



NIVEL DE INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS HOSPITALIZADOS EN SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Proyecto de investigación para optar al grado:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ESTUDIANTES

Daniela Margarita Alfaro Fritis
Romina Andrea Alvear González
Javiera Andrea Antilef Castañeda
Valentina Virginia Beltramini Villanueva
Alejandra Silvana Canessa Ossandon
Victoria Sofía Carvacho Carvacho
Sofía Valentina T. Covarrubias Canales
Mónica Francisca Santana Apablaza

DOCENTE ASESORA

EM Paulina Hurtado Arenas

Viña del Mar, diciembre de 2017

I. AGRADECIMIENTOS

Queremos extender nuestros más sinceros agradecimientos a la Magíster en Enfermería, profesora de la Universidad de Valparaíso y nuestra docente guía Paulina Hurtado Arenas, pues sin su ayuda, orientación y conocimientos esta investigación no hubiese sido posible.

A la profesora María Inés Johnson de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, por su apoyo desinteresado cuando lo necesitamos y su entrega ante nuestras dudas.

A la señorita Sandy Staley, ex secretaria de la teorista Merle Mishel y funcionaria de la Universidad de Carolina del Norte, quién amablemente resolvió nuestras inquietudes y facilitó la obtención de las autorizaciones pertinentes para la utilización del instrumento aplicado en esta investigación.

A la enfermera Cindy Arancibia, supervisora del servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren, por su constante apoyo y disponibilidad para con el equipo a lo largo del proceso investigativo.

A todos los profesionales y funcionarios del servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren, por abrirnos las puertas con amabilidad y disposición ante nuestros requerimientos durante la aplicación del instrumento.

A cada una de las personas que voluntariamente accedieron a formar parte este estudio, por su invaluable colaboración y por compartir con nosotras sus experiencias, contribuyendo a nuestra formación profesional.

Y finalmente, a nuestras familias y amigos, por su comprensión y apoyo incondicional durante el desarrollo de este proceso y de nuestro camino hacia convertirnos en enfermeras.

II. ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1.	Introducción	2
1.2.	Pregunta de Investigación	5
1.3.	Objetivos	5
1.3.1.	Objetivo General	5
1.3.2.	Objetivos Específicos	5

CAPÍTULO 2

MARCO REFERENCIAL

2.1.	Marco Empírico	7
2.1.1.	Contexto global	7
2.1.2.	Contexto nacional.....	10
2.1.3.	Contexto regional	12
2.2.	Marco teórico	14
2.2.1.	Conceptualizando la incertidumbre en salud	14
2.2.1.1.	Origen del concepto de Incertidumbre.....	14
2.2.1.2.	Definición del concepto	16
2.2.2.	Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad de Merle H. Mishel	16
2.2.2.1.	Elementos conceptuales del modelo (3).....	20
2.2.2.2.	Afirmaciones teóricas (42)	22
2.2.3.	Adultos hospitalizados en un servicio de oncología	23
2.2.4.	El profesional enfermero/a en un servicio de oncología.....	25
2.3.	Operacionalización de variables (6)	27

CAPÍTULO 3

MATERIAL Y MÉTODO

3.1.	Diseño de investigación	30
------	-------------------------------	----

3.2.	Población en estudio	30
3.3.	Selección de la muestra.....	30
3.3.1.	Criterios de inclusión	30
3.3.2.	Criterios de exclusión	30
3.4.	Instrumento	30
3.5.	Prueba Piloto del Instrumento	34
3.5.1.	Organización interna del grupo	34
3.5.2.	Recolección de datos	35
3.6.	Aplicación de instrumento.....	37
3.6.1.	Organización interna del grupo	37
3.7.	Procesamiento y Análisis de Datos	38
3.8.	Aspectos éticos	39
3.8.1.	Principios de Belmont	40
3.8.1.1.	Respeto a las personas	40
3.8.1.2.	Beneficencia	40
3.8.1.3.	Justicia.....	40
3.8.2.	Consentimiento informado.....	41
3.8.3.	Valoración de riesgos y beneficios	41
3.8.4.	Selección de sujetos.....	41
3.9.	Difusión de los resultados	42
CAPÍTULO 4		
RESULTADOS		
4.1.	Caracterización de la muestra.....	44
4.2.	Nivel de incertidumbre	49
4.2.1.	Marco de los estímulos	51
4.2.2.	Capacidades cognitivas.....	53

4.2.3. Fuentes de la estructura.....	55
CAPÍTULO 5	
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
5.1. Discusión.....	58
5.1.1. Limitaciones del estudio.....	65
5.2. Conclusiones.....	66
5.3. Sugerencias.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS	
Anexo 1. Instructivo Escala de Evaluación de la Incertidumbre.....	80
Anexo 2. Escala de Evaluación de la Incertidumbre.....	81
Anexo 3. Autorización para uso de instrumento Escala de Evaluación de la Incertidumbre (correo electrónico).....	83
Anexo 4. Carta de compromiso investigador principal.....	88
Anexo 5. Declaración de conocimiento de leyes y normas.....	89
Anexo 6. Declaración de conflictos de interés.....	90
Anexo 7. Carta de autorización para investigación, servicio de Oncología HCVB.....	91
Anexo 8. Acta de aprobación N°36/2017, CEC SSVSA.....	92
Anexo 9. Formulario de consentimiento informado.....	94
Anexo 10. Declaración de cumplimiento de buenas prácticas clínicas, versión julio 5 de 2017, CEC SSVSA.....	97
Anexo 11. Aprobación de documentación, versión julio 5 de 2017, CEC SSVSA.....	98
Anexo 12. Ordinario N°1279 07.07.2017, CEC SSVSA.....	99
Anexo 13. Resolución exenta N°8653 11.07.2017, CEC SSVSA (anulada).....	100
Anexo 14. Resolución exenta N°8699 12.07.2017, CEC SSVSA.....	102
Anexo 15. Flujograma de contención emocional.....	104

III. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	27
Tabla 2. Ítems de Segunda Sección Escala de Evaluación de la Incertidumbre, agrupados por dimensión	32
Tabla 3. Opciones de respuesta Escala de Evaluación de la Incertidumbre.....	35
Tabla 4. Análisis de resultados obtenidos en prueba piloto	36
Tabla 5. Opciones de respuesta Escala de Evaluación de la Incertidumbre, modificada según resultados de prueba piloto.....	36
Tabla 6. Análisis de datos según objetivos propuestos.	38

IV. ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura 1. Tasas de incidencia por tipo de cáncer en Chile y Valparaíso (36)	13
Figura 2. Modelo de la teoría de incertidumbre percibida ante la enfermedad (6).....	18
Figura 3. Modelo reconceptualizado de incertidumbre en la enfermedad (3).....	19
Figura 4. Marco de los estímulos (41).	21
Figura 5. Muestra estimada para aplicación de encuesta piloto, según estadísticas HCVB 2016	34
Gráfico 1. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según sexo y rango etario.	44
Gráfico 2. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según escolaridad	45
Gráfico 3. Adultos hospitalizados en servicio de oncología según estado civil	45
Gráfico 4. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según situación familiar.	46
Gráfico 5. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según lugar de residencia.	47
Gráfico 6. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según antecedentes clínicos: Diagnóstico de cáncer.	47
Gráfico 7. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según antecedentes clínicos: Tiempo de diagnóstico	48
Gráfico 8. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según antecedentes clínicos: Tiempo de hospitalización.....	49
Gráfico 9. Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología.	50
Gráfico 10. Medidas de tendencia central (promedio, mediana, desviación estándar) según dimensión	50
Gráfico 11. Medidas de tendencia central (promedio, mediana, desviación estándar) de los puntajes de respuesta para ítems de la dimensión Marco de los Estímulos.	51
Gráfico 12. Frecuencias relativas de cada puntaje de respuesta para ítems de la dimensión Marco de los Estímulos.....	52
Gráfico 13. Medidas de tendencia central (promedio, mediana, desviación estándar) de los puntajes de respuesta para ítems de la dimensión Capacidades Cognitivas.	53
Gráfico 14. Frecuencias relativas de cada puntaje de respuesta para ítems de la dimensión Capacidades cognitivas	54
Gráfico 15. Medidas de tendencia central (promedio, mediana, desviación estándar) de los puntajes de respuesta para ítems de la dimensión Fuentes de la Estructura.....	55
Gráfico 16. Frecuencias relativas de cada puntaje de respuesta para ítems de la dimensión Fuentes de la Estructura.	56

V. RESUMEN

La incertidumbre es un fenómeno que emerge en el ser humano en circunstancias de alteración de la salud, sobre todo en respuesta a la hospitalización. Según Mishel es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y que aparece cuando la persona debe tomar una decisión respecto a su situación. **Objetivo:** Describir el nivel de incertidumbre ante la enfermedad de los adultos hospitalizados en servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren, región de Valparaíso. **Material y método:** Estudio cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo. Muestra no probabilística por conveniencia, consistente en 81 adultos hospitalizados. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Evaluación de la Incertidumbre de Merle Mishel durante 12 semanas entre los meses agosto y noviembre de 2017. **Resultados:** Del total de participantes, las mujeres (50,62%) superan ligeramente a los hombres (49,38%), y el promedio de edad fue de 53 años. La mayoría posee educación media completa, es casado/a y reside en zona urbana. Prevalen los cánceres por linfoma no Hodgkin, cervicouterino y gástrico. Un 49,39% de los encuestados fue diagnosticado hace más de 6 meses. En cuanto al nivel de incertidumbre, un 69,1% presentó un nivel regular y 21% un nivel alto. La dimensión Marco de los Estímulos superó numéricamente a las dos dimensiones restantes. **Conclusiones:** Se confirma que los adultos hospitalizados en el servicio de oncología presentan mayor incertidumbre en aspectos relacionados con el pronóstico de la enfermedad, específicamente respecto a la duración de ésta y la planificación a futuro, correspondiente a la subdimensión coherencia de los hechos en la dimensión marco de los estímulos.

Palabras claves: incertidumbre, adulto, servicio de oncología en hospital, atención de enfermería. *(DeCS 2017 - versión 04 de julio de 2017)*

VI. ABSTRACT

Uncertainty is a phenomenon that emerges in a human being when he faces health problems, especially if this implies hospitalization. According to Mishel uncertainty is the inability of understanding the magnitude of the facts that are related to an illness and that appears when a patient has to make a decision about his/her medical situation. **Objective:** Describing the level of uncertainty about the illness and the social demographic data of the adult patients hospitalized in the oncology ward at the Hospital Carlos Van Buren in the Valparaiso region. **Material and methodology:** This is a quantitative, non experimental, transversal, descriptive research. Convenience non probability sampling collected data from 81 hospitalized adults. To collect the data, the Merle Mishel Uncertainty Illness Scale was used during 12 weeks between August and November 2017. **Results:** From the total of participants, women (50.62 %) outweighed slightly men (49.38 %) and the average age was 53 years old. Most of the patients had completed high school education, are married and live within an urban area. Prevailing types of cancer are non Hodgkin lymphoma, cervical and gastric cancer. 49.39 % of the interviewed patients were diagnosed over 6 months ago. In relation to the level of uncertainty, a 69.1 % of them had a regular level and a 21 % a high level of it. The stimulus frame exceeded in number the two other dimensions. **Conclusion:** The study confirmed that adults hospitalized in the oncology ward show a significant amount of uncertainty in areas related to the prognosis of the illness, specifically with regard to the length of it and the future planning corresponding to the sub-dimension coherence of the facts in the stimulus frame dimension.

Key words: *Uncertainty; Adult; Oncology Service, Hospital; Nursing care (DeCS 2017- July 4th 2017 version)*

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

La enfermedad no es sólo un acontecimiento biológico, sino también un acontecimiento biográfico que ocurre en el contexto de la vida personal. Constituye uno de los principales sucesos que provocan un desequilibrio en la persona debido a los múltiples factores que influyen en el significado que ésta le otorgue a la enfermedad que le afecta (1). Este significado subjetivo predispone la manera en que la persona se enfrenta a su condición, y genera tanto oportunidades como amenazas para la adaptación del individuo a su situación de salud (2).

En un estado continuado de enfermedad, la impredecibilidad de la aparición, duración e intensidad de los síntomas, por nombrar algunos aspectos, se han asociado con la percepción de la incertidumbre, que atañe a la incapacidad de la persona para dar significado a los hechos que se relacionan con su enfermedad, y cuyo efecto negativo sobre el aspecto psicológico de la persona se ha comprobado en diversas investigaciones (3). Por otro lado, “cuanto más dure la incertidumbre ante la enfermedad, y se valore como algo intratable y mortal, puede llevar a trastornos emocionales y será más inestable el modo de funcionamiento del individuo” (4).

Dentro de las enfermedades que pueden causar mayor impacto en la vida de las personas que las padecen, se encuentra el cáncer, debido a que esta noticia no implica sólo saber que se tiene una patología potencialmente mortal, sino que involucra el miedo al rechazo y sentimientos de incertidumbre de no saber lo que vendrá; las personas se sienten desamparadas e inseguras la mayor parte del tiempo. La vorágine de sensaciones, emociones y sucesos a los que se ven sometidos repentinamente y los diversos eventos que les suceden a gran velocidad, los lleva a no sentirse capaces de entender o asimilar lo que están viviendo día a día (1). Su calidad de vida se encuentra influida considerablemente por la incertidumbre; esto para enfermería adquiere gran relevancia, generando la necesidad de indagar acerca de los requerimientos de atención que tienen las personas que portan esta patología. (5)

Es relevante señalar que, dentro del desarrollo disciplinar enfermero/a, el concepto de incertidumbre parte de la teoría de rango medio de Merle Mishel, quien afirma que hay ciertos elementos en la vida de las personas que se transforman en antecedentes de la incertidumbre,

y que la capacidad cognitiva de los usuarios favorece o limita la interpretación subjetiva de su enfermedad, del tratamiento y de la hospitalización. Asimismo, les permite percibir el grado en que los síntomas son consistentes con un patrón o configuración y les ayuda a reconocer claves familiares asociadas en su memoria, que registra la estabilidad, la confiabilidad y por consiguiente la congruencia de la aparición de los síntomas; así se constituye un marco de estímulos asociados a las capacidades cognitivas (3).

Según Mishel, la incertidumbre puede tener consecuencias como la ansiedad, depresión, desesperanza o estrés durante la hospitalización, como lo es en el caso de enfermedades como el cáncer, en que algunas personas incluso llegan a desarrollar el temor por una muerte próxima. No obstante, desde una visión positiva puede considerarse como una oportunidad cuando la persona acepta su enfermedad como la realidad vivida (6).

Existe otro antecedente de la incertidumbre, constituido por la ayuda que se da a las personas para procesar todo el marco de estímulos, a través de los proveedores de la estructura sanitaria, quienes son para la persona atendida autoridades confiables por su educación y por el apoyo social que ofrecen; de su ayuda dependerá la forma cómo los usuarios estructuren su patrón de estímulos, la familiaridad del evento y la congruencia de la experiencia para que ocurra cierto nivel de incertidumbre y la configuración de un esquema cognitivo sobre su acontecimiento vital (1).

A nivel internacional se han realizado investigaciones con respecto a la incertidumbre ante la enfermedad en personas portadoras de patologías crónicas como diabetes. En su mayoría, los participantes de dichos estudios presentaron niveles altos y regulares de incertidumbre, y estos se asociaron principalmente a la sintomatología y a la falta de conocimiento del padecimiento (7). Asimismo, en Chile se ha medido la incertidumbre en adultos mayores con diagnóstico de cáncer, donde se ha concluido que éste provoca que las personas evalúen en forma inadecuada una situación estresante, y que aplicar los supuestos de la teoría conduce a identificar los primeros signos de incertidumbre para luego idear un plan de cuidados dirigido a reducirla, permitiendo que el usuario y familia afronten el proceso de la mejor manera (8).

En su teoría, Mishel ve a los profesionales de la salud como un ente que influye tanto en los usuarios como en sus familiares, ya que son vistos como fuentes de información confiables, en los que se puede creer. Así, la entrega de información por parte de los profesionales es un importante método para controlar o reducir la incertidumbre de las personas atendidas (5).

El presente estudio busca describir el nivel de incertidumbre ante la enfermedad que presentan los adultos hospitalizados en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren en la región de Valparaíso. Se pretende comprobar el modelo de la teoría de Merle Mishel para entender la respuesta de los adultos hospitalizados frente a su enfermedad, y que esta investigación resulte ser una herramienta valiosa que permitirá a los profesionales enfermeros/as orientar intervenciones, funcionando como una guía en el trabajo diario con estas personas, por lo que es esencial tener conocimiento de las fuentes y características de su incertidumbre ya que favorece la planificación de la información que se les brindará con el objetivo de disminuirla.

1.2. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren en la región de Valparaíso, durante el segundo semestre de 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Describir el nivel de incertidumbre ante la enfermedad de los adultos hospitalizados, en el servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren en la región de Valparaíso, durante el segundo semestre de 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos hospitalizados en un servicio de oncología.
- Identificar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en un servicio de oncología en su dimensión: marco de los estímulos.
- Identificar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en un servicio de oncología en su dimensión: capacidades cognitivas.
- Identificar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en un servicio de oncología en su dimensión: fuentes de la estructura.

CAPÍTULO 2
MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco Empírico

2.1.1. Contexto global

Las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración y generalmente de progresión lenta (9). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dan muerte a 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las defunciones que se producen en el mundo. Quince millones de éstas corresponden a personas de entre 30 y 69 años, y más del 80% de ellas ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Aquellas que constituyen la mayoría de las muertes son, en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares (17,7 millones cada año), seguidas por el cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y finalmente la diabetes (1,6 millones) (10).

Según estos antecedentes, a nivel mundial el cáncer es una de las principales causas de morbilidad, siendo 22,4 millones las personas que viven con esta patología. Cada año se presentan 15 millones de casos nuevos y el 60% de éstos termina en defunción. En el año 2012, hubo 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer; esta cifra aumentó en el 2015 a 8,8 millones de muertes, y se prevé que el número aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años (11). Además, contribuye con un 7,6% de los Años de Vida Saludables perdidos por muerte prematura o discapacidad (AVISA) a nivel mundial (12) y según las estadísticas generales, de acuerdo a la carga que representa, más de 60 % de los nuevos casos en el mundo tienen lugar en África, Asia, Sudamérica y Centroamérica, y un 70 % de las muertes por cáncer también ocurren en estas regiones (13). Por otro lado, la mayor incidencia de cánceres que se generan a nivel mundial corresponde a hepático, gástrico y cervicouterino, entre otros (14).

La adaptación de la persona a su condición de portador de una enfermedad de larga data como el cáncer, se ve influida por distintos factores, siendo uno de ellos la incertidumbre (15). A nivel latinoamericano, diversas publicaciones concuerdan con esta afirmación, destacando el artículo de Gómez I. de la revista Avances en Enfermería, 2012 titulado “Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2”, en el que se evidencia que el 15,3% de los

encuestados tenían un nivel bajo de incertidumbre, el 76,1% reportaron un nivel de incertidumbre regular y el 8,6% un nivel de incertidumbre alto (4). De igual manera, en la tesis de pregrado titulada "Nivel de Incertidumbre y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos del Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo" de Condori G. et al. en 2014 en Perú - Arequipa, un 54,15% presenta un nivel regular de incertidumbre seguido por un 35,61% con un nivel alto (16). En la tesis "Incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama, Cartagena" de Angulo T. et al, 2016, participaron 108 mujeres, de las cuales el 60,2% presentaron un nivel regular de incertidumbre y el 23% un nivel bajo (17).

Otras investigaciones respecto al tema evidencian una serie de factores que pueden incrementar o disminuir la incertidumbre ante la enfermedad, como el artículo de la revista *Oncology Nursing Forum* de EEUU en el año 2007 denominado "Uncertainty in adolescents and young adults with cancer" por Decker C. et al., que estudia la influencia del tiempo de diagnóstico en dicha variable, revelando que no se encuentra una diferencia significativa entre los niveles de incertidumbre de aquellos usuarios recientemente diagnosticados (menos de un año), los diagnosticados de uno a cuatro años y aquellos con un diagnóstico desde hace cinco o más años (18).

El estudio "Incertidumbre y Calidad de Vida en mujeres y hombres afectados por cáncer" de Arreguin de la revista *Enfermería: Cuidados Humanizados* (Montev.) 2012, revela que la media de la percepción del nivel de incertidumbre era de un 48,5%, y que tanto la falta de información como la complejidad del tratamiento contribuyen a dicho nivel (1).

Gómez-Palencia de vela que la incertidumbre se encuentra presente tanto en la percepción y conocimiento de los síntomas, en el desconocimiento de la enfermedad y en la falta de apoyo social, educación y credibilidad del personal de salud, en su artículo "Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel" de la revista *Aquichán* 2015 (7).

En 2016, en una tesis de pregrado realizada por Rivera C. en Perú - Lima, titulada "Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino", se muestra que el 80,4% de las personas del estudio presentaron un alto nivel de incertidumbre, influido por la

falta de un claro entendimiento de la enfermedad, tratamiento y los factores asociados. Además, se concluye que la identificación temprana de la incertidumbre podría contribuir significativamente a la reducción del impacto y malestar emocional, así como a menguar el impacto nocivo de la misma en la adaptación de la enfermedad y del tratamiento oncológico. Cabe señalar que, en esta investigación, un 63% de los participantes declaró estar casado o conviviendo, situación que constituye un punto clave para un afrontamiento eficaz y una adecuada adaptación a la situación de enfermedad y tratamiento (15).

Ese mismo año en Colombia, en un artículo de la revista *Hacia la Promoción de la Salud*, de Montalvo A. et al., titulado “Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama” el 60,2% de las participantes presentó un regular nivel de incertidumbre, con mayor incidencia en el grupo de edad de 45-64 años y en un nivel educativo bajo. En contraste, un 16,7% presentó un nivel de incertidumbre alto y un 23,1% un nivel bajo (19).

Desde el punto de vista del impacto de la incertidumbre y del afrontamiento de la misma, en el estudio de tipo cualitativo del año 2011, de la revista *Información, cultura y sociedad: revista del Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas*, titulado “Información e incertidumbre en la trayectoria de vida con VIH: estudio etnográfico con personas con VIH de Lima, Perú”, de Nureña C., se señala que “al recibir la noticia de que tenían la infección, casi todos los participantes experimentaron miedos y procesos emocionales como negación, angustia y depresión, pero también dudas que configuraban un escenario de incertidumbre, dando forma a necesidades de información vinculadas con la nueva condición de salud. La incertidumbre se manifestaba como preocupación por el pronóstico de supervivencia y la sensación de muerte inminente” (20).

Por otra parte, la investigación de EEUU - California, del año 2013, de la revista *Psycho-Oncology*, de Kurita K., titulada “Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer”, muestra que mientras más alto el nivel de intolerancia a la incertidumbre y mayor

ambigüedad percibida relacionada con la enfermedad, más alta es la percepción de estrés y más pobre el bienestar emocional (21).

También en el año 2013, en EEUU – Texas, un estudio de la revista *European Urology*, titulado “*Illness Uncertainty and Quality of Life of Patients with Small Renal Tumors Undergoing Watchful Waiting: A 2-year Prospective Study*”, de Parker A. et al., evidencia que la incertidumbre de la enfermedad predice la calidad de vida general, la calidad de vida específica del cáncer y los pensamientos intrusivos y los comportamientos de evitación; en consecuencia, estos factores podrían ser objeto de intervenciones psicosociales para mejorar la calidad de vida de las personas con tumores renales (22).

2.1.2. Contexto nacional

El cambio del perfil epidemiológico de la población chilena, junto con el aumento de la esperanza de vida al nacer, ha provocado el incremento de enfermedades crónicas como el cáncer, constituyendo un importante problema de salud pública en términos de morbilidad, tal como lo demuestran las estadísticas de los egresos hospitalarios de adultos según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) en el año 2012, que corresponden al 7,41% de la población nacional, de los cuales el 8,16% corresponden a hospitalización por neoplasias (23). Además, las neoplasias son la primera causa de carga de enfermedad, con el 13,8% del total de AVISA en 2013 (12).

En Chile, las estadísticas 2014 de la OMS revelan que fallecieron el 26% de las personas por cáncer (24), ocupando el segundo lugar entre las principales causas de mortalidad en los últimos 30 años, precedido únicamente por las enfermedades cardiovasculares (25). Además, desde el 2012 se proyecta un incremento de la tasa de mortalidad del cáncer de Linfoma No Hodgkin, mieloma múltiple, y de colon y recto (26).

Las mayores tasas de prevalencia a nivel nacional corresponden a cáncer gástrico, de próstata y pulmón en hombres y en mujeres a cáncer de mama, vesícula biliar y gástrico. A excepción del cáncer de pulmón, Chile tiene mayor carga de enfermedad en todas las neoplasias en comparación con la carga a nivel mundial. Es especialmente notoria la diferencia en cánceres de

vesícula, donde Chile tiene una tasa 6,5 veces superior; de próstata con una tasa 2,7 veces mayor, y gástrico con una tasa 1,7 veces mayor (12).

En Chile existe la Ley de Instrucción Primaria, que explicita un curso de mínimo 4 años de educación obligatoria (27). En este contexto, en el año 2013, la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), arrojó que los años promedio de escolaridad de personas de 15 o más años es de alrededor de 10,8 años (28). Respecto a la asociación entre nivel educacional y mortalidad por cáncer en mayores de 20 años, los resultados del estudio de Herrera C. et al., “Tendencia de la mortalidad por cáncer en Chile según diferencias por nivel educacional, 2000–2010” de la revista Panamericana de salud, confirman que, para ambos sexos, la población de menor nivel educacional presenta una mayor mortalidad por cáncer ajustada por edad en relación a sus pares de mayor nivel. Los tipos de cáncer que presentan mayores diferencias en mortalidad a este respecto son el de vesícula en mujeres y el gástrico en hombres (29).

Por otra parte, respecto al nivel de incertidumbre ante la enfermedad que presentan los adultos, Isla X. en 1995, en su estudio “Percepción de incertidumbre de los pacientes diabéticos controlados en el consultorio adosado de especialidades, del hospital Herminda Martin de Chillán, Chile”, de la revista Ciencia y Enfermería, señala que existe una relación estadísticamente significativa entre percepción de incertidumbre con nivel educacional, nivel de ingreso familiar, grado de conocimiento acerca de la enfermedad y nivel de autoestima (30).

Desde el punto de vista legal, el 1 de octubre del 2012 entró en vigencia la Ley 20.584 también conocida como ley de derechos y deberes de las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud (31), en la cual, en parte del título II, párrafo 4°, se consideran aspectos asociados al conocimiento de la persona acerca de su enfermedad y del equipo de salud que la atiende, tales como:

- El derecho de las personas a ser informadas oportunamente y de una forma comprensible sobre su estado de salud, el posible diagnóstico de su enfermedad, las alternativas de

tratamiento que se disponen para su recuperación y de los riesgos que pudieran conllevar, así como del pronóstico esperado de acuerdo con su edad, condición emocional y personal.

- Que los miembros del equipo de salud tengan algún sistema de identificación personal visible, incluyendo la función que desempeñan, y que éstos informen a las personas atendidas quién autoriza y efectúa sus diagnósticos y tratamientos.
- Que el prestador institucional proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, ya sea en forma visual, verbal o escrita, tanto de las atenciones de salud que el prestador ofrece, las condiciones previsionales de salud requeridas para la atención de la persona y las condiciones y obligaciones establecidas en el reglamento interno que las personas deben cumplir.

En cuanto a los deberes de la persona atendida, en el título III se destaca que “tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales, deberán colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, informando de manera veraz acerca de sus necesidades y problemas de salud y de todos los antecedentes que conozcan o les sean solicitados para su adecuado diagnóstico y tratamiento” (32).

2.1.3. Contexto regional

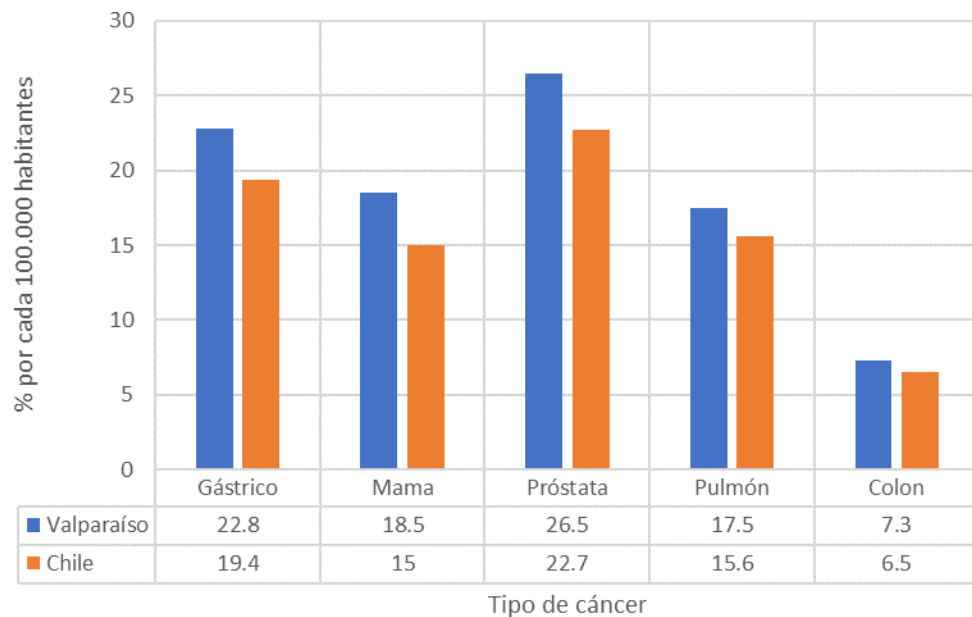
En cuanto a la región de Valparaíso, en el año 2012, la población fue de 51,9% de mujeres y 48,07% de hombres según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Por otro lado, la distribución según el rango etario fue de 30,37% de personas de 20 a 39 años, 30,43% personas de 40 a 64 años, y 11,31% adultos de 65 o más años de edad (33), mostrando que existe una mayor prevalencia de adulto joven y medio, sobre el adulto mayor.

En cuanto al cáncer, la mayoría de las personas afectadas tienen 65 o más años de edad, y su aparición disminuye progresivamente en adultos menores de 45 años. Al realizar la búsqueda bibliográfica no se hallaron publicaciones recientes respecto a la mortalidad por cáncer, el que fue la segunda causa de muerte entre los años 1997 y 2003. El artículo “Estimation of life expectancy of patients diagnosed with the most common cancers in the Valparaiso Region, Chile” revela que la quinta región es la más afectada, teniendo índices más altos que los

nacionales; en este estudio, 13 de 16 tipos de cáncer analizados presentan cifras mayores que el promedio nacional (34). Sumado a ello, el total de fallecidos de las ciudades de Valparaíso-Viña del Mar ascendió a 51.034 para la década 2001 - 2010, de los cuales el 20,2% fallecieron por cualquier tipo de cáncer (35).

Al analizar los datos de la distribución porcentual de cáncer, se observa que en Valparaíso la tasa de incidencia (25,5%) es más alta que la nacional (24,6%) (36).

Figura 1. Tasas de incidencia por tipo de cáncer en Chile y Valparaíso (36)



Por otro lado, respecto a las estadísticas según DEIS, en el año 2012 el total de egresos hospitalarios correspondió al 8,48% de la población total de la región, de los cuales el 6,7% se atribuyen a neoplasias(23).

En cuanto al nivel de incertidumbre en relación a la situación familiar, en el año 2014 en la quinta región, Johnson M. realizó su tesis de magíster titulada “La incertidumbre frente a la enfermedad de los adultos mayores con diagnóstico de cáncer”, donde se revela que de los adultos mayores que vivían solos, un 60% tenía un nivel alto de incertidumbre y un 40% nivel regular; mientras que los que vivían acompañados, el 51,5% presentó un nivel alto de

incertidumbre, 45,5% nivel regular y solo el 3% nivel bajo (6). Otra característica de la muestra fue que un 64% eran mujeres y un 73% de los encuestados residían en una zona urbana. En cuanto a los tipos de cáncer, en el cáncer de colon el 100% de los adultos mayores pertenecientes al sexo masculino presentaban un alto nivel de incertidumbre. En el caso de diagnóstico de cáncer cervicouterino el 67% de la muestra presentaba un nivel alto de incertidumbre y el 33% un nivel regular. En el cáncer de mama el 54% de las personas presentaba un alto nivel de incertidumbre, un 42% un nivel regular y sólo un 4% presentaba un bajo nivel. En el cáncer de próstata existió un 57% de los encuestados que presentaba un alto nivel de incertidumbre y un 43% un nivel regular. En el caso del cáncer cerebral el 100% presentaba un alto nivel de incertidumbre. Por último, en el caso del cáncer de vejiga se presentaba un nivel regular de incertidumbre en el 100% de los casos del género femenino. En resumen, se pudo evidenciar que en la mayoría de los casos con diagnósticos de cáncer se presentó un nivel alto de incertidumbre (6).

El estudio “La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer” de Johnson M. y Hurtado P., de la revista Ciencia & Enfermería 2017, devela que el 54,8% de los adultos mayores presentaron un alto nivel de incertidumbre mientras que un 42,9% un nivel regular, demostrando una correlación negativa con la escolaridad. Además, desde la perspectiva de las dimensiones, reveló que la que más contribuye a un nivel alto de incertidumbre es la del Marco de los Estímulos, seguida por Capacidades Cognitivas y finalmente por Fuentes de la Estructura (8).

2.2. Marco teórico

2.2.1. Conceptualizando la incertidumbre en salud

2.2.1.1. Origen del concepto de Incertidumbre

El concepto de incertidumbre en la enfermedad y de la teoría de incertidumbre surge con la propia experiencia de Mishel al vivir el proceso de batalla de su padre contra el cáncer. Durante su enfermedad, éste prestaba atención a algunos hechos que para las personas que lo rodeaban

eran insignificantes. Al preguntarle por qué se fijaba en ellos, su respuesta era que cuando estas actividades se llevaban a cabo, él podía entender lo que le estaba ocurriendo. Mishel creyó que este era el modo que tenía su padre para controlar su situación actual y así encontrar un sentido a lo que le estaba sucediendo (37, 38).

A partir de esto, durante la elaboración de su tesis doctoral, Mishel comenzó a estudiar el rol de la incertidumbre como una de las condiciones que producen estrés en respuesta a la hospitalización de personas. Allí menciona que existen pocos estudios que abarcan el término incertidumbre en enfermedad, y que aquellos que lo hacen, definen la incertidumbre en términos de ambigüedad e impredecibilidad de síntomas, resultados probables del tratamiento, fluctuaciones en el curso de síntomas como remisión o exacerbación, falta de información y una retroalimentación poco clara respecto al progreso entorno a la enfermedad; pero que no ha recibido un estudio sistemático debido principalmente a la ausencia de la conceptualización de incertidumbre en la enfermedad y la falta de instrumentos para medir el fenómeno (3).

Definió así el concepto de incertidumbre y a partir de él, basándose además en los modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton y en el estudio de la personalidad de Budner, Mishel desarrolló tres instrumentos destinados a la medición de dicha incertidumbre en distintas poblaciones: la comunidad, las familias de usuarios pediátricos y los adultos diagnosticados. Esta última, denominada Escala de Evaluación de la Incertidumbre, busca cuantificar este fenómeno que el proceso de la enfermedad genera en las personas, considerando tanto la sintomatología experimentada como el diagnóstico, tratamiento, la relación entre la persona atendida y el personal de salud, y la planificación de futuro (3, 37, 38). Se fundamentó teóricamente, también, en el modelo de evaluación cognitiva, el cual corresponde a unas de las proposiciones conceptuales generales sobre la naturaleza del estrés humano, específicamente estrés social y sociológico, el cual fue desarrollado por diferentes teóricos e investigadores como Lazarus y Colegas (39).

2.2.1.2. Definición del concepto

El término incertidumbre es definido según los Descriptores en Ciencias de la Salud 2017 (DeCS) como “La condición en que el conocimiento razonable sobre los riesgos, beneficios, o en el futuro no está disponible”. (40)

La incertidumbre y cómo ésta es percibida ante la enfermedad tiene sus orígenes en procesos procedentes de la psicología, en donde se identificaba 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”. (3)

En las indagaciones realizadas por Merle Mishel en 1988, el concepto se define como “la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán” (3). Corresponde a un estado cognitivo en el que la persona se encuentra cuando no puede estructurar o categorizar adecuadamente un evento debido a la falta de señales de ésta (41).

Trejo F. añade en su artículo “Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero” de la Revista de Enfermería Neurológica en el 2012, que la incertidumbre se puede presentar de cuatro maneras: como ambigüedad frente a la situación de salud que la persona está experimentando, como complejidad con relación al tratamiento y los cuidados, como falta de información acerca del diagnóstico de la enfermedad o como falta de predicción frente al curso de la enfermedad (2). En este sentido, la incertidumbre como tal no es un síntoma, sino un síndrome asociado a la expectativa de no tener la certeza de qué sucederá, y cuyas manifestaciones principales se asocian con el estrés y alteraciones de tipo psicológico (42).

2.2.2. Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad de Merle H. Mishel

Es importante mencionar que las teorías de enfermería de rango medio buscan explicar y predecir uno de los constructos del fenómeno en estudio de manera lógica y consistente, considerando la estructura del marco teórico y guiando el problema de investigación (42). Entre

estas se encuentra la “Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad” de la doctora Merle Helaine Mishel.

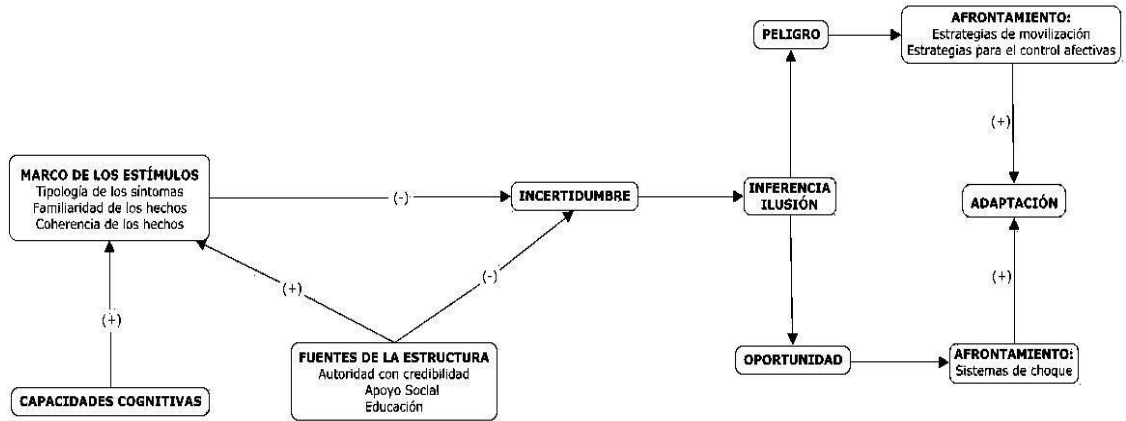
Esta teoría proporciona un marco global que contempla la experiencia de enfermedad aguda o crónica y organiza las intervenciones de enfermería para fomentar la adaptación óptima de la persona a su situación de salud. Además, ayuda a explicar los factores estresantes asociados con el diagnóstico y el tratamiento de una patología o condición crónica, los procesos mediante los cuales las personas valoran y responden a una incertidumbre inherente a una experiencia de enfermedad y a la importancia de los cuidadores profesionales para entregar información y apoyo a los individuos para comprender y manejar la incertidumbre (42).

En este contexto, la incertidumbre se convierte en un factor estresante, definiéndose como un estado cognitivo en el que las personas no son capaces de determinar qué significan los hechos que ocurren debido a la patología (3).

La teoría de Mishel se organiza en tres temas principales (42):

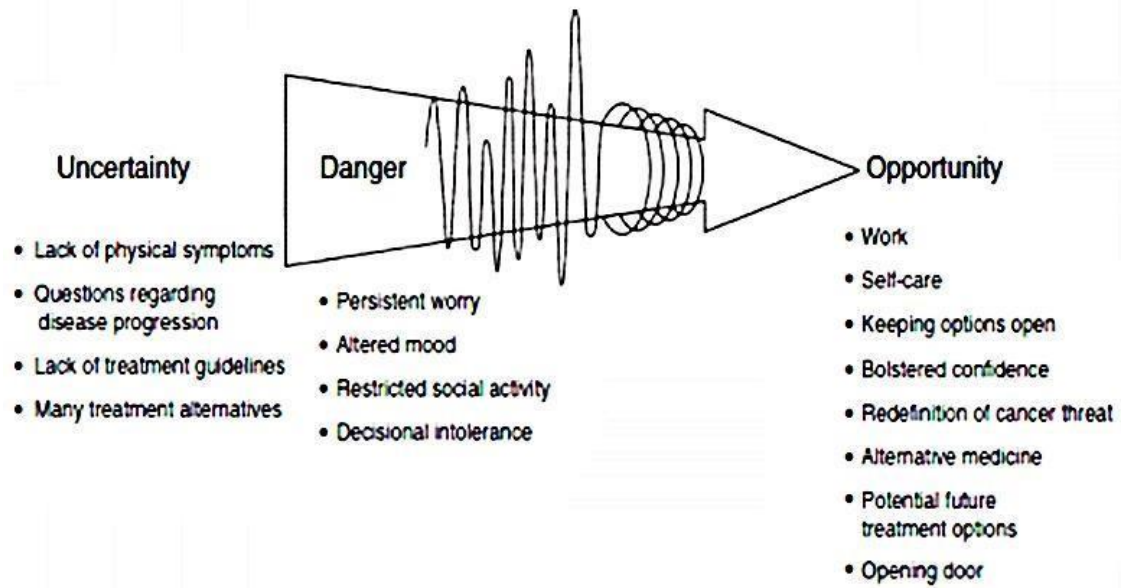
- **Antecedentes de la Incertidumbre**, donde se explica cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados a la enfermedad y construyen un significado de estos eventos. La incertidumbre puede desarrollarse si la persona no forma un esquema cognitivo para los eventos de la enfermedad.
- **Proceso de valoración**, basado en la inferencia y la ilusión.
- **Afrontamiento**, que tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se traduce en acciones y búsqueda de apoyo psicológico. Si, por el contrario, la incertidumbre se ve como una oportunidad, el afrontamiento se mantiene. De acuerdo al modelo propuesto, la adaptación siempre ocurre como resultado final del proceso; la diferencia está definida por el factor tiempo y en dónde es posible realizar intervenciones específicas dirigidas a minimizar este factor, lo cual mejorará las estrategias de afrontamiento y determinará el proceso adaptativo, mejorando sustancialmente la calidad de vida.

Figura 2. Modelo de la teoría de incertidumbre percibida ante la enfermedad (6).



En 1990, Mishel realiza una reconceptualización de su teoría a raíz de ciertas contradicciones que surgieron durante la aplicación de ésta a personas con enfermedad crónica, en donde luego de analizar las reacciones ante la incertidumbre con respecto al concepto de tiempo y de la realización de diversas investigaciones cualitativas, la teorista llegó a la conclusión de que “las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo” (43); estas modificaciones consistieron principalmente en la incorporación de principios de la teoría del caos y los sistemas abiertos para demostrar la forma en que una enfermedad crónica provoca un desequilibrio y “cómo las personas pueden encontrar un nuevo sentido a la enfermedad” (3). Mishel sostiene que las personas con experiencias de incertidumbre a lo largo del tiempo pueden llegar a vivirla como un cambio en el enfoque de su vida, 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” (42). En este contexto, y a partir de las nuevas aristas de la teoría, el concepto de incertidumbre adquiere una connotación distinta: una oportunidad de generar un nuevo punto de vista en la vida de la persona, o dicho en otras palabras, que logre aceptar y adaptarse a su situación de salud.

Figura 3. Modelo reconceptualizado de incertidumbre en la enfermedad (3).



La reconceptualización de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad representa un proceso en movimiento que va desde la incertidumbre como peligro a una oportunidad y un recurso para ver la vida con un nuevo lente. La incertidumbre se presenta desde el mismo momento del diagnóstico y ésta hace referencia a la carencia de síntomas físicos, preguntas relacionadas con la progresión de la enfermedad, carencia de lineamientos en el tratamiento o muchas alternativas en el tratamiento, lo que va a desencadenar en un peligro cuando existen preocupaciones persistentes, alteración en el estado de ánimo, actividades sociales restringidas e intolerancia en la toma de decisiones; de la misma manera se puede ver como una oportunidad cuando hay trabajo, autocuidado, confianza, redefinición de la amenaza de la patología, opciones de medicina alternativa, futuras formas potenciales del tratamiento y apertura de nuevas opciones (42).

La teoría reformada se consideró como una innovación para las enfermeras/os, haciendo de este concepto uno pertinente para su campo (5), permitiendo discutir una nueva oportunidad de afrontamiento en los usuarios con cáncer a fin de tratar de evitar el efecto inmovilizador en el mismo (17).

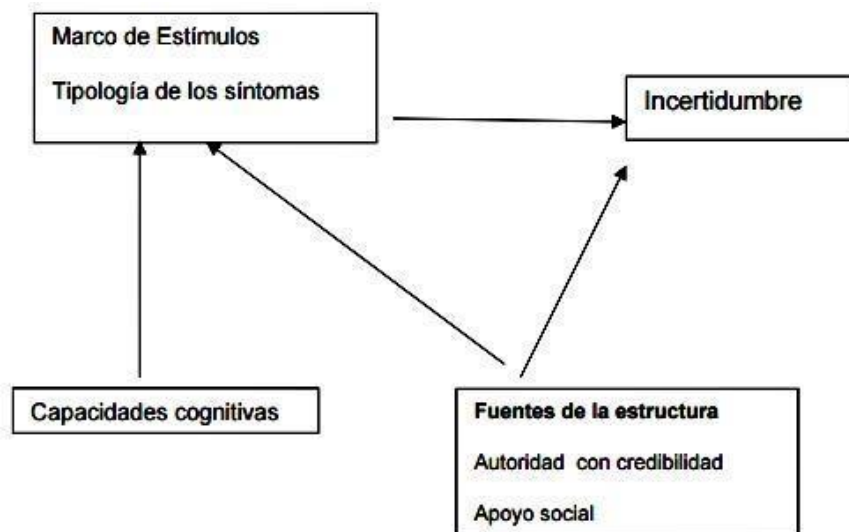
2.2.2.1. Elementos conceptuales del modelo (3)

- a) **Esquema cognitivo:** Corresponde a la interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización.
- b) **Marco de los estímulos:** Establece la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona, los cuales se estructuran dentro de un esquema cognitivo.
 - **Tipología de los síntomas:** Es el grado en que los síntomas se presentan con suficiente consistencia como para ser percibidos como un patrón o configuración.
 - **Familiaridad de los hechos:** Es el grado en que una situación se percibe como habitual y repetitiva, o contiene claves reconocibles.
 - **Coherencia de los hechos:** Corresponde a la coherencia existente entre lo esperado y lo experimentado en los hechos o eventos que resultan de la enfermedad.
- c) **Fuentes de estructura:** Son los recursos disponibles para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos.
 - **Autoridad con credibilidad:** Es el grado de confianza que la persona tiene en el personal de salud que lo atiende.
 - **Apoyo social:** La ayuda otorgada a la persona en su interpretación del significado de los hechos influye en su nivel de incertidumbre.
- d) **Capacidades Cognitivas:** Son las habilidades de procesamiento de la información de la persona que reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a la situación.
- e) **Inferencia:** Se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas, es decir, a partir de la personalidad y creencias de la persona.
- f) **Ilusión:** Apunta a las creencias que nacen de la incertidumbre.
- g) **Adaptación:** Es el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual.
- h) **Nueva perspectiva de vida:** Es la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, producto 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.
- i) **Pensamiento probabilístico:** Alude a la creencia en un mundo condicional, desatendiendo el deseo de un estado de continua certeza y la previsibilidad.

La relación actual de los conceptos de la teoría de Mishel, se centra en la adaptación positiva de la persona a su situación de enfermedad, versus la experiencia de enfermedad; sin embargo, la esencia de la relación de conceptos se muestra en los tres temas: Antecedentes de la incertidumbre, proceso de valoración y afrontamiento (41).

Mishel logró tener la primera conceptualización de incertidumbre ante la enfermedad luego de haber obtenido datos tanto cualitativos como cuantitativos en adultos hospitalizados, con lo que creó la Escala de Evaluación de la Incertidumbre en el contexto de la enfermedad, con la cual ha logrado obtener numerosas pruebas empíricas, las que avalan el modelo teórico. Estos estudios empíricos se han centrado en dos antecedentes de la incertidumbre: marco de los estímulos y las fuentes de la estructura, junto con la relación de incertidumbre y las consecuencias psicológicas (3).

Figura 4. Marco de los estímulos (41).



Según este modelo, el marco de los estímulos influirá negativamente a la incertidumbre, esto teniendo en cuenta que las capacidades cognitivas influyen en las variables del marco de los estímulos; por ello, si la persona está enfrentada a situaciones que involucren fiebre, dolor u otro evento que comprometa sus capacidades, afectando así su mente, la claridad y definición

de las variables de su marco de los estímulos disminuirá, trayendo consigo la incertidumbre. En aquellos casos “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, si las capacidades cognitivas son adecuadas, las variables del marco de los estímulos podrían aún carecer de información y alterarse a través de la interpretación. Estas acciones sirven para estructurar el marco de los estímulos, por lo tanto, reducen o evitan la incertidumbre (6).

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 (6).

Por otro lado, se habla de que las fuentes de la estructura también pueden impactar a la incertidumbre. De este modo la incertidumbre puede ser disminuida a través de explicaciones o información entregada por los profesionales de salud, también viéndose influida por el nivel educacional y los conocimientos de la persona (6).

2.2.2.2. Afirmaciones teóricas (42)

- a) La incertidumbre corresponde a un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es ayudar en la interpretación de los hechos que emergen de la enfermedad.
- b) La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.
- c) La adaptación representa la persistencia de la conducta biopsicosocial normal de la persona y constituye un resultado deseado de los esfuerzos del afrontamiento, reduciendo el nivel de incertidumbre, vista como un peligro o bien para considerarla como una oportunidad.
- d) La relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va de las situaciones de incertidumbre a la adaptación.

2.2.3. Adultos hospitalizados en un servicio de oncología

Desde el punto de vista del psicoanalista Erik Erikson, el ser humano inicia la etapa de adultez a partir de los 18 años. Ésta puede dividirse en tres subetapas: adulto joven (hasta los 39 años), adulto medio (desde los 40 a 65 años) y adulto mayor (sobre los 65 años), siendo cada una un proceso y desafío distinto para el individuo (44).

Según lo propuesto por Erikson en su teoría del desarrollo de la personalidad o también denominada Teoría psicossocial, el adulto joven se encuentra en el estadio de intimidad vs. aislamiento, en donde se establecen compromisos educacionales, laborales y/o familiares, y se destaca la toma de decisiones para alcanzar una estabilidad tanto laboral como social y sexual (44).

Por su parte, el adulto medio se encuentra en el estadio de generatividad vs. estancamiento, el cual busca generar el equilibrio entre fundar una nueva generación y el espacio propio para desarrollarse en todos los ámbitos posibles. (45).

Finalmente, el adulto mayor se encuentra en el estadio de integridad vs desesperación, donde es normal que la persona examine su vida y se juzgue, y llegue a un grado de satisfacción con sus experiencias, esfuerzos y oportunidades aprovechadas (44).

El cumplimiento de los estadios y tareas establecidas por Erickson puede verse amenazado por diversos sucesos que ocurren en la vida de las personas. El proceso de enfermedad y la hospitalización son un claro ejemplo de ello, pues el efecto en términos psicológicos y cronológicos que éstos tienen en la línea de vida del individuo puede traducirse en el truncamiento o inconclusión de alguna de las etapas mencionadas (46, 47).

El proceso de enfermedad involucra, además, factores estresantes desde el momento del diagnóstico, pasando por las internaciones prolongadas hasta la posible rehabilitación, los que, a lo largo del tiempo, generan en la persona estados de estrés, desánimo, ansiedad y rabia, entre otros. En el contexto propio de la hospitalización, la persona puede desarrollar sentimientos de vulnerabilidad, desprotección y desamparo frente a los diversos tratamientos a

los que son sometidos diariamente y al servicio hospitalario mismo, que el usuario percibe como un ambiente hostil y amenazador (46, 47).

Particularmente, la estadía en un servicio de oncología involucra una serie de cuidados y procedimientos invasivos, como cirugías y terapias químicas y radiológicas, que apuntan a incrementar la sobrevivencia de la persona portadora de cáncer, cuya condición física se encuentra más debilitada tanto por la enfermedad misma como por los tratamientos que ha recibido para combatirla, y que ha necesitado, generalmente, acudir con más frecuencia a centros de atención en salud y permanecer en ellos por más tiempo en comparación con individuos que padecen otras patologías. A esto se suma que dichos procedimientos pueden producir complicaciones terapéuticas (entre ellas períodos de inmunosupresión) que pueden derivar en consecuencias más complejas, lo que en sí constituye un factor estresante que es menos frecuente en el tratamiento de otras afecciones. Por otro lado, cabe señalar que mientras más avanzada la enfermedad y mayor deterioro de la situación física, mayor es la propensión de la persona a deprimirse, lo que puede significar un problema no sólo en el afrontamiento de la enfermedad, sino en el grado de tolerancia a los efectos secundarios y a la adhesión al tratamiento (48-51).

En definitiva, el adulto oncológico presenta a menudo una afectación del estado emocional, dado que, a diferencia de otras patologías, el cáncer y su impacto psicológico en la persona que lo porta se asocia más frecuentemente a pensamientos e ideas de mal pronóstico, por lo que su diagnóstico o la sospecha de padecerlo provoca en el individuo y sus familiares una serie de respuestas emocionales que, además de las ya mencionadas, incluyen sentimientos de desesperanza y amenaza a la vida; es un evento vital que afectará no sólo a la persona que lo porta, sino que además repercutirá en su entorno familiar y social más directo (43, 51, 52).

Por lo mismo, los cuidados otorgados en un servicio oncológico se perciben de diferente manera por parte del usuario, ya que los valora desde otro punto de vista; en ocasiones, la mayor importancia no la otorga a los tratamientos ni técnicas que se le realizan, sino más bien a

la compañía que se le ofrece, a la “mano amiga” que le apoya en los momentos por los que está pasando (53).

2.2.4. El profesional enfermero/a en un servicio de oncología

Para el profesional enfermero/a es esencial basar cualquiera de sus acciones en un marco disciplinar, el cual fundamenta esta profesión y le entrega soporte, guía y orientación, ya sea en la formación, en los cuidados directos o en la gestión, donde el primer paso siempre consiste en definir, concretar y asumir los conceptos claves que la sustentan. (37)

Raile M., en el libro “Modelos y teorías en enfermería” (54), afirma que existe un consenso general de que el metaparadigma de enfermería es un nivel abstracto del conocimiento que describe la finalidad de una disciplina y consta de los siguientes conceptos:

- **Persona:** es quien recibe los cuidados. Es un ser biopsicosocial, espiritual e individual, un ser dinámico y en evolución constante, que pertenece a una sociedad, integrándose en grupos de personas como la familia o comunidad. Una falta de armonía o alteración en cualquiera de sus partes le afectarán, en mayor o menor grado, en todas las demás.
- **Salud:** es entendida como la meta de los cuidados de enfermería, que va más allá de la ausencia de enfermedad. Es un estado dinámico, que cambia según las circunstancias individuales de cada persona, existiendo independientemente de la enfermedad o lesión. Resulta de la adaptación del organismo frente a factores estresantes internos y externos a él, sobreviniendo los problemas de salud cuando fallan sus mecanismos de adaptación o esta capacidad se ve limitada (37).
- **Entorno:** aborda los aspectos contextuales relacionados con la persona y/o lugar donde se desarrollan las acciones de enfermería. El ser humano se encuentra inmerso e influido por un contexto social, cultural, económico y político, en donde el deterioro o pérdida de su salud no ocurre de manera aislada, sino que está estrechamente ligado a los estilos de vida (social, ambiental, alimentación, trabajo, recursos económicos, etc.). En otras palabras, los estilos de vida y las costumbres de las personas se relacionan ampliamente con la salud y el bienestar o malestar de ella (37).

- **Cuidados de enfermería:** se otorgan en cualquier punto del proceso de salud-enfermedad. Los propósitos que tienen son identificar las necesidades de salud del ser humano, colaborar con los métodos de diagnóstico, propiciar y controlar los cuidados que requiere la salud, tanto en promoción, prevención de enfermedades, tratamiento, rehabilitación y también acompañar al usuario en la etapa final de la vida. Todo esto con la visión de la persona como un ser biopsicosocial.

Los cuidados conllevan un acompañamiento continuo para ayudar a hacer frente al proceso salud-enfermedad; lo que se busca con ellos es generar una relación con la persona o comunidad con el fin de asistirlos y a la vez generar oportunidades que incrementen sus potenciales, para que de esta manera tome la acción que más les favorezca en el momento.

Según la Sociedad Española de Enfermería Oncológica, la práctica de la enfermería en estos servicios comprende la prestación de cuidados profesionales y competentes, a la persona, familia o comunidad, en todo el proceso salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del adulto en situación terminal (48). El profesional enfermero debe estar capacitado para utilizar un abordaje que asegure la integridad de los usuarios y que las acciones de cuidado de enfermería del adulto oncológico sean participativas y resolutivas en todos los niveles de actuación. Además, deben poseer conocimientos técnico-científicos y habilidades en la relación interpersonal, en donde se favorezcan las acciones de salud (55).

Al igual que en otras especialidades, la enfermería oncológica debe basar su ejercicio en estándares de calidad y seguridad del usuario, para así asegurar una atención continua y prevenir eventos adversos que puedan influir en el cuidado (48).

Tomando en cuenta estas consideraciones, el enfermero que trabaja en unidades oncológicas debe poseer un perfil personal y profesional que le permita desarrollar sus funciones de manera eficaz, uniendo el conocimiento técnico-científico con la individualización y humanización del cuidado, donde destacan aspectos como la disponibilidad de tiempo que se dedica a la persona atendida, que se tenga un trato amable con ella, la cantidad de tiempo que pasa entre el minuto que se solicita la atención médica y cuando esta la recibe, entre otros (55).

2.3. Operacionalización de variables (6)

Tanto las variables como las dimensiones, subdimensiones e indicadores fueron extraídos del instrumento Escala de Evaluación de Incertidumbre (Anexo 2).

Tabla 1. Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Ítems
Características Sociodemográficas	Aspectos particulares de personas de sexo hombre o mujer cuyo rango de edad es igual o mayor a 18 años, sin deterioro cognitivo, hospitalizados en un servicio de oncología.	Sexo		Hombre Mujer	1.1
		Edad			1.2
		Escolaridad		Básica completa - Básica incompleta - Media completa - Media incompleta - Educación superior	1.3
		Estado civil		Soltero - Viudo - Casado - Separado - Conviviente	1.4
		Situación familiar		Vive solo - Vive con hijos - Vive con cónyuge	1.5
		Lugar de residencia		Urbano Rural Urbano marginal	1.6
		Antecedentes clínicos		Diagnóstico de cáncer Tiempo de diagnóstico Tiempo de hospitalización	1.7 1.8 1.9

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	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	Diagnóstico	1-2-4
				Tratamiento	8
			Coherencia con los hechos	Pronóstico	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 Relación con el equipo de salud	11-19-23-27-28

CAPÍTULO 3
MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Diseño de investigación

Se planteó un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo.

3.2. Población en estudio

La población correspondió a todos los adultos hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren en la región de Valparaíso durante 12 semanas en el período agosto-noviembre de 2017. En base a las estadísticas del año 2016, se estimó un total de 154 sujetos de acuerdo a un promedio mensual de egreso (56).

3.3. Selección de la muestra

La selección de la muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia; se tomaron solo los adultos que cumplían con los criterios de inclusión correspondientes. El tamaño de la muestra fue de 81 personas hospitalizadas en el servicio ya mencionado.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Adultos hospitalizados en un servicio oncológico
- Adultos con diagnóstico de cáncer confirmado
- Adultos en conocimiento de su diagnóstico de cáncer
- Adultos dispuestos a participar voluntariamente

3.3.2. Criterios de exclusión

- Adultos que se encuentren con cuidados paliativos del final de la vida
- Adultos que presenten deterioro cognitivo: Test Mini-Mental State Examination (MMSE) abreviado con puntaje menor a 13 puntos
- Adultos con alteración del estado de conciencia: Test Glasgow menor a 15 puntos

3.4. Instrumento

El instrumento utilizado fue la Escala de Evaluación de la Incertidumbre (MUIS, 1981) de Merle Mishel (38).

Mishel advirtió que la adaptación de escalas a poblaciones específicas podría traer como consecuencia una reducción de ítems con respecto a la escala original, pero que esto no sería un problema si el proceso se realizaba utilizando un método científico y justificado, lo cual no suponía una pérdida de información. Además, el hecho de adaptarla resolvió una preocupación que tenía Mishel, que era la de obtener escalas con un formato razonable para poder ser usados en la práctica clínica diaria, ya que una escala compuesta por menos ítems y dimensiones sería más fácil de entender y administrar en la práctica diaria. (5).

El instrumento ha sido validado por Farren en New York-EE.UU., en el año 2009 en su estudio "Power, Uncertainty, Self-Transcendence, and quality of life in breast cancer survivors", con un alfa de Cronbach de 0.89 (57), por Tapia en Concepción-Chile en el año 1987 en el estudio "Nivel de Incertidumbre en los pacientes hospitalizados durante el período pre-operatorio", con un r de Pearson de 0.86 (39) y por Isla en Chillán-Chile en el año 1995 en su artículo titulado "Nivel de Incertidumbre de pacientes diabéticos", con un alfa de Cronbach de 0.86. La validación más actual encontrada fue realizada por Gómez-Palencia en Bogotá-Colombia titulado "Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel" en el año 2015 con un alfa de Cronbach de 0.81 (7).

Además de contar con su respectivo instructivo (Anexo 1), el instrumento presenta dos secciones:

- La *Primera sección* consta de seis ítems sociodemográficos y tres clínicos, en formato de respuesta cerrada que incorpora las características de sexo, edad, escolaridad, estado civil, situación familiar, lugar de residencia y antecedentes clínicos (diagnóstico médico, tiempo de hospitalización y tiempo de diagnóstico).
- La *Segunda sección* consta de veintinueve ítems en formato de escala Likert, y está compuesta por 3 dimensiones: Marco de los Estímulos, Capacidades Cognitivas y Fuentes de la Estructura.

Tabla 2. Ítems de Segunda Sección Escala de Evaluación de la Incertidumbre, agrupados por dimensión.

Dimensión	Aseveración	
Marco de los Estímulos	1	Usted no conoce cuál es su enfermedad.
	2	Tiene usted muchas dudas sin respuesta.
	3	Usted no sabe si ha mejorado o empeorado.
	4	Tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad.
	7	Cuando usted tiene dolor, sabe lo que significa para su condición de salud. *
	8	Usted no sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento.
	9	Sus síntomas siguen cambiando imprevisiblemente.
	12	Usted puede predecir cuánto durará su enfermedad. *
	15	Es muy difícil saber si los tratamientos le están ayudando.
	16	Debido a lo imprevisible de su enfermedad, no puede planificar su futuro.
	17	El curso de su enfermedad se mantiene variable. Tiene buenos y malos días.
	18	Usted no sabe cómo se manejará cuando deje el hospital.
	20	Usted no tiene claro lo que está sucediendo.
	21	Generalmente sabe si tendrá un buen o mal día. *
	22	Es claro para usted cuándo se va a sentir mejor. *
Capacidades Cognitivas	24	Es difícil de determinar cuánto tiempo pasará antes que pueda cuidarse por sí mismo.
	25	Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad. *
	29	Su molestia física es predecible. Usted sabe cuándo está mejorando o empeorando. *
	5	Las explicaciones que le dan parecen confusas.
	6	La finalidad de cada tratamiento le es claro. *
Fuentes de la Estructura	10	Usted entiende todo lo que se le explica. *
	13	Su tratamiento es complejo para entenderlo.
	26	Le entregan demasiada información que no puede decir cuál es la más importante.
	11	Los médicos dicen muchas cosas que podrían tener muchos significados.
	14	De acuerdo con el equipo de salud que le brinda la atención, no es claro quién es responsable de su salud.
	19	Le han estado entregando diferentes opiniones acerca de cuál es su enfermedad.
23	No le han dicho cómo tratar la enfermedad.	
27	Los médicos comparten la opinión acerca de cómo tratar la enfermedad. *	
28	No le han dado un solo diagnóstico.	

La segunda sección es una escala tipo Likert con puntajes que van de 1 a 5, donde 1 es para la opción “Muy en desacuerdo”, 2 para “En desacuerdo”, 3 para “Muy indiferente o intermedio”, 4 para “De acuerdo” y finalmente 5 para “Muy de acuerdo”; sin embargo, si el participante no concuerda con las opciones ya dichas o no responde, se le asigna puntaje 0. En cada una de las puntuaciones la persona emite su grado de acuerdo con respecto a cada sentencia de la escala relacionadas con su salud física/psicológica y el nivel de incertidumbre generado frente a las diversas situaciones de la enfermedad-tratamiento que debe enfrentar, como lo son el diagnóstico, los síntomas, el tratamiento, la información recibida, las relaciones con el equipo de salud y el pronóstico (3, 6).

Es importante señalar que para los siguientes ítems los puntajes de la escala se encuentran invertidos:

- 6. La finalidad de cada tratamiento le es claro.
- 7. Cuando usted tiene dolor, sabe lo que significa para su condición de salud.
- 10. Usted entiende todo lo que se le explica.
- 12. Usted puede predecir cuánto durará su enfermedad.
- 21. Generalmente sabe si tendrá un buen o mal día.
- 22. Es claro para usted cuándo se va a sentir mejor.
- 25. Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad.
- 27. Los médicos comparten la opinión acerca de cómo tratar la enfermedad.
- 29. Su molestia física es predecible. Usted sabe cuándo está mejorando o empeorando.

Independiente de la opción de respuesta elegida para cada pregunta, los puntajes 1 y 2 tienen relación con un nivel de incertidumbre bajo, el puntaje 3 tiene relación con el nivel de incertidumbre regular y los puntajes 4 y 5 con el nivel de incertidumbre alto (8).

El máximo puntaje de esta escala son 145 puntos, siendo el mínimo de 29 puntos (6). Para la evaluación del nivel de incertidumbre (NI) se consideran los siguientes puntajes de corte (8):

- 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

El instrumento Escala de evaluación de la incertidumbre se encuentra a libre disposición, confirmado por Sandy Staley, gerente del departamento de filosofía de la Universidad de Carolina del Norte, lo que quedó estipulado por medio de un correo electrónico recibido el 30 de marzo del año 2017 (Anexo 3).

3.5. Prueba Piloto del Instrumento

Previa aplicación del instrumento Escala de Evaluación de Incertidumbre en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren, se realizó una prueba piloto en el mismo servicio con el fin de analizar la correcta comprensión del instrumento y visualizar la reacción de los adultos hospitalizados ante su aplicación. Para ello, se utilizó el 5% de la muestra estimada previa a la realización de este estudio, según los datos estadísticos de ingresos y egresos hospitalarios del período junio-diciembre de 2016, otorgados por dicho establecimiento.

Figura 5. Muestra estimada para aplicación de encuesta piloto, según estadísticas HCVB 2016

Población total (N): 361

Desviación estándar (S): 0,25

Valor de confianza (Z): 1,96

Precisión absoluta (d): 0,05

$$\text{Muestra (n)} = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N - 1) + Z^2 S^2}$$

$$n = \frac{361 \times 1,96^2 \times 0,25^2}{(0,05^2 \times 360) + (1,96^2 \times 0,25^2)}$$

$$n = 76$$

3.5.1. Organización interna del grupo

En una primera instancia, se capacita a cada integrante del grupo para efectuar la prueba piloto en el servicio ya mencionado, y se modifica el instrumento e instructivo originales incorporando

las sugerencias del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. Además, se identifica aquellos ítems del instrumento que, a juicio de las estudiantes del proyecto, podrían generar inconvenientes de comprensión, los que se tuvieron en consideración al momento de la aplicación preliminar del instrumento.

El proceso es llevado a cabo por las estudiantes el día 16 de agosto de 2017 al término del horario de visita (18:00 hrs.), una vez cursados y autorizados los permisos por parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, junto con la gestión y coordinación con el médico jefe de servicio y la explicación pertinente al equipo de salud.

3.5.2. Recolección de datos

De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión definidos para la presente investigación, las estudiantes seleccionan a cuatro adultos, a quienes se realiza una introducción respecto al instrumento y solicita su participación voluntaria, confirmando ésta mediante la firma del consentimiento informado.

Durante la aplicación del instrumento y para mayor comprensión de la forma de respuesta, se muestra a cada participante la siguiente tabla:

Tabla 3. Opciones de respuesta Escala de Evaluación de la Incertidumbre.

MA	A	I	D	MD
Muy de acuerdo	De acuerdo	Muy indiferente o intermedio	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Una vez realizada la prueba piloto, se analizaron los resultados obtenidos. Como se observa en la tabla 4, se encontró que, del total de ítems, solo dos suponían una dificultad para los participantes al momento de responder.

Tabla 4. Análisis de resultados obtenidos en prueba piloto.

Item	Descripción de la pregunta	Recepción de la pregunta
17	El curso de su enfermedad se mantiene.	Genera dificultad para comprensión debido a discrepancia en traducción. Se comparó con encuesta aplicada en 1987 (39) para reformulación, quedando finalmente: <i>El curso de su enfermedad se mantiene variable. Tiene buenos y malos días.</i>
26	Le entregan demasiada información que me puede decir cuál es la más importante.	Genera dificultad de comprensión debido a la formulación de la pregunta, que no permite decidir la idea principal. Como grupo, se decide replantear ítem según encuesta validada en Concepción en 1987 (39), obteniendo: <i>Le entregan demasiada información que no me puede decir cuál es la más importante.</i>

Además de los ítems descritos, al momento de aplicación preliminar los participantes expresaron dudas respecto a cómo responder “si la pregunta está al revés”, haciendo alusión a aquellas preguntas redactadas en forma de negación. Las estudiantes ofrecieron la alternativa de asignar puntajes (1 a 5, desde “Muy en desacuerdo” a “Muy de acuerdo”) a cada opción de respuesta, lo que mejoró la comprensión de la escala y contribuyó a una mayor facilidad para contestar.

Cabe señalar que a uno de los encuestados de la prueba preliminar le resultó más sencillo otorgar, en primera instancia, una respuesta dicotómica (“Sí” o “No”) y luego acotar las opciones al extremo de la escala según correspondiera al ítem de la encuesta.

En consecuencia, y a fin de homogeneizar la metodología de aplicación, se decidió incluir una opción numérica para cada alternativa, que fue utilizada posteriormente durante la aplicación oficial del instrumento

Tabla 5. Opciones de respuesta Escala de Evaluación de la Incertidumbre, modificada según resultados de prueba piloto.

5	4	3	2	1
MA	A	I	D	MD
Muy de acuerdo	De acuerdo	Muy indiferente o intermedio	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

3.6. Aplicación de instrumento

3.6.1. Organización interna del grupo

Para la aplicación del instrumento, el equipo se subdividió en grupos de dos a cuatro personas, quienes acudieron al servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren desde el 21 de agosto de 2017 hasta el 10 de noviembre del mismo año. Se acordó para ello llevar el delantal institucional y las credenciales correspondientes, cumpliendo con los estándares establecidos.

Al inicio del período, una representante del grupo se reunió con la Enfermera Supervisora del servicio, Cindy Arancibia, para realizar una orientación en el recinto, conocer a los profesionales de la unidad y definir los lineamientos necesarios para trabajar en el establecimiento, así como el horario más favorable para realizar la investigación. A fin de evitar la interferencia con el funcionamiento del servicio y coincidir con la disponibilidad de las estudiantes, se optó por aplicar el instrumento los días martes y jueves de cada semana, a partir de las 18.00 horas.

Con respecto al lugar físico de la aplicación, se utilizó la unidad de cada adulto hospitalizado entrevistado, asegurándose previamente la confidencialidad y privacidad, promoviendo la comodidad y fidelidad de respuesta de las personas. En cuanto a aquellos adultos cuya condición requería de precauciones de aislamiento, éstas fueron debidamente implementadas en cada caso y se contó en todo momento con la autorización del equipo de turno.

A partir de la octava semana, y con conocimiento de la enfermera supervisora, se decidió incluir el lunes como día de aplicación, manteniendo el horario establecido anteriormente.

En la novena semana, y previa entrevista con enfermera supervisora, se optó por cambiar el horario de aplicación a las 16:00 hrs., atribuido a que los adultos hospitalizados eran dados de alta antes de las 18:00 hrs.

Cabe destacar que, durante el período de aplicación del instrumento, dos adultos hospitalizados se retiraron de la investigación, uno obtuvo un puntaje inferior a 13 puntos en el test MMSE y aproximadamente 38 personas se negaron a participar en la encuesta.

3.7. Procesamiento y Análisis de Datos

Para el procesamiento de los datos, se confeccionó una base de datos en una hoja de cálculo en la aplicación Microsoft Excel, del programa Microsoft Office 365. El análisis de los datos fue realizado por la estudiante de Proyecto de Investigación II Victoria Carvacho, quien utilizó la aplicación Microsoft Excel del programa Microsoft Office 365 para el procesamiento de la base de datos, generando así las tablas y gráficos correspondientes a través de medidas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa, medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar) de las variables en estudio.

Tabla 6. Análisis de datos según objetivos propuestos.

Objetivos	Variable	Estadígrafos utilizados
Identificar las características sociodemográficas de los adultos hospitalizados en servicio de oncología.	Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia relativa y absoluta • Medidas de tendencia central: media
Identificar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología en su dimensión: marco de los Estímulos.	Nivel de incertidumbre	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia relativa y absoluta • Medidas de tendencia central: media, mediana • Medidas de dispersión: desviación estándar
Identificar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología en su dimensión: capacidades cognitivas.	Nivel de incertidumbre	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia relativa y absoluta • Medidas de tendencia central: media, mediana • Medidas de dispersión: desviación estándar

Identificar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología en su dimensión: fuentes de la estructura	Nivel de incertidumbre	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia relativa y absoluta • Medidas de tendencia central: media, mediana • Medidas de dispersión: desviación estándar
---	------------------------	--

Se entiende por frecuencia absoluta la cantidad de datos existentes en una categoría determinada. La frecuencia relativa es el cociente entre la frecuencia absoluta de la categoría y el número total de datos. En cuanto a las medidas de tendencia central, el promedio o media aritmética es la suma de todos los posibles valores, ponderada por la frecuencia de los mismos; la moda se entiende como aquel valor de la variable que posea una frecuencia mayor que cualquier otra observación; y la mediana representa el valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados. En las medidas de dispersión, el enfoque será en la desviación estándar o típica definida como una medida del grado de dispersión de los datos con respecto al valor promedio (58).

Para la variable principal los puntajes totales de cada encuesta se clasificaron según los rangos establecidos en el punto 3.4 (8).

3.8. Aspectos éticos

El proyecto de la presente investigación fue sometido a la evaluación del Comité Ético Científico del Servicio de salud Valparaíso San Antonio, para lo cual se enviaron los siguientes documentos (Anexos 3, 4-7, 9):

- Correo electrónico que certifica libre disposición del instrumento
- Carta de compromiso investigador principal
- Documento firmado por la tutora en que certifica conocer y respetar la Ley N 20.120, Decreto 114, Decreto 30, Norma 57, Ley N 20.584, Ley N 19.628, Norma Técnica 0151, y declara cumplir específicamente con el Estándar 10, del 2013. Además de conocer y respetar normas de buenas prácticas clínicas y directrices internacionales para IBSH.

- Declaración de posibles conflictos de interés de la tutora y estudiantes.
- Carta de aceptación de Jefe de servicio Oncología
- Consentimiento informado, para aplicar a los adultos

Además, se realizó una presentación oral del proyecto ante dicho comité, posterior a la cual, y una vez realizadas las correcciones sugeridas, se obtuvo la aprobación mediante la resolución exenta N 8699 año 2017 (Anexo 14), con fecha 12 de julio de 2017.

3.8.1. Principios de Belmont

Paralelamente, para cada etapa del estudio, se consideraron los principios de Belmont (59):

3.8.1.1. Respeto a las personas

Se respetaron los requisitos éticos de los participantes en todas las etapas de la investigación, entre los cuales se consideraron: permitir al adulto hospitalizados cambiar de opinión, retirarse y solicitar nueva información sin sanción o represalia, participando de manera voluntaria durante todo el proceso. La privacidad de los datos recolectados fue respetada acorde a las reglas de confidencialidad, y se utilizaron solo para cumplir con los objetivos planteados en la investigación. Cabe señalar que los instrumentos una vez aplicados, serán resguardados por el investigador principal en su oficina bajo llave, en la Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, ubicada en Angamos #655.

3.8.1.2. Beneficencia

El presente estudio contribuyó de forma indirecta a generar un bien común, lo cual permitirá que a futuro dicha información se utilice para mejorar aquellas áreas deficientes, y con ello los cuidados otorgados. Se informó con pertinencia de los riesgos y beneficios, y si se hubiese presentado algún riesgo no contemplado, los investigadores se comprometieron con el bienestar del adulto hospitalizado durante su participación, brindando el apoyo necesario.

3.8.1.3. Justicia

La muestra fue seleccionada de tal manera que permitió la posibilidad a todos los adultos hospitalizados de ser encuestados en una primera instancia, dándoles un trato equitativo, imparcial y adecuado. Además, la carga de riesgo es distribuida de forma justa. Cabe destacar

que toda la población se verá beneficiada de los resultados de la investigación de manera indirecta.

3.8.2. Consentimiento informado

Todos los adultos hospitalizados en el servicio de oncología que formaron parte de la investigación lo hicieron de manera voluntaria, la cual se hizo efectiva mediante la firma libre e informada del Consentimiento informado, documento que acredita la comprensión de la metodología de investigación, los objetivos y de forma explícita su colaboración con la misma, dejando en claro sus derechos y deberes, y los resguardos pertinentes por parte de los investigadores.

3.8.3. Valoración de riesgos y beneficios

Esta investigación posee un bajo riesgo en comparación al potencial beneficio de la intervención, debido a que es un estudio netamente observacional. Además, se consideró en todo momento los principios de beneficencia y no maleficencia. A pesar de ello, se reconoce la posibilidad de generar un grado de estrés y/o incomodidad en el adulto hospitalizado al aplicar el instrumento, considerando que se está enfrentando una crisis paranormativa. Por ello, se elabora un flujograma de contención, que responsabiliza al psicólogo clínico de la unidad gestión del cuidado como experto en contención emocional e involucra la participación activa del equipo de salud del servicio oncología (enfermera/o tratante, enfermera/o supervisora, médico tratante, psicólogo clínico) incluyendo a los estudiantes del proyecto de investigación, asegurando así el bienestar emocional de los adultos hospitalizados a lo largo de todo el proceso (Anexo 15).

3.8.4. Selección de sujetos

Para este estudio la muestra fue seleccionada con el objetivo de responder a la pregunta de investigación. Todos los sujetos de la población están en condiciones de beneficiarse de la investigación respetando los principios anteriores, de modo indirecto. Por último, la selección de los sujetos fue justa y no se consideró la exclusión arbitraria de los participantes.

3.9. Difusión de los resultados

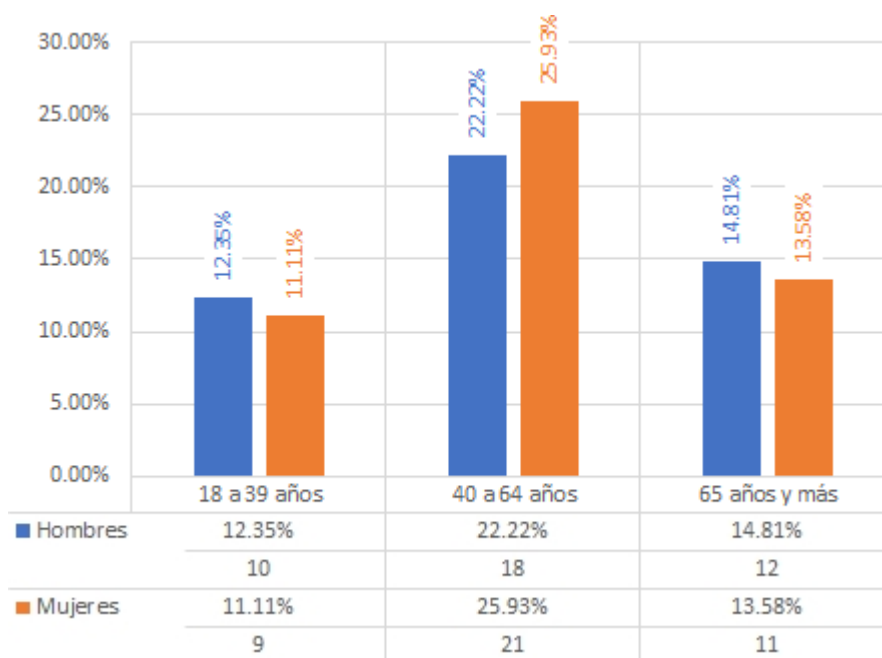
Los resultados obtenidos de la investigación “Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología” serán entregados a dicho servicio donde su utilización quedará a libre disposición según les resulte pertinente, cuyo principal objetivo busca beneficiar a los usuarios del establecimiento. Además, quedará una copia del proyecto en la biblioteca de la Universidad de Valparaíso en el campus de salud, teniendo acceso a ello los alumnos y profesionales de la institución.

CAPÍTULO 4
RESULTADOS

4.1. Caracterización de la muestra

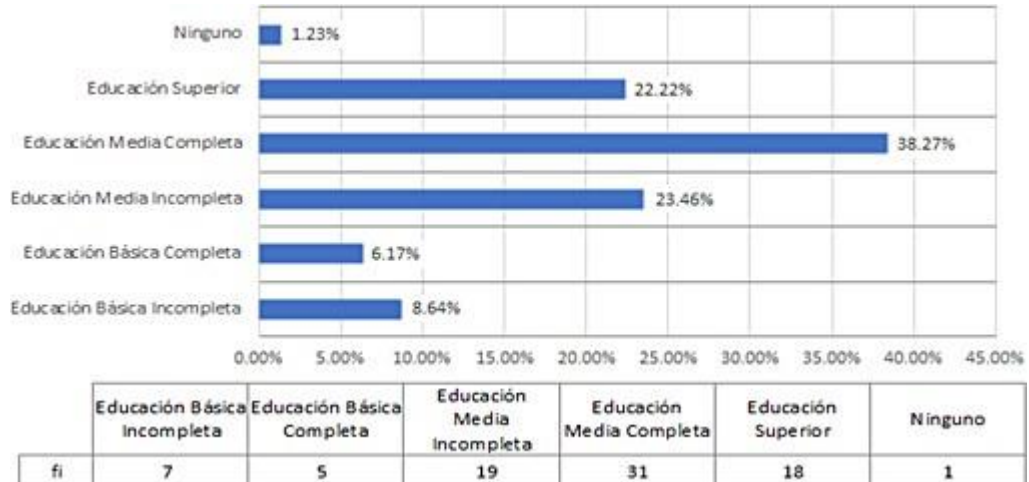
A continuación, se describen los resultados obtenidos del análisis de la primera sección del instrumento “Escala de Evaluación de la Incertidumbre”, que abarca características sociodemográficas y aspectos clínicos de los adultos participantes.

Gráfico 1. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según sexo y rango etario.



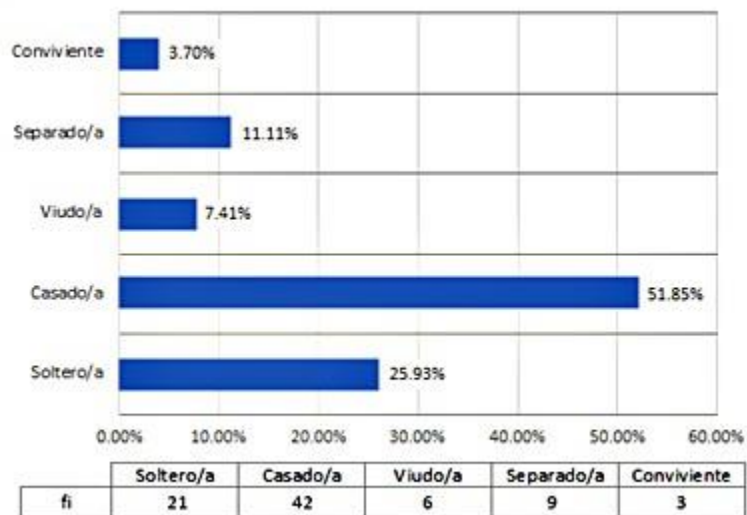
La muestra de la presente investigación consistió en 81 adultos hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren, donde el 50,62% (fi=41) de ellos fueron mujeres y el 49,38% (fi=40) hombres. El promedio de edad de los participantes fue de 53 años, predominando el grupo etario de adultos medios (40-64 años) con un 48,15%, y siendo los adultos jóvenes (18-39 años) el grupo de menor predominancia (23,46%).

Gráfico 2. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según escolaridad.



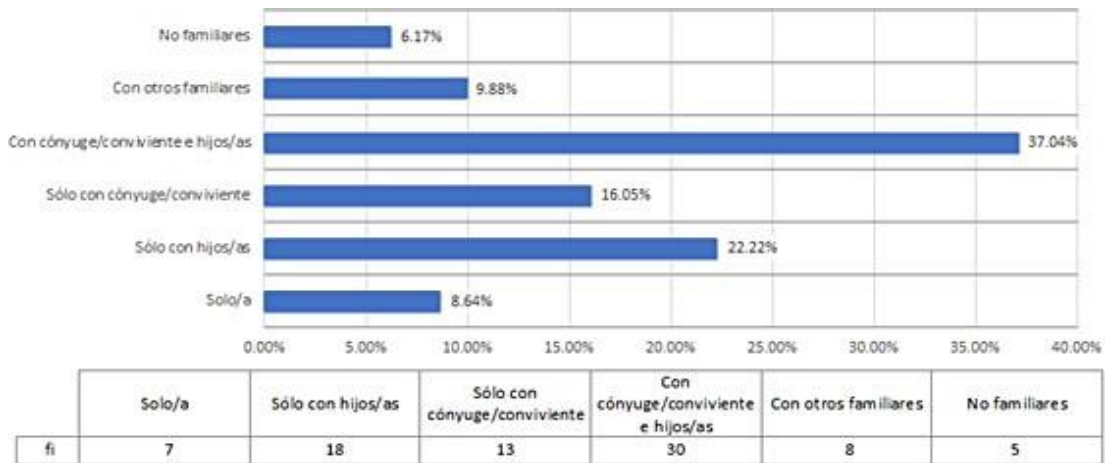
Con respecto a la escolaridad de los participantes, representado en el Gráfico 2, la mayoría posee un nivel educacional medio completo (38,27%), que en el sistema escolar chileno corresponde a 12 años. Además, el 22,22% de los encuestados posee estudios superiores, mientras que solo el 1,23% no posee escolaridad.

Gráfico 3. Adultos hospitalizados en servicio de oncología según estado civil.



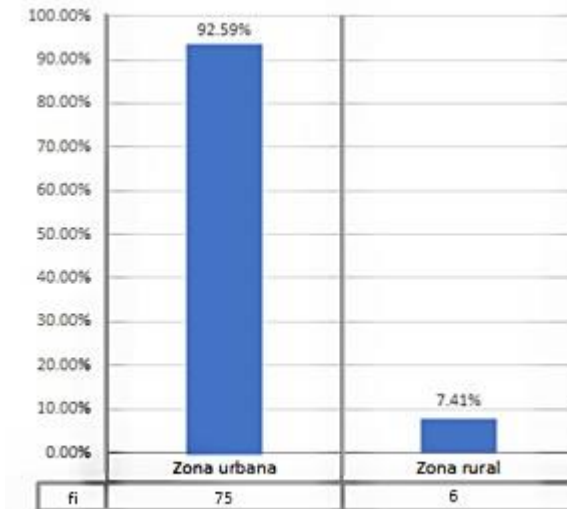
En cuanto a su estado civil, como se muestra en el Gráfico 3, el 51,85% de los participantes es casado, en tanto que el 44,5% incluye al estado civil de separados, viudos y solteros. Solo el 3,7% es conviviente.

Gráfico 4. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según situación familiar.



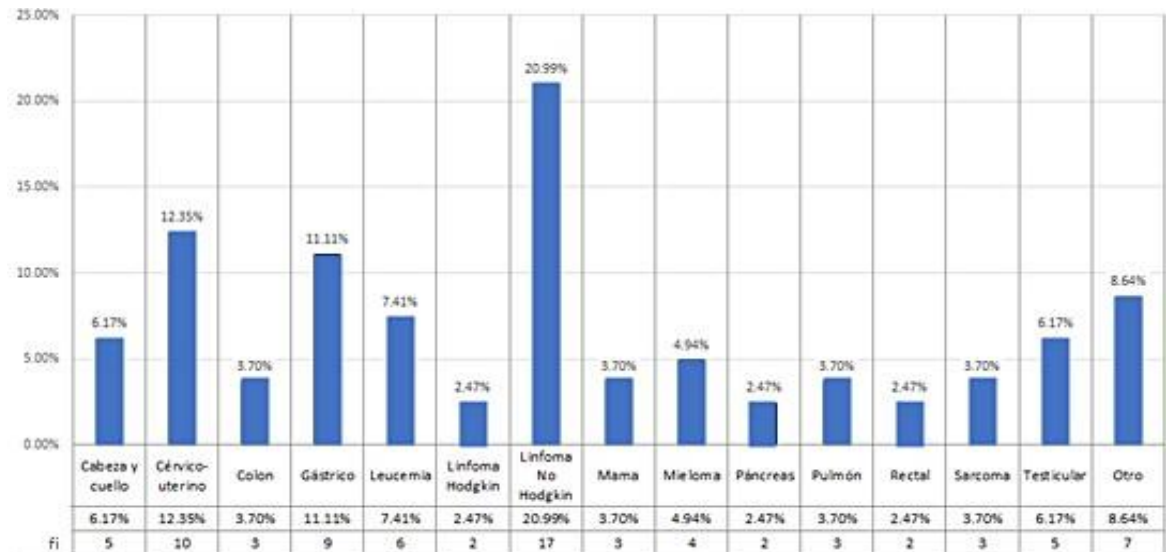
Por otro lado, en el Gráfico 4 se evidencia que un 85,19% de los participantes vive acompañado por miembros de su familia, sean estos su cónyuge o conviviente, hijos u otros familiares. Asimismo, el 8,64% de los encuestados declaró vivir solo y un 6,17% dijo vivir con personas con quienes no comparte un lazo sanguíneo.

Gráfico 5. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según lugar de residencia.



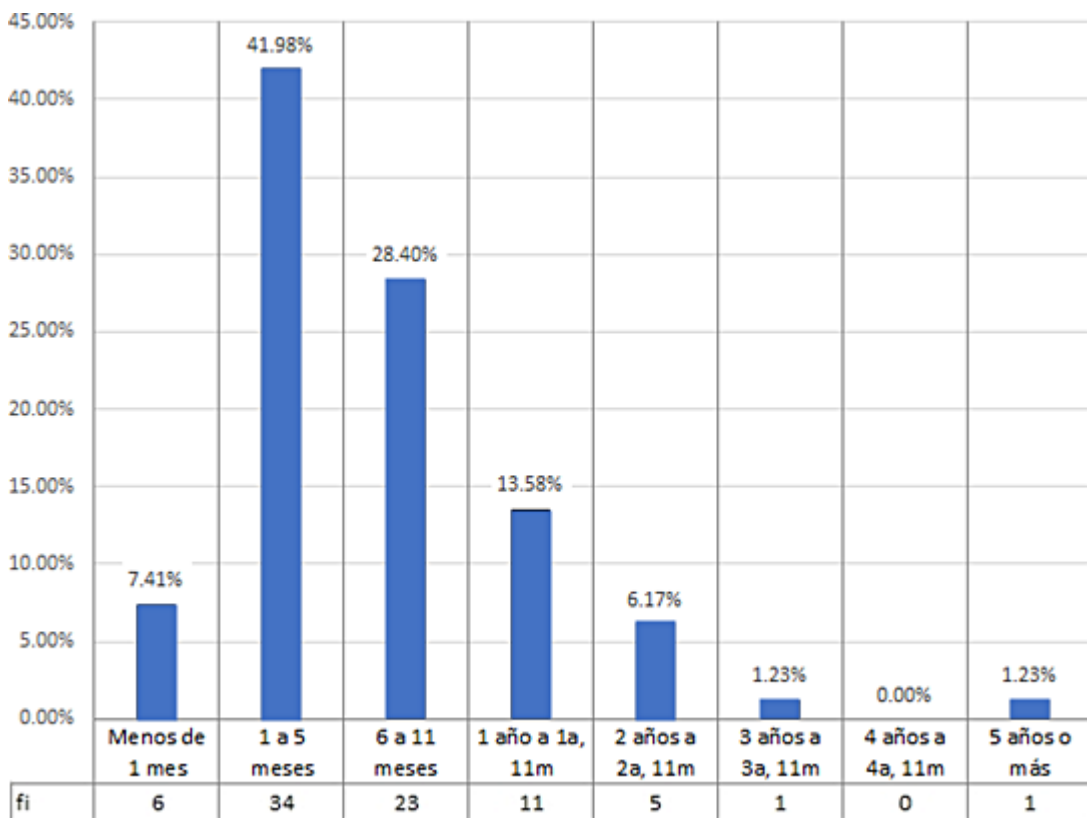
Del total de participantes, un 92,59% vive en zona urbana, como se visualiza en el Gráfico 5.

Gráfico 6. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según antecedentes clínicos: Diagnóstico de cáncer.



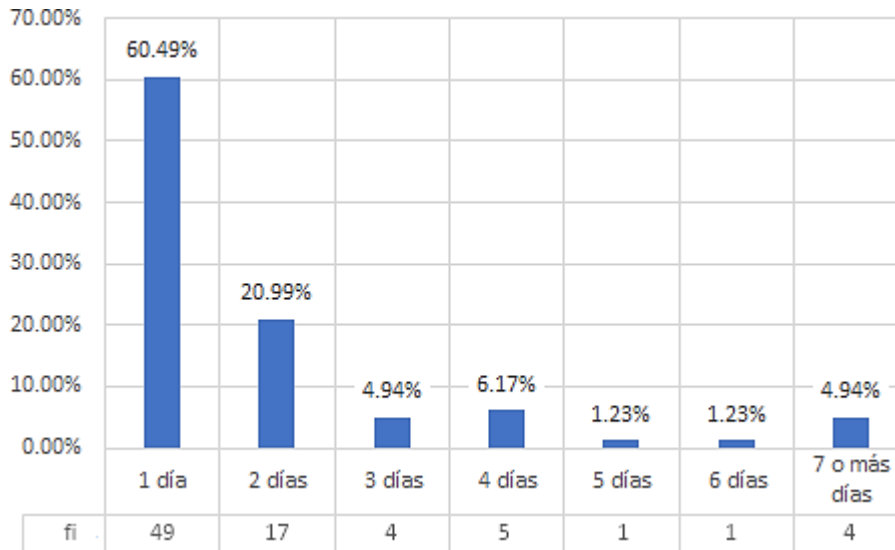
Con respecto a las características clínicas de los participantes, y como se muestra en el Gráfico 6, el mayor porcentaje de diagnósticos según tipo de cáncer corresponde a linfoma no Hodgkin (20,99%), seguido por el cáncer cervicouterino (12,35%) y cáncer gástrico (11,11%). Aquellos diagnósticos de menor incidencia, que en su totalidad conformaron el 8,64% de la muestra, son el cáncer ovárico, esofágico, orofaríngeo, enfermedad trofoblástica fetal, plasmocitoma hemolítico y linfoma cutáneo de células T.

Gráfico 7. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según antecedentes clínicos: Tiempo de diagnóstico.



En el Gráfico 7, el 49,39% de los adultos hospitalizados fue diagnosticado de cáncer hace menos de 6 meses y solo el 1,23% de la muestra presenta un tiempo de diagnóstico de 5 o más años.

Gráfico 8. Adultos hospitalizados en servicio de oncología, según antecedentes clínicos: Tiempo de hospitalización.

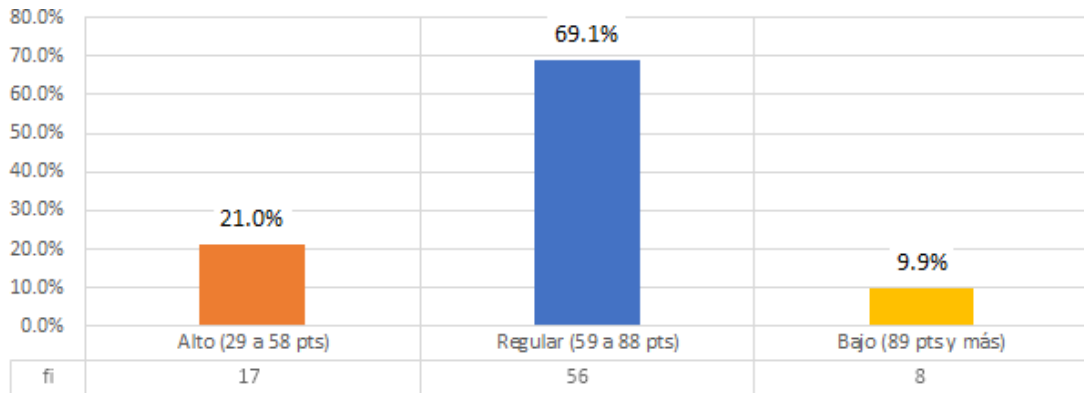


Como se puede apreciar en el Gráfico 8, el 60,49% de los participantes presentó un tiempo de estadía hospitalaria de un día, mientras que solamente un 4,94% se encontraba hospitalizado hace 7 o más días.

4.2. Nivel de incertidumbre

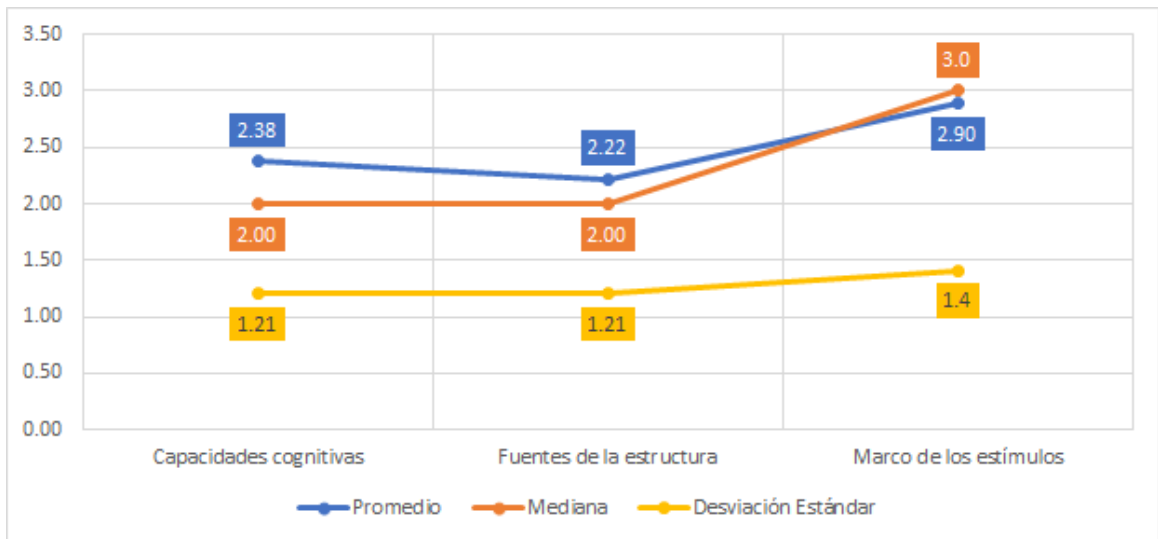
A continuación, se describen los resultados obtenidos a partir del análisis de la segunda sección del instrumento aplicado, que hace referencia al nivel de incertidumbre ante la enfermedad en los adultos participantes, y a sus diferentes dimensiones.

Gráfico 9. Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología.



Del total de adultos encuestados, un 69,1% presentó un nivel de incertidumbre regular, como se muestra en el Gráfico 9.

Gráfico 10. Medidas de tendencia central (promedio, mediana, desviación estándar) según dimensión.

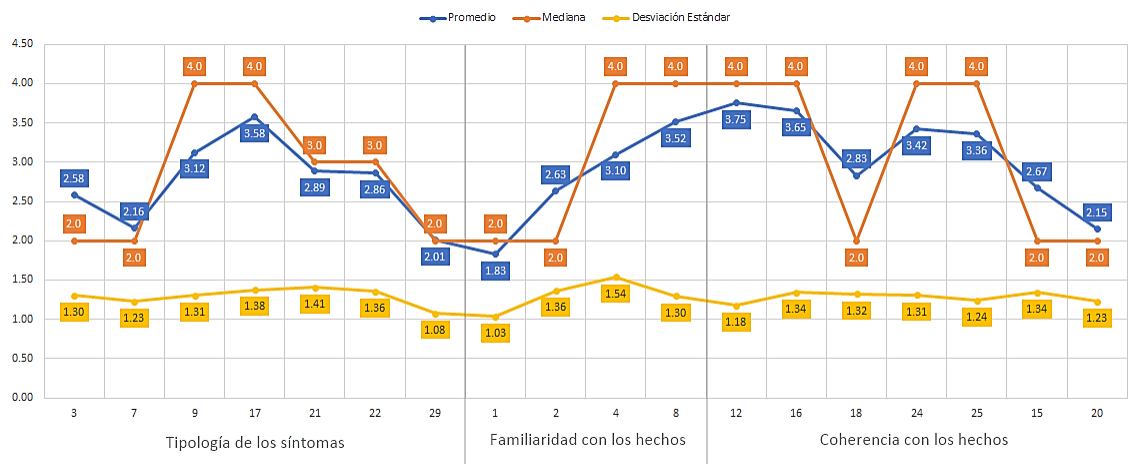


En el Gráfico 10 se puede visualizar que la mediana de los puntajes de respuesta es mayor en la dimensión Marco de los Estímulos (3,0), lo que hace referencia a una concentración del 50% de

las respuestas en los puntajes 3-4-5 mientras que el otro 50% pertenece a los puntajes 0-1-2-3, a diferencia de las otras dimensiones donde la concentración de la mitad de los datos es en los puntajes 0-1-2. El promedio de los puntajes de respuesta en la misma dimensión (2,9) también es mayor al de las dimensiones Capacidades Cognitivas (2,38) y Fuentes de la Estructura (2,22). Asimismo, la desviación típica respecto de la media en la dimensión Marco de los Estímulos (1,4) es mayor que en otras dimensiones.

4.2.1. Marco de los estímulos

Gráfico 11. Medidas de tendencia central (promedio, mediana, desviación estándar) de los puntajes de respuesta para ítems de la dimensión Marco de los Estímulos.



En el Gráfico 11 se muestra la distribución de las medidas de tendencia central para cada afirmación perteneciente a la dimensión Marco de los Estímulos. Se puede observar que en las afirmaciones

- 4: “No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad”,
- 8: “Usted sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento”,
- 9: “Sus síntomas siguen cambiando imprevisiblemente”,
- 12: “Usted puede predecir cuánto tiempo durará su enfermedad”,
- 16: “Debido a lo imprevisible de su enfermedad, no puede planificar su futuro”,

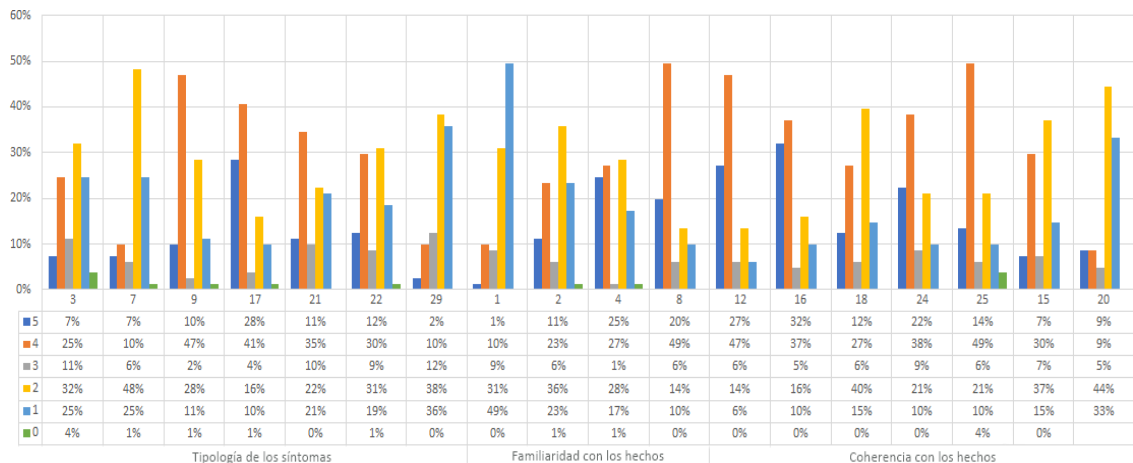
- 17: “El curso de su enfermedad se mantiene variable, tiene buenos y malos días”,
- 24: “Es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo”, y
- 25: “Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad”,

las medianas (4,0 para todas) son superiores a las de otros ítems, e indican que, para estas afirmaciones, el 50% de las respuestas correspondió a aquellas cuyo puntaje es 4 o 5. Además, los promedios de puntaje de respuesta para los mismos ítems también superan a los de otras afirmaciones de la dimensión.

Cabe destacar que, excepto las afirmaciones 9 y 17, los ítems cuyas medianas y promedios son más altos pertenecen a las subdimensiones de familiaridad con los hechos (4, 8) y coherencia de los hechos (12, 16, 24, 25), y que, a excepción de la afirmación 4, todas aluden al pronóstico de la enfermedad.

Por el contrario, el promedio de puntajes de respuesta (1,83) del ítem 1: “Usted no conoce su enfermedad”, es el más bajo de todas las afirmaciones contenidas en la dimensión.

Gráfico 12. Frecuencias relativas de cada puntaje de respuesta para ítems de la dimensión Marco de los Estímulos.



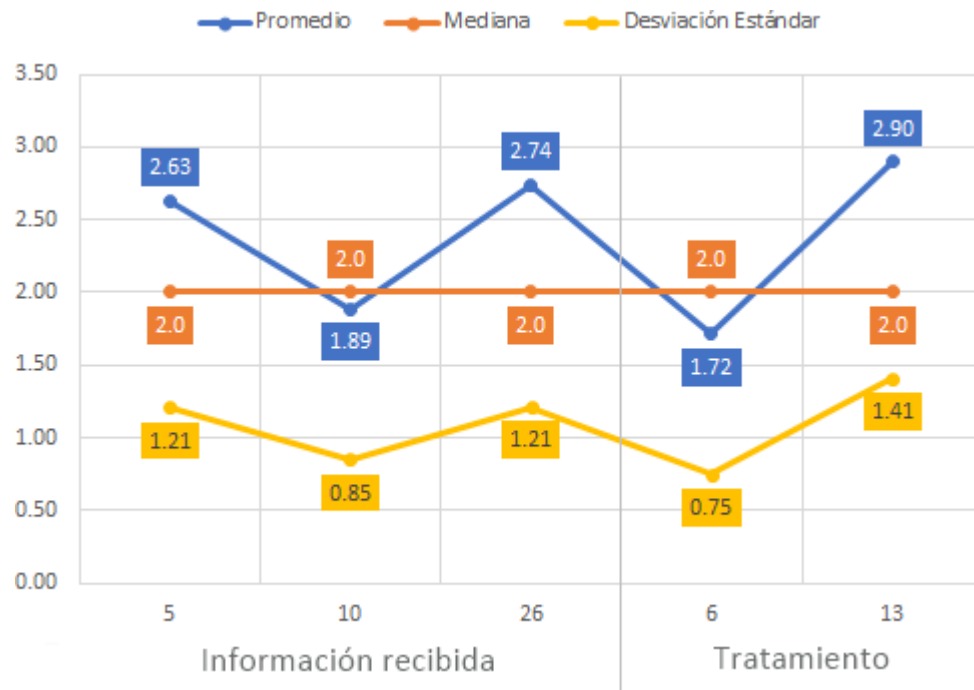
En el Gráfico 12, se visualiza que las frecuencias relativas correspondientes a los puntajes 4 y 5 son mayores en las afirmaciones mencionadas en el Gráfico 10 que en otros ítems.

Cabe señalar que en el ítem 1, el 49% de las respuestas correspondió a la opción cuyo puntaje es 1 (“Muy en desacuerdo”) y sólo un 1% correspondió al puntaje 5 (“Muy de acuerdo”).

Las afirmaciones 8 y 9 presentaron un 49% y 47% de las respuestas en puntaje 4, respectivamente, que corresponde a “De acuerdo”. Así mismo, las afirmaciones 12 y 25, presentaron un 47% y 49% de las respuestas en puntaje 4, respectivamente, que en este caso corresponde a “Endesacuerdo”.

4.2.2. Capacidades cognitivas

Gráfico 13. Medidas de tendencia central (promedio, mediana, desviación estándar) de los puntajes de respuesta para ítems de la dimensión Capacidades Cognitivas.

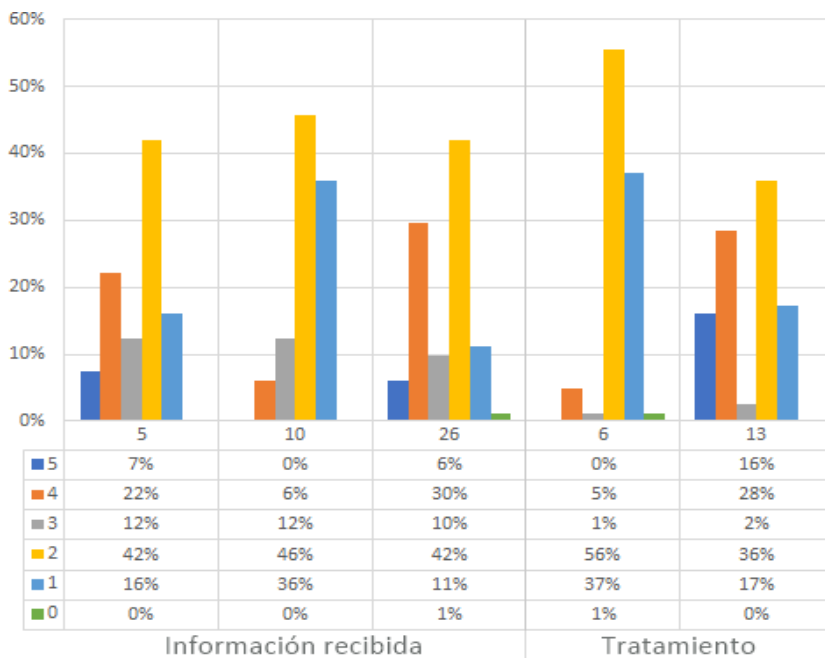


El Gráfico 13 muestra que las afirmaciones pertenecientes a la dimensión Capacidades Cognitivas presentaron una mediana de 2,0, lo que quiere decir que el 50% de las respuestas a dichos ítems correspondió a las opciones cuyos puntajes fueron 0-1-2 y el 50% restante se concentró en los puntajes 2-3-4-5.

Por otro lado, los promedios de puntaje de respuesta varían considerablemente de una afirmación a otra, siendo los más altos los de los ítems 5: “Las explicaciones que le dan le parecen confusas” (2,63), 13: “Su tratamiento es complejo para entenderlo” (2,9) y 26: “Le entregan demasiada información que no puede decir cuál es la más importante” (2,74). Por su parte, las desviaciones típicas correspondientes a dichas preguntas son las más altas de la dimensión (1,21, 1,41 y 1,21, respectivamente).

Es importante mencionar que para aquellas afirmaciones (ítems 6 y 10) donde hubo más bajos promedios, desviaciones estándar y puntajes de respuesta, estos últimos se encontraban invertidos, correspondiendo los puntajes 1 y 2 a “Muy de acuerdo” y “De acuerdo”, respectivamente.

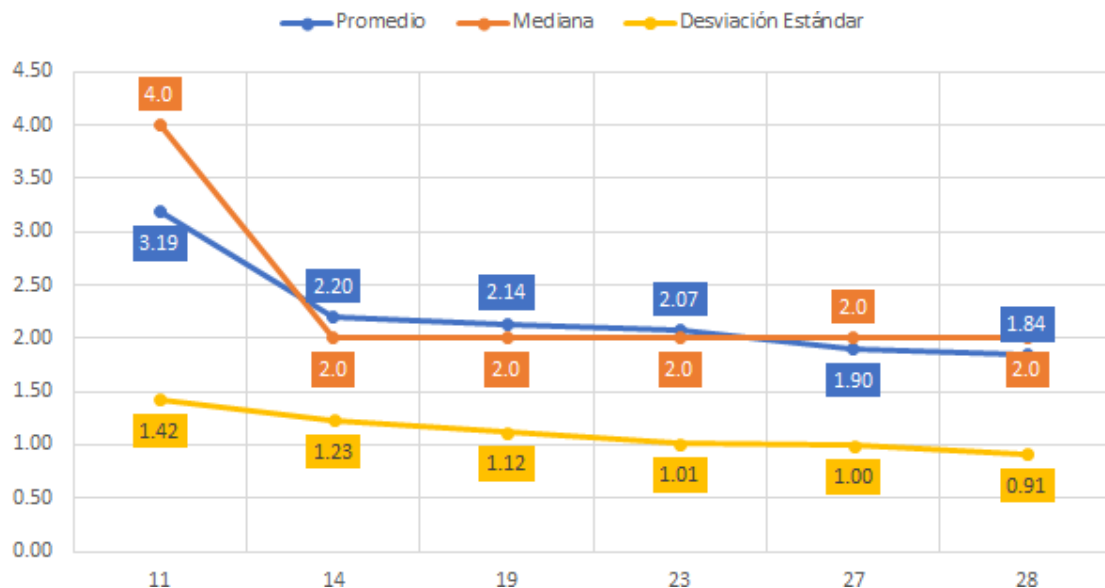
Gráfico 14. Frecuencias relativas de cada puntaje de respuesta para ítems de la dimensión Capacidades cognitivas.



En el Gráfico 14 se observa que el puntaje 2 obtuvo la mayor frecuencia relativa, superando, en todos los casos, el 35%. Además, revela que la segunda mayor frecuencia de respuesta corresponde al puntaje 4 (que en general superó el 21%), a diferencia de los ítems 6: “La finalidad de cada tratamiento le es claro”, y 10: “Usted entiende todo lo que se le explica”, cuya segunda mayor frecuencia de respuesta correspondió al puntaje 1, y en ambos casos el puntaje 5 tuvo una frecuencia de 0%.

4.2.3. Fuentes de la estructura

Gráfico 15. Medidas de tendencia central (promedio, mediana, desviación estándar) de los puntajes de respuesta para ítems de la dimensión Fuentes de la Estructura.

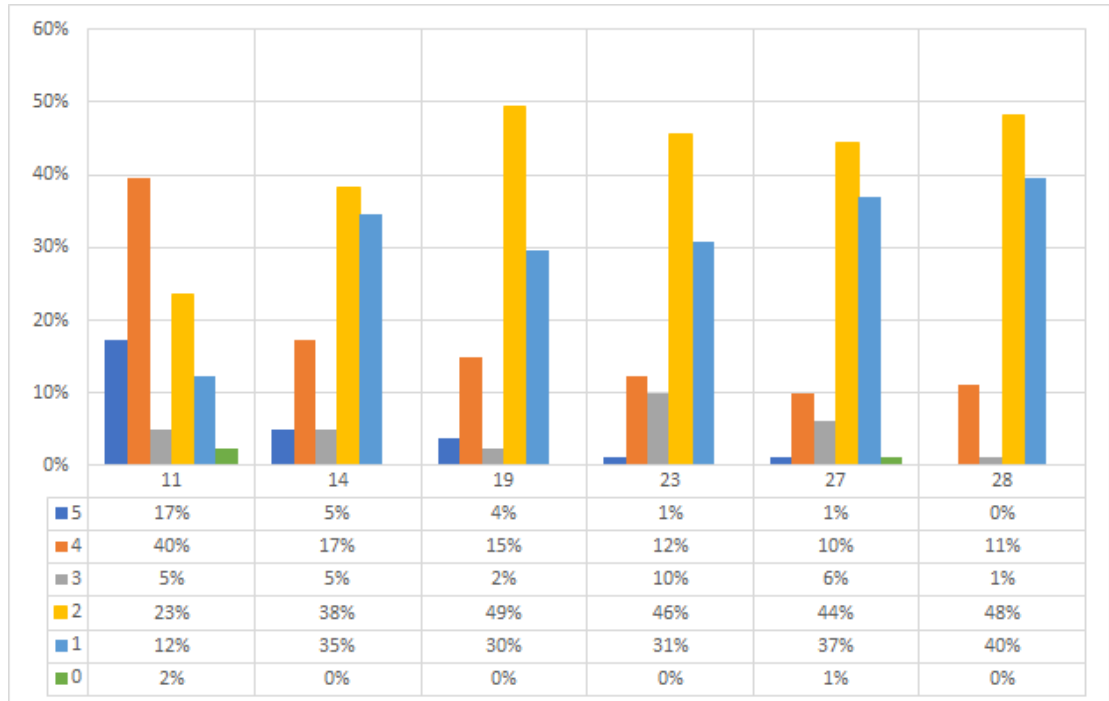


Como se logra apreciar en el Gráfico 15, la mediana de los puntajes de respuesta de los ítems contenidos en esta dimensión es 2,0, dado que el 50% de los datos se concentran en los puntajes 0-1-2 y la otra mitad en los puntajes 2-3-4-5. Los promedios y desviaciones estándar son bastante similares entre sí, siendo cercanos a 2,0 y 1,0, respectivamente.

Excepción a este caso es el ítem 11: “Los médicos dicen muchas cosas que podrían tener muchos significados”, donde la mediana de puntajes fue 4, significando que el 50% de las

respuestas se concentró en las opciones cuyos puntajes son 4 y 5 (“De acuerdo” y “Muy de acuerdo”, respectivamente).

Gráfico 16. Frecuencias relativas de cada puntaje de respuesta para ítems de la dimensión Fuentes de la Estructura.



En el Gráfico 16, para el ítem 11, el puntaje 4 obtuvo un 40% de las respuestas y el puntaje 5 un 17% de ellas. Sin embargo, la segunda mayoría en frecuencias de respuesta la obtuvo el puntaje 2 (23%).

Cabe señalar que la afirmación 14 presenta una estrecha diferencia en sus respuestas con puntaje 2 (“En desacuerdo”) y 1 (“Muy en desacuerdo”) con 38% y 35%, respectivamente.

Por otro lado, las afirmaciones 19 y 23, con 49% y 46% de las respuestas respectivamente, presentan mayor frecuencia en la respuesta con puntaje 2 (“En desacuerdo”).

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. Discusión

Con respecto a las características sociodemográficas, en específico para el sexo, según datos otorgados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en 2012 la población chilena estaba conformada en un 49,49% de hombres y un 50,5% de mujeres; en el mismo año, la región de Valparaíso mostró una predominancia del género femenino sobre el masculino, con 51,9% frente a un 48,07%, respectivamente. Se observa, consecuentemente, una convergencia de los datos obtenidos en la presente investigación tanto con la realidad nacional como regional, y también con las proyecciones para el año 2017, donde la distribución por sexo estimada de la población chilena es de un 49,48% de hombres y 50,51% de mujeres (33). Asimismo, al comparar los resultados con el estudio de Arreguín L. et al. 2012, se evidencia una similitud en la proporción de hombres y mujeres encuestadas, pues estas últimas correspondieron a un 50% de la muestra (1). Los resultados obtenidos pueden explicarse, en cierta medida, por la prevalencia de neoplasias en mujeres a nivel regional (23).

En cuanto a la edad, la distribución poblacional nacional por rango etario en el año 2012 fue de un 30,39% de adultos entre 20 y 39 años, un 30,42% de adultos entre 40 y 64 años y un 9,52% de adultos de 65 o más años. Se estima que al 2017, el primer grupo corresponda a un 30,74%, el segundo a un 31,34% y el tercero a un 10,9% (33). El análisis estadístico de este estudio entrega datos que no convergen con la realidad chilena del 2012, pero evidencia una mayor concordancia con las proyecciones para 2017, dada una concentración del 48,15% de la muestra en el grupo etario de 40 a 64 años. Se asocia dichos resultados a la tendencia de la población del país hacia el envejecimiento (25). Por otro lado, en el año 2012, el total de adultos de entre 20 y 39 años correspondió al 30,37% de la población total de la región de Valparaíso, mientras que los adultos de 40 a 64 años conformaron un 30,43% de la misma, y los adultos de 65 y más años alcanzaron el 11,31%. Comparada a los datos nacionales, la porción de adultos mayores de la quinta región es superior a la tasa general país, y se estima un incremento de un 1,4% en este grupo etario para el año 2017 (33), lo que explica, en cierta medida, el alto porcentaje de adultos de 65 años en adelante (28,4%) obtenido en este estudio. Puede asociarse, también, a

características propias de la enfermedad del cáncer, que suele diagnosticarse en edades más avanzadas debido a un sostenido estilo de vida con hábitos que son factores de riesgo para esta patología (26).

Dentro del mismo ámbito, el promedio de edad de los encuestados en esta investigación fue de 53 años, edad contenida en el rango etario de adulto medio, lo que converge con la investigación de Montalvo A. et al. en 2016, donde se obtuvo un promedio de 54,6 años del total de participantes (19).

En relación con la escolaridad y en base a los datos de CASEN del año 2013, en la distribución de la población nacional en los distintos niveles educacionales, la enseñanza media completa obtiene la primera mayoría seguida de la educación superior completa (28). Esto último diverge de los resultados obtenidos en este estudio, dado que la segunda mayoría corresponde a la enseñanza media incompleta (23,46%); no obstante, y aunque los porcentajes obtenidos no son similares, los resultados convergen con el orden de la distribución de los años de escolaridad de la población en las demás categorías. Al comparar esta investigación con la realizada por Gómez I. en 2012, se obtiene que los resultados entre ambas no son congruentes, pues en esta última un 54,34% de la muestra sólo cursó educación básica (primaria) y el restante 45,65% presentó un nivel educacional medio en adelante (4), mientras que, en el presente estudio, un 83,94% de los encuestados posee una escolaridad media (ya sea completa o incompleta) o superior. Asociado al promedio de edad de los encuestados, este resultado puede relacionarse tanto con la Ley de Instrucción Primaria, que categoriza el curso de un mínimo de 4 años de educación como obligatorio (27), como con la necesidad de perfeccionamiento técnico y profesional que surge a partir de los constantes cambios en la realidad laboral del país.

Con respecto al estado civil, según las estadísticas vitales 2014, se celebraron 3,6 matrimonios por cada mil habitantes en Chile, totalizando 64.868 casamientos. La Región de Valparaíso, a su vez, presentó una tasa superior a la alcanzada a nivel nacional, anotando una tasa de 3,9 nupcias, con un descenso de 0,1 punto porcentual respecto al año 2013 (61). No obstante, en esta investigación se obtuvo que el 51,85% correspondió a adultos casados. En contraste con el

estudio de realizado por Rivera C. en 2016, el 63% de la muestra reportaron ser casados o encontrarse conviviendo, resultados que no distan del todo con los de este estudio (55,55%) (15).

Según el artículo de Johnson M. y Hurtado P. del año 2017, el 21,4% de los encuestados vive con sus hijos, el 28,6% vive con su esposo/a e hijos, el 23,8% vive con su cónyuge y el 4,8% vive con algún otro familiar, mientras que el porcentaje restante vive solo. Esto converge con la presente investigación donde se obtuvo que el mayor porcentaje corresponde a adultos que viven con su cónyuge e hijos (37,04%) y un disminuido porcentaje vive solo (8,64%) (8).

En cuanto al lugar de residencia, de acuerdo con la actualización de las proyecciones de población urbano-rural a nivel país obtenido principalmente de los registros de estadísticas vitales 2002 a 2012, a nivel nacional la población urbana corresponde a un 87,2% del total de habitantes, mientras que la población rural alcanza un 12,79% al año 2012 (62), datos que convergen con el porcentaje predominante de residentes urbanos (92,59%) obtenido en este estudio. Al comparar con la investigación realizada por Johnson M. en 2014, el 73,3% de los participantes residían en una zona urbana, mientras que el otro 26,6% vivía en zona rural, datos que, si bien no son idénticos, concuerdan en que la menor cantidad de personas (7,41%) residen en un lugar rural (6).

En relación a los antecedentes clínicos, las principales tasas de prevalencia en diagnósticos de cáncer a nivel país corresponden a cáncer gástrico, próstata y pulmón en hombres, y a cáncer de mama, vesícula biliar y gástrico en mujeres (12), lo que diverge con los resultados obtenidos dado que el mayor porcentaje de los diagnósticos de los participantes de este estudio, sin diferenciar por sexo, se adjudicó al linfoma no Hodgkin (20,99%), seguido del cáncer cervicouterino (12,35%). Según la base de datos 1988-2011 de la estimación Pénétromètre Autonome Numérique Dynamique Assisté (PANDA), la tasa chilena de incidencia estimada de linfoma no Hodgkin es de 5,6 por 100 mil habitantes (63). No obstante, entre las proyecciones al 2012 de las tasas de mortalidad por cáncer ascendentes se encuentran el linfoma no Hodgkin,

próstata, mieloma múltiple, encéfalo, colon y recto, mientras que entre las tasas descendentes se encuentra el cáncer gástrico, esofágico, testicular, de cuello uterino y vesícula biliar (26).

Con respecto al tiempo de diagnóstico, en un estudio realizado el año 2007 por Decker C. et al. sobre la diferencia del nivel de incertidumbre en adolescentes y adultos diagnosticados con cáncer según el tiempo de diagnóstico, se obtuvo que un 41,9% de los participantes fue diagnosticado en un tiempo menor a 1 año, un 27,9% entre 1 y 4 años, y un 30% hace 5 o más años (18). Estos resultados divergen de los obtenidos en la presente investigación, puesto que, a la fecha de aplicación del instrumento, un 77,79% de los encuestados fueron diagnosticados en el último año y un 1,23% declaró haber recibido su diagnóstico hace 5 o más años; sin embargo, se obtuvo un porcentaje similar para el rango de entre 1 y 4 años (20,99%).

En cuanto al tiempo de hospitalización, se encontró que la mayoría de los participantes (60,49%) se encontraba hospitalizado hace solo un día, mientras que únicamente el 4,94% presentaba una estadía hospitalaria igual o superior a 7 días. Dada la nula relevancia de este antecedente en otras investigaciones, no fue posible hallar convergencia o divergencia al respecto.

Con respecto a la variable principal de esta investigación, en el estudio realizado por Montalvo A. et al. en 2016 se evidenció un nivel de incertidumbre regular en un 60,2% de los participantes, un nivel bajo en el 23,1% y un nivel alto en 16,7% (19). Asimismo, en la tesis de Condori G. et al. en 2014, un 54,15% de los encuestados presentó un nivel regular de incertidumbre mientras que el 35,61% un nivel alto (16). Por otro lado, en el artículo de Rivera C. del 2016 predominó un nivel alto de incertidumbre (80,4%) y ninguno de los 92 participantes presentó un nivel bajo (15), mientras que la tesis de magíster de Johnson M., 2014, mostró un alto nivel de incertidumbre en un 54,3% de los participantes (6). En el artículo de Gómez-Palencia, 2015, los resultados obtenidos arrojaron que el 76,1% de los participantes tenían un nivel de incertidumbre regular, seguido de un 15,3% de un nivel bajo (7). En el artículo de Johnson M. y Hurtado P., 2017, se mostró que el 54,8% de los participantes tenían un alto nivel de incertidumbre, mientras que el 42,9% presentó un nivel regular (8). En general, los

resultados de la presente investigación convergen con los estudios mencionados, ya que un 90,1% de los encuestados presentó un nivel de incertidumbre regular o alto; sin embargo, la concordancia es mayor con aquellos artículos donde el nivel regular de incertidumbre es predominante, puesto que en este estudio dicho nivel correspondió al 69,1% de la muestra.

En cuanto a las dimensiones estudiadas, para el área Marco de los Estímulos y los ítems contenidos en ella, en el artículo de Montalvo A. et al. 2016 se mostró que el 61,1% de las participantes no sabía cuándo habría cambio en su tratamiento (afirmación 8), lo que concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, donde el 69% de la muestra coincidió con esta afirmación (19). Con respecto a si la sintomatología de la enfermedad cambia imprevisiblemente (afirmación 9), el 56,4% de las participantes del estudio de Angulo T. et al. 2016, manifestaron concordar con dicha aseveración, al igual que el 57% de los encuestados de la presente investigación. Este artículo evidencia, además, que el 86,1% de las personas asegura no saber cuánto durará su enfermedad (afirmación 12) y que el 60,2% no puede predecir el curso de ésta (afirmación 25), lo que se refleja en este estudio con un 74% y un 53% de los participantes, respectivamente (17). No obstante, estos resultados difieren de los publicados en el artículo de Gómez-Palencia I. et al. 2015, donde el 82% y el 79% de los participantes se declaró en desacuerdo o muy en desacuerdo con dichas afirmaciones, respectivamente (7). En la misma publicación, un 72% de los participantes manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo en relación a no poder planear su futuro debido a lo impredecible de su enfermedad (afirmación 16), lo que converge con el presente estudio (69%); similares resultados se obtuvieron también para la afirmación referente a saber cuándo se está mejorando o empeorando (afirmación 29), con un 76% en desacuerdo o muy en desacuerdo y un 72% en el actual estudio con la misma opinión. Con respecto a la dificultad para determinar cuánto tiempo pasará antes que pueda cuidarse por sí mismo (afirmación 24), tanto en el presente estudio como en el ya mencionado, se obtuvo un 60% y un 59% en las opciones de acuerdo y muy de acuerdo, respectivamente (7).

Las afirmaciones “No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad” (afirmación 4) y “El curso de su enfermedad se mantiene variable; tiene buenos y malos días” (afirmación 17), si bien no

presentan un punto de comparación con otros estudios encontrados, en la presente investigación se dilucida que contribuyen a aumentar el nivel de incertidumbre, al obtener un 52% y un 69% de respuestas en algún grado de acuerdo, respectivamente.

Según la teoría de Mishel del año 1988, los principales aspectos de la enfermedad que causan incertidumbre son la severidad de la afección, la naturaleza errática de los síntomas y la ambigüedad de los mismos, todos pertenecientes a la dimensión mencionada (6); esto se confirma en los resultados de esta investigación, dado que los ítems relacionados con la sintomatología experimentada fueron los que contribuyeron mayormente a los niveles de incertidumbre obtenidos, destacando aquellos atingentes a la familiaridad y coherencia con los hechos, como la impredecibilidad de los síntomas. No obstante, la gran mayoría de los participantes también coincidió en que atribuyen una mayor influencia sobre la incertidumbre a aquellos aspectos relacionados con el pronóstico de su situación de salud, como la imprevisibilidad de la duración de la enfermedad o la planificación de su futuro.

Con respecto a la dimensión de capacidades cognitivas, el artículo de Montalvo A. et al. del 2016, mostró que el 63% de las participantes consideró que las explicaciones que les daban no eran confusas (afirmación 5), y que para el 84,3% la información que les proporcionaban sobre su tratamiento era clara (afirmación 6). Asimismo, el 88% dijo entender lo que se les explicaba (afirmación 10) y el 60,2% opinó que no era complejo entender su tratamiento (afirmación 13) (19). La presente investigación concuerda con estos resultados, en su mayoría (53%, 93%, 82%, y 53%, para cada caso), los encuestados coinciden con las posiciones manifestadas en la publicación colombiana. Sin embargo, existe discordancia con los resultados del estudio publicado por Gómez-Palencia I. et al. del año 2015, donde el 84,6% de los participantes considera que las explicaciones que le dan los profesionales de salud les parecen confusas y el 86,5% no entienden todo lo que se les explica (7).

Refiriéndose a esta dimensión, Mishel en 1988, señaló en su teoría que las variables del marco de los estímulos podrían influir en la percepción de la persona y en su capacidad de comprender los hechos relacionados con su enfermedad; también destacó que, aunque las capacidades

cognitivas sean adecuadas, las variables del marco de los estímulos podrían presentarse como información incompleta y ser susceptibles a la interpretación, influyendo en la incertidumbre de la persona ante su situación de salud (6). En ese sentido, se observa una concordancia entre los resultados de esta investigación y las descripciones establecidas por Mishel, especialmente en el hecho de que, si bien los participantes del estudio no presentan mayores alteraciones en la dimensión de capacidades cognitivas, la imprevisibilidad del pronóstico de su enfermedad es uno de los factores claves en su nivel de incertidumbre.

En cuanto a la dimensión Fuentes de la Estructura, los resultados obtenidos por Montalvo A. et al. en 2016, que muestran que el 60,2% de las participantes reconoce quién es el responsable de su cuidado (afirmación 14), a un 65,7% se le ha explicado cómo tratar su enfermedad (afirmación 23), y para el 76,9% de las mujeres el diagnóstico realizado por el médico fue preciso (afirmación 28) (19), convergen con los de este estudio, puesto que los participantes coincidieron en su opinión ante los ítems mencionados con un 73%, 77% y 88%, respectivamente. Por otra parte, se evidencia una concordancia entre los resultados de esta investigación referentes al porcentaje de participantes que considera que las cosas que dicen los médicos podrían tener muchos significados (afirmación 11) (57%), y aquellos publicados tanto por Montalvo A. et al. 2016 ya mencionado, donde un 73% de la muestra estuvo de acuerdo con esta aseveración, como con los publicados por Gómez-Palencia I. et al. en 2015, donde un 91,4% de las personas consideran que las cosas que dicen los profesionales de la salud no tienen mucho significado. Cabe señalar que, en este último artículo y a diferencia de los datos presentados, el 92,1% de los participantes del estudio declaró que no le han dicho cómo tratar su enfermedad (7).

Finalmente, es relevante mencionar que los resultados respecto al nivel de incertidumbre y sus dimensiones en este estudio convergen, en su mayoría, con aquellos obtenidos en los artículos de Montalvo A., Johnson M. y Arreguin L., relacionados con el diagnóstico de cáncer, pero que difieren de aquellos llevados a cabo en otras enfermedades crónicas como el artículo de Gómez-Palencia I., sobre la diabetes.

5.1.1. Limitaciones del estudio

Durante la planificación y realización de la presente investigación surgieron diversas situaciones que actuaron como limitantes del proceso, entre las que destacaron:

- La última validación de la Escala de Evaluación de Incertidumbre de Merle Mishel en Chile data del año 1987, y a partir de ella se encontró una serie de versiones que no concuerdan con el instrumento original.
- Al momento de solicitar las autorizaciones pertinentes para la utilización del instrumento, no se logró contactar directa y formalmente a la autora, pues, según su ex secretaria Sandy Staley, la doctora M. Mishel habría hecho efectivo su retiro y estaría imposibilitada para conceder dicha autorización. Por ello, instrumento habría sido liberado para uso público (y no sería necesario un documento oficial de autorización) y podría encontrarse en una página web en proceso de creación, misma que, hasta la última revisión de esta investigación, no se encontraba disponible aún. Estos acontecimientos demoraron el envío de documentos solicitados por el Comité Ético Científico del SSVSA y, en consecuencia, la aplicación del instrumento.
- Durante gran parte del período de aplicación del instrumento en el servicio, el horario asignado para ello correspondió al período posterior al horario de visitas (es decir, a partir de las 18.00 horas), con el fin de proteger el tiempo que el adulto podía compartir con sus seres queridos durante su hospitalización. Sin embargo, dado que las altas médicas eran tramitadas y ejecutadas en las horas previas a dicho horario, en varias ocasiones se encontró un número de adultos inferior al supuesto, disminuyendo la probabilidad de completar la muestra calculada en el tiempo presupuestado e influyendo en los diversos cambios que se realizaron en la frecuencia y horarios de aplicación del instrumento.
- El recambio de personas hospitalizadas en el servicio es considerablemente más limitado que lo calculado en base a las estadísticas del año anterior, por lo que fue muy común encontrar a los mismos usuarios (varios de ellos ya encuestados) a lo largo de

todo el período de aplicación, disminuyendo, consecuentemente, la población disponible.

- Para facilitar la identificación de adultos por encuestar, el servicio facilitó a los investigadores un listado de los usuarios hospitalizados durante la jornada. En varias ocasiones, se encontró que había adultos en sala que no estaban considerados en dicha lista. En algunos casos, estos usuarios correspondían a hospitalizaciones muy recientes y no habían sido aún registrados en el listado del día; en otros, se trataba de adultos que concurrían al servicio para recibir tratamiento ambulatorio y se les había asignado una cama en las salas de hospitalización. Estos últimos, por no cumplir con los criterios de inclusión, no pudieron ser considerados en la encuesta.
- Aun cuando se contó con la autorización de aplicar el instrumento a usuarios cuya condición requería precauciones de aislamiento (haciendo uso, por supuesto, de los implementos de protección disponibles en el servicio), la posibilidad de realizarlo dependió del criterio del personal enfermero de turno.

Cabe señalar que, a pesar de las dificultades ya planteadas, la investigación pudo llevarse a cabo con éxito, obteniendo, incluso, un número de encuestados superior al propuesto en un principio.

5.2. Conclusiones

El proyecto de Investigación tuvo como eje central el describir el nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en un servicio de oncología utilizando la Escala de Evaluación de la Incertidumbre creada por Merle Mishel. Los resultados obtenidos son un aporte a la disciplina de Enfermería, no solo para conocer el significado de los hechos que guardan relación con la alteración de la salud y que aparecen cuando el adulto hospitalizado en un servicio oncológico debe tomar decisiones respecto a su situación, sino que también para demostrar la utilidad del instrumento en una población determinada.

Con respecto a la caracterización de la muestra, la distribución según su edad y sexo representa tanto la actualidad sociodemográfica nacional y regional como la realidad epidemiológica del

país. El promedio de edad de 53 años, la alta concentración de personas en el grupo etario de adulto medio (40 a 64 años), más el hecho de la tendencia al envejecimiento de la población, hace pensar que son personas que tendrán que convivir con su enfermedad a futuro, por lo que en ellas sería interesante plantear estrategias para abordar las diferentes variables que contribuyan a disminuir el nivel de incertidumbre durante el curso de su enfermedad.

La escolaridad, por su parte, da cuenta de los avances nacionales en materias de educación y trabajo, ya que los adultos hospitalizados que presentan educación media y superior completa abarcan sobre el 50% de la muestra, lo cual se rectifica con la ley de educación obligatoria que permite que las personas logren tener una base de conocimientos para sustentarse, y que a la vez contribuye a disminuir el nivel de analfabetismo a nivel nacional.

En relación al estado civil de la muestra, un 50% de los participantes manifiesta estar casado; asimismo, el porcentaje predominante en la situación familiar son las personas que viven con sus cónyuges, hijos u otros familiares, dato relevante, debido a que gran parte de los adultos hospitalizados en el servicio de oncología poseen una red de apoyo familiar, lo cual es uno de los recursos que otorgan mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, ayudándoles a superar las dificultades que van surgiendo.

En cuanto al lugar de residencia, si bien cerca del 93% vive en una zona urbana, los resultados arrojados en este aspecto no fueron significativos para este estudio, pudiendo servir para posteriores investigaciones que busquen establecer una relación entre la variable principal y el lugar de residencia.

Dentro de los antecedentes clínicos se destaca la alta incidencia del diagnóstico de cáncer por linfoma no Hodgkin en los adultos hospitalizados encuestados, lo que dista tanto de la realidad regional como de la nacional y global, donde son otros tipos de neoplasias los que lideran en las estadísticas de prevalencia, pero que viene a confirmar, de cierta forma, las proyecciones hechas a este respecto. El tiempo de diagnóstico, por su parte, muestra una predominancia de aquellos realizados recientemente (entre 1 y 12 meses), mientras que el período de entre 5

años o más es el de menor prevalencia. Ambos datos resultan útiles para la disciplina de enfermería desempeñada en el servicio de oncología, pues orientan a la planificación de intervenciones ante la incertidumbre a partir de las características particulares de los usuarios que ingresan al Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren. Considerando la corta estadía hospitalaria del adulto en el servicio mencionado y que otros estudios no mencionan el antecedente clínico: tiempo de hospitalización, se estima conveniente que para futuras investigaciones no sea tomado en cuenta.

Con respecto a la variable principal, los resultados obtenidos coinciden con el estado del arte concerniente al nivel de incertidumbre, evidenciando que, en general, predominan los niveles regular y alto. Asimismo, e incluyendo esta investigación, el nivel de incertidumbre bajo es el que presenta el mínimo porcentaje de participantes en la gran mayoría de las publicaciones.

En cuanto a las dimensiones estudiadas, se observa que Marco de los Estímulos es aquella dimensión que ejerce mayor influencia sobre el nivel de incertidumbre, siendo los puntos más destacados por los participantes las subdimensiones familiaridad y coherencia con los hechos, especialmente en su indicador pronóstico de la enfermedad, y con énfasis en las afirmaciones que tienen relación con la duración de la enfermedad y la planificación del futuro de la persona, ya que son estos ítems específicos los que tienden a aumentar el nivel de incertidumbre, y por tanto, aquellos en los que se debiera prestar atención al momento de evaluar el fenómeno en otras situaciones para poder esclarecer si se trata de un caso aislado o si presenta un patrón o concordancia. De ser así, la entrega de información y/o los cuidados otorgados al adulto hospitalizado que guarden relación con estos aspectos deben de ser reforzados para evitar que esta condición se incremente.

Por otro lado, en la dimensión Capacidades Cognitivas, más del 50% de los participantes considera que las explicaciones que le daban no eran confusas, que la comprensión de su tratamiento y la información que reciben al respecto no presenta una mayor dificultad para ellos, y que, por lo tanto, no contribuye de sobremanera a su nivel de incertidumbre. Apesar de esto, la afirmación que señala que el tratamiento es complejo para entenderlo, obtuvo un

porcentaje no menor de participantes que estaban de acuerdo o muy de acuerdo (44%), por lo que no se debería menospreciar en instancias donde se deba explicar a la persona en qué consiste su tratamiento, utilizando en lo posible un lenguaje y términos sencillos y universales, facilitando el entendimiento de esta. De esta manera, al estimular las capacidades cognitivas de los adultos hospitalizados en un servicio de oncología con información clara, sencilla y precisa, contribuye a que esta dimensión no sea un factor que aumente el nivel de incertidumbre.

Finalmente, en la dimensión Fuentes de la Estructura, el aspecto relacionado con el equipo de salud que más contribuye a su nivel de incertidumbre es la multiplicidad de significados que puede tener la información recibida desde el personal médico, y que todas las demás afirmaciones contribuyen mínimamente a su nivel de incertidumbre. Por lo tanto, el énfasis en esta dimensión debe estar en entregar información concreta por parte del equipo médico, que no dé cabida a múltiples interpretaciones, y que el profesional enfermero/a contribuya desde su rol de educador en salud, a que la información recibida por las personas sea entendida de forma clara, dándose el tiempo de explicar las veces que sea necesario hasta que la persona atendida pueda comprender la información entregada.

Ante esta realidad, los cuidados de enfermería frente a la incertidumbre del adulto hospitalizado en un servicio de oncología se vuelven fundamentales, pues su competencia asistencial y educativa le permitirán apoyar, guiar y fortalecer al adulto hospitalizado con alteración de la salud en la afección oncológica. Por lo mismo, las intervenciones de enfermería deben basarse tanto en las competencias específicas como en las competencias genéricas propias de la profesión, de manera tal, que las habilidades interpersonales que propicien sean: una comunicación efectiva y una relación de confianza - credibilidad con el usuario, favoreciendo así la participación de éste en su proceso de salud y siempre apuntando a convertir la incertidumbre en una oportunidad de mejora, favoreciendo la adaptación del adulto hospitalizado portador de una alteración de la salud crónica.

5.3. Sugerencias

- En primer lugar, es importante señalar la relevancia de una actualización en la validación de la Escala de Evaluación de la Incertidumbre en Chile, a fin de adaptar el instrumento a la realidad lingüística nacional y consensuar el planteamiento de los indicadores de la escala para mejorar la comprensión de los mismos por parte de los encuestados. A partir de esto, se recomienda utilizar este instrumento en investigaciones referentes al fenómeno de la incertidumbre tanto a nivel regional como nacional.
- Con respecto a la población estudiada, sería interesante profundizar de manera cualitativa en el nivel de incertidumbre ante la enfermedad y sus características en personas diagnosticadas con cáncer con el fin de entregar mejores guías a los servicios de salud sobre cómo enfrentarse a la incertidumbre en este tipo de usuario. Asimismo, sería provechoso realizar este tipo de investigación en el sector asistencial privado y observar cómo se percibe la incertidumbre en dicho sector y las diferencias y similitudes en los factores que la influyen en comparación al sector público.
- Convendría, también, realizar estudios correlacionales para observar la influencia de las características sociodemográficas y clínicas sobre el fenómeno, y de corte longitudinal para observar la evolución del mismo en el tiempo.
- A partir de los resultados de la variable principal, se recomienda al equipo interdisciplinario, primeramente, incluir una valoración del nivel de incertidumbre en las personas atendidas en distintos momentos de su tratamiento, con el objetivo de evaluar la evolución del fenómeno a lo largo del proceso y de adecuar las intervenciones según las áreas que generan mayor incertidumbre en los usuarios y su grado de influencia sobre el nivel de la misma.
- Finalmente, se insta a los profesionales de la salud, independiente del campo donde se desempeñen, y en especial a los profesionales enfermeros/as, cuyo rol educativo se vuelve fundamental ante este fenómeno, a contribuir a la disminución del nivel de incertidumbre en las personas a las que atienden a través de la entrega de información

acerca de diagnósticos, sintomatología, tratamientos y pronóstico, haciendo énfasis en aquellos aspectos que generen mayores dudas en cada usuario y adecuando dicha información a las capacidades de la persona atendida, a fin de que sea comprendida a cabalidad y pueda ser utilizada como herramienta para enfrentar su situación de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arreguin L, Morales MC, Bonilla M, Soriano MM, Tlalpan R, Pérez V. Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer. *Enfermería (Montev.)* [Internet]. 2012 [citado 27 Nov 2017]; 1 (2): 77-83. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/829/832>
2. Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol*. [Internet]. 2012 [Acceso 27 Nov 2017]; 1(11). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
3. Donald E, Bailey Jr, Stewart J. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En: Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 8a ed. Barcelona (ES): Elsevier; 2015. p.540-57.
4. Gómez I. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2. [Magister]. [Internet] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010 [citado 22 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/1/539496.2010.pdf>
5. Abreu O. Valoración del nivel de incertidumbre en usuarios del servicio de urgencias del hospital universitario de canarias. [Internet] Universidad la Laguna; 2016 [Acceso 27 Nov 2017] Disponible: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3662/Nivel%20de%20Incertidumbre%20en%20usuarios%20del%20Servicio%20de%20Urgencias%20del%20Hospital%20Universitario%20de%20Canarias.pdf?sequence=1>
6. Johnson M. La incertidumbre frente a la enfermedad de los adultos mayores con diagnóstico de cáncer. [Tesis magíster]. Valparaíso: Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso; 2014.
7. Gómez-Palencia I, Castillo-Ávila I, Alvis-Estrada L. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichán* [Internet]. 2015. [acceso 27 Nov 2017]; 2 (15): 210-218. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000200005&lng=en.
8. Johnson M, Hurtado P. La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *Cienc Enferm*. 2017; 1(23)

9. Organización mundial de la salud (OMS). Enfermedades crónicas [Internet] OMS; 2017 [acceso 27 Nov 2017] Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
10. Organización mundial de la salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [Internet] OMS; 2017 [Actualizado 17 Junio 2017; acceso 27 Nov 2017] Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
11. World health organization (WHO). Cancer [Internet] WHO; 2017. [Actualizado Febrero 2017 Acceso 27 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
12. Ministerio de salud (Minsal). Estrategia Nacional de Cáncer [Internet]. Minsal; Oct 2016 [Acceso 27 Nov 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>
13. Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas del cáncer [Internet] NIH; 2017. [Acceso 27 Nov 2017] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
14. Intriago L, Silva N, Cortes G. Cáncer en Chile y el mundo: Una mirada epidemiológica, presente y futuro. Rev. Med. Clin. Condes [internet] May 2013 [acceso 27 Nov 2017]: 24 (4) Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/1_Dra.-Laura-Ittriago-G.pdf
15. Rivera C. Adherencia al tratamiento e incertidumbre en pacientes con cáncer de cuello uterino [Internet] Tesis PUCV; 2016. [Acceso 27 Nov 2017]. Disponible en http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/7474/RIVERA_RAMIREZ_CAROLINA_ADHERENCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Condori G, Zea L. Nivel de incertidumbre y calidad de vida en pacientes oncológicos del hospital base Base Carlos Alberto Seguín Escobedo [Tesis pregrado]. Arequipa (PE): Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2014.
17. Angulo T, Caffroni R, Fajardo H, Fajardo V, Flórez D. Incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama, Cartagena. Colombia. 2016 [Internet] Universidad de Cartagena, Colombia [Acceso 27 Nov 2017] Disponible: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3090/1/INCERTIDUMBRE%20EN%20MUJERES%20ANTE%20EL%20DIAGN%20STICO%20DE%20C%81NCER%20DE%20MAMA%20CARTAGENA%202016.pdf>

18. Decker C, Haase J, Bell C. Uncertainty in Adolescents and Young Adults With Cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007; 3(34): 681-8.
19. Montalvo A, Fajardo H, Angulo T, Flórez D, Caffroni R, Fajardo Y. Condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista hacia la promoción de la salud* [Internet] 2016. [Acceso 27 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3091/309149981009/>
20. Nureña C. Información e incertidumbre en la trayectoria de vida con VIH: estudio etnográfico con personas con VIH de Lima, Perú. *Inf. cult. soc* [Internet]. 2011 [acceso 27 Nov 2017]; 25: 87-116. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17402011000200006
21. Kurita K, Garon EB, Stanton AL, Meyerowitz BE. Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Pub Med* [Internet]. 2013 [acceso 27 Nov 2017]; 22 (6): 1396–401. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4036804/>
22. Parker A, Alba F, Fellman B, Urbauer D, Li Y, Karam J, et al. Illness Uncertainty and Quality of Life of Patients with Small Renal Tumors Undergoing Watchful Waiting: A 2-year Prospective Study. *Eur Urol*. [Internet]. Feb 2013. [acceso 27 Nov 2017]; 63 (6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3866912/?tool=pubmed>
23. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Egresos 2012-2014. 2012. [Internet]. [Acceso 27 Nov 2017]. Disponible en: http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm
24. World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles: Chile. [Internet] WHO, 2014 [Actualizado 2014; Acceso 14 Dic 2017] Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/chl_en.pdf?ua=1
25. Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer de Mama. [Internet] MINSAL; 2010. [Actualizado 2006-2010; acceso 27 Nov 2017] Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c4423d1e04001011f011398.pdf>
26. Clínica Alemana. Innovación oncológica en Clínica Alemana. *Contacto cient.* [Internet]. 2016. [Acceso 27 Nov 2017]; 6 (5). Disponible en: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/issue/view/24/44>

27. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). Evaluación Histórica del Sistema Educativo. 1993.
28. Ministerio de desarrollo social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. [Internet]; 2015 [Acceso 29 Nov 2017]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Educacion.pdf
29. Herrera C, Kuhn-Barrientos L, Rosso R, Jimenez J. Tendencia de la mortalidad por cáncer en Chile según diferencias por nivel educacional, 2000–2010. Rev Panam Salud Publica. [Internet] 2015 [acceso 27 Nov 2017]; 37(1):44–51 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n1/a06v37n1.pdf>
30. Isla X. Percepción de incertidumbre de los pacientes diabéticos controlados en el consultorio adosado de especialidades, del hospital Herminda Martin de Chillán, Chile, 1994-1995. Cienc. enferm. 1996; 2(1): 71-80.
31. Superintendencia de salud. Ley de derechos y deberes [Internet]. [Acceso 27 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-7959.html>
32. Ministerio de salud. Ley Núm. 20.584 [Internet] 2012. [Acceso 27 Nov 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cbb3d986537436a2e040010165015aa4.pdf>
33. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). País y Regiones total: Actualización población 2002-2012 y proyecciones 2013-2020. [Internet] PAÍS Y REGIONES TOTAL: ACTUALIZACIÓN POBLACIÓN 2002-2012 Y PROYECCIONES 2013-2020. [Internet]. [Acceso 12 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
34. Taramasco C, Figueroa K, Lazo Y, Demongeot J. Estimation of life expectancy of patients diagnosed with most common cancers in the Valparaíso Región, Chile. [Internet] Ecancer; 2017 [acceso 27 Nov 2017] Disponible en: <http://ecancer.org/journal/11/full/713-estimation-of-life-expectancy-of-patients-diagnosed-with-the-most-common-cancers-in-the-valparaiso-region-chile.php>
35. Colil C, Cueto A, Fernández A, Esguep A. Cáncer Orofaringeo: Caracterización de la Mortalidad en Urbanización Valparaíso-Viña del Mar 2001 - 2010. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2013 [acceso 27 Nov 2017]; 1 (7): 117-123. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000100019&lng=es.

36. Roco A, Quiñones L, Acevedo C, Zagmutt O. Situación del cáncer en Chile 2000 - 2010. Cuad Méd Soc [Internet] 2013 [Acceso 27 Nov 2017] 53(2): 83-94. Disponible: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/129061/Roco_et_al_2013_articulo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Torres C. Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis [Tesis doctoral] [Internet]. Jaén, España: Universidad de Jaén; 2013 [Acceso 27 Nov 2017] Disponible: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/533/1/9788484397991.pdf>
38. Mishel M. The Measurement of Uncertainty in Illness. Nursing Research. 1981; 30(5):258-263.
39. Tapia C. Nivel de incertidumbre en los pacientes hospitalizados durante el periodo preoperatorio. [Tesis magíster]. Concepción: Escuela de Graduados Universidad de Concepción; 1987.
40. Descriptores en Ciencias de la Salud. Incertidumbre. [Internet] BIREME/OPS/OMS; 2016. [Acceso 27 Nov 2017]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
41. Mishel M. Uncertainty in illness. Journal of Nursing Scholarship. [Internet] 1988. [Acceso 27 Nov 2017] 4 (20). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x/full>
42. Mejía M. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. [Tesis doctoral] Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. [Internet] 2012 [Acceso 27 Nov 2017] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejiarojas.2012.pdf>
43. Goldman A. Manual de enfermería oncológica. Instituto Nacional del Cáncer. Chile.[Internet] 2014 [Acceso 30 Nov 2017] Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38-ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf>
44. Ramonda C, Varela M. Resumen clase 1. Desarrollo Evolutivo (PDF). 2014.
45. Masalán P, Gonzalez R. Autocuidado del Ciclo Vital. [Internet] Pontificia Universidad Católica. Santiago, Chile. [Acceso 27 Nov 2017] Disponible: www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/
46. Mistura C, Schenkel F, Rosa B, Girardon-Perlini N. The experience of accompanying a family member hospitalized for cancer. J. res.: fundam. care. online [Internet] 2014.

[Acceso 27 Nov 2017]: 6 (1) Disponible en: <http://www.index-f.com/pesquisa/2014pdf/e6-047.pdf>

47. Souza M, Gomes A, Rodrigues F, Menezes G, Silva F, Bezerra D. Sentimientos de ancianos hospitalizados con cáncer: Las expectativas de la alta hospitalaria y la influencia familiar. *Rev Latinoam. enfermagem* [Internet] 2016. [Acceso 27 Nov 2017]; 10 (10) Disponible en: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/9667/pdf_11196
48. Díaz M, Gattas S, Lopez J, Tapia A. Enfermería oncológica: Estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Rev. Med. Clin. Condes* [Internet] 2013 [Acceso 27 Nov 2017]; 4 (24) Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702098>
49. Rusca F. Sintomatología depresiva en pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar, hospitalizados en el servicio de oncología médica del HNERM, durante el período de enero a junio del año 2012 [Tesis Doctoral] [Internet] Universidad Nacional Mayor San Marcos. Perú [acceso 27 Nov 2017]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3116/1/Rusca_Jordan_Fiorella_2013.pdf
50. Ñancupil W, Rojas P, Zuñiga H, Montes C, Pisón C. Características clínicas y demográficas de pacientes oncológicos del Hospital Base Valdivia con complicaciones infecciosas. *Rev Cient Cienc Méd.* [Internet] Ene-Jul 2013. Chile. 18:(1). [acceso 27 Nov 2017] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100004
51. Segura I, Meroño J. Evaluación del estado de ansiedad y depresión en el paciente oncológico hospitalizado. *Revista Médica Electrónica* [Internet] 2014 [Acceso 27 Nov 2017] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-y-depresion-paciente-oncologico-hospitalizado/>
52. Bagué L. Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados. [Internet] España: Universidad de La Laguna. 2015 [acceso 27 Nov 2017] Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2206/Depresion%20y%20ansiedad%20en%20pacientes%20oncologicos%20hospitalizados..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
53. Marchant C, Miranda K, Risco P. Percepción de los usuarios de la unidad de hospitalizados del subdepartamento de oncología y radioterapia de los cuidados

- humanizados brindados por la enfermera durante el año 2013 [Tesis pregrado] [Internet]. Valdivia: Universidad Austral de Chile, Escuela de Enfermería. 2013 [Acceso 27 Nov 2017]. Disponible: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fmm315p/doc/fmm315p.pdf>
54. Raile M. Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En: Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8a ed. Barcelona (ES): Elsevier; 2015. p. 2-13.
 55. Dos Santos F, Camelo S, Laus A, Leal L. El enfermero de unidades hospitalarias oncológicas: perfil y capacitación profesional. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Abr [acceso 27 Nov 2017]; 38 (14):301-312. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200016
 56. Hospital Carlos Van Buren. Estadísticas junio-diciembre 2016 (archivo Microsoft Excel). 2016.
 57. Farren AT. Power, Uncertainty, Self-Transcendence, and quality of life in breast cancer survivors. *Rev. Nursing Science Quarterly.* [Internet] 2010. [acceso 27 nov 2017]; 23(1) 63–71. Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/1/63>
 58. Universidad de Chile. Nociones básicas de estadística utilizadas en educación [Internet]. 2008. [Acceso 27 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.psu.demre.cl/adjuntos/nociones-basicas-estadisticas-educacion.pdf>
 59. Observatorio de Bioética i Dret. El informe Belmont. 1979. [acceso 27 nov 2017] Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
 60. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estadísticas vitales 2014 [Internet]; 2016 [Acceso 12 Nov 2017]. Disponible en: <http://ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
 61. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). PAÍS Y REGIONES POR ÁREAS URBANA-RURAL: ACTUALIZACIÓN POBLACIÓN 2002-2012 Y PROYECCIONES 2013-2020.[Internet]. [Acceso 12 Nov 2017]. Disponible en: <http://ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
 62. Ministerio de Salud (MINSAL). Linfoma en personas de 15 años y más. Santiago de Chile; 2013.

ANEXOS

Anexo 1. Instructivo Escala de Evaluación de la Incertidumbre



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 el servicio Oncología del Hospital Carlos Van Buren, V Región.

Aplicación

1. Este instrumento será aplicado por los investigadores.
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:

MA	=	Muy de acuerdo
A	=	De acuerdo
I	=	Muy indiferente o intermedio (indica opción Neutral)
D	=	En desacuerdo
MD	=	Muy en desacuerdo

Descripción General

El presente instrumento consta de dos partes:

1. La primera se refiere a los *Antecedentes Generales*, donde el investigador deberá completar en la línea y/o marcar la opción señalada por el encuestado.
2. La segunda parte corresponde a una *Escala tipo Likert* con las opciones ya señaladas, donde el investigador deberá marcar con una X aquella que represente la postura del encuestado con respecto a la afirmación presentada.

Anexo 2. Escala de Evaluación de la Incertidumbre.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE

I. ANTECEDENTES GENERALES

1. Sexo: Hombre Mujer
2. Edad: _____
3. Escolaridad: _____ años aprobados (total)
 Básica Incompleta Básica Completa
 Media Incompleta Media Completa
 Superior (universidad o centro de formación técnica)
4. Estado Civil Soltero/a Casado/a
 Viudo/a Convivencia
 Separado/a
5. Situación familiar: Vive solo/a
 Vive con hijos/as
 Vive con cónyuge/conviviente
6. Lugar de Residencia: Urbano Rural
 Urbano Marginal
7. Diagnóstico de cáncer: _____
8. Tiempo de diagnóstico (hace cuánto fue diagnosticado): _____
9. Tiempo de Hospitalización (días): _____

II. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE DE MERLE MISHEL

ASEVERACIÓN	INDICADORES				
1. Usted no conoce cuál es su enfermedad.	MA	A	I	D	MD
2. Tiene usted muchas dudas sin respuesta.	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 variable. Tiene buenos y malos días.	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 cuándo se va a sentir mejor. *	MA	A	I	D	MD
23. No le han dicho cómo 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 que no 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 diagnóstico.	MA	A	I	D	MD
29. Su molestia física es predecible. Usted sabe cuándo está mejorando o empeorando. *	MA	A	I	D	MD

Anexo 3. Autorización para uso de instrumento Escala de Evaluación de la Incertidumbre (correo electrónico)

30/3/2017

Gmail - Dr. Mishel's Uncertainty Theory



Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>

Dr. Mishel's Uncertainty Theory

4 mensajes

Staley, Sandy <sstaley@email.unc.edu>
Para: "soofi.cc@gmail.com" <soofi.cc@gmail.com>

30 de marzo de 2017, 11:45

Good morning,

Since Dr. Mishel's retirement, I have been maintaining the Uncertainty Theory files. Permission is no longer required for their usage, because the School of Nursing is in the process of making them public on their website. In the past, this email has been sufficient proof of permission.

I hope this helps,

Sandy

Sandy Staley

Department Manager

Philosophy

102A Caldwell Hall, CB 3125

Chapel Hill, NC 27599-3125

[919.962.3311](tel:919.962.3311)

Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>
Para: "Staley, Sandy" <sstaley@email.unc.edu>

30 de marzo de 2017, 13:28

Ms Staley:

Good afternoon and thank you for your quick answer.

How we haven't speak before let me introduce myself, I am Sofia Covarrubias, 4th year Nursing student from Universidad de Valparaiso, Chile, and with my undergrad thesis, which subject is uncertainty about illness in oncological patients and for which we plan on using your scale (MIUS) as our main data collection instrument. How the permission is no longer required, our university still ask us for it. If you could send us an official authorization letter to present at our institution.

The letter have to say that you allow me, Sofia Covarrubias Canales and my thesis team and our lead profesor Paulina Hurtado Arenas to use the scale from dr Mishel a profesor of your university.

We thank you in advance and will appreciate whatever answer you give us.

My kindest regards,

[El texto citado está oculto]

—

Sofía Covarrubias Canales
Estudiante Enfermería UV

Staley, Sandy <sstaley@email.unc.edu>
Para: Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>

30 de marzo de 2017, 13:38

3/3/2017

Gmail - Dr. Mishel's Uncertainty Theory

I am not able to provide you with an official authorization letter. Dr. Mishel is also unavailable to prepare such a document. All of these materials have been distributed with the understanding that Dr. Mishel is no longer available, and that the work is going to be placed on the SON website. I'm sorry that I can't be of more help.

Thanks,
Sandy

From: Sofia Covarrubias [mailto:soofi.cc@gmail.com]
Sent: Thursday, March 30, 2017 12:29 PM
To: Staley, Sandy <sstaley@email.unc.edu>
Subject: Re: Dr. Mishel's Uncertainty Theory

[El texto citado está oculto]

Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>
Para: "Staley, Sandy" <sstaley@email.unc.edu>

30 de marzo de 2017, 14:42

Could you tell me when will the scale will be on site? Or if you could send it to me, because we only got the sample.
Thank you for your help.

Sofia Covarrubias

[El texto citado está oculto]

tps://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=a8ce39f039&view=pt&cat=Tesis&search=cat&th=15b1fad9e6cd8bcc&siml=15b1fad9e6cd8bcc&siml=15b200c5... 2

7/4/2017

Gmail - Dr. Mishels materials



Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>

Dr. Mishels materials

6 mensajes

Staley, Sandy <sstaley@email.unc.edu>
Para: "soofi.cc@gmail.com" <soofi.cc@gmail.com>

6 de abril de 2017, 15:32

Good afternoon,

Dr. Mishel has retired, and the SON for UNC is in the process of uploading her materials to their website. In the meantime, please find attached a copy of the scoring manual and her MUIS-Adult scale. This email is your permission to utilize the tools.

Thank you,

Sandy

Sandy Staley

Department Manager


Philosophy

102A Caldwell Hall, CB 3125

Chapel Hill, NC 27599-3125

[919.962.3311](tel:919.962.3311)

2 archivos adjuntos

 **Mishel Uncertainty in Illness Scale-Adult Form Revised 9-16-2013.docx**
23K

 **New PDF made 2-25-2009.pdf**
3889K

Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>
Para: Paulina Hurtado <paulina.hurtado@uv.cl>

6 de abril de 2017, 15:53


Sent from my iPhone

Begin forwarded message:

From: "Staley, Sandy" <sstaley@email.unc.edu>
Date: April 6, 2017 at 15:32:02 GMT-3
To: "soofi.cc@gmail.com" <soofi.cc@gmail.com>
Subject: Dr. Mishels materials

[El texto citado está oculto]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=a8ce39f039&view=pt&search=inbox&th=15b448a404d3c4a2&siml=15b448a404d3c4a2&siml=15b449ce4622de7...> 1/3

2 archivos adjuntos **Mishel Uncertainty in Illness Scale-Adult Form Revised 9-16-2013.docx**
23K **New PDF made 2-25-2009.pdf**
3889K

Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>
Para: "Staley, Sandy" <sstaley@email.unc.edu>

6 de abril de 2017, 16:01

Miss Sandy,

Thank you so much for your help to find the documents. If you could let us know when the documents are going to be on SON for UNC that would be so much help too.

My kindest regards.
Sofia Covarrubias.
Estudiante de Enfermería
Universidad de Valparaiso.

[El texto citado está oculto]

—
Sofia Covarrubias Canales
Estudiante Enfermería UV

Staley, Sandy <sstaley@email.unc.edu>
Para: Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>

6 de abril de 2017, 16:03

I'm sorry, but I won't have that information to provide. I no longer work with the SON, and I have been helping with the distribution of Dr. Mishel's work, only.

Thanks,

Sandy

From: Sofia Covarrubias [mailto:soofi.cc@gmail.com]
Sent: Thursday, April 6, 2017 3:02 PM
To: Staley, Sandy <sstaley@email.unc.edu>
Subject: Re: Dr. Mishels materials

[El texto citado está oculto]

Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>
Para: "Staley, Sandy" <sstaley@email.unc.edu>

6 de abril de 2017, 16:12

Miss Sandy,

As last question that I want to ask you hoping you could answer it.

If you could give me the contact of SON to contact them about the release of this documents, only because or ethical commit ask us for the dates even if this could be an approximate.

Thank you,
Sofia Covarrubias.

[El texto citado está oculto]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=a8ce39f039&view=pt&search=inbox&th=15b448a404d3c4a2&siml=15b448a404d3c4a2&siml=15b449ce4622de7...> 2/3

7/4/2017

Gmail - Dr. Mishels materials

Staley, Sandy <sstaley@email.unc.edu>
Para: Sofia Covarrubias <soofi.cc@gmail.com>

7 de abril de 2017, 7:43

I am not sure who to contact. No one has been working with these documents except me. I have them, and someone at the SON is supposed to be putting them on the website. I am just not sure who that someone is.

Sandy

From: Sofia Covarrubias [mailto:soofi.cc@gmail.com]
Sent: Thursday, April 6, 2017 3:13 PM

[El texto citado está oculto]

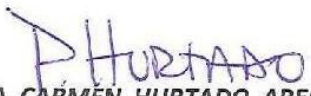
[El texto citado está oculto]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=a8ce39f039&view=pt&search=inbox&th=15b448a404d3c4a2&siml=15b448a404d3c4a2&siml=15b449ce4622de7...> 3/3

Anexo 4. Carta de compromiso investigador principal



CARTA DE COMPROMISO


Yo, **PAULINA CARMÉN HURTADO ARENAS**, RUT **10.110.735-3**, Profesor Adjunto, Jornada Completa, de planta, perteneciente a la **ESCUELA DE ENFERMERIA** de la **UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**, investigador principal de la Tesis de Pregrado **"Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología"**, me comprometo a:

- Cumplir con las exigencias académicas que requiere esta investigación.
- Velar en todo momento por mantener el resguardo ético de la investigación
- Mantener la organización del trabajo de investigación
- Velar por el cumplimiento de normativas que favorecen la correcta realización de la investigación.
- Informar resultados a entidades que participaron y permitieron la realización de la investigación (Servicio Oncología de Hospital Carlos Van Buren, Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio).

Por lo expuesto anteriormente, reitero mi compromiso con la investigación señalada

Valparaíso, 23 Marzo de 2017

Anexo 5. Declaración de conocimiento de leyes y normas



Escuela de Enfermería



DECLARACIÓN

Por medio de esta comunicación certifico que YO, PAULINA CARMEN HURTADO ARENAS, RUT: 10.110.735-3, Tutor de Tesis de Pregrado y *por ende Investigador Principal del estudio "Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología"* conozco y respeto las siguientes leyes y decretos:

- Ley 20.120
- Decreto 114
- Decreto 30
- Norma 57
- Ley 20.584
- Ley 19.628
- Norma Técnica 0151 (específicamente estándar 10) del 2013
- Normas de Buenas Prácticas Clínicas
- Directrices internacionales para la IBSH

Para constancia de lo anteriormente expuesto, se firma esta declaración el 23 de Marzo de 2017, en la ciudad de VALPARAÍSO, CHILE.

A handwritten signature in blue ink that reads "P. HURTADO".

PAULINA CARMEN HURTADO ARENAS

10.110.735-3

Anexo 6. Declaración de conflictos de interés



Escuela de Enfermería



DECLARACIÓN

Por medio de esta declaración certifico que YO, PAULINA CARMEN HURTADO ARENAS, RUT: 10.110.735-3, Tutor de Tesis de Pregrado "*Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología*", NO poseo potenciales ni aparentes conflictos de intereses con la investigación antes mencionada.

Para constancia de lo anteriormente expuesto, se firma esta declaración el 23 de Marzo de 2017, en la ciudad de VALPARAÍSO, CHILE.

A handwritten signature in blue ink that reads "P. HURTADO".

PAULINA CARMEN HURTADO ARENAS

10.110.735-3

Anexo 7. Carta de autorización para investigación, servicio de Oncología HCVB



Valparaíso, 12 de Mayo de 2017

Rodrigo Vergara Fisher
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Presente

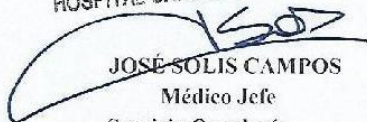
De mi consideración:


Junto con saludarle y en virtud de estudio de investigación *“Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología”* en el marco de la asignatura Proyecto de Investigación, conducente al grado de Licenciado en Enfermería de estudiantes de cuarto año de la Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso.

Vengo a señalar que el estudio es de alto interés y/o beneficio tanto para la Unidad de Gestión de Cuidado como para el Hospital Carlos Van Buren, ante lo cual autorizamos la aplicación de “Escala de evaluación de la incertidumbre” (MUIS) de Merle Mishel.

Agradeciendo la acogida de la presente, le saludan cordialmente a usted.

DR. JOSÉ SOLIS CAMPOS
Médico Jefe Servicio de Oncología
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN


JOSÉ SOLIS CAMPOS
Médico Jefe
Servicio Oncología
Hospital Carlos Van Buren


CINDY ARANCIBIA FERRADA
Enfermera Supervisor
Servicio Oncología
Hospital Carlos Van Buren

Anexo 8. Acta de aprobación N°36/2017, CEC SSVSA



SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO-SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

ACTA DE APROBACIÓN N°36/2017

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio certifica haber evaluado los antecedentes presentados del proyecto de investigación titulado **“Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren”**, y de acuerdo a lo estipulado en la normativa legal vigente para la investigación científica en seres humanos, lo aprueba por decisión unánime, en sesión del **5 de julio del 2017**, tomando en consideración los siguientes aspectos ético-científicos:

1) Valor social:

La investigación es relevante porque sus resultados podrían ayudar a contribuir a mejorar las estrategias de atención en la unidad.

2) Validez Científica:

El diseño se ajusta a las normas de investigación en seres humanos y es correcto según metodología de la investigación.

3) Razón riesgo/beneficio:

La proporción riesgo beneficio es favorable. El riesgo derivado del uso de datos personales y/o sensibles se minimizará tomando todos los resguardos necesarios.

4) Consentimiento Informado:

El proceso de consentimiento informado cuenta con el formulario que provee toda la información requerida para que los participantes puedan tomar una decisión informada y se respeta el derecho como tal.

5) Respeto por los participantes:

Se respetará el derecho a la privacidad de los registros y el resguardo de la confidencialidad de los datos personales y sensibles, tomando todas las medidas existentes.

6) Idoneidad de la Investigadora Principal:

Los antecedentes curriculares señalan que la investigadora principal reúne las competencias necesarias para la conducción de este estudio. La investigadora principal se compromete a enviar avance del estudio a los seis meses de iniciar su ejecución y sus resultados al finalizarlo.

7) Evaluación ético científica Independiente:

El Comité ético científico del SSVSA efectuó la evaluación ético científica previa aprobación del estudio y sus miembros presentes declararon no tener conflictos de intereses durante su evaluación.

**INVESTIGADORA PRINCIPAL Y DOCENTE GUÍA: E.U. PAULINA HURTADO ARENAS
ALUMNAS TESISISTAS Y CO INVESTIGADORAS: Daniela Alfaro Fritis, Romina Alvea
González, Javiera Antilef Castañeda, Valentina Beltramini Villanueva, Alejandra
Canessa Ossandon, Victoria Carvacho Carvacho, Sofía Covarrubias Canales, Mónica
Santana Aablaza**

SITIO DE INVESTIGACIÓN: SERVICIO DE ONCOLOGÍA HCVB, VALPARAÍSO

FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 14 DE JUNIO DEL AÑO 2017

CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA

FECHA DE APROBACIÓN: 5 DE JULIO DEL AÑO 2017



SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO-SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Se aprueba estudio de investigación titulado "Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren".

INVESTIGADORA PRINCIPAL Y DOCENTE GUÍA: E.U. PAULINA HURTADO ARENAS
ALUMNAS TESISISTAS Y CO INVESTIGADORAS: Daniela Alfaro Fritis, Romina Alvea González, Javiera Antilef Castañeda, Valentina Beltramini Villanueva, Alejandra Canessa Ossandon, Victoria Carvacho Carvacho, Sofia Covarrubias Canales, Mónica Santana Apablaza

SITIO DE INVESTIGACIÓN: SERVICIO DE ONCOLOGÍA HCVB, VALPARAÍSO

FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 14 DE JUNIO DEL AÑO 2017

CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA

FECHA DE APROBACIÓN: 5 DE JULIO DEL AÑO 2017

Consta que los miembros del Comité efectuaron una declaración de conflictos de Intereses previa evaluación, en la cual ninguno declaró tenerlos, por lo tanto ninguno de los presentes se inhabilitó durante la evaluación del estudio. Se aprueba protocolo de estudio con fecha 5 de julio 2017.

Miembros del CEC	APRUEBA	RECHAZA	SE ABSTIENE
Felipe Campos Araya			
Claudia Cartagena Salinas			
Marta Colombo Campbell			
Edith Cuadra Aravena			
Mariana Cubillos Gómez			
Giulian Giachetti Herrera			
Carolina Leonardini Aris			
Evelyn Quezada Collado			
Mariana Torres Brito			
Mario Villagra Jamett			
Rodrigo Vergara Fisher			

Le saluda atentamente,



DR. RODRIGO VERGARA FISHER
PRESIDENTE COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO

Anexo 9. Formulario de consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para participantes en estudio de investigación

El propósito del presente documento es invitarle a participar voluntariamente en un estudio de investigación titulado: “**Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren**”, tesis de pregrado de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, dirigida por la docente guía, Sra. Paulina Hurtado, y desarrollada por las alumnas tesisistas: Daniela Alfaro, Romina Alvear, Javiera Antilef, Valentina Beltrami, Alejandra Canessa, Victoria Carvacho, Sofía Covarrubias y Mónica Santana.

Usted ha sido invitado debido a que es mayor de edad y se encuentra hospitalizado en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.

Antes de tomar una decisión sobre su participación, le entregaremos la información necesaria del estudio a realizar, para así poder responder todas las consultas que se le puedan presentar.

INFORMACIÓN

Propósito del estudio: Recoger información para determinar el nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en el servicio de Oncología de del Hospital Carlos Van Buren de la región de Valparaíso.

Participación: Si está de acuerdo en participar, deberá firmar el presente documento de consentimiento informado. Luego se le solicitará que conteste una encuesta. El tiempo que se espera que demore en responder la totalidad de la encuesta es de aproximadamente 15 a 20 minutos. Ante cualquier duda que tenga siempre estará cerca y disponible el alumno encargado del estudio para ayudarlo.

Cabe señalar que previo a la aplicación del cuestionario se le realizará una prueba que evalúa el estado cognitivo llamada Minimental abreviado, cuyo tiempo de respuesta es aproximadamente 5-10 minutos. En caso de que presente un puntaje menor a 13 puntos no podrá participar en el estudio. Esto no afectará su estadía hospitalaria.

Riesgos: No se tiene previsto ningún riesgo al participar en el estudio, pero en caso de que usted experimente incomodidad con alguna(s) pregunta(s) de la encuesta, o si siente que necesita ayuda, puede informar al investigador que se encontrará cerca de usted.

Beneficios: No existen beneficios directos por su participación. Por otro lado, se espera que indirectamente, la información proporcionada sirva posteriormente para que se puedan tomar medidas para mejorar la calidad del servicio prestado y como consecuencia disminuir el nivel de incertidumbre en las personas, para así hacer más llevadero el proceso de su enfermedad. Con su participación estará contribuyendo al desarrollo de conocimientos y posible mejora respecto a la disciplina de enfermería.

Costos o pagos: No hay beneficios económicos o de otro tipo por participar en este estudio, por lo tanto, el estudio no tiene costo para usted. Tampoco recibirá dinero ni otro tipo de incentivo por participar en este estudio.

1



05 JUL 2017

Derechos del participante:

A manifestar inquietudes y hacer preguntas: Si tiene alguna inquietud, que no ha quedado clara en este consentimiento informado, puede hacer las preguntas necesarias directamente al equipo de investigación. Si usted tiene cualquier pregunta en el futuro, es libre de contactarse con el investigador al siguiente número telefónico: +56322603811 o al correo electrónico paulina.hurtado@uv.cl.

A la participación voluntaria, a conocer alternativas y a retirar el consentimiento: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene la opción de no participar en el estudio o se puede retirar de él en cualquier momento si lo desea, solo debe comunicárselo al investigador. Su decisión de participar o no, o de su eventual retiro no lo perjudicarán en caso alguno, es decir, no afectará el tratamiento que esté recibiendo en el hospital, ni se interrumpirá su atención de salud a la que esté accediendo. Además, los investigadores responsables del estudio también podrán, a su criterio, suspender su participación en cualquier instancia, sin que se vea afectado.

A la atención y a una derivación oportuna: En caso de efectuar hallazgos como consecuencia de la investigación, será contactado por la investigadora principal y con el profesional encargado de la sala para su evaluación.

A recibir información relevante derivada de la investigación: Los resultados obtenidos de la investigación se harán llegar al servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren una vez que estén listos, para las consultas pertinentes derivadas de los resultados, y así sean utilizados a su propia conveniencia. Si usted quiere saber más detalles los resultados de la investigación, puede dirigirse a nosotros mediante el investigador principal, contactándose a su correo electrónico Paulina.Hurtado @ uv.cl.

Confidencialidad:

Reserva de la identidad del participante: Le aseguramos que su participación en el estudio será anónima y confidencial, cumpliendo con la normativa legal vigente en Chile para la investigación. En este proceso ninguna información suya lo identificará directamente. Para esto, el formulario de consentimiento informado se separará de la encuesta respectiva, y en lugar de su nombre se utilizará un código de tres números, para así asegurar de que la información personal que usted proporciona no pueda asociarse a su nombre.

Privacidad de los datos personales y sensibles: Solo los investigadores podrán tener acceso a la información que usted proporcione. Estos documentos serán resguardados por el investigador principal en su oficina, bajo llave, en la Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de enfermería, ubicada en Angamos #655. Las versiones electrónicas de la información serán protegidas por el equipo del investigador por medio de códigos o contraseñas para su acceso.

Difusión y entrega de resultados: Solo se utilizarán los resultados globales obtenidos en el estudio para publicaciones científicas y eventos de divulgación, es decir, ni su nombre ni su identidad serán reveladas, respetando así la confidencialidad de sus datos privados en todo momento y las normas para la investigación científica en seres humanos. (Ley 20.120 y su reglamento, Ley 20.584 y Ley 19.628).

Evaluación Ético-Científico: Este estudio de investigación fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. En el caso que tenga dudas sobre aspectos éticos de este estudio puede comunicarse con la secretaria ejecutiva del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, al número telefónico (32)-2576581 o al mail comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl.



Acta de Consentimiento Informado

- Declaro haber comprendido toda la información proporcionada y que me han explicado con claridad cuál es el procedimiento del estudio y en qué consiste mi participación.
- He podido aclarar mis dudas y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria.
- Presto de forma voluntaria mi consentimiento para participar en el estudio "Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren", y para que se utilice la información solicitada anteriormente.
- Tengo claridad de que poseo el derecho de retirarme en cualquier momento del estudio, sin que ello pueda ocasionar algún perjuicio en mi atención en salud.
- Firmo aceptando mi participación voluntaria en este estudio y declaro haber recibido una copia firmada de este documento.

1.- Nombre del participante: _____

RUT: _____

Fecha: _____

Firma: _____

2.- Nombre del investigador encargado: _____

RUT: _____

Fecha: _____

Firma: _____

3.- Nombre del Director del HCVB delegado: Pinella Araucibia F.

RUT: 15719930-8.

Fecha: 24 julio 2017.

Firma: *Pinella Araucibia F.*

Versión 5 de julio 2017

3

05 JUL 2017



Anexo 10. Declaración de cumplimiento de buenas prácticas clínicas, versión julio 5 de 2017, CEC SSVSA



VALPARAÍSO, 5 DE JULIO DE 2017

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Este Comité de Evaluación Ética Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, está organizado, actúa y emite sus dictámenes en pleno acuerdo con la Declaración de Helsinki (1964 y sus modificaciones de 1975,1983,1989,1996,2000,2002,2004 y 2008), con las Normas de la "Buena Práctica Clínica" (GCP) establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO) 1996, la Harmonized Tripartite Guidelines for Good Clinical Practice (1996), por las Normas Éticas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas con sujetos humanos (Organización Panamericana de la Salud y por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1996, las Operational Guidelines for Ethics Comités that Review, Biomedical Research (WHO, 2000) y por las Regulaciones Nacionales (Norma Técnica nº 57 del 04 de junio de 2001, del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile: Regulación de la ejecución de ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos).

Le saluda atentamente,



DRA. RODRIGO VERGARA FISHER
PRESIDENTE COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO

Anexo 11. Aprobación de documentación, versión julio 5 de 2017, CEC SSVSA



DOCUMENTACIÓN APROBADA

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, presidido por la Dr. Rodrigo Vergara Fisher, certifica haber evaluado los antecedentes presentados del estudio de investigación titulado **“Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren”**.

INVESTIGADORA PRINCIPAL Y DOCENTE GUÍA: E.U. PAULINA HURTADO ARENAS
ALUMNAS TESIS Y CO INVESTIGADORAS: Daniela Alfaro Fritis, Romina Alvea González, Javiera Antilef Castañeda, Valentina Beltramini Villanueva, Alejandra Canessa Ossandon, Victoria Carvacho Carvacho, Sofía Covarrubias Canales, Mónica Santana Apablaza

SITIO DE INVESTIGACIÓN: SERVICIO DE ONCOLOGÍA HCVB, VALPARAÍSO
FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 14 DE JUNIO DEL AÑO 2017
CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA
FECHA DE APROBACIÓN: 5 DE JULIO DEL AÑO 2017


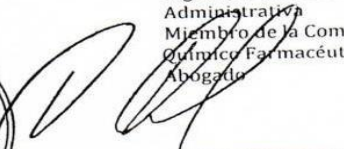

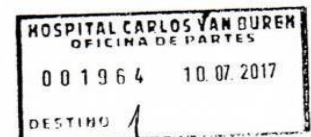
Protocolo de estudio “Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren”, versión julio 2017, versión julio 2017	Aprobado
Formulario de consentimiento informado para estudio: “Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren”, versión 28 junio 2017	Aprobado
Encuesta Nivel de incertidumbre, versión 5 julio 2017	Aprobado

Saluda atentamente a Usted,



DR. RODRIGO VERGARA FISHER
PRESIDENTE COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO

Anexo 12. Ordinario N°1279 07.07.2017, CEC SSVSA

 SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DDQ/MCG/Int. N° 042	ORD.: 1279 07-07-17																																	
DE: DR. DAGOBERTO DUARTE QUAPPER DIRECTOR SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO	ANT.: ESTUDIO EFERMERÍA HCVB MAT.: APROBACIÓN DE ESTUDIO																																	
A: SEGÚN DISTRIBUCIÓN																																		
<p>Respecto del estudio de investigación titulado "Nivel de incertidumbre ante la enfermedad en adultos hospitalizados en servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren", informo a Ud. que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio efectuó la evaluación ético científica, otorgando su aprobación por unanimidad, con fecha 5 de julio del 2017, de acuerdo a lo estipulado en normativa legal vigente para investigación científica en seres humanos y al constatar que no existen riesgos para la seguridad de los participantes.</p>																																		
<p>INVESTIGADORA PRINCIPAL Y DOCENTE GUÍA: E.U. PAULINA HURTADO ARENAS ALUMNAS TESISISTAS Y CO INVESTIGADORAS: Daniela Alfaro Fritis, Romina Alvea González, Javiera Antilef Castañeda, Valentina Beltramini Villanueva, Alejandra Canessa Ossandon, Victoria Carvacho Carvacho, Sofía Covarrubias Canales, Mónica Santana Apablaza SITIO DE INVESTIGACIÓN: SERVICIO DE ONCOLOGÍA, HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO. FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 14 DE JUNIO DEL AÑO 2017 CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA FECHA DE APROBACIÓN: 5 DE JULIO DEL AÑO 2017</p>																																		
<p>1.- El Investigador, antes de iniciar la ejecución del estudio, deberá solicitar la autorización expresa del Director del Establecimiento de Investigación, cuya respuesta debe ser emitida dentro de un plazo no superior a 20 días hábiles a contar de la fecha de evaluación conforme del Comité Ético Científico correspondiente (artículo 10 bis, del reglamento de la ley 20.120). Por lo contrario, se desprende del mismo artículo, que la negativa a esta autorización deberá ser fundada.</p> <p>2.- El Director del Establecimiento de Investigación, como garante de las fichas clínicas, deberá asegurar la reserva de la identidad del titular y resguardar la información personal, datos médicos, datos genéticos u otros datos de carácter sensible allí contenida, por lo tanto se deberá adoptar las providencias necesarias para que el investigador o sus colaboradores que accedan a toda esta información, la protejan y utilicen exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida.</p> <p>3.- El Director del Establecimiento al momento de autorizar la ejecución del protocolo de investigación es responsable de velar para que el estudio se ejecute dentro del marco establecido por la normativa legal vigente.</p> <p>4.- Los Comité Ético Científico realizan la evaluación ético científica de las investigaciones sometidas a su consideración, además de pronunciarse al respecto, mediante su aprobación o rechazo, tienen como atribución observar su ejecución, con el fin de garantizar la seguridad, bienestar y derechos de las personas participantes como sujetos de investigación.</p> <p>5.- El Comité Ético Científico del SSVSA, puede asesorar los Directores de Establecimiento o Jefaturas que lo requieran, frente a dudas que puedan surgir durante las distintas etapas que contiene una investigación Científica en Seres Humanos (planificación, evaluación bioética, ejecución o conducción, seguimiento y difusión de los resultados.</p>																																		
<p align="center">MIEMBROS DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA</p> <table border="0"><tr><td>Rodrigo Vergara Fisher</td><td>Presidente</td><td>Médico Pediatra</td></tr><tr><td>Mariana Cubillos Gómez</td><td>Secretaria Ejecutiva</td><td>Odontóloga</td></tr><tr><td>Claudia Cartagena Salinas</td><td>Vicepresidente</td><td>Médico Broncopulmonar</td></tr><tr><td>Felipe Campos Araya</td><td></td><td>Asistente Social</td></tr><tr><td>Marta Colombo Campbell</td><td></td><td>Neuropediatra</td></tr><tr><td>Edith Cuadra Aravena</td><td></td><td>Secretaria Auditoria</td></tr><tr><td>Giulian Giachetti Herrera</td><td></td><td>Ingeniero Comercial</td></tr><tr><td>Evelyn Quezada Collado</td><td></td><td>Administrativa</td></tr><tr><td>Carolina Leonardini Ariz</td><td></td><td>Miembro de la Comunidad</td></tr><tr><td>Mariana Torres Borja</td><td></td><td>Químico Farmacéutico</td></tr><tr><td>Mario Villagra Jansett</td><td></td><td>Abogado</td></tr></table>		Rodrigo Vergara Fisher	Presidente	Médico Pediatra	Mariana Cubillos Gómez	Secretaria Ejecutiva	Odontóloga	Claudia Cartagena Salinas	Vicepresidente	Médico Broncopulmonar	Felipe Campos Araya		Asistente Social	Marta Colombo Campbell		Neuropediatra	Edith Cuadra Aravena		Secretaria Auditoria	Giulian Giachetti Herrera		Ingeniero Comercial	Evelyn Quezada Collado		Administrativa	Carolina Leonardini Ariz		Miembro de la Comunidad	Mariana Torres Borja		Químico Farmacéutico	Mario Villagra Jansett		Abogado
Rodrigo Vergara Fisher	Presidente	Médico Pediatra																																
Mariana Cubillos Gómez	Secretaria Ejecutiva	Odontóloga																																
Claudia Cartagena Salinas	Vicepresidente	Médico Broncopulmonar																																
Felipe Campos Araya		Asistente Social																																
Marta Colombo Campbell		Neuropediatra																																
Edith Cuadra Aravena		Secretaria Auditoria																																
Giulian Giachetti Herrera		Ingeniero Comercial																																
Evelyn Quezada Collado		Administrativa																																
Carolina Leonardini Ariz		Miembro de la Comunidad																																
Mariana Torres Borja		Químico Farmacéutico																																
Mario Villagra Jansett		Abogado																																
Saluda atentamente a Ud.,																																		
	DR. DAGOBERTO DUARTE QUAPPER DIRECTOR SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO																																	
<p>DISTRIBUCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none">> Investigador principal, Oftalmología HCVB.> Director HCVB> Jefe Servicio Oncología HCVB> Departamento de Gestión Asistencial de Docencia e Investigación HCVB> CEC SSVSA> Oficina de Partes																																		

Anexo 13. Resolución exenta N°8653 11.07.2017, CEC SSVSA (anulada)



Dirección.
Int. N° 36.-
Dr. DGT/pgs.-

8653*11.07.2017

RESOLUCIÓN EXENTA N°

VISTOS: Decreto N° 38 de 2005 Reglamento orgánico de los establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, que delega facultades a los Directores de Hospitales Autogestionados; el D.F.L. N° 1/2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763/79; su Reglamento aprobado por D.S. N° 140/2004 del Ministerio de Salud; la Resolución N° 1600/08 de la Contraloría General de la República y en uso de las facultades que me confiere la RES.EX. N° 4795 del 16.12.2017, se dicta lo siguiente:

CONSIDERANDO: En el Acta de Aprobación N° 36 del Comité Ética Científico del SSVSA del 05 de julio del año 2017. Lo informado en el Ordinario N° 1279 del 07.07.2017 de la Dirección del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio en donde se aprueba Estudio de investigación titulado "NIVEL DE INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN" realizado por la investigadora principal y docente guía E.U. Paulina hurtado Arenas.

RESUELVO:

Valparaíso

Autorizar la Aprobación del estudio de investigación titulado de la Facultad de Enfermería y Obstetricia Universidad ~~de Los Andes~~ "NIVEL DE INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN" se realizará en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren realizado por la investigadora principal y docente guía E.U. Paulina hurtado Arenas.

Dirección Hospital Carlos Van Buren – Valparaíso
Dirección de Servicio Valparaíso San Antonio
Ministerio de Salud



Se designa en este acto a la Enfermera Supervisora del Servicio de Oncología, E.U. Cindy Arancibia F. o quien ella designe en resolución exenta autorizada por la Subdirección de Gestión del Cuidado, como profesional idóneo para la firma del Acta de Consentimiento Informado para padres o tutores y/o los documentos pertinentes para llevar a cabo en debida regla la investigación.

Déjese sin efecto la Resolución Exenta N° 8653 de fecha 11/07/2017 del Hospital Carlos Van Buren.

ANOTESE Y COMUNÍQUESE,



**DR. DAVID GUTIERREZ TANABE
DIRECTOR (S)
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN**

DISTRIBUCIÓN:

- Interesado. ✓
- SDGA.
- SDAF.
- SDGC.
- EU. Oncología HCVB.
- Jefe de Gestión Docente HCVB.
- Dra. Claudia Cartagena – Encargada de Investigaciones Científicas HCVB
- Of. De Partes.
- Archivo.

TRANSCRITO FIELMENTE

Claudio Vargas M.
MINISTRO DE FE

Anexo 14. Resolución exenta N°8699 12.07.2017, CEC SSVSA



Dirección.
Int. N° 37.-
Dr. DGT/pgs.-

8699 *12.07.2017

RESOLUCIÓN EXENTA N°

VISTOS: Decreto N° 38 de 2005 Reglamento orgánico de los establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, que delega facultades a los Directores de Hospitales Autogestionados; el D.F.L. N° 1/2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763/79; su Reglamento aprobado por D.S. N° 140/2004 del Ministerio de Salud; la Resolución N° 1600/08 de la Contraloría General de la República y en uso de las facultades que me confiere la RES.EX. N° 4795 del 16.12.2017, se dicta lo siguiente:

CONSIDERANDO: En el Acta de Aprobación N° 36 del Comité Ética Científico del SSVSA del 05 de julio del año 2017. Lo informado en el Ordinario N° 1279 del 07.07.2017 de la Dirección del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio en donde se aprueba Estudio de investigación titulado "NIVEL DE INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN" realizado por la investigadora principal y docente guía E.U. Paulina Hurtado Arenas.

RESUELVO:

Autorizar la Aprobación del estudio de investigación titulado de la Facultad de Enfermería y Obstetricia Universidad de Valparaíso "NIVEL DE INCERTIDUMBRE ANTE LA ENFERMEDAD EN ADULTOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN" se realizará en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren realizado por la investigadora principal y docente guía **E.U. Paulina Hurtado Arenas.**



Se designa en este acto a la Enfermera Supervisora del Servicio de Oncología, E.U. Cindy Arancibia F. o quien ella designe en resolución exenta autorizada por la Subdirección de Gestión del Cuidado, como profesional idóneo para la firma del Acta de Consentimiento Informado para padres o tutores y/o los documentos pertinentes para llevar a cabo en debida regla la investigación.

ANOTESE Y COMUNÍQUESE,



DR. DAVID GUTIERREZ TANABE
DIRECTOR (S)
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

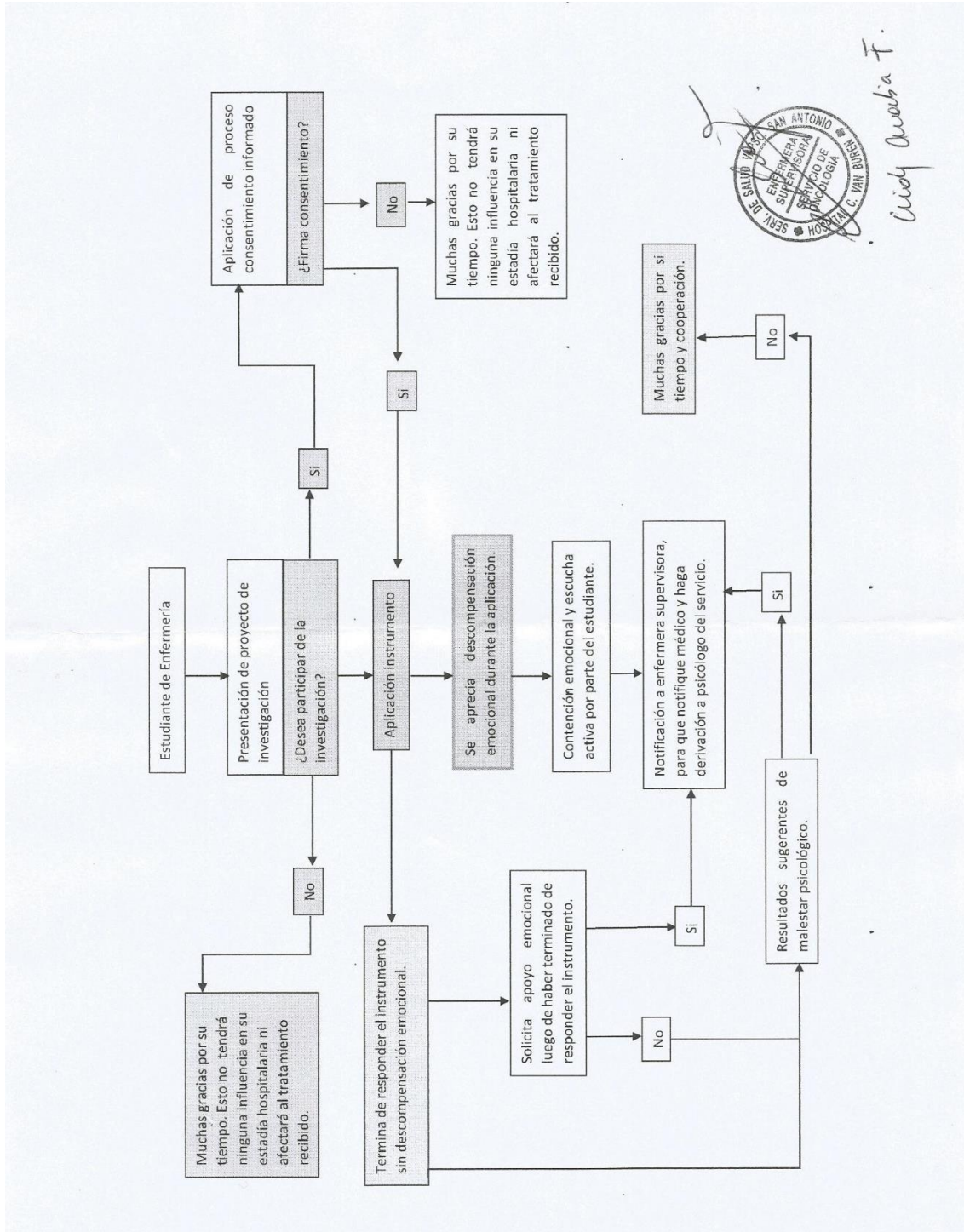
DISTRIBUCIÓN:

- Interesado. ✓
- SDGA. ✓
- SDAF. ✓
- SDGC. ✓
- EU. Oncología HCVB. ✓
- Jefe de Gestión Docente HCVB. ✓
- Dra. Claudia Cartagena – Encargada de Investigaciones Científicas HCVB. ✓
- Of. De Partes. ✓
- Archivo. ✓

TRANSCRITO FIELMENTE

Claudio Vargas M.
ENCARGADO DE FE

Anexo 15. Flujograma de contención emocional



Cindy Quevedo F.