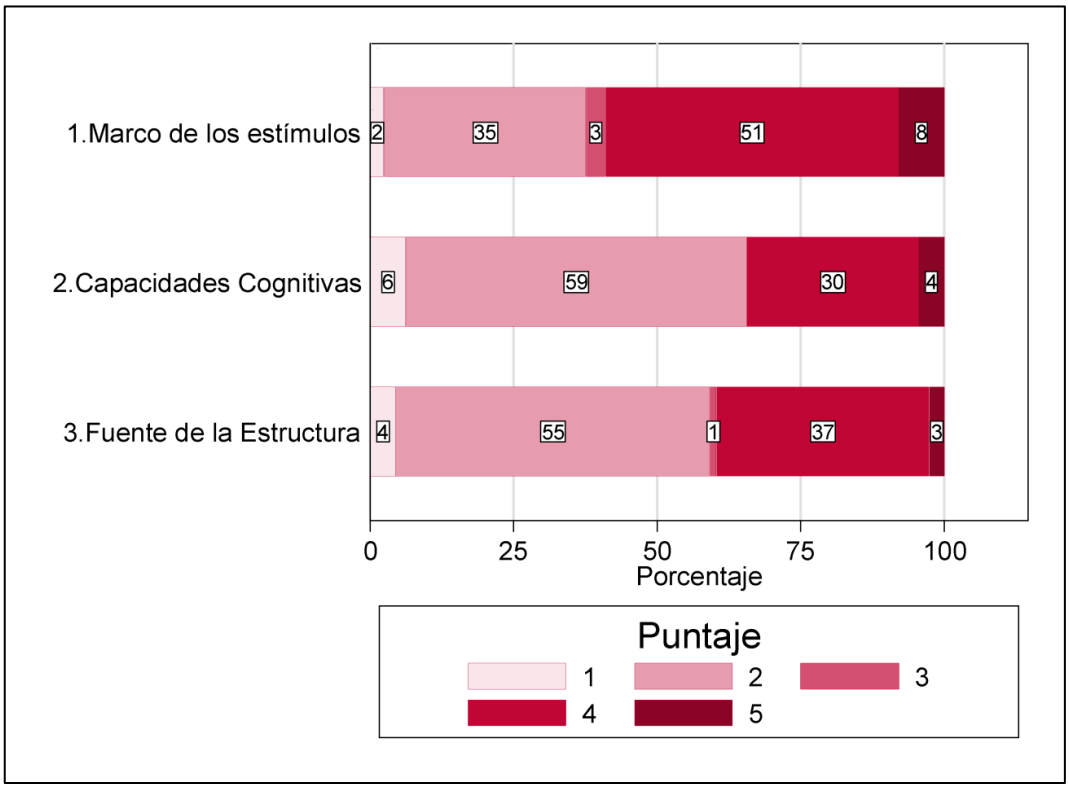
GRÁFICO Nº 17: "Relación entre nivel de incertidumbre y situación familiar en adultos mayores pertenecientes a la CONAC".



De acuerdo al Gráfico Nº 17 en el caso de los adultos mayores que viven solos el nivel de incertidumbre que ellos presentan es alto con un 60% y un 40% de ellos presentan un nivel de incertidumbre regular. El adulto mayor que vive acompañado presenta un 51,5% de un nivel alto de incertidumbre y 45,5% de un nivel regular de incertidumbre .y sólo un 3% presentan un bajo nivel de incertidumbre. El apoyo social reviste una gran importancia la persona que vive sola, no presenta redes de apoyo, lo que aumenta su incertidumbre.

4.2.2 Análisis correlacional entre dimensiones del nivel incertidumbre y características socio demográficas del adulto mayor.

GRÁFICO Nº 18: "Distribución de las dimensiones del nivel incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



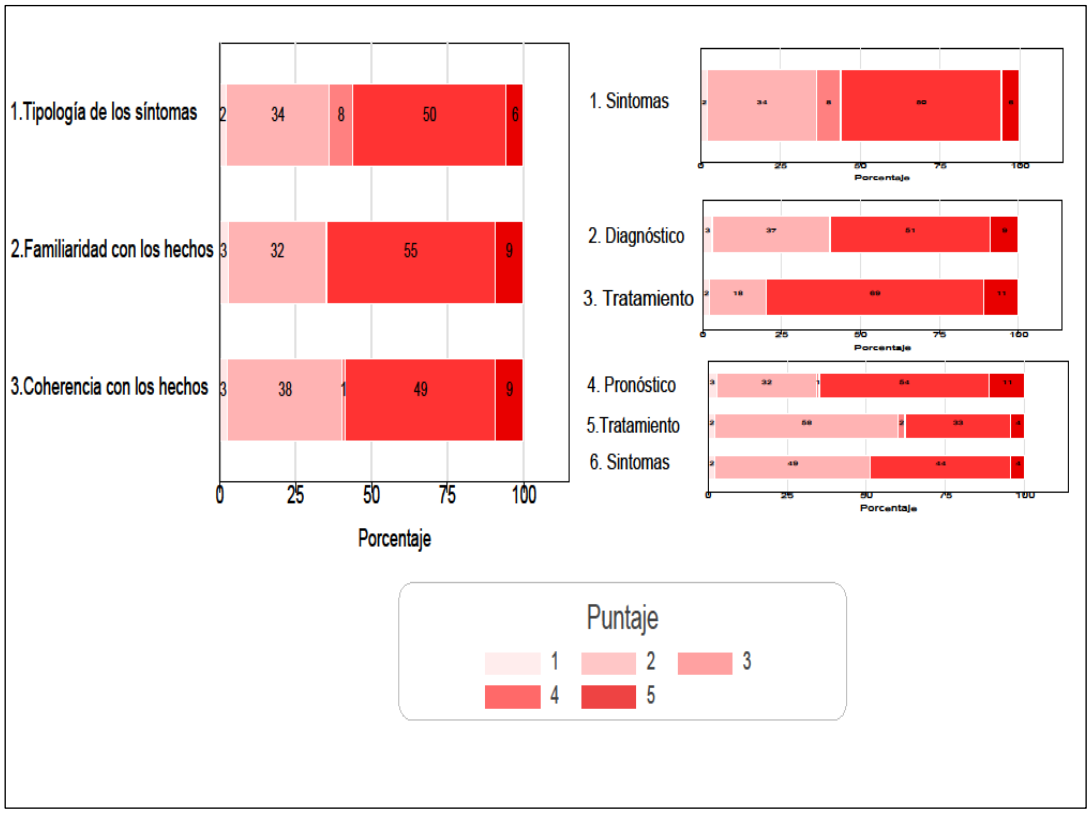
De acuerdo al gráfico Nº 18 en la dimensión marco de los estímulos el 59% de la muestra responde opción 4 y 5 lo que se asocia a un mayor nivel de incertidumbre considerando que el marco de los estímulo incluye 18 ítems en los que se presentan la tipología de los síntomas, familiaridad con los hechos, coherencia con los hechos.

En la dimensión capacidades cognitivas existe un 34% de ellos que responde la opción 4 y 5 lo que hace que el nivel de incertidumbre disminuya. Por lo tanto las

capacidades cognitivas no influyen en el nivel de incertidumbre considerando que en la dimensión de capacidades cognitivas incluimos la información recibida y el tratamiento.

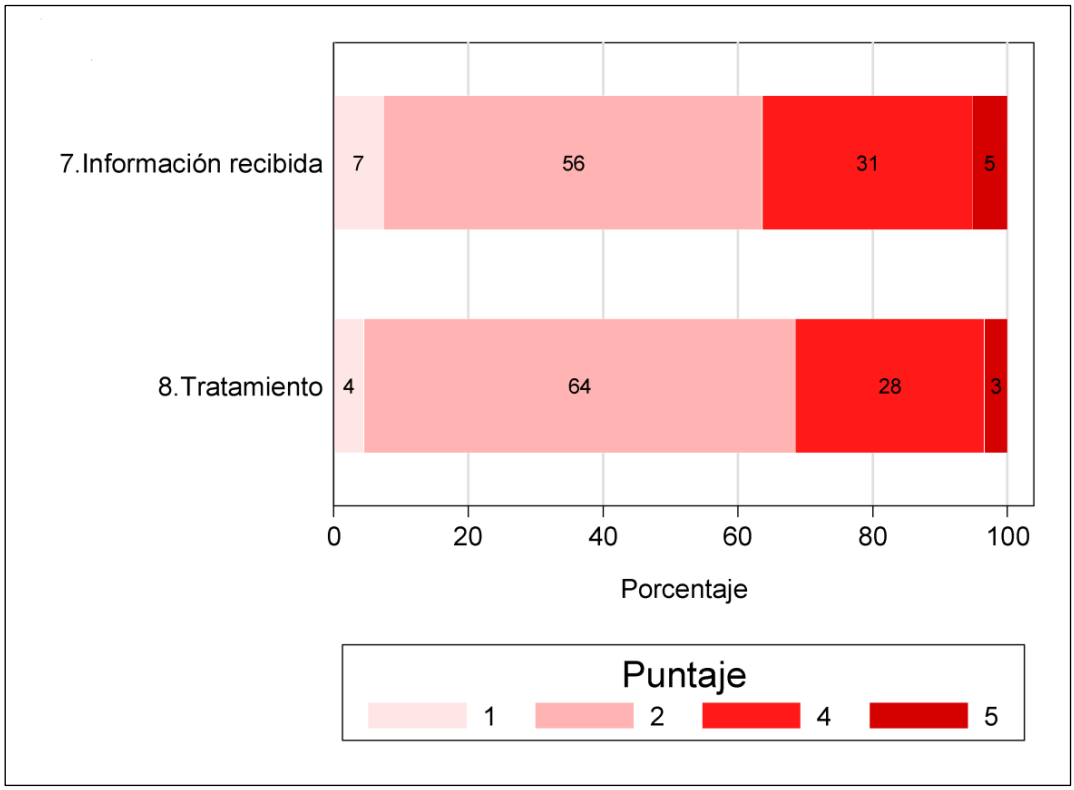
En la dimensión fuente de la estructura que incluye el 40% de los adultos mayores está responde opción 4 y 5, lo que influye medianamente en el nivel alto de incertidumbre.

GRÁFICO Nº 19: "Distribución de la dimensión marco de estímulos del nivel incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



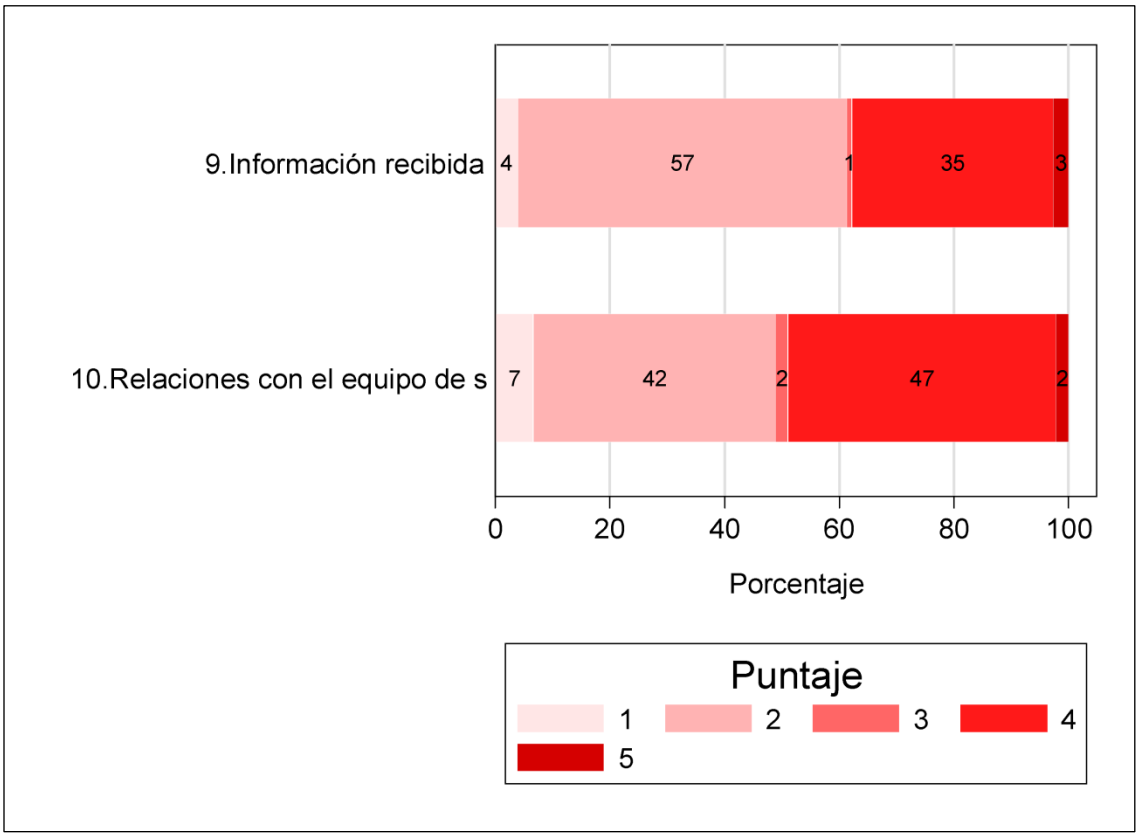
En el gráfico Nº 19 la subdimensión tipología de los síntomas que incluye los síntomas que presenta el adulto mayor, existe un 56 % de ellos que responden la opción 4 y 5 lo que se asocia a un mayor nivel de incertidumbre, lo mismo ocurre con la familiaridad con los hechos que incluye el diagnóstico y tratamiento los adultos mayores en su mayoría responden la opción 4 y 5, lo que representa un 64% lo que indica un mayor nivel de incertidumbre. En la subdimensión coherencia con los hechos un 58% responden la aseveración 4 y 5 lo cual se asocia a un mayor nivel de incertidumbre.

GRÁFICO Nº 20 "Distribución de la dimensión Capacidad Cognitiva del nivel incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



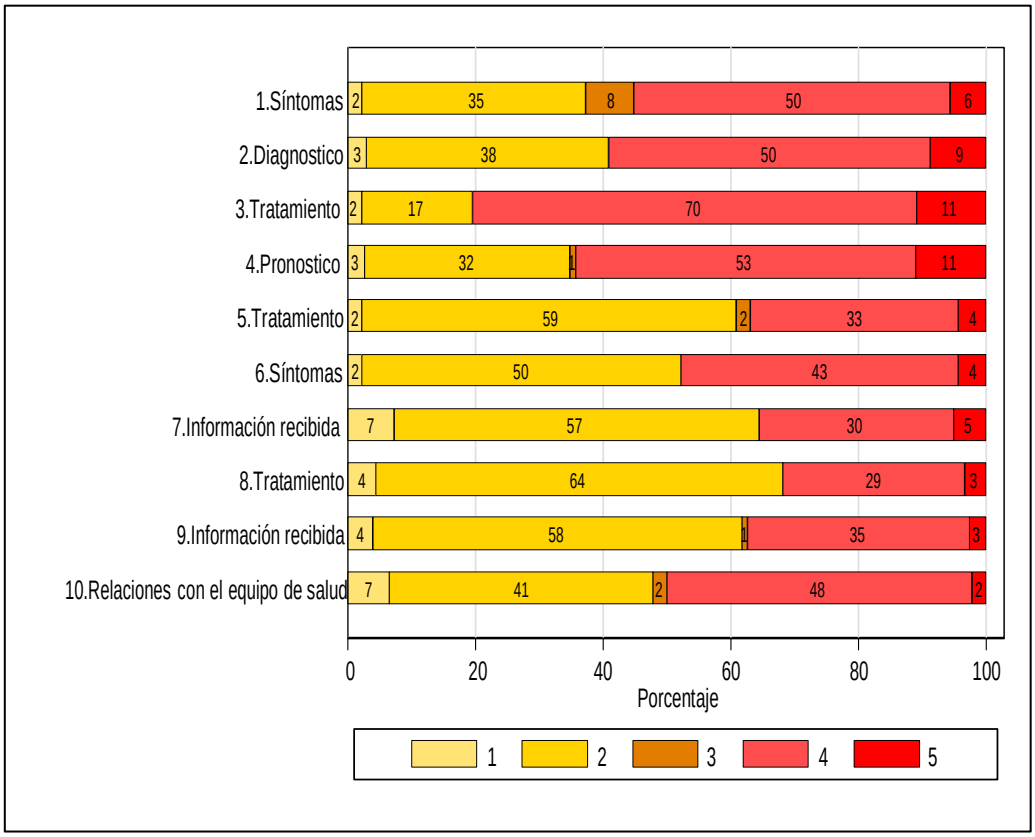
En la dimensión capacidad cognitiva, que incluye la información recibida y el tratamiento. En la información recibida por parte del adulto mayor un 36% responde la opción 4 y 5 lo que no aumenta el nivel de incertidumbre. Con respecto al tratamiento un 31% responde la opción 4 y 5 lo que no aumenta el nivel de incertidumbre.

GRÁFICO Nº 21: "Distribución de la dimensión fuente de la estructura del nivel incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



En la dimensión fuente de la estructura, incluye la información recibida y la relación con el equipo de salud un 38% contesta opción 4 y 5 lo que no aumenta el nivel de incertidumbre. En las relaciones con el equipo de salud, sí aumenta el nivel de incertidumbre ya que un 50% responde opción 4 y 5.

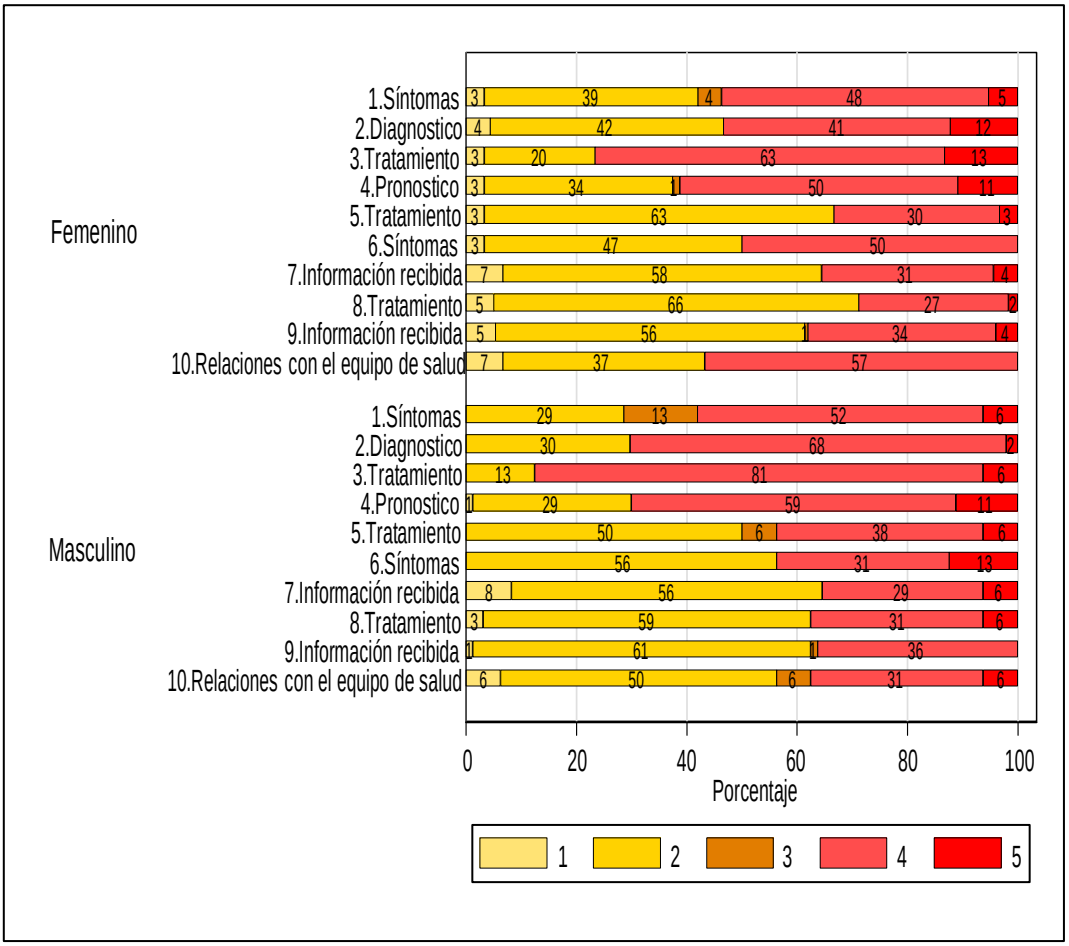
GRÁFICO Nº 22: "Distribución de las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre con sus respectivos indicadores en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



El gráfico Nº 22 representa los indicadores de la tipología de los síntomas, se observa que en los indicadores 1,2,3,4 se asocian a un mayor nivel de incertidumbre ya que más del 50% de los pacientes contestan opción 4 y 5. En el indicador 10 perteneciente a la dimensión fuente de la estructura, un 50% de ellos contestan opción 4 y 5 lo que se asocia a

Un mayor nivel de incertidumbre. Reviste una gran importancia la dimensión marco de los estimulas y la dimensión fuente de la estructura en la relación con el equipo de salud en la determinación de la incertidumbre.

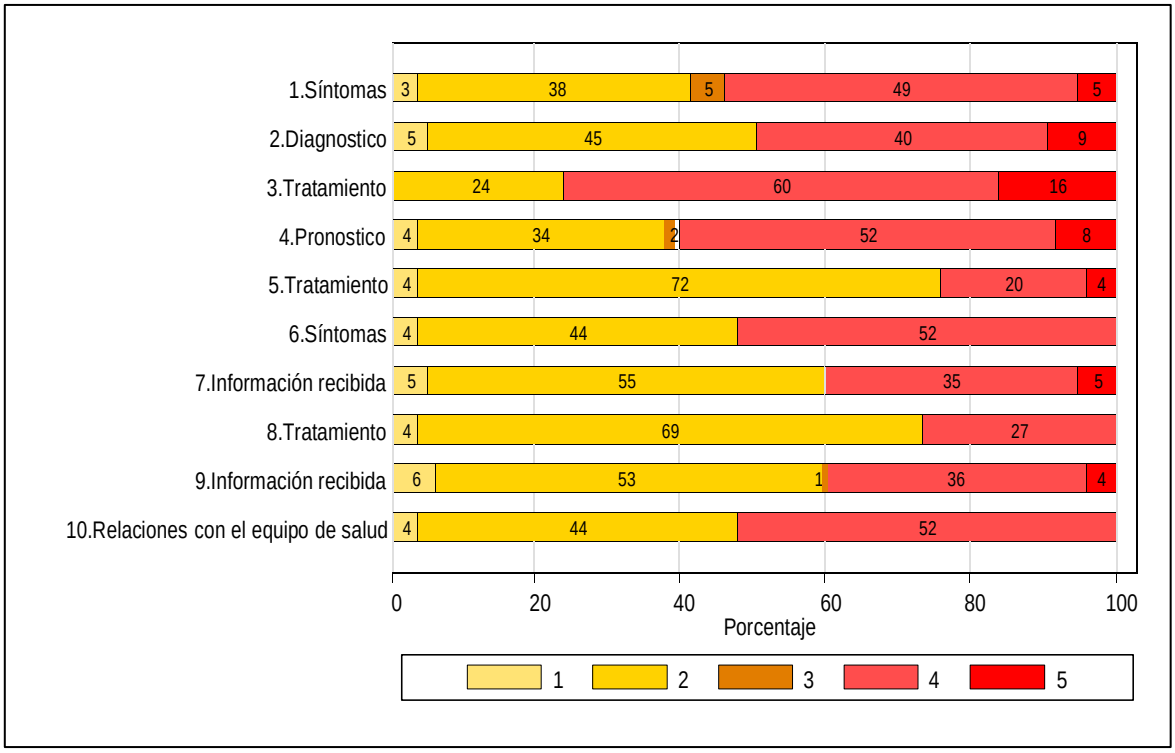
GRÁFICO Nº 23: "Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión género de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC"



En el gráfico Nº 23, está representada la relación entre las dimensiones con sus respectivos indicadores con la dimensión género de la variable característica socio

demográfico. Se observa que en los indicadores 1, 2, 3, 4 correspondientes a la dimensión marco de los estímulos el nivel de incertidumbre es alto tanto en el género femenino como en masculino. La diferencia se establece en la relación con el equipo de salud que corresponde a la dimensión fuente de la estructura es mayor en el género femenino.

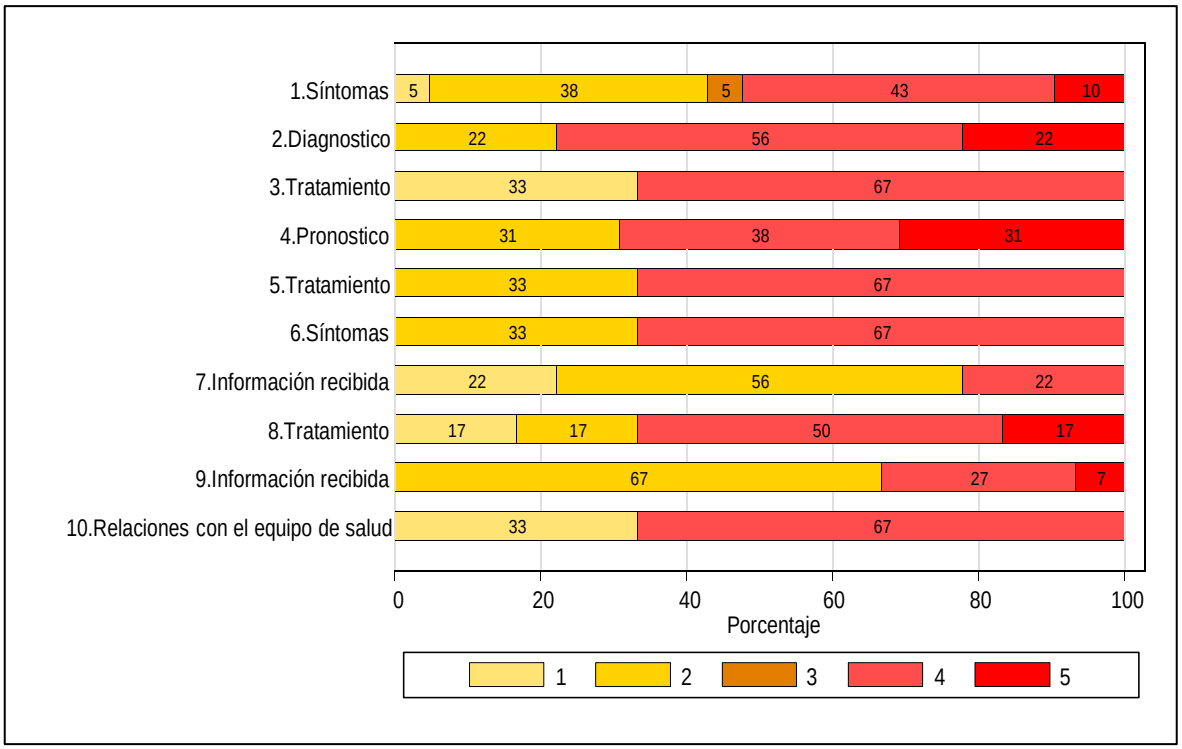
GRÁFICO Nº 24: "Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnóstico de cáncer (mama) de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC"



En el gráfico Nº 24 se observa que en los indicadores 1, 2 ,3 ,4 que corresponden al marco de los estímulos en los adultos mayores con cáncer de mama aumenta el nivel de incertidumbre y en el indicador 6, que corresponde a la subdimensión coherencia con los hechos, corresponde a un 50% lo que aumenta el nivel de incertidumbre y en el indicador

relación con el equipo de salud correspondiente a la dimensión fuente de la estructura, corresponde a un 52% lo que aumenta el nivel de incertidumbre.

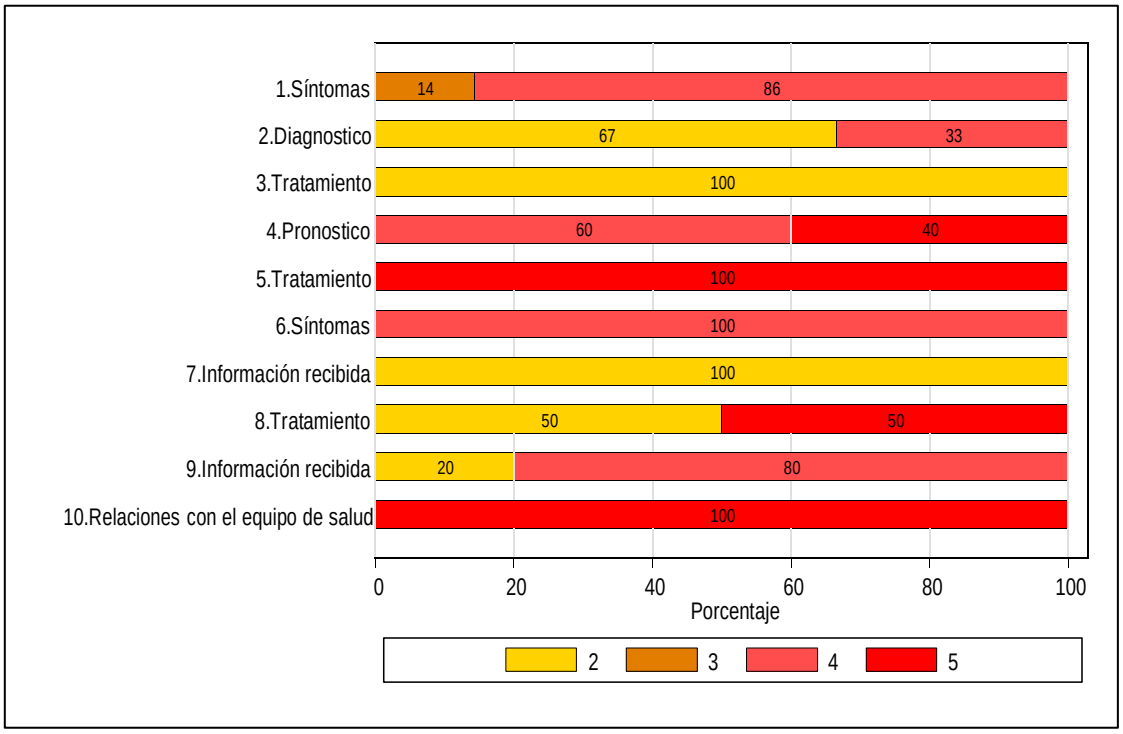
GRÁFICO Nº 25: "Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnostico cáncer (cérvico uterino) de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC"



En el gráfico Nº 25 se observa que en los indicadores 1, 2, 3, 4, 5, 6, correspondientes a la dimensión marcos de los estímulos, existe un alto nivel de incertidumbre y en el indicador 8 correspondiente a la dimensión capacidad cognitiva, lo que se asocia a un alto nivel de incertidumbre y por último el indicador relaciones con el equipo de salud que corresponde a la dimensión fuente de la estructura existe un 67% de respuestas que aumentan el nivel de incertidumbre. Por lo tanto en este tipo de cáncer existe

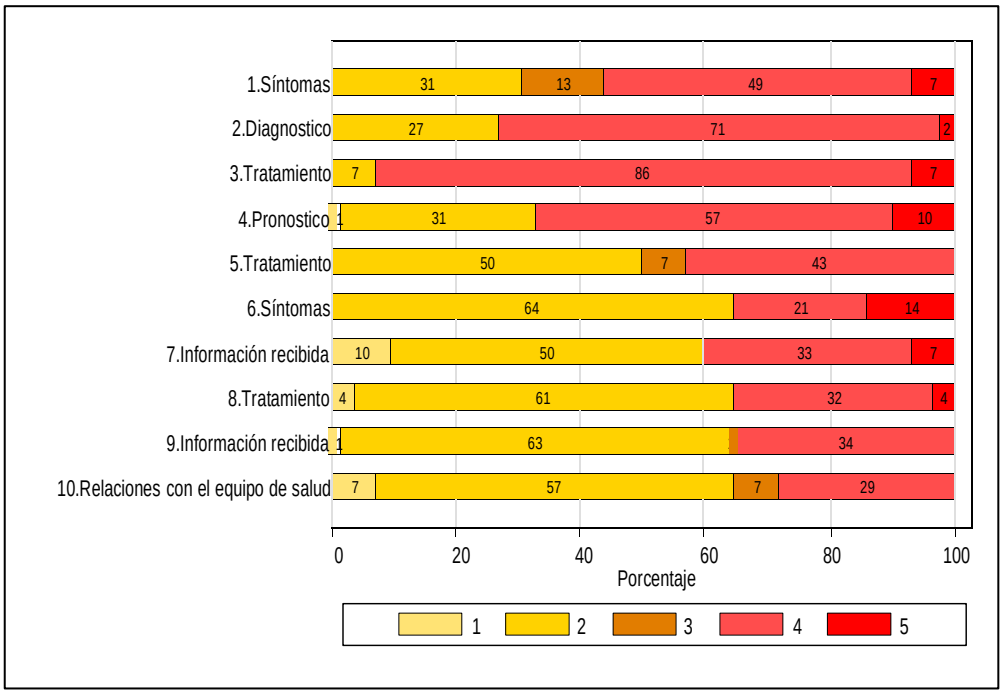
relación entre las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre y la dimensión diagnóstico de cáncer de la variable características socio demográficas del adulto mayor.

GRÁFICO Nº 26: "Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnóstico cáncer (colon) de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC"



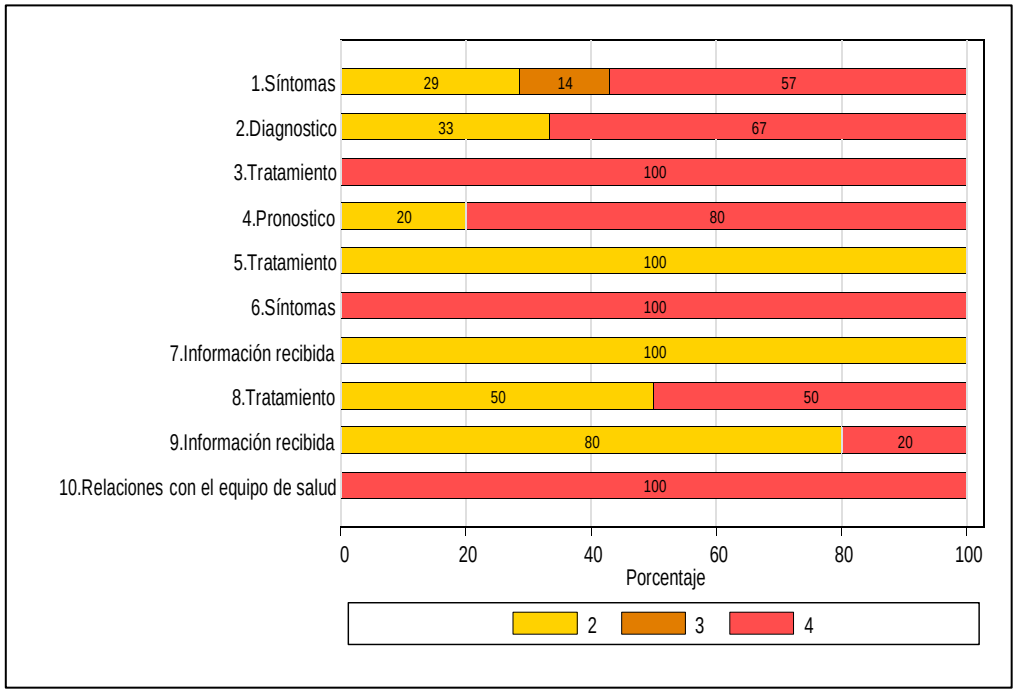
En el grafico los indicadores 1,4,5,6 correspondientes a la dimensión marco de los estímulos se asocian a un alto nivel de incertidumbre, en las indicadores 9 y 10 que corresponden a la dimensión fuente de la estructura existe un alto nivel de incertidumbre. Por lo tanto existe relación entre la dimensión marco de los estímulos y la dimensión diagnostico cáncer (colon) de la variable características socio demográficas.

GRÁFICO Nº 27: "Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnostico cáncer (próstata) de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC"



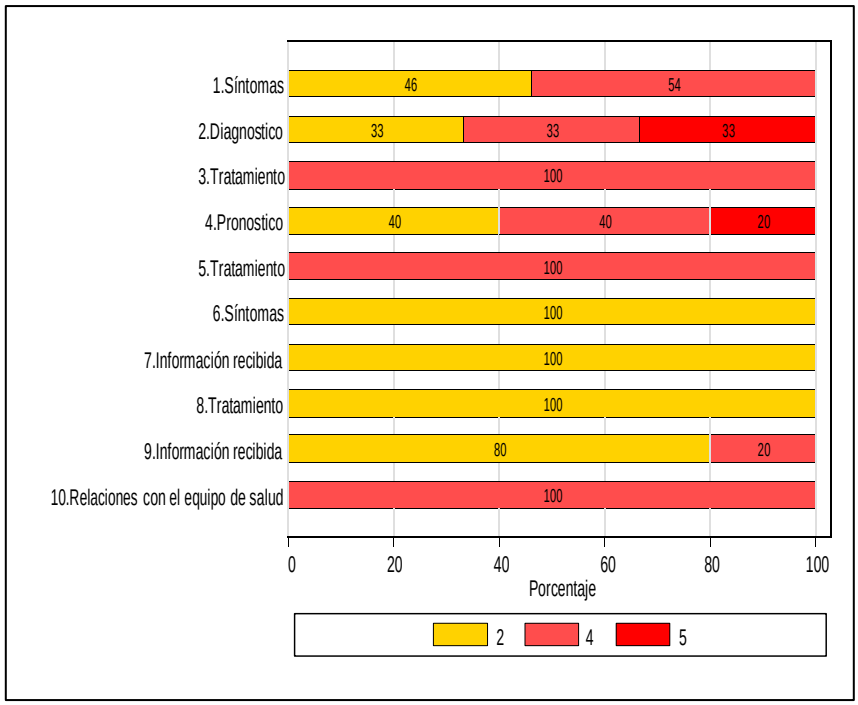
En el gráfico en los indicadores 1, 2, 3, 4 existe una relación con el nivel de incertidumbre por lo tanto existe relación entre la dimensión marco de los estímulos con la variable socio demográfica diagnóstico cáncer (próstata).

GRÁFICO Nº 28: "Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnóstico cáncer (cerebral) de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC"



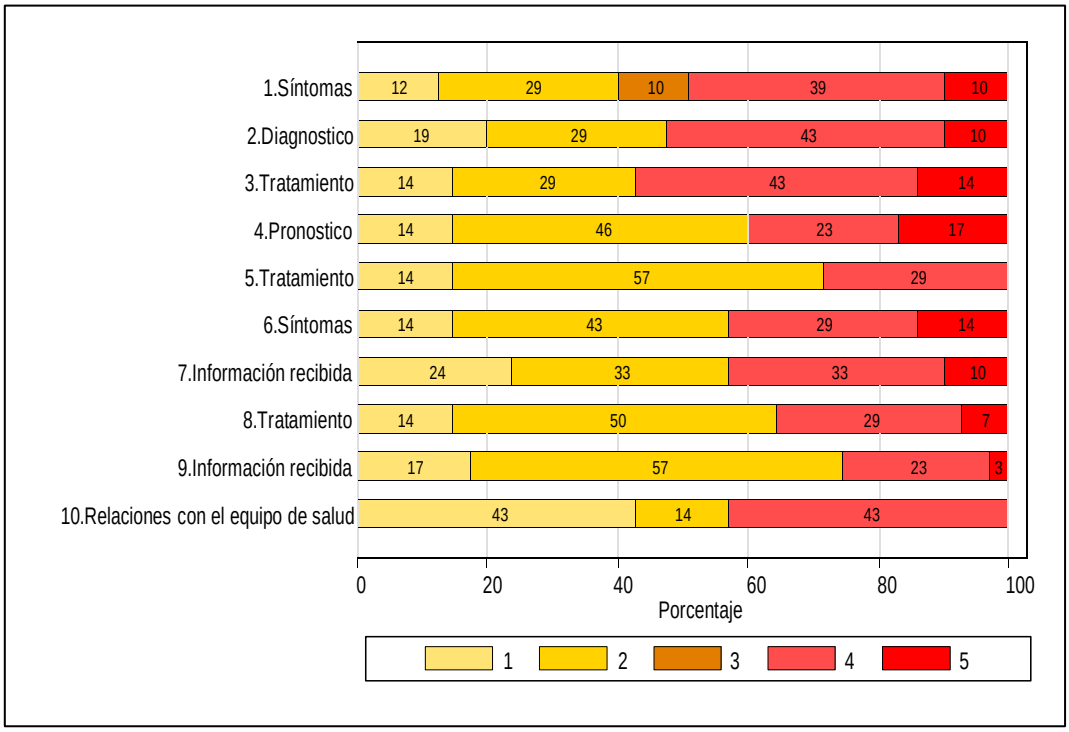
En el gráfico Nº 28 en los indicadores 1, 2, 3, 4, 6 existe una asociación con el nivel de incertidumbre, por lo tanto existe relación entre la dimensión marco de los estímulos con la dimensión diagnostico cáncer (cerebral) de la variable características socio demográficas del adulto mayor. En el indicador relaciones con el equipo de salud existe asociación con el nivel de incertidumbre. Por lo tanto existe relación entre el marco de los estímulos y la fuente de la estructura con la dimensión diagnóstico cáncer (cerebral) de la variable características socio demográficas del adulto mayor.

GRÁFICO Nº 29: "Relación entre las dimensiones del nivel de incertidumbre y la dimensión diagnostico cáncer (vejiga) de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC"



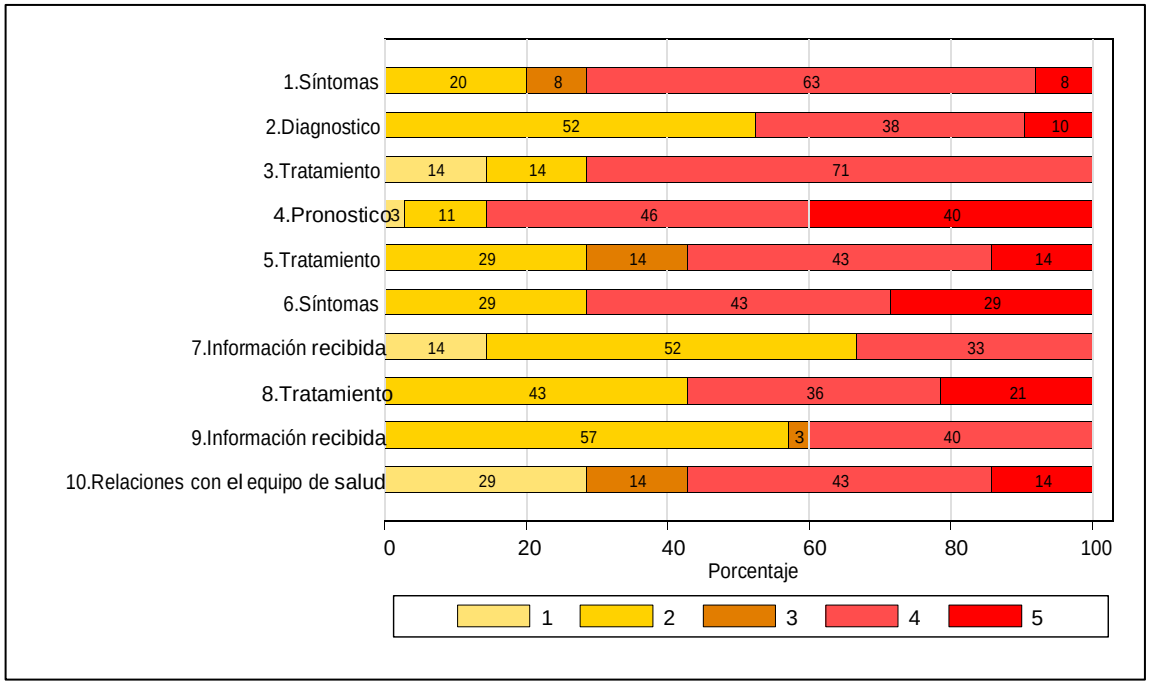
En el gráfico Nº 29 los indicadores 1, 2, 3, 4,5 que corresponden a la dimensión marco de los estímulos se asocian a un nivel alto de incertidumbre. En la dimensión fuente de la estructura en el indicador relación con el equipo de salud la opción es la 4 lo que aumenta el nivel de incertidumbre, por lo tanto existe una relación entre la dimensiones marco de los estímulos y fuente de la estructura con la dimensión diagnóstico de cáncer (vejiga) de la variable características socio demográficas del adulto mayor.

GRÁFICO Nº 30: "Relación entre las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre y la dimensión escolaridad de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC".



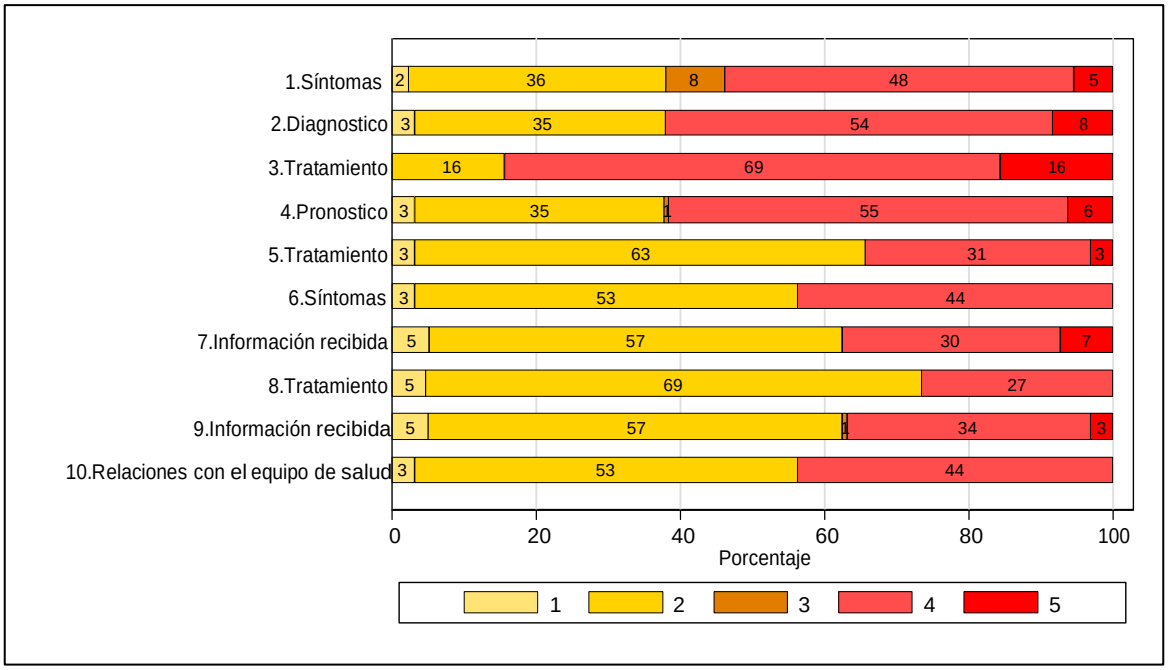
En el gráfico Nº 30 no existe asociación entre las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre y la dimensión escolaridad. Tanto en la dimensión marco de los estímulos, nivel cognitivo y marco de los estímulos, todos los adultos mayores encuestados contestan opción 4, 5 en un porcentaje inferior a un 30% lo que demuestra que no aumenta la incertidumbre. Lo que ocurre es que al aumentar el nivel de escolaridad, disminuye la incertidumbre considerando que el 80% de la muestra presenta algún grado de instrucción.

GRÁFICO Nº 31: "Relación entre las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre y la dimensión estado civil, indicador soltero de la variable características socio demográficas del adulto mayor pertenecientes a la CONAC".



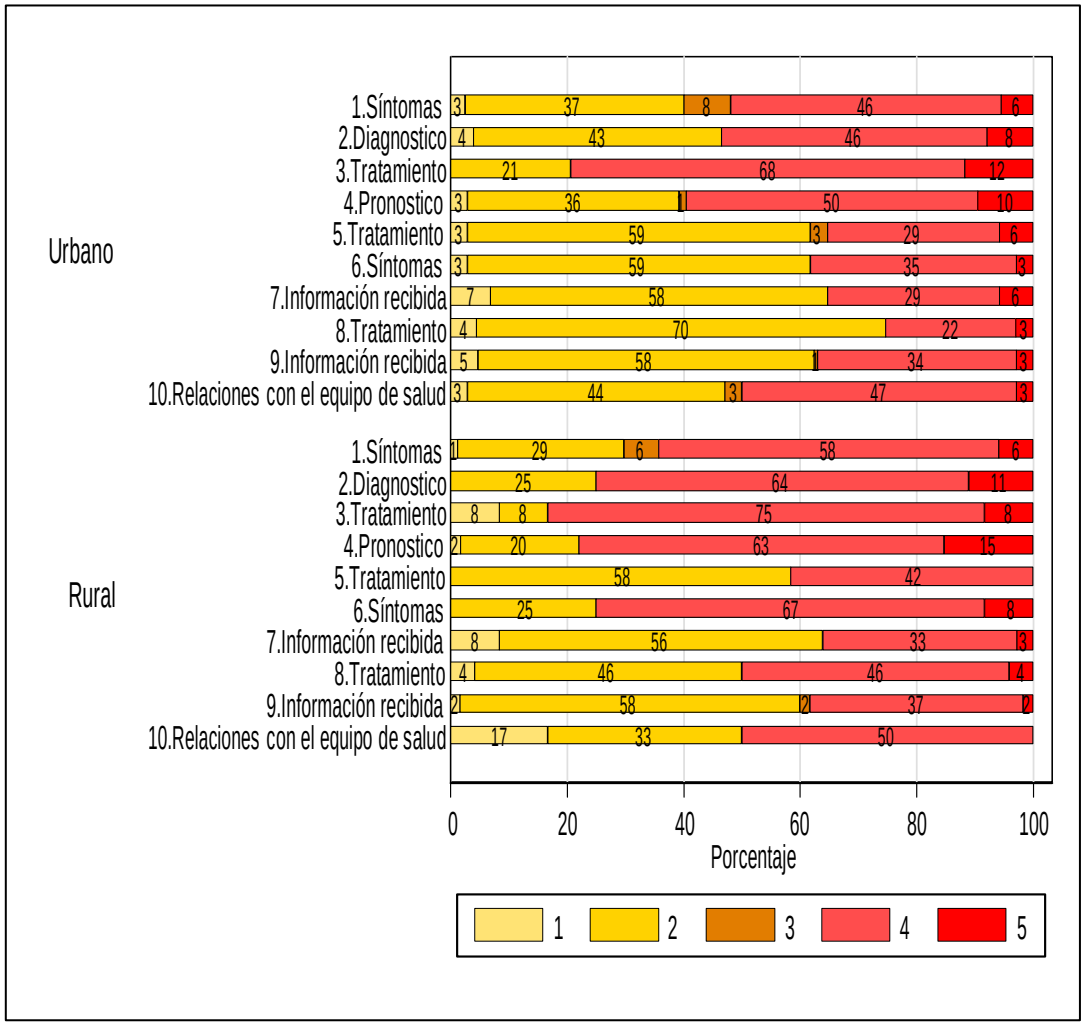
En los indicadores 1, 2, 3, 4, 5, 6 del marco de los estimulas existe una relación con el nivel de incertidumbre, a su vez en la dimensión cognitiva también aumenta la incertidumbre. Con respecto a la fuente de la estructura aumenta la incertidumbre en los indicadores 9 y 10. Por lo tanto existe una relación entre las dimensiones marco de los estímulos, capacidades cognitivas y fuente de la estructura con la variable estado civil indicador soltero.

GRÁFICO Nº 32: "Relación entre las dimensiones y la variable socio demográfica estado civil, indicador casado en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"



En el gráfico Nº 32 en los indicadores 1, 2, 3, 4 correspondientes a la dimensión marco de los estímulos existe relación con el nivel de incertidumbre alto, no así en las demás dimensiones.

GRÁFICO Nº 33: "Relación entre las dimensiones de la variable nivel de incertidumbre y la dimensión lugar de residencia de la variable características socio demográficas del adulto mayor perteneciente a la CONAC"



En el gráfico Nº 33 existe mayor relación entre la dimensión marco de los estímulos, capacidades cognitivas y fuente de la estructura con el indicador lugar de residencia rural de la, dimensión lugar de residencia de la variable características socio demográficas del adulto mayor.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES

Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Los resultados de la investigación muestran la realidad que enfrentan las personas adultos mayores con diagnóstico de cáncer que reciben tratamiento en forma ambulatoria lejos de sus hogares y seres queridos para tener acceso a un centro oncológico. Aunque los resultados muestran la realidad que enfrentan un grupo de adultos mayores, esta no es muy diferente a la que viven en otros centros oncológicos de nuestro país.

En el grupo de adultos mayores estudiados la afección más frecuente en el género femenino es el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino. En el género masculino es el cáncer prostático, lo cual se relaciona con las estadísticas nacionales que destacan estas patologías malignas.

La muestra está constituida en su mayor parte por mujeres que representan un 64,4% y los hombres representados por un 44%; de acuerdo al INE a nivel nacional la distribución por género es similar siendo las mujeres un 56% y los varones un 44%. Los rangos de edades de los adultos mayores van desde los 60 a 71 años.

El grado de instrucción en este grupo de adultos mayores es más bien alto ya que en casi un 88% de ellos presenta un nivel escolar básico completo, educación media incompleta y educación media completa, lo que disminuye su nivel de incertidumbre. El modelo propuesto señala que a mayor educación la incertidumbre disminuye.

El estado civil de la muestra un 70% de ellos es casado, lo que disminuye su nivel de incertidumbre debido a que el modelo planteado sostiene que el apoyo social y las redes de apoyo disminuyen la incertidumbre. Si la persona cuenta con pareja estable o compañía de algún familiar su incertidumbre disminuye.

Este grupo de adultos mayores presentan un alto nivel de incertidumbre, debido a que el cáncer cualquiera sea el tipo, significa un impacto en lo personal y familiar, que interrumpe la armonía y genera gran incertidumbre por el desconocimiento futuro. Cabe destacar que los cánceres que presentan mayor nivel de incertidumbre es el cáncer de mama en mujeres y en el hombre lo constituye el cáncer de próstata.

No existe relación entre el nivel de incertidumbre y el género en ambos existe un nivel alto de incertidumbre. La edad tampoco constituye un factor que incida en el nivel de incertidumbre, en todos los rangos de edad existe un nivel de incertidumbre alto.

Los adultos mayores que proceden de lugares rurales presentan mayor nivel de incertidumbre esto se puede deber al menor acceso a información y a menores redes de apoyo.

Las redes de apoyo están formadas en parte por la familia que posee el adulto mayor aquellos adultos mayores solteros presentan un mayor nivel de incertidumbre, debido a que no tienen hijos ni pareja que los apoye en el difícil momento que enfrentan.

La dimensión que más influye en el nivel de incertidumbre que presentan los adultos mayores es el marco de los estímulos. Llama la atención que en la dimensión marco de los estímulos, indicadores como tipología de los síntomas, familiaridad y coherencia con los hechos relacionados con la enfermedad son aspectos de alta puntuación, lo que sugiere desconocimiento general del diagnóstico de cáncer, lo que indica falta de claridad con respecto a lo que está sucediendo con su condición de salud.

Con respecto al lugar de residencia los adultos mayores de zonas rurales presentan mayor nivel de incertidumbre esto asociado a las pocas redes de apoyo que poseen.

La carencia de apoyo social derivado de la contradicción y de la ausencia de trabajo con el equipo de atención en salud lo lleva a crear su propio esquema cognitivo y de la evolución de su enfermedad, lo que puede traducirse en una percepción errada de lo que está sucediendo y cual será realmente el tratamiento.

Las fuentes de la estructura representan un punto crítico con respecto de la incertidumbre. El personal de salud debe apoyar, educar e informar a la persona, representar algo significativo para disminuir su incertidumbre. En la muestra estudiada existe una falta de relación con el equipo de salud.

La aplicación de esta teoría en la práctica de enfermería da significado en la medida que se reflexione y reconozca nuestras debilidades en la atención de enfermería con el adulto mayor oncológico.

Es importante realizar una buena valoración de enfermería en lo relacionado con sus dudas e inquietudes de conocimientos en situación de enfermedad, en especiales adultos mayores oncológicos, para facilitar la intervención necesaria en estas personas.

La teoría expuesta en este trabajo se transforma en una herramienta que brinda sustento teórico al profesional para desarrollar nuestras intervenciones, transformándose a su vez en una guía en el quehacer cotidiano para desempeñar con conocimiento y humanismo el cuidado del adulto mayor oncológico. Es menester entender que se interactúa con un ser humano, que posee una gama de dimensiones que deben ser abordadas en forma holística. La manifestación de la incertidumbre por cáncer provoca que las personas evalúen en forma inadecuada una situación estresante, al aplicar esta teoría a una muestra de adultos mayores nos conduce a la identificación de las primeras luces de incertidumbre que nos proyecta a la aplicación de un plan de cuidados enfocado a eliminar esta situación logrando que la persona y familia afronten de mejor manera la enfermedad.

Esta investigación favorece el desarrollo teórico de enfermería, comprendiendo y profundizando en fenómenos como la incertidumbre el cual fue explicado dentro de un contexto y población específica, basado en la experiencia de adultos mayores.

La práctica de enfermería basada en la teoría se considera relevante y significativa para la sociedad actual; al identificar fenómenos como la incertidumbre que afectan a personas con cáncer, el cuidado se ofrece de manera integral fundamentado en conceptos teóricos que orienten a la valoración, planificación, ejecución y evaluación de los mismos. La teoría aporta notablemente a la existencia de una relación enfermera–persona, enfermera-contexto, comprendiendo, analizando y reflexionando acerca de nuevas intervenciones de cuidado en enfermería.

Recomendaciones

Es necesario que el profesional enfermera, considere las siguientes recomendaciones para el mejoramiento de los cuidados otorgados al adulto mayor oncológico

1.-Comprender desde la disciplina de enfermería fenómenos como la incertidumbre, entendiendo que es parte de las dimensiones del ser humano y por ende su cuidado debe ir dirigido a la integridad del ser, redimensionando espacios en los programas del adulto mayor

2.-Educar al adulto mayor y familia a mejorar conocimientos de su enfermedad, sus actitudes y comportamientos. Al final podemos afirmar que la educación de la persona atendida contribuye a mejorar su estado de salud. Esta instancia de educación se debe generar durante la etapa de diagnóstico, tratamiento ya que la mayoría de estos pacientes maneja su enfermedad en forma ambulatoria.

3.-Fortalecer la credibilidad con los adultos mayores siendo veraces y confiables, otorgando información graduada y adecuada, influyendo así en el esquema cognitivo de la persona atendida, para que este interprete su estado de salud como una oportunidad. Convertirse en una figura representativa del paciente y no sólo como una gestora de indicaciones, establecer una relación terapéutica desde el comienzo de su enfermedad convirtiéndose así en su intérprete y defensora de sus derechos.

4.-Realizar investigaciones similares que permitan conocer la respuesta de los adultos mayores frente a otras enfermedades tan devastadoras como el cáncer generando instancias de aprendizaje para nuestra disciplina. Generar conocimiento a partir de las afecciones propias del proceso de envejecimiento.

5.-Realizar investigación cualitativa para identificar los mecanismos de afrontamiento utilizado por los adultos mayores en el proceso de enfermedad., especialmente en el cáncer.

6.-Fomentar la instalación de grupos de apoyo con y para adultos mayores que ya hayan enfrentado esta enfermedad en centros médicos, CESFAM y hospitales donde acudan personas con este diagnóstico.

7.-Concretar la visibilidad de la relación enfermera –persona atendida ya que en general los adultos mayores identifican a la enfermera solo como la responsable de la administración de drogas y en aspectos administrativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aimar, A. (2009).El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. Revista *Índex Enfermería 18*(2), 111-115.

- Alonso, J. (2008). Cuerpo dolor e Incertidumbre, experiencia de la enfermedad y formas de interpelar el cuerpo en pacientes de cuidados paliativos. Revista antropológica e investigación social 2,36-50.

- Alves A, Joao; Castro V, Catarina; Ribeiro N, Helena Faustino D. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en Diabetes tipo II. Revista Latinoamericana en Enfermería, 15(4).

- Bailey, D., Landerman, L., Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M., Muir, A. et al. (2009) Uncertainty, simptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis c. *Psychosomatics 50*(2), 138-146.

- Bailey, D., Wallace, M. & Mishel M. (2007) Watching, waiting and uncertainty in prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing 50*, 734-741.

- Borquez, P. (2007). El paciente oncologico geriatrico. *Revista Chilena de cirugia*, 59(6), 467-471.

- Bustamante LM, Marín S J, Cardona D. Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública 2012; 30(1): 17-25

- Calenti, Millan. Gerontologia y Geriatriatria. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2010.Decker, C,(2007).Uncertainty in adolescents and Young adults with Cancer .Oncology Nursing Forum, 34(3),681-688.

- Durán de Villalobos, M. (2007).Teoría de Enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichán 7* (2) ,161-173.

- Donoso, D. (2006).Aumento de la Mortalidad por cáncer de colon en Chile, 1990-2003. Revista Médica de Chile 134,152-158.

- Elphee, E.(2008).Understanding the concept of Uncertainty in Patient with Indolent Lymphoma .Oncology Nursing Forum, 35(3),449-454.

- Gómez, Patricia. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con Diabetes Mellitus tipo II. Tesis para optar al grado de magister en Enfermería con énfasis en el cuidado del paciente crónico. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2010.

- Gonzalez, D. (2006). Teorias de Enfermeria para el abordaje del cuidado de personas en situacion de enfermedad cronica. 69-82.

- Hortaneda, D. Síndromes Geriátricos. 1ª Edición. España. 2007

- Isla, X. (1996). Percepcion de Incertidumbre de los pacientes Diabeticos controlados en el consultorio adosado de Especialidades del Hospital Herminda Martin de Chillan. Revista *Ciencia y Enfermeria, II*(1), 71-80.

- Lin, L., Yeh, C-H., Mishel, M. 2010). Evaluation of a conceptual model based on Mishel's theories of uncertainty in illness in a sample of Taiwanese parents of children with cancer: A cross-sectional questionnaire Surrey. *International Journal of Nursing Studies 47*, 1510-1524.

- Londoño, Y. (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería 27* (1), 70-77.

- Marin, Pedro Paulo. Manual de Geriatria y Gerontologia. Santiago: Universidad Catolica de Chile, 2002.
- Marriner A, Realy M. Modelos y Teorías de Enfermería. 5ª edición traducida por EdiDe, S.L. Casanova. Barcelona. Editorial Mosby. 2003.
- Mishel. M. H (1988).Uncertainty in illness. Image: Journal of Nursing Scholarship, 20,225-231.
- Mishel M. H. Reconceptualización of the uncertainty in illness Theory. State of the Science. Journal of Nursing Scholarship. 22(4) (256-262).
- McCormick, K. (2002). A Concept Analysis of Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship 34*(2), 127-131.
- Mishel, M. (2008). Theories of Uncertainty in Illness. En M. J. Smith y P.R. Lierh (Eds). *Middle Range Theory for Nursing*. (pp. 55-84)
- Mishel MH (1999).Uncertainty in chronic ilness. In Annual Review of Nursing Research, 17 (269-294)
- Pelaez.M. (Mayo-Junio de 2005). La construccion de las bases de la buena salud en la vejez situacion en las Americas. *Revista Panamericana de Salud Publica*.
- Peralta, O. (2002). Cancer de mama en Chile ,Datos Epidemiologicos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, *67*(6), 439-445.
- Pradena. Nivel de Incertidumbre percibido por el paciente en el periodo preoperatorio de cirugía ocular. Tesis para optar al título de enfermera especialista en oftalmología. Universidad de Concepción, Chile 1993
- Prieto, M. (2011). Epidemiología del cáncer de mama en Chiler. *Revista medica Clinica Las Condes, 22*(4), 428-435

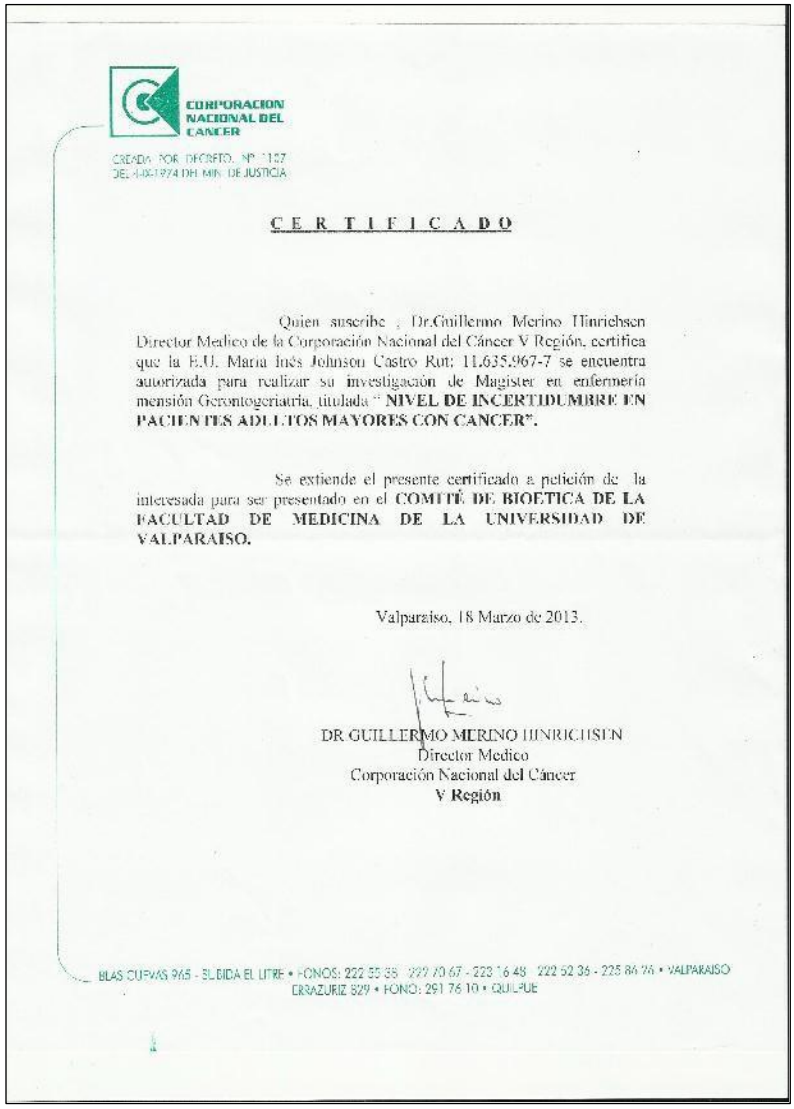
- Smith, M. (2008). Middle Range Theory for Nursing. En Springer Publishing Company (Eds). Theories of Uncertainty in Illness (pp. 55-84)
- Tapia, Catalina. (1987).Nivel de Incertidumbre en el paciente Hospitalizado durante su periodo Preoperatorio. Tesis para optar al título de Magister en Enfermería. Universidad de Concepción, Chile 1987.
- Torres.Catalina. (2006). Model Estructural de Enfermeria de Calidad de vida e Incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y Enfermeria, XII*(1), 9-17.
- Torres A,Alexandra y Sanhueza A,Olivia(2006).Modelo estructural de Enfermeria de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad.Revista Ciencia y Enfermeria 12(1).
- Triviño, Z. & Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichán 5* (1), 20-31.
- Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, 2006
- Muñoz P. A. (2009). *Tesis:* Estrategias de Afrontamiento utilizadas por enfermeras ante el impacto emocional y psicológico en la atención de niños y adultos con cáncer una perspectiva fenomenológica.: Universidad Austral de Chile.Valdivia.

ANEXOS

7. Anexos

7.1. Autorizaciones.

7.1.1 Autorización CONAC



CORPORACION NACIONAL DEL CANCER

CREADA POR DECRETO. Nº 1127
DEL 4-06-1974 DEL MIN. DE JUSTICIA

C E R T I F I C A D O

Quien suscribe ; Dr.Guillermo Merino Hinrichsen Director Medico de la Corporación Nacional del Cáncer V Región, certifica que la E.U. María Inés Johnson Castro Rut: 11.635.967-7 se encuentra autorizada para realizar su investigación de Magister en enfermería mensión Gerontogeriatría, titulada " **NIVEL DE INCERTIDUMBRE EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON CANCER".**

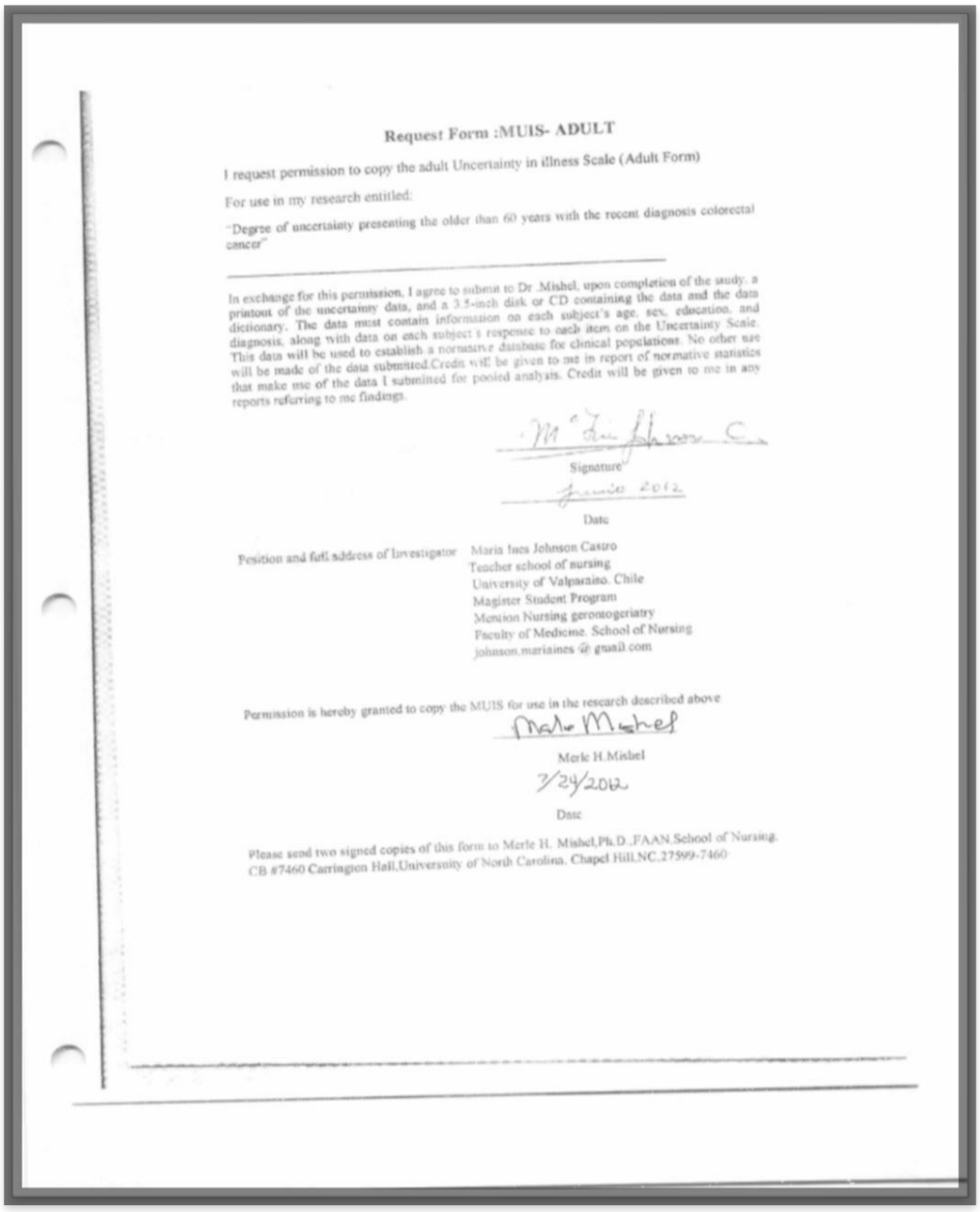
Se extiende el presente certificado a petición de la interesada para ser presentado en el **COMITÉ DE BIOETICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO.**

Valparaiso, 18 Marzo de 2013.

DR GUILLERMO MERINO HINRICHSEN
Director Medico
Corporación Nacional del Cáncer
V Región

BLAS CUEVAS 965 - BUBIDA EL LITRE • FONOS: 222 55 35 - 222 70 67 - 223 16 48 - 222 52 36 - 225 86 76 • VALPARAISO
ERRAZURIZ 829 • FONO: 291 76 10 • QUILPUE

7.1.2 Autorización autora instrumento. Merle Mishel



Request Form :MUIS- ADULT

I request permission to copy the adult Uncertainty in illness Scale (Adult Form)

For use in my research entitled:

"Degree of uncertainty presenting the older than 60 years with the recent diagnosis colorectal cancer"

In exchange for this permission, I agree to submit to Dr .Mishel, upon completion of the study: a printout of the uncertainty data, and a 3.5-inch disk or CD containing the data and the data dictionary. The data must contain information on each subject's age, sex, education, and diagnosis, along with data on each subject s response to each item on the Uncertainty Scale. This data will be used to establish a normative database for clinical populations. No other use will be made of the data submitted.Credit will be given to me in report of normative statistics that make use of the data I submitted for pooled analysis. Credit will be given to me in any reports referring to me findings.

Signature

junio 2012

Date

Position and full address of Investigator: Maria Ines Johnson Castro
Teacher school of nursing
University of Valparaino. Chile
Magister Student Program
Mention Nursing gerontogeriatry
Faculty of Medicine. School of Nursing
johnson.mariaines @ gmail.com

Permission is hereby granted to copy the MUIS for use in the research described above

Merle Mishel

Merle H.Mishel

3/24/2012

Date

Please send two signed copies of this form to Merle H. Mishel,Ph.D.,FAAN.School of Nursing. CB #7460 Carrington Hall,University of North Carolina. Chapel Hill,NC.27599-7460

7.2 Consentimiento informado

Comité de Bioética
Facultad de Medicina

Universidad de Valparaíso
CHILE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado "Nivel de Incertidumbre de los pacientes adultos mayores con el diagnóstico de cáncer mamario", cuyo investigador es María Inés Johnson Castro. Esta investigación pretende ayudar a los adultos mayores en el proceso de enfermedad, en este caso el cáncer, a su vez lograr la obtención del grado Magister de la investigadora, en el Programa de Magíster impartido por la Dirección de Postgrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, versión 2010-2012.

La investigación mencionada se realizará en la Corporación Nacional del Cáncer (CONAC).entre los meses Mayo-Julio del año 2013. Esta investigación surge debido al cambio demográfico, en que ha aumentado el porcentaje de adultos mayores , los cuales se ven afectados por el cáncer .Siendo el objetivo principal de esta investigación es conocer el nivel de incertidumbre de los adultos mayores frente al cáncer mamario.

Para que usted pueda tomar una decisión informada le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consiste su participación.

Su participación se realizará a través de un cuestionario, el cual le tomará 15 minutos en responder será analizado por el investigador y posteriormente vaciados por él en un informe escrito que será presentado como resultado de esta investigación. Si usted acepta su participación se asegura la confidencialidad de los datos obtenidos.

La participación es voluntaria, tiene derecho a desistir de la encuesta en cualquier momento sin ningún tipo de sanción. El trabajo no conlleva ningún riesgo ni beneficio, pero no recibirá ninguna compensación económica. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no según lo estime el investigador en publicaciones científicas y/o académicas.

Si tiene alguna pregunta sobre este trabajo, se puede comunicar con la suscrita a través de su correo electrónico: María Inés Johnson Castro: maria.johnson@uv.cl

Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso .Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. .Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Si acepta participar recibirá una copia de este documento, firmada por el investigador.

María Inés Johnson Castro

11.635.967-7

96799645-maria.johnson@uv.cl

Valparaíso 2012

Universidad de Valparaíso CHILE

Comité de Bioética
Facultad de Medicina

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo_____, Rut_____.

Se me ha invitado a participar en la investigación "Nivel de incertidumbre de los pacientes adultos mayores con el diagnóstico de cáncer mamario", que se lleva a cabo en la Corporación Nacional del Cáncer (CONAC) Quinta región. Entiendo que tiene por objetivo medir el nivel de incertidumbre de los adultos mayores con cáncer, el cual será útil para conocer más acerca de lo que produce esta enfermedad.

Entiendo que mi participación consiste en responder una encuesta, la que me llevará aproximadamente 15 a 20 minutos. Entiendo también que mi participación es voluntaria, que no tendré beneficio económico y que puedo retirarme de ella en cualquier momento sin que ello perjudique mi estadía ni mi atención en el hospital. Comprendo que para participar debo firmar un consentimiento informado del que recibiré una copia. La información que entregue se manejará confidencialmente y solo podrán ser utilizados en otra investigación cuyo objetivo no se aleje de este estudio. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científico, resguardando mi identidad. Además entiendo que tendré acceso a los resultados si yo lo requiriera.

Si me surgiera alguna duda podré consultar al investigador, en cualquier momento de la investigación, a quien podré contactar en el fono: 96799645 -maria.johnson@uv.cl.

Si durante o al término de la encuesta requiriera contención psicológica tendré derecho a esta por parte del investigador u otro profesional.

El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

_____

Nombre, Apellido y firma

Rut:

_____

Nombre, apellido investigador, firma. 96799645-maria.johnson@uv.cl

Valparaíso, _____de 2012

7.3 Instructivo.

INSTRUCTIVO: ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE DE MERLE MISHEL.

Objetivo

Este instructivo tiene como objetivo facilitar la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Contexto

El instrumento se aplicará en una institución no gubernamental.(CONAC), V Región.

Aplicación

1. Este instrumento será aplicado por la investigadora.

2. El tiempo estimado para su aplicación es de 15-20 minutos

3. El encuestado indicará su respuesta en una tabla que se le presentará con 5 opciones desde:

Muy de acuerdo	5 pts.
De acuerdo	4 pts.
Muy indiferente o intermedio(indica opción Neutral)	3 pts.
En desacuerdo	2 pts.
Muy en desacuerdo	1 pt

Descripción General

1. El presente instrumento consta de dos partes; la primera se refiere a los antecedentes generales, donde el investigador deberá marcar la opción señalada por el encuestado.

2. La segunda parte corresponde a una Escala Likert. Con las opciones ya señaladas y que el investigador deberá marcar con una x.

3. La investigadora marcará con una x con lápiz azul la opción señalada por el paciente.

7.4 Instrumento

INSTRUMENTO: Escala de Evaluación de la Incertidumbre de Merle Mishel

I. Antecedentes generales:

1. Género: ☐ F

☐ M

2. Diagnóstico Médico_____

3. Edad _____años

4. Escolaridad: ☐ Básica Completa ☐ Media Completa

Básica Incompleta ☐ Media Incompleta ☐

☐ Superior

5. Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Convivencia

Separada/o ☐

6. Lugar de Residencia: ☐ Urbano ☐ Rural

☐ Urbano Marginal

7 .Situación familiar: Vive solo ☐ Con Hijo/s ☐ Esposa/o ☐

II. Escala de Evaluación de la Incertidumbre de Merle Mishel .

PREGUNTAS	INDICADORES				
1. ¿Usted no conoce cuál es su enfermedad?	MA	A	I	D	MD
2. ¿Tiene usted muchas dudas sin respuestas?	MA	A	I	D	MD
3. ¿ Usted no sabe si ha mejorado o empeorado?.	MA	A	I	D	MD
4. ¿ tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad?	MA	A	I	D	MD
5. ¿Las explicaciones que le dan parecen confusas?	MA	A	I	D	MD
6. La finalidad de cada tratamiento le es claro*	MA	A	I	D	MD
7. Cuando usted tiene dolor sabe lo que significa para su condición de salud*	MA	A	I	D	MD
8. Usted no sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento	MA	A	I	D	MD
9. ¿Sus síntomas siguen cambiando imprevisiblemente?	MA	A	I	D	MD

10. Usted entiende todo lo que se le explica ?*	MA	A	I	D	MD
11. Los médicos dicen muchas cosas que podrían tener muchos significados	MA	A	I	D	MD
12. Usted puede predecir cuánto durará su enfermedad	MA	A	I	D	MD
13. Su tratamiento es complejo para entenderlo	MA	A	I	D	MD
14. De acuerdo con el equipo de salud que le brinda la atención, no es claro quién es responsable de su salud?	MA	A	I	D	MD
15. Es muy difícil saber si los tratamientos le están ayudando	MA	A	I	D	MD
16. Debido a lo imprevisible de su enfermedad no puede planificar su futuro?	MA	A	I	D	MD
17 .El curso de su enfermedad se mantiene	MA	A	I	D	MD
18. Usted no sabe cómo se manejará cuando deje el hospital	MA	A	I	D	MD
19. Le han estado entregando diferentes opiniones acerca de cuál es su enfermedad.	MA	A	I	D	MD
20. Usted no tiene claro lo que está sucediendo	MA	A	I	D	MD
21. Generalmente sabe si tendrá un buen o mal día*	MA	A	I	D	MD
22. Es claro para usted cuando se va a sentir mejor*	MA	A	I	D	MD

23. No le han dicho como tratar la enfermedad	MA	A	I	D	MD
24. Es difícil de determinar cuánto tiempo pasará antes que pueda cuidarse por sí mismo.	MA	A	I	D	MD
25. Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad.*	MA	A	I	D	MD
26. Le entregan demasiada información ¿ me puede decir cuál es la más importante?.	MA	A	I	D	MD
27. Los médicos comparten la opinión acerca de cómo tratar la enfermedad*	MA	A	I	D	MD
28. No le han dado un solo diagnostico	MA	A	I	D	MD
29. Su molestia física es predecible. Usted sabe cuándo está mejorando o empeorando*	MA	A	I	D	MD

7.5 Tablas

Tabla Nº1: "Distribución porcentual de género que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	29	64.44
Masculino	16	35.56
Total	45	100.00

Tabla Nº2: "Distribución porcentual de las edades que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC".

dad (Años)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
60-62	8	17.78	17.78
63-65	7	15.56	33.33
66-68	8	17.78	51.11
69-71	7	15.56	66.67
72-75	5	11.11	77.78
76-78	5	11.11	88.89
79-82	5	11.11	100.00
Total	45	100.00	

Tabla Nº 3: "Distribución porcentual del nivel de escolaridad que poseen los adultos mayores pertenecientes a la CONAC".

Escolaridad	Freq.	Percent	Cum.
Sin Estudios	7	15.56	15.56
Básica Incompleta	8	17.78	33.33
Básica Completa	10	22.22	55.56
Media Incompleta	3	6.67	62.22
Media Completa	11	24.44	86.67
Superior Completa	6	13.33	100.00
Total	45	100.00	

Tabla Nº4: "Distribución porcentual de diagnósticos de cáncer que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Colon	1	2.22
Cérvico uterino	3	6.67
Mama	24	53.33
Próstata	14	31.11
Tumor cerebral	1	2.22
Vejiga	2	4.44
Total	45	100.00

Tabla Nº5: "Distribución porcentual del estado civil de los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Estado Civil	Freq.	Percent
Soltero	7	15.56
Casado	31	68.89
Viudo	4	8.89
Separado	3	6.67
Total	45	100.00

Tabla Nº6: "Distribución porcentual género/edad poseen los adultosmayores pertenecientes a la CONAC"

Género/Edad	60-62	63-65	66-68	69-71	72-75	76-78	79-82	Total
Femenino	7	3	7	5	3	2	2	29
Masculino	1	4	1	2	2	3	3	16
Total	8	7	8	7	5	5	5	45

Tabla Nº7: "frecuencia género /lugar de residencia de los adultosmayores pertenecientes a la CONAC"

Genero / Lugar de Residencia	Urbano	Rural	Total
Femenino	24	5	29
Masculino	9	7	16
Total	33	12	45

Tabla Nº8: "frecuencia gÉnero /situación familiar de los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Genero/ Situación Familiar	Vive Solo	Vive Acompañado	Total
Femenino	6	20	26
Masculino	4	12	16
Total	10	32	42

Tabla Nº9: "Nivel de incertidumbre que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

N.I.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Bajo(<59)	1	2.22	2.22
Regular (59- 87)	19	42.22	44.44
Alto(>87)	25	55.56	100.00
	Total	45	100.00

Tabla Nº10: "Nvel de incertidumbre /géenero que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

N.I. /GÉNERO	Femenino	Masculino	Total
Bajo(<59)	1	0	1
Regular (59- 87)	13	6	19
Alto(>87)	15	10	25
Total	29	16	45

Tabla Nº11: "Nvel de incertidumbr/escolaridad que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

N.I. / ESCOLARIDAD	Sin Estudios	Básica Incompleta	Básica Completa	Media Incompleta	Media Completa	Superior	Total
Bajo(<59)	1	0	0	0	0	0	1
Regular (59- 87)	3	1	4	2	6	3	19
Alto(>87)	3	7	6	1	5	3	25
Total	7	8	10	3	11	6	45

Tabla Nº12: "Nvel de incertidumbr/diagnóstico que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

N. I. / DIAGNOSTICO	Colon	Cérvico Uterino	Mama	Próstata	Tumor Cerebral	Vejiga	Total
Bajo(<59)	0	0	1	0	0	0	1
Regular (59- 87)	0	1	10	6	0	2	19
Alto(>87)	1	2	13	8	1	0	25
Total	1	3	24	14	1	2	45

Tabla Nº13: "Nvel de incertidumbr/estado civil que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

N.I. / ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Viudo	Separado	Total
Bajo(<59)	0	1	0	0	1
Regular (59- 87)	0	14	3	2	19
Alto(>87)	7	16	1	1	25
Total	7	31	4	3	45

Tabla Nº14: "Nvel de incertidumbr/lugar de residencia que presentan los adultosmayores pertenecientes a la CONAC"

N.I./RESIDENCIA	Urbano	Rural	Total
Bajo(<59)	0	1	
Regular (59- 87)	16	3	19
Alto(>87)	9	25	
Total	33	12	45

Tabla Nº15: "nivel de incertidumbre/situación familiar que presentan los adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

N.I.	Vive Solo	Vive Acompañado	Total
Bajo(<59)	0	1	1
Regular (59- 87)	4	14	18
Alto(>87)	6	17	23
Total	10	32	42

Tabla Nº16: "distribución de las dimensiones del nivel de incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Antecedentes de la incertidumbre/ Puntaje	1	2	3	4	5	Total
1. Marco de los estímulos	20	282	27	410	64	803
2. Capacidades Cognitivas	14	133	0	67	10	224
3. Fuente de la Estructura	12	148	3	100	7	270
Total	46	563	30	577	81	1,297

Tabla Nº 17: "distribución de las dimension marco de los estímulos en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Factor / Puntaje	1	2	3	4	5	Total
1. Tipología de los sí	7	106	24	157	18	312
2. Familiaridad con lo	5	58	0	99	17	179
3. Coherencia con los	8	118	3	154	29	312
Total	20	282	27	410	64	803

Tabla Nº18: "distribución de los indicadores de cada dimension de la incertidumbre de adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Eventos asociados / Puntaje	1	2	3	4	5	Total
1. Síntomas	7	106	24	157	18	312
2. Diagnostico	4	50	0	68	12	134
3. Tratamiento	1	8	0	31	5	45
4. Pronostico	6	70	2	119	25	222
5. Tratamiento	1	26	1	15	2	45
6. Síntomas	1	22	0	20	2	45
Total	20	282	27	410	64	803

Tabla Nº19: "distribución de las dimension capacidades cognitivas del nivel de incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Factor / Puntaje	1	2	4	5	Total
4. Capacidades cognitivas	14	133	67	10	224
Total	14	133	67	10	224

Tabla Nº 20: "distribución de las dimensiones del nivel de incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Eventos asociados / Puntaje	1	2	4	5	Total
7. Información recibida	10	76	42	7	135
8. Tratamiento	4	57	25	3	89
Total	14	133	67	10	224

Tabla Nº 21: "distribución de las dimension fuente de la estructura del nivel de incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Factor / Puntaje	1	2	3	4	5	Total
5. Autoridad con credibilidad	12	148	3	100	7	270
Total	12	148	3	100	7	270

Tabla Nº 22: "distribución de las dimension marco de los estímulos del nivel de incertidumbre en adultos mayores pertenecientes a la CONAC"

Eventos asociados / Puntaje	1	2	3	4	5	Total
9. Información recibida	9	129	2	79	6	225
10. Relaciones con el equipo de salud	3	19	1	21	1	45
Total	12	148	3	100	7	270