

**INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD CRÓNICA NO
TRANSMISIBLE DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO, 2017**

LINA MARÍA GARCÍA LLANOS

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA**

2017

**INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD CRÓNICA NO
TRANSMISIBLE DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO, 2017**

LINA MARÍA GARCÍA LLANOS

**Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Enfermería con énfasis
en cuidado a las personas y los colectivos**

Directora:

AMPARO MONTALVO PRIETO

**MAGISTER EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN CUIDADO AL PACIENTE
CRÓNICO**

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARTAGENA

2017

DEDICATORIA

A Dios padre de toda bondad, a mi esposo, mis hijas, mi madre, padre, hermanos y a todos los adultos mayores que padecen una enfermedad crónica.

AGRADECIMIENTOS

A Papa Dios por otorgar el don del conocimiento y la sabiduría, por sus fuerzas y amor incondicional.

A mi esposo por su apoyo, consejos y respaldo en este proceso de aprendizaje.

A mis hijas Luz Ángela y Gabriela por darme la motivación para luchar todos los días.

A mi madre, padre y hermanos por brindarme su apoyo incondicional en todo este proceso.

A la profesora Amparo Montalvo Prieto por sus conocimientos, disposición, ejemplo, motivación y paciencia como docente, tutora, madre y persona.

A la profesora Zuleima Cogollo Milanés, que con su ejemplo nos enseñó la pasión hacia la investigación.

A las Instituciones, Clínica Santa María S.A.S en Sincelejo y Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal y sus colaboradores siempre prestos para los procesos de investigación.

A los adultos mayores y sus familias que participaron aportando sus conocimientos y experiencias para el desarrollo de la investigación.

A la Universidad de Cartagena por darme la oportunidad de crecer como persona y profesional.

TABLA DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|-------------|
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 13 |
| 2. OBJETIVOS | 20 |
| 2.1 Objetivo general | 20 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 20 |
| 3. MARCO TEÓRICO..... | 21 |
| 3.1 Adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible..... | 21 |
| 3.2 El adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizado..... | 23 |
| 3.3 Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad..... | 24 |
| 3.4 Incertidumbre del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles..... | 27 |
| 4. METODOLOGÍA | 29 |
| 4.1 Tipo de estudio | 29 |
| 4.2 Población y muestra | 29 |
| 4.3 Criterios de inclusión..... | 30 |
| 4.4 Criterios de exclusión..... | 30 |
| 4.5 Instrumentos | 30 |
| 4.6 Análisis estadístico | 33 |
| 4.6 Consideraciones éticas..... | 33 |
| 5. RESULTADOS..... | 35 |
| 5.1 Características sociodemográficas..... | 35 |
| 5.2 Tipos de enfermedad crónica y afectación del adulto mayor con ECNT hospitalizado | 35 |
| 5.3 Nivel de incertidumbre en el adulto mayor con ECNT hospitalizado..... | 36 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 6. DISCUSIÓN | 38 |
| 7. CONCLUSIONES | 45 |
| 8. RECOMENDACIONES | 47 |
| 9. LIMITACIONES | 49 |
| 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 50 |
| ANEXOS..... | 55 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla 1. Distribución del tamaño de la muestra por institución. | 29 |
| Tabla 2. Modelo estructurado de incertidumbre frente a la enfermedad. | 32 |
| Tabla 3. Estructura del cuestionario Escala de Mishel de medición de Incertidumbre en la enfermedad. Mishel, 1998..... | 32 |
| Tabla 4. Niveles de incertidumbre del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible hospitalizado. Sincelejo y Corozal 2017. | 62 |
| Tabla 5. Características sociodemográficas del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible hospitalizado. Sincelejo y Corozal 2017. | 62 |
| Tabla 6. Tipos de enfermedad crónica y afectación del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible hospitalizado 2017. | 63 |
| Tabla 7. Nivel de incertidumbre del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible hospitalizado, de acuerdo a los antecedentes de la incertidumbre. Sincelejo y Corozal 2017. | 65 |
| Tabla 8. Frecuencia de respuesta a los ítems relacionados con el Marco de Estímulos de los pacientes encuestados..... | 65 |
| Tabla 9. Frecuencia de respuesta a los ítems relacionados con las Capacidades Cognitivas de los pacientes encuestados | 66 |
| Tabla 10. Frecuencia de respuesta a los ítems relacionados con la Fuentes de la Estructura de los pacientes encuestados | 67 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Anexo 1. Encuesta de características sociodemográficas, estado de salud y estancia..... | 55 |
| Anexo 2. Escala Mishel de incertidumbre en la enfermedad, forma para el adulto | 58 |
| Anexo 3. Consentimiento informado | 60 |
| Anexo 4. Autorización por Merle Mishel para uso de escala de incertidumbre frente a la enfermedad forma para el adulto en colombia | 61 |
| Anexo 5. Tablas de resultados | 62 |

RESUMEN

Introducción: El adulto mayor enfrenta cambios propios del envejecimiento que sumado al curso de la enfermedad crónica en ambientes hospitalarios propician sentimientos de soledad, abandono, inseguridad e influyen en la aparición de niveles altos de incertidumbre, teoría de enfermería desarrollada por Mishel.

Objetivo: Determinar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad crónica no transmisible en el adulto mayor hospitalizado bajo la perspectiva de Mishel en dos instituciones de salud en las ciudades de Sincelejo y Corozal.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con una muestra de 142 adultos mayores. Se aplicó encuesta sociodemográfica y Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel con alfa de Cronbach de 0,88; se evaluaron los antecedentes marco de estímulos, capacidades cognitivas y fuentes de la estructura. Se aplicó estadística descriptiva al procesamiento de los datos.

Resultados: Nivel de incertidumbre alto en el 69% y regular en el 31% de los participantes. Al evaluar Marco de Estímulos 62,7% no sabe lo que significa el dolor para su condición de salud, Capacidades Cognitivas para el 69% no es claro la finalidad del tratamiento y Fuentes de la Estructura 60,6% reconoce al equipo de salud responsable de sus cuidados.

Conclusión: enfermería debe brindar cuidados individuales al adulto mayor teniendo en cuenta nivel educativo, socioeconómico, redes de apoyo, déficit funcional, tipo de enfermedad crónica y ambiente hospitalario; factores importantes que pueden elevar los niveles de incertidumbre.

Palabras clave: Incertidumbre, adulto mayor, enfermedad crónica, hospitalización. (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

UNCERTAINTY IN RELATION TO CHRONIC NON TRANSMISSIBLE DISEASE IN THE ELDERLY HOSPITALIZED, 2017

SUMMARY

Introduction: The older adult faces changes specific to aging that added to the causes of chronic diseases in hospital environments that foster feelings such as loneliness, abandonment, insecurity and influence the appearance of high levels of uncertainty, nursing theory developed by Mishel.

Objective: To determine the level of uncertainty in relation to chronic non transmissible disease in the elderly hospitalized in two health institutions of the cities of Sincelejo and Corozal.

Methodology: Cross sectional descriptive study with a sample of 142 older. A sociodemographic survey and a scale of uncertainty against the disease was applied to the adult of Mishel with a Cronbach's alpha of 0,88. We evaluated background the framework of stimulus, cognitive abilities and structure source. Descriptive statistics were applied to the data processing.

Results: High uncertainty level in 69%, regular level in 31% of participants. When evaluating the stimulus framework 62.7% do not know what pain means for their health conditions, Cognitive Capacities 69% is not clear the purpose of the treatment, Sources of the structure 60.6% recognizes the health team responsible for their care.

Conclusion: Nursing should provide individual care to the elderly taking into account educational level, socioeconomic support, networks functional deficit, type of chronic disease and hospital environment, factors that determine high levels of uncertainty.

Keywords: Uncertainty, elderly, chronic disease, hospitalization. (Source: DeCs)

INTRODUCCIÓN

Este estudio se orientó a determinar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad crónica no transmisible (ECNT) en el adulto mayor hospitalizado en dos instituciones de salud en las ciudades de Sincelejo y Corozal, bajo los fundamentos teóricos plateados por Merle Mishel. Con el fin de lograr este objetivo se aplicó el instrumento escala Mishel de incertidumbre frente a la enfermedad.

El adulto mayor en su fase de vida presenta manifestaciones propias del envejecimiento, éstas sumadas a la aparición de enfermedades crónicas, conllevan a la aparición de sentimientos que se relacionan con la incertidumbre. La teoría de Incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel ha sido importante para lograr cuidados de enfermería individualizados, orientados a mitigar en el paciente los factores que la desencadenan. Es vital que el adulto mayor que padece enfermedad crónica logre superar dichas limitaciones para evitar el acelerado deterioro de su estado de salud.

Las estancias a las que deben ser sometidos los adultos mayores con ECNT resultan complicando el cuadro, se afianzan más los sentimientos de ansiedad, soledad, abandono; sumado a las alteraciones propias de la hospitalización cómo son trastornos del sueño, aislamiento social, pérdida de la autonomía, limitaciones funcionales y resistencia a tratamientos; lo cual, complica la receptividad frente a los cuidados y trae complicaciones para la salud del paciente y su núcleo familiar. El papel del profesional de enfermería frente a estas alteraciones es importante para ayudar a disminuir el progreso de la enfermedad y de estancias prolongadas.

El presente estudio consta de 5 capítulos, el primero de ellos corresponde al planteamiento del problema y la justificación. En el segundo se establece el objetivo general y los específicos; en el tercer capítulo se desarrolla el marco teórico, en el cual se aborda el adulto mayor con Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) y hospitalizado, la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad y cómo se manifiesta en el adulto mayor hospitalizado con ECNT.

El cuarto capítulo presenta la metodología del estudio y comprende el tipo de estudio, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión de los participantes, instrumentos de recolección de la información, análisis estadístico y las consideraciones éticas. En el quinto capítulo se presentan los resultados obtenidos de la recolección de la información. El sexto muestra la discusión que se hace de los resultados frente a avances teóricos e investigaciones realizadas sobre el tema en la disciplina de enfermería y por último en los capítulos séptimo al noveno se presentan las conclusiones, recomendaciones y limitaciones.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La trayectoria vital humana se enmarca entre dos momentos específicos, la concepción y la muerte, atravesando diferentes etapas desde la infancia hasta llegar a la etapa del adulto mayor, ésta última, caracterizada por constantes cambios biopsicosociales propios del proceso de envejecimiento. La literatura define el concepto adulto mayor sano como la persona con más de 65 años, que a pesar de experimentar cambios propios del envejecimiento no presenta patología asociada; y al adulto mayor enfermo, como la persona mayor de 65 años que, además de presentar los cambios propios de la edad, presenta patologías asociadas tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer o artritis (1), entre otras.

Con el deterioro evidente del envejecimiento, el adulto mayor se encuentra expuesto a múltiples alteraciones, entre las cuales están las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), definidas como enfermedades que tienen un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan un alivio completo (2); las cuales generan una gran carga emocional y social, desde el punto de vista económico y desde la perspectiva de dependencia e incapacitación; tienen además una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible, se presentan secundario a múltiples factores de riesgo como la hipertensión, la glicemia elevada, la hiperlipidemia, y sobrepeso u obesidad (2).

Las ECNT son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, casi el 80% de las muertes por ECNT se dan en los países de ingresos bajos y medios (2,3). De los 57 millones de defunciones que se calcula ocurrieron en el mundo en 2008, 36 millones (63%) se debieron a ECNT, principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), seguidas del cáncer (21%) y enfermedades respiratorias crónicas (12%). La diabetes es responsable directa del 3,5% de estas defunciones (4). Con el aumento del impacto de las ECNT y el envejecimiento de la población, se prevé que el número de muertes por esta causa en el mundo seguirá creciendo cada año (2).

En Europa, las enfermedades crónicas más prevalentes entre las personas mayores son la artritis, la diabetes y las enfermedades cardíacas (5). En Estados Unidos, para el año 2007, en la población de adultos mayores se presentaron 1,8 millones de defunciones, siendo las principales causas de muerte, las cardiopatías (28%), las neoplasias malignas (22%), las enfermedades cerebrovasculares (6,6%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (6%), la enfermedad de Alzheimer (4%), la diabetes (3%), la gripe y la neumonía (3%) (6). En América Latina según la "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE), realizada en siete países de la región (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay) indica que conforme aumenta la población mayor, las enfermedades crónicas adquieren relevancia en la carga de morbilidad. El 33% de esta población, afirma tener al menos una enfermedad crónica, el 26% dos y un 18% tres enfermedades crónicas. Las ECNT que más afectan a los adultos mayores son: hipertensión arterial, artritis, enfermedades del corazón y diabetes (5).

En Colombia el panorama es similar, desde hace varios años las principales causas de morbilidad y mortalidad son producidas por ECNT, encabezan el listado los cánceres, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades metabólicas y las enfermedades neurodegenerativas (7). A esto se suma que el país experimenta un proceso de envejecimiento acelerado, donde se ha triplicado el número de personas mayores de 65 años en los últimos 40 años e incrementado la expectativa de vida al nacer a 74 años, con un perfil de morbilidad y mortalidad donde predominan las ECNT (7); es decir, Colombia tiene una población de adultos mayores con enfermedades crónicas, en algunos casos degenerativas, que deben ser sometidos a largos procesos de tratamiento paliativo.

En el departamento de Sucre las enfermedades del sistema circulatorio ocupan la primera causa de muerte, con una tasa ajustada de 155.54 x 100 mil habitantes (8). Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus (tasa ajustada de 17.73 x 100 mil habitantes) y las enfermedades hipertensivas con una tasa ajustada de 20.07 x 100 mil habitantes, afectan con más frecuencia a la población adulta mayor; sumado a la mortalidad por las enfermedades del sistema circulatorio (tasa ajustada de 155.54 x 100 mil habitantes) como primera causa, seguidas de las neoplasias (tasa ajustada de 54.1 x 100 mil habitantes)

(8). De igual manera, las enfermedades que padecen las personas mayores en Sincelejo año 2014 están representadas esencialmente por la hipertensión, de la cual se registran 6.146 casos (53%) y otras cardiovasculares con 1.011 (9%); para este mismo año, las primeras causas de mortalidad en esta ciudad fueron: en primer lugar las enfermedades isquémicas del corazón, con una tasa de 50.40 muertes por cien mil habitantes, en segundo lugar las enfermedades cardiovasculares con una tasa de 36.48 muertes por cien mil habitantes, en la tercera posición las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores con una tasa de 30.3 muertes por cien mil habitantes y en cuarto lugar la Diabetes Mellitus con tasa de 18,89 muertes por cien mil habitantes. (9). En corozal la población adulto mayor de los grupos de edad de 60 a 80 años muestran una tendencia al crecimiento a través del tiempo, con un aumento para el 2015 del índice de envejecimiento; las enfermedades del sistema circulatorio también representan la tasa de mortalidad más alta para el año 2013, con un comportamiento de 154,5 defunciones por 100.000 habitantes seguido de las neoplasias (tasa de 57,3 defunciones por 100.000 habitantes) y la diabetes mellitus con tasas de 28,0 defunciones por 100.000 habitantes (10).

Las actividades de la vida diaria realizadas con independencia y autonomía definen la capacidad funcional de un individuo (11). Ante la presencia de las Enfermedades Crónicas en edades avanzadas aumenta la pérdida de esta capacidad; se presentan déficits en los órganos del cuerpo, la estructura ósea y la masa muscular; al igual se reduce el funcionamiento de los órganos sensoriales, esto dificulta realizar actividades cotidianas de aseo, alimentación y traslado. Son comunes las fallas de la memoria, lentitud de la actividad intelectual, disminución de la capacidad de atención, de razonamiento lógico y de cálculo, lo que hace que el adulto mayor sea incapaz de desarrollar plenamente su autonomía y se incrementa la relación de dependencia con el medio (12). Estas limitaciones funcionales son más visibles cuando el adulto mayor, con enfermedad crónica, se somete a tratamientos hospitalarios (3) de larga estancia. Se enfrenta, además, al aislamiento social, alta prevalencia de los trastornos del sueño, delirio e inmovilización que contribuye a otras complicaciones co-mórbidas, y prevalencia de depresión (13).

El marcado deterioro que presenta el adulto mayor con ECNT supone una situación que afecta sus esferas física, psicológica y social. El adulto mayor experimenta sentimientos de incertidumbre frente a la carga emocional de padecer una enfermedad crónica y al ser sometido a largas estancias hospitalarias y de estar alejado de su cotidianidad, inmerso en actividades rutinarias, sometido a una serie de intervenciones, medicaciones, procedimientos, exámenes y dietas; además de padecer las manifestaciones del envejecimiento, lo que puede ocasionar ansiedad y rechazo (14).

La condición de la incertidumbre frente a la enfermedad ha sido de interés para Enfermería y Mishel M (15) ha desarrollado una propuesta teórica acerca de cómo abordar el cuidado. Mishel en su teoría define incertidumbre como la incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados por la falta de información y/o conocimiento. En esta teoría se evalúa cuáles son las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad, de ahí, que controlar la incertidumbre es esencial para conseguir la adaptación durante la enfermedad, y explica el modo en que las personas procesan cognitivamente los hechos asociados a la enfermedad y el modo en que les dan un significado (16).

Durante la experiencia de la práctica clínica de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Sincelejo y Corozal, se ha observado que el adulto mayor hospitalizado con alguna enfermedad crónica presenta manifestaciones de tristeza, dolor, abandono, impotencia, negación y temores que le llevan a un retroceso marcado en su proceso de recuperación, por lo que presenta complicaciones clínicas y resistencia a los tratamientos hospitalarios, alargando su estancia y exponiéndolo a las complicaciones propias del medio. Bajo estas circunstancias el personal de enfermería experimenta impotencia y dificultades para la realización de las intervenciones de cuidado al individuo y su familia.

Las preocupaciones del envejecer son notorias y se relacionan con la adaptación del individuo a pérdidas de funciones vitales, a la enfermedad, el proceso de jubilación, la reconciliación con los logros y fracasos, resolución de la aflicción por la muerte de otros y la aproximación de la propia; además de enfrentarse con el desafío de mantener la «integridad personal»,

como opuesto a la experiencia de «desesperación» promovida por la pérdida de interés por las cosas que lo rodean, además de la inactividad y la soledad (17). El estudio realizado por Alves J (18), permitió conocer que la incertidumbre puede funcionar como amenaza interfiriendo negativamente en la atribución de significados de los acontecimientos relacionados con la enfermedad y con el proceso de adaptación y motivación para adherirse al tratamiento. Lo cual es un factor importante y determinante para lograr una adecuada recuperación.

Arreguin L (19), al valorar el nivel de incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer; encontraron que la incertidumbre, aparece como componente de todas las experiencias de enfermedad, independientemente del género, e influye la manera cómo éstos perciben los procesos de tratamiento y adaptación; también, en ambos grupos, la complejidad del tratamiento y la falta de información, generó mayor incertidumbre.

La experiencia del ingreso al ambiente hospitalario origina en el adulto mayor, una importante percepción de amenaza, (20) deterioro de sus capacidades, que afectan su percepción del entorno que le rodea (16). Un importante hallazgo en el estudio de Romero E (20), fue mayor nivel de incertidumbre percibido por los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo, ante la experiencia de sentir dolor y no saber lo que significa para su condición de salud, y el pronóstico de su enfermedad; y frente al tratamiento, relacionada con la ausencia de claridad en la finalidad del tratamiento.

Ante estas situaciones surge la incertidumbre como un sentimiento que carcome y afecta drásticamente la salud integral del paciente, con un impacto negativo en la familia, aparece la amenaza de muerte, la tristeza, en fin, todas estas manifestaciones de la incertidumbre. Al no intervenir a tiempo este fenómeno, se puede acelerar el progreso de la enfermedad, llevando al paciente a un mayor deterioro físico y psíquico, lo que trae consigo efectos negativos como ansiedad, depresión, desesperación, entre otros, que afectan su calidad de vida (21); lo que, para el adulto mayor enfermo, representa un cambio en su enfoque de vida y marcado deterioro de su estado de salud.

Gómez I (21), encontró en su estudio, que la incertidumbre estaba más relacionada con la incapacidad del paciente para identificar si ha mejorado o no, en predecir o explicar la causa de un malestar físico o predecir el cambio de los síntomas.

En otro estudio realizado por Flórez I (22), halló que los participantes, presentaron un nivel alto de incertidumbre, especialmente frente al pronóstico, al tratamiento y frente a las relaciones entre el paciente y los proveedores de salud; y niveles regulares se ubicaron frente a los síntomas.

La incertidumbre provocada por la enfermedad puede hacer que las personas evalúen inadecuadamente una situación estresante; la aplicación de la teoría de Mishel conducirá al profesional de enfermería en la identificación de los primeros datos de incertidumbre para planificar y aplicar cuidados enfocados a eliminar esta situación y, posteriormente, lograr que la persona o familiar afronten y se adapten a la enfermedad (16).

Conocer a fondo el manejo de la incertidumbre, es para enfermería un aporte frente a la relación teoría, práctica e investigación. Representa una oportunidad de desarrollo profesional hacia el análisis de los desafíos y las expectativas de quienes viven con una enfermedad crónica; orientar los cuidados profesionales hacia estrategias de afrontamiento efectivas que faciliten un proceso de adaptación óptimo del paciente (21) y su familia; así mismo, enriquecer la práctica profesional de enfermería, soportada en sus teorías, con evidencia científica.

Para el adulto mayor se obtendrá información importante que favorecerá la comprensión de los sentimientos de angustia, miedo, resentimiento, depresión, intolerancia e insatisfacción, que son producto de manejar de forma inadecuada, las cargas emocionales de cara a procesos de enfermedades crónicas; (14) y así tener elementos para evitar la aparición de la incertidumbre, y adoptar estrategias adecuadas de afrontamiento, con miras a su pronta recuperación.

Investigar respecto a la incertidumbre que experimenta el adulto mayor hospitalizado frente a la enfermedad crónica basados en la teorista Mishel, permitirá ser punto de referencia para analizar los resultados que aporten a la práctica profesional de enfermería.

Todo lo anterior motivó a plantearse la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad crónica no transmisible en el adulto mayor hospitalizado en dos instituciones de salud en las ciudades de Sincelejo y Corozal?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad crónica no transmisible en el adulto mayor hospitalizado bajo la perspectiva de Mishel en dos instituciones de salud en las ciudades de Sincelejo y Corozal.

2.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas, situación de salud y estancia del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisibile hospitalizado.
- Determinar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad crónica no transmisibile del adulto mayor hospitalizado en dos instituciones de salud en las ciudades de Sincelejo y Corozal frente al marco de estímulos, capacidades cognitivas y fuentes de estructura.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Adulto mayor con enfermedad crónica no transmisibile

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor toda persona mayor de 60 años, subdividido en las siguientes categorías; tercera edad las edades comprendidas entre 60 a 74 años, cuarta edad, entre 75 a 89 años, longevos que van de 90 a 99 años, y centenarios más de 100 años (23). En la actualidad, este grupo poblacional vive hasta la vejez, por lo que una proporción cada vez más grande de la población será de personas mayores; los que en su mayoría padecen una o más enfermedades crónicas (24).

Con la edad avanzada se sobrevienen cambios complejos que constituyen el proceso de envejecimiento. El en plano biológico, estos cambios están asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo para protegerse del entorno. Este proceso no suele ser lineal ni uniforme; así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas; debido a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona (24).

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor, pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas (24).

La mayoría de los problemas de salud de los adultos mayores son el resultado de enfermedades crónicas. Con los años, los numerosos cambios fisiológicos y los estilos de

vida poco saludables, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas (24); se espera, que esta población, siga envejeciendo con la carga física, psicológica y social, que estas enfermedades suponen. (25). Después de los 60 años, las grandes cargas sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia (24). Dichas enfermedades según la OMS son las de mayor carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, siendo las más prevalentes las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes e hipertensión (26).

Según la OMS, la enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (27). La presencia de éstas enfermedades en el adulto mayor es uno de los factores que más preocupa a los diferentes profesionales de la salud, debido a que va en aumento el porcentaje de muertes y discapacidades mundiales; es la adultez mayor una etapa de desarrollo en la que el ser humano presenta más condiciones para desarrollar dichas enfermedades, principalmente, por los numerosos cambios físicos y psicológicos, y por la disminución de algunas habilidades; por lo que se ubican en una población de alto riesgo (12).

Es importante resaltar que las ECNT traen consigo cambios específicos, por lo que el estudio del adulto mayor debe tener en cuenta su diagnóstico y su individualidad (12). Cada persona experimenta de manera individual respuestas a la enfermedad; Durán A (12), afirman que, en el caso particular de la hipertensión, la mayoría de los adultos experimenta un miedo constante a la invalidez y, por consiguiente, a la dependencia de otros y a la muerte. En el caso de la diabetes, el sentimiento que más se vivencia es la desesperanza y la fatalidad por la continua amenaza de pérdidas del cuerpo por las amputaciones, lo que los enfrenta con mayor fuerza a la idea de la muerte y al miedo de lo desconocido.

El adulto mayor con ECNT debe aprender a convivir con las manifestaciones y complicaciones de la o las enfermedades que padece; las cuales suelen llevar a la pérdida de sus capacidades funcionales. Las personas mayores reconocen que es importante para el adecuado desarrollo de su vida, tener un rol o identidad, relaciones, la posibilidad de disfrutar, autonomía (ser independientes y capaces de tomar sus propias decisiones), seguridad y potencial de crecimiento personal (24); los que en gran medida se pierden como consecuencia de padecer dichas enfermedades.

3.2 El adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles hospitalizado

La hospitalización de los adultos mayores debido a enfermedades crónicas agudizada, marca un evento de importancia trascendental; ya que, por sí misma, la hospitalización es un reconocido factor de riesgo para la pérdida de la independencia funcional. La malnutrición, la estancia prolongada en cama que contribuye a la inmovilización y la administración de múltiples medicamentos, son algunos factores asociados a esta pérdida en las capacidades funcionales. El envejecimiento se asocia a distintos cambios fisiológicos que aunados a la hospitalización o al reposo en cama, contribuyen al deterioro funcional del adulto mayor, estos son: disminución de la masa muscular, disminución de la capacidad aeróbica, inestabilidad vasomotora, reducción de la densidad mineral ósea, disminución de la mecánica ventilatoria, reducción del volumen plasmático, tendencia a la incontinencia urinaria, privación sensorial, disminución del apetito y de la sed (28).

El deterioro funcional puede ser la consecuencia más negativa de la hospitalización, independiente de la corrección y adecuado tratamiento de la patología que originó el ingreso. La combinación del reposo en cama y la prohibición del ejercicio impuesta durante la hospitalización incrementan el riesgo de falta de acondicionamiento físico, debilidad muscular y dependencia psicológica, lo que también se conoce como “cascada hacia la dependencia”. Entre las principales comorbilidades que contribuyen al deterioro funcional en el adulto mayor hospitalizado son: enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, deterioro cognoscitivo, ansiedad, depresión, enfermedades respiratorias, enfermedades

musculo-esqueléticas, déficit somatosensorial principalmente visual y la hospitalización (28).

El ambiente hospitalario contribuye al deterioro funcional del adulto mayor, debido en gran parte al uso de camas elevadas, ausencia de elementos que facilitan la orientación temporo-espacial, horarios rígidos de administración de cuidados por personal de salud, pasillos con barreras arquitectónicas, utilización de aditamentos auxiliares para la micción y defecación (uso de cómodos – patos, pañal) y cambios bruscos de la alimentación, condicionando alteraciones en la rutina de intestino y falta de información sobre su enfermedad. De igual forma, la presencia de alguno de los siguientes síndromes geriátricos promueve al doble el riesgo de deterioro en la funcionalidad del adulto mayor hospitalizado: caídas, incontinencia urinaria y fecal, sarcopenia, mareo o hipotensión ortostática, déficit sensorial y deterioro cognoscitivo (28). Lo que produce en el adulto mayor enfermo un cúmulo de factores de riesgo y lentamente van en deterioro de su estado físico, psicológico y social.

El adulto mayor hospitalizado hace parte de un grupo vulnerable. La dependencia en las actividades diarias y la discapacidad son factores que se asocian con alteraciones psicológicas como la depresión, y están en estrecha relación con las enfermedades crónicas. La prevalencia de esta enfermedad en los adultos mayores hospitalizados es elevada. Diversos autores han estudiado la asociación de depresión con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis. Las emociones negativas de dolor e incertidumbre que genera esta enfermedad se traducen en una recuperación más lenta, mayor recurrencia y discapacidad psicosocial (29).

3.3 Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad

La teoría de rango medio, incertidumbre frente a la enfermedad, propuesta por Mishel (16), evalúa cuáles son las reacciones que las personas tienen frente a la enfermedad, para lo cual conceptualiza el nivel de incertidumbre ante la enfermedad, como la incapacidad que tiene la persona en determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo

incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos, por cual no puede predecir los resultados; este fenómeno es motivado por la falta de información y/o conocimiento. Si el evento es evaluado de forma efectiva, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro (16).

Landis B (30) afirma que los estímulos inherentes a la enfermedad, provocan en el individuo reacciones que la teoría de la incertidumbre busca explicar en cuatro etapas; la primera se refiere a los antecedentes que genera la incertidumbre; la segunda a la valoración de la incertidumbre como amenaza u oportunidad; la tercera a las estrategias de afrontamiento para reducir la incertidumbre evaluada como una amenaza o como una oportunidad; y la cuarta etapa, explica el estado de adaptación del individuo como resultado de aplicar las estrategias de afrontamiento.

El marco estructural de la teoría se compone de tres elementos principales:

1. Antecedentes de la incertidumbre. Se fundamenta en el marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura.

2. Proceso de valoración de la incertidumbre. La incertidumbre se contempla como un estado neutro, ni positivo ni negativo, hasta que el individuo la somete a valoración. Se trata de un marco fácil de seguir y que es claro en todas las secciones del modelo. La valoración de la incertidumbre consta de dos procesos: la inferencia y la ilusión. La inferencia se forma a raíz de la disposición del individuo, que incluye la capacidad de inventiva adquirida, el dominio y el área de control. La inferencia se refiere a la creencia del individuo de que puede llegar a controlar los acontecimientos de su vida. La ilusión es una creencia que nace de la incertidumbre y que considera los aspectos positivos de una situación. Basada en el proceso de evaluación, la incertidumbre se interpreta bien como un peligro, bien como una oportunidad. La incertidumbre vista como un peligro se da cuando el individuo considera la posibilidad de que haya un resultado negativo. Por el contrario, la incertidumbre vista como una oportunidad es fruto de la ilusión, aunque la inferencia también puede conducir a que la

persona valore la situación como si se pudiesen obtener resultados positivos. En este caso, se prefiere el estado de incertidumbre y la persona mantiene la esperanza.

3. Sistemas de sobrellevar la incertidumbre (afrontamiento). El afrontamiento se produce de dos modos, y tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se divide en acción directa, vigilancia, búsqueda de información para coordinar estrategias, control del sistema afectivo por medio de la fe, desprendimiento de todo lo que asfixia y apoyo psicológico. Si, por el contrario, la incertidumbre se observa como una oportunidad, el afrontamiento ofrece una especie de barrera con el fin de conservarla. La fase de afrontamiento de la teoría también es compleja, puesto que depende de la parte del modelo de la valoración y, de nuevo, engloba diferentes tipos de estrategias que van orientadas a la adaptación (31).

Estos elementos, tienen su base en los supuestos teóricos de Mishel frente al modelo de la incertidumbre, los cuales se agrupan para dar sustento a la teoría: La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente los casos de enfermedad, debido a la falta de claves suficientes. Puede presentarse bajo la forma de: ambigüedad, complejidad, falta de información, información nada consistente e imprevisibilidad. También afirma que, cuando la tipología de los síntomas, la familiaridad y la coherencia de las circunstancias (marco de los estímulos) aumentan, el grado de incertidumbre disminuye. Determina que las fuentes de la estructura (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) provocan, de modo directo, una disminución de la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos e, indirectamente, al fortalecer el marco de los estímulos (31).

La incertidumbre valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigido a reducir la incertidumbre y a controlar la excitación emocional que ésta genera; Valorada como si fuese una oportunidad provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a mantener la incertidumbre. La influencia que ésta tiene en las consecuencias psicológicas se ve mediada por la eficacia de los esfuerzos de afrontamiento, dirigidos a disminuir la incertidumbre valorada como peligro o a mantenerla valorada como una oportunidad. Cuando la incertidumbre se valora como un peligro que no puede reducirse, se

pueden emplear las estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales (31).

Cuanto más tiempo dure la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, más inestable será el modo de funcionamiento del individuo aceptado previamente. Al hallarse bajo las condiciones de sufrir incertidumbre, el individuo tendría que desarrollar una perspectiva de vida nueva regida por la probabilidad, que acepta la incertidumbre como parte natural de la vida. El proceso de integrar el continuo estado de incertidumbre en la nueva manera de ver la vida puede detenerse o prolongarse por las fuentes de la estructura que no comparten el pensamiento probabilístico. Por último, una exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos, a la anulación y a trastornos emocionales (31).

3.4 Incertidumbre del adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles

La mayoría de las enfermedades crónicas afectan aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen. Una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, la persona experimenta sentimientos comúnmente negativos de miedo, ira, ansiedad, peligro, temor e incertidumbre, por lo que se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido, donde logre afrontar las situaciones inesperadas a las que se enfrenta (27). Estos cambios generan mayor deterioro en el adulto mayor, que además de afrontar el proceso natural de envejecimiento y a las complicaciones propias de las ECNT, se expone a los factores de riesgo del ambiente hospitalario.

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico (27). Lazarus (Citado por González y Padilla), menciona que el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme a la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, a la presencia de dolores crónicos y penosos, así como a las condiciones progresivas de degeneración. El mismo autor señala que el deterioro mental y físico puede agudizarse a

causa de la depresión e impotencia, así como de los temores de la pérdida del control, pérdidas que lo llevan a utilizar diferentes estrategias de afrontamiento para adaptarse a ellas (32).

El nivel de incertidumbre que maneje el adulto mayor frente a la enfermedad, y su capacidad para valorarlo como un peligro o una amenaza, determinará en gran medida su capacidad de adaptación. Está comprobado en diversas investigaciones que las personas enfrentadas a situaciones de enfermedad física aguda o crónica experimentan incertidumbre como peligro, la cual puede ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente (33) o como oportunidad, llegando a desarrollar en ambos casos, una nueva perspectiva de vida. Así, la incertidumbre que se experimenta, con "respecto al concepto de tiempo, sirve de catalizador de la fluctuación en el medio al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables". Siendo así, que las experiencias constituyen, una fuente de posibilidad permanente para que la persona busque adaptarse y potenciarse en cada situación que vive (34). Utilizando para ello estrategias de afrontamiento que le permitan aceptar, manejar y sobreponerse a su proceso salud/ enfermedad, lo cual puede llegar a constituir avances en su mejor calidad de vida (33).

Es de gran importancia que el adulto mayor establezca estrategias eficaces de afrontamiento para lidiar con los cambios físicos, psicológicos, familiares y sociales, de la enfermedad, el envejecimiento y el ambiente hospitalario (32). Lo que se pretende es que las personas con experiencias de incertidumbre, a lo largo del tiempo, lleguen a vivirla como un cambio en el enfoque de su vida. Ante un evento que amenaza o daña su vida, se provoca un desequilibrio por el cual las personas pueden incorporar un estado de continua incertidumbre donde se genera "la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un mismo individuo, en la que se acepta la incertidumbre como si se tratase de un ritmo natural de la vida" (34) y se haga parte de los constantes cambios que el ser humano experimenta.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal.

4.2 Población y muestra

La población estuvo conformada por 540 pacientes adultos mayores (65 años y más), hospitalizados con enfermedad crónica no transmisible (ECNT) con más de 3 días de estancia, en servicios de hospitalización de dos instituciones de la ciudad de Sincelejo y Corozal. La muestra fueron 142 pacientes, la cual se obtuvo a partir de información suministrada por el departamento de estadísticas de las instituciones de salud, sobre el total de egresos mensuales de adultos mayores con ECNT servicios de hospitalización en el primer trimestre del año 2017.

El muestreo se realizó en dos etapas, inicialmente estratificado donde se escogieron dos instituciones, una pública (Corozal) y una privada (Sincelejo) que fueron consideradas como estratos y luego los pacientes fueron seleccionados al azar.

Tabla 1. Distribución del tamaño de la muestra por institución.

| Institución | Población | Porcentaje | Tamaño de submuestras |
|-------------------------|-----------|------------|-----------------------|
| Institución 1 Sincelejo | 290 | 53.70 | 76 |
| Institución 2 Corozal | 250 | 46.30 | 66 |
| Total | 540 | 100.0 | 142 |

Fuente: Departamento de estadística de dos Instituciones de salud Sincelejo y Corozal.

4.3 Criterios de inclusión

Adultos mayores desde 65 años de edad, con alguna enfermedad crónica no transmisible hospitalizados con más de 3 días de estancia, capacidad para comunicarse y pacientes que deseen participar en el estudio.

4.4 Criterios de exclusión

Adultos mayores hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos, que presenten estados de inconsciencia, alteraciones mentales como Alzheimer, demencia senil, discapacidad cognitiva y trastornos en la comunicación.

4.5 Instrumentos

- **Encuesta de características sociodemográficas, estado de salud y estancia (véase el Anexo 1)**

Este instrumento incluye aspectos sociodemográficos, estado de salud y estancia del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible hospitalizado. La primera parte consta de 11 ítems que facilitarán la recolección de la información sobre edad, género, nivel educativo, estado civil, ocupación; procedencia, composición del hogar, tipo de seguridad social, aseguramiento de servicios de salud, nivel socioeconómico y personas a cargo; y la segunda parte que consta de 5 ítems, indagará sobre el tipo de enfermedad crónica que padece el adulto mayor, en las diferentes categorías: cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, renales y neoplásicas, tiempo que lleva padeciendo dicha enfermedad, días de hospitalización, movilización durante la hospitalización, presencia de alteraciones propias de la hospitalización en el adulto mayor como: trastornos del sueño, aislamiento social, pérdida de la autonomía, limitaciones funcionales, resistencia a tratamientos, otras.

▪ **Escala de Incertidumbre en la Enfermedad para el adulto (véase el Anexo 2)**

La escala de incertidumbre frente a la enfermedad para el adulto desarrollada por Mishel, mide la incertidumbre de los pacientes generada en los distintos procesos de la enfermedad. Está integrada por 29 preguntas en las que la persona emite su grado de acuerdo respecto a una serie de afirmaciones relacionadas con su salud física, psicológica y el nivel de incertidumbre generado frente a las diversas situaciones de la enfermedad-tratamiento que debe enfrentar, esto es: diagnóstico, síntomas, tratamiento, información recibida, relaciones con proveedores de salud y pronóstico (35).

Cada pregunta tiene un puntaje en una escala tipo Likert que va de la siguiente manera, muy en desacuerdo equivale a 1 punto, en desacuerdo 2 puntos, Intermedio (indica una opinión neutral) 3 puntos, de acuerdo 4 puntos y muy de acuerdo 5 puntos; a mayor puntaje mayor nivel de incertidumbre, salvo para los ítems 6, 7, 10, 12, 21, 22, 25, 27 y 29 donde el puntaje es invertido. El puntaje máximo de la escala es de 145 puntos y el mínimo 29 puntos.

Para determinar el Nivel de Incertidumbre (NI) se presentan los siguientes puntos de cortes:

- Puntaje mínimo = 29 puntos
- Puntaje máximo = 145 puntos
- Puntaje de corte calificación Bajo NI = < 59 puntos
- Puntaje de corte calificación Regular NI = 59-87 puntos
- Puntaje de corte calificación Alto NI = > 87 puntos

El alfa de Cronbach obtenido por Gómez I (36) para este instrumento fue de 0,81 y de acuerdo a Farren A (37) esta misma escala arrojó un alfa de Cronbach de 0,89. Según Lin L (38), el índice de validez de contenido de la escala, calculado para cada ítem fue superior a 0,8. Como resultados del presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach general de 0,88; en los antecedentes Marco de estímulos el alfa de Cronbach fue de 0,828, Capacidades cognitivas 0,444 y Fuentes de la estructura 0,632.

Para el análisis de los resultados se evaluaron los antecedentes marco de estímulos capacidades cognitivas y fuentes de la estructura para la incertidumbre frente la enfermedad, fundamentos teóricos de Mishel, según estructura propuesta por Torres A (39).

Tabla 2. Modelo estructurado de incertidumbre frente a la enfermedad.

| Antecedentes de la incertidumbre | Ítems |
|----------------------------------|---|
| Marco de estímulos | 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 29 |
| Capacidades cognitivas | 5, 6, 10, 13, 26 |
| Fuentes de la estructura | 11, 14, 19, 23, 27, 28 |

Fuente: Documento de Tesis de Doctorado “Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Chile, 2005-2006”, de Torres A (39).

La presente tabla presenta la estructura del instrumento de Mishel y su adaptación para la aplicación del modelo de investigación, en éste se relacionan los factores con el antecedente de la incertidumbre (Marco de estímulo, Capacidades cognitivas y fuentes de la estructura) y los ítems correspondientes a cada uno de ellos, de acuerdo al evento asociado (Síntomas, diagnóstico, tratamiento, información recibida, relaciones con el equipo de salud).

Tabla 3. Estructura del cuestionario Escala de Mishel de medición de Incertidumbre en la enfermedad. Mishel, 1998.

| Antecedente de la Incertidumbre | Factor | Evento Asociado | Ítems |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------|
| Marco de Estímulo | 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 |
| Fuentes de la estructura | Autoridad con credibilidad | Información recibida | 11-19-23-27-28 |
| | | Relaciones con Equipo médico | 14 |

Fuente: Documento de Tesis de Doctorado “Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Chile, 2005-2006”, de Torres A (39).

4.6 Análisis estadístico

La información obtenida de las encuestas fue incorporada en una matriz en el programa Microsoft Excel 2016; para el análisis de los datos se utilizó el programa Statical Package Socials Sciencies (SPSS) versión 19.0; con el cual se realizó análisis descriptivo de las variables, a partir de medidas de tendencia central y variabilidad, confiabilidad, frecuencias, promedios, media, moda y desviación estándar. Para un mejor análisis de los resultados obtenidos con el instrumento de incertidumbre se fusionaron categorías de respuesta similares; las categorías fusionadas fueron, muy de acuerdo y de acuerdo; muy en desacuerdo y en desacuerdo.

4.6 Consideraciones éticas

La presente investigación se tuvo en cuenta el cumplimiento de los parámetros éticos contemplados en la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, con base en el Artículo 11 de la presente resolución, el presente estudio no implica ningún riesgo para los participantes, la cual da un enfoque de investigación sin riesgo (40).

Se cumplió lo establecido en los artículos 5 y 8 de la presente resolución, donde se plantea que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar; se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, lo anterior bajo los criterios definidos en el artículo 6 (40).

Se aplicó consentimiento informado (Anexo 3) al total de participantes del estudio; éste documento contiene las exigencias definidas en el Artículo 15 de la Resolución 008430 de 1993 (40).

La autorización del instrumento escala de incertidumbre frente a la enfermedad forma para el adulto para aplicación en Colombia, fue otorgada por la autora Merle Mishel a la investigadora María Elena Mejía Rojas, docente de Universidad del Valle, quien, en

respuesta a solicitud formal, envió autorización para uso del instrumento en el presente trabajo por correo electrónico (véase Anexo 4.) Además, se contó con el aval del comité de investigaciones de la Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena.

5. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 142 adultos mayores de 65 años hospitalizados en dos Instituciones de Salud, pública y privada, de dos municipios del departamento de Sucre. El nivel de incertidumbre según la clasificación establecida por Mishel fue alto para el 69% (98) y el 31% (44) presentó un nivel regular de incertidumbre (Tabla 4).

5.1 Características sociodemográficas

Los participantes presentaron edades entre los 65 y 98 años de edad, el 50% (71) se encontraba en el grupo de edad entre 65 y 74 años, el 43,7% (62) entre 75 a 89 años y el 6,3% (9) en el grupo de 90 años o más. De ellos el 57,7% (82) eran de sexo femenino y 42,3% (60) del sexo masculino; en cuanto al estado civil 36,6% (52) eran casados y 28,2% (40) viudos (Tabla 5). Del total de las participantes 95,1% (135) pertenecían al estrato socioeconómico 1 y 2, 53,5% (76) procedían del área urbana y 46,5% (66) de la zona rural. En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, 79,6% (113) vinculados al régimen subsidiado, y 16,9% (24) al contributivo (Tabla 5).

En cuanto al nivel educativo el 52,2% (74) estudió primaria, le sigue el analfabetismo con 23,9% (34), luego 10,6% (15) secundaria completa, 8,5% (12) secundaria incompleta y sólo el 4,9% (7) cursó estudios técnicos, tecnológicos o universitarios (Tabla 5). El 34,5% (49) de los participantes respondieron no tener ocupación, 26,1% (37) pensionados, 26,1% (37) amas de casa y 11,3% (16) trabajadores independientes. 58,5% (83) tipo de familia nuclear, le sigue familia extensa 20,4% (29) y viven solos el 17,6% (25). El 85,2% (121) de los encuestados no tiene personas a cargo (Tabla 5).

5.2 Tipos de enfermedad crónica y afectación del adulto mayor con ECNT hospitalizado

Con respecto al tipo de enfermedad del adulto mayor con ENCT hospitalizado, se encontró que el 71,1% (101) presentaron enfermedades cardiovasculares con predominio de la Hipertensión Arterial (HTA) en un 67,6% (96); el 14,1% (20) presentó enfermedades respiratorias, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representó el total de los

casos; el 9,9% (14) presentó enfermedades metabólicas. Con relación al tiempo de padecimiento de la ECNT, el 64,8% (92) refiere tener más de un año con la enfermedad y el 35,2% (50) menos de un año. El promedio días de estancia fue 7,5 días (Tabla 6).

En cuanto a las alteraciones presentadas durante la estancia hospitalaria el 38,7% (55) respondió que presentó al menos una alteración, el 23,9% (31) dos alteraciones, de las cuales predominaron el Trastorno del Sueño 62,7% (89), el Aislamiento Social 15,5% (22) y la Pérdida de Autonomía 6,3% (9). Con relación a la movilización durante la estancia, el 40,1% (57) deambuló con ayuda (Tabla 6).

5.3 Nivel de incertidumbre en el adulto mayor con ECNT hospitalizado

La presencia de la incertidumbre está mediada por los antecedentes Marco de Estímulos, Capacidades Cognitivas y Fuentes de Estructura. Al evaluar la incertidumbre se encontró en el Marco de Estímulos niveles altos en el 67,6% (96) y regulares en el 32,4% (46), en cuanto a las Capacidades Cognitivas el 76,8% (109) presentó niveles altos y con relación a las Fuentes de Estructura el 62% (88) presentó niveles altos y regulares el 33,8% (48) (Tabla 7).

Al analizar los ítems que conforman el Marco de estímulos, se encontró que a la pregunta “¿Usted no conoce cuál es su enfermedad?” 45,1% (64) respondió estar en desacuerdo, el 62,7% (89) contestó estar de acuerdo a la pregunta “Cuando usted tiene dolor ¿sabe lo que significa para su condición de salud?”. El 65,5% (93) respondió estar en desacuerdo ante la afirmación “Su malestar físico es predecible cuando usted está mejorando o empeorando”. Frente a la pregunta ¿Es difícil saber si los tratamientos le están ayudando? el 41,5% (59) contestó estar en desacuerdo. En la afirmación: “Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad” el 48,6% (69) respondió estar en desacuerdo; el 41,5% (59) respondió de manera similar a la pregunta ¿Usted puede predecir cuánto demorará su enfermedad?

Con relación a los ítems que evalúan Capacidades Cognitivas en la incertidumbre, se encontró que 49,3% (70) de los adultos mayores consideraron estar en desacuerdo con el ítem: “Las explicaciones que le dan parecen confusas”; 69% (98) respondió estar en desacuerdo ante la afirmación “La finalidad de cada tratamiento le es claro”. Al preguntar “¿Usted entiende todo lo que se le explica?” y ¿Su tratamiento es complejo para entenderlo?

los participantes respondieron estar en desacuerdo, el 65,5% (93) y el 52,1% (74) respectivamente (Tabla 9).

A las preguntas que evalúan las Fuentes la Estructura, se encontró que 60,6% (86) respondió estar en desacuerdo al ítem: “De acuerdo con el equipo de salud que le brinda la atención, ¿no es claro quién es responsable de su salud?”; y a la pregunta “¿Los médicos dicen cosas que podrían tener mucho significado?” el 57% (81) respondió estar en desacuerdo. Ante la afirmación: “Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad” el 65,5% (93) contestó en desacuerdo (Tabla 10).

6. DISCUSIÓN

El nivel de incertidumbre alcanzado por los participantes del presente estudio estuvo distribuido en alto para el 69% y regular en el 31%, datos similares reportan Johnson M (41) y Flórez I (22) en sus estudios realizados con pacientes diagnosticados con cáncer y con enfermedad coronaria, egresados de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), quienes presentaron un alto nivel de incertidumbre en el 54,8% y en el 66,3 % respectivamente. En su estudio Romero E (20) presentó un resultado diferente, porque en el 63,9% de los adultos hospitalizados en la UCI obtuvo un nivel de incertidumbre regular.

La incertidumbre es un estado emocional que está dado por diversas circunstancias tales como la evaluación inadecuada de los signos, síntomas y secuelas de la enfermedad crónica, al respecto Mishel M (15) afirma en su teoría que la incertidumbre ocurre cuando la persona no puede estructurar o categorizar adecuadamente un evento por falta de señales suficientes y se es incapaz de predecir los resultados en una forma precisa.

El adulto mayor que se encuentra hospitalizado por una enfermedad crónica se enfrenta a diferentes situaciones que por su edad y condición de salud le ocasionan interrupción de su dinámica familiar, lo aíslan de su cotidianidad y le producen la aparición de una cascada de trastornos orgánicos funcionales, que van causando deterioro, desconcierto por lo que sucederá en el futuro, incapacidad permanente o la muerte. Al respecto Vinaccia S (27) afirma que el desgaste psicológico a que es sometido este adulto mayor le suscita emociones negativas como miedo, ira y ansiedad; sentimientos propios de la incertidumbre, la cual ante dicha realidad se manifiesta en niveles altos y regulares. Para enfermería conocer esta situación emocional del paciente le permite establecer acciones de cuidado que fortalezcan el vínculo familiar, una mayor cercanía, promover el autocuidado y brindar educación en salud con explicaciones claras, sencillas, teniendo en cuenta las condiciones particulares del adulto mayor.

De los participantes del estudio el 57,7% de ellos fueron mujeres, dato similar a lo encontrado por Gómez I (42) donde el 70,6 % de los pacientes fueron mujeres. La experiencia emocional por sexo es diferente ante un proceso de enfermedad y al respecto Séculi E, et al (43) expresa

en su investigación que en la población anciana la percepción de mala salud fue superior en las mujeres sin distinción de clase social, edad, discapacidad y enfermedad que padece. Esta condición que presenta el paciente de acuerdo al sexo, es importante que enfermería la identifique en su relación de cuidado para que le ayude a reconocer cognitivamente la aparición de los signos y síntomas de la enfermedad y a construir un significado a estos eventos, tal como lo establece Mishel en su teoría, y pueda establecer desde la práctica del cuidado las acciones para disminuir los niveles de incertidumbre y lograr estrategias de afrontamiento positivas para una adecuada y pronta recuperación.

La edad que predominó en los participantes fue la comprendida entre los 65 a 74 años, frente a ello es necesario destacar que el envejecimiento poblacional es un fenómeno que va en aumento en todos los países, condición esta que se relaciona de manera directa con el aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (44), lo que se constituye en una situación desfavorable para el adulto mayor. Frente a esta realidad González A (17), afirma que las personas mayores experimentan una tensión que afecta su estado de salud general, así como su capacidad funcional y que esta situación hace parecer al envejecimiento como un fenómeno patológico, como una enfermedad, cuyo resultado es la degradación del individuo. La edad puede ser entonces una variable que facilita la aparición de niveles elevados de incertidumbre en el adulto mayor y una oportunidad para establecer cuidados diferenciales en el curso de vida.

Respecto al estado civil el 36,6% tenían pareja, contrario a este dato Johnson M (41), encontró que el 64,3% de los adultos mayores en su estudio eran casados. Al respecto Arias C (45), afirma que la relación de pareja es uno de los vínculos centrales dentro de la red de apoyo social de las personas mayores y entre los que les proporcionan elevados niveles de satisfacción, también les brindan diversas formas de ayuda que impactan notablemente sobre su bienestar integral porque proveen sentido a la vida, aportan retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud y propician actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida, cuidado y promoción de la salud. En consecuencia, la pareja y el soporte familiar contribuyen a disminuir el nivel de incertidumbre. Mishel M (46, 47), sostiene que el apoyo social ayuda a disminuir la incertidumbre, cuándo la persona al

compartir información puede evaluar los síntomas; además de proveer información, este apoyo también establece redes, donde cada miembro depende de la experticia de otro para manejar varios eventos amenazantes.

En este sentido se puede afirmar que el ser humano por naturaleza es sociable y necesita de otros ser humanos para relacionarse y vivir. El aislamiento social que para este estudio representó el 15,5% de las alteraciones de la hospitalización, es definido como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros (48); el adulto mayor requiere fortalecer su rol relación, estar rodeado de personas significativas que acompañen su proceso de enfermedad y deterioro que avanza con los años. Enfermería debe propiciar la unión familiar dentro de un entorno favorable durante la estancia hospitalaria, visitas constructivas y experiencias que permitan mantener vivo los lazos de comunicación del adulto mayor.

El nivel educativo presentados por los participantes fue de primaria el 52,2% y analfabeta el 23,9% y el 95,1% pertenece a estratos socioeconómicos bajos. Jeon R (49) halló que el nivel de incertidumbre fue más alto en los participantes con bajo nivel económico y educativo, y Johnson M (41) encontró correlación entre escolaridad y nivel de incertidumbre en adultos mayores con cáncer; lo cual es compatible con los supuestos teóricos de Mishel M (47,50-51), cuando afirma que los individuos con menor educación parecen requerir más tiempo para construir un significado para los eventos y ellos experimentan incertidumbre por períodos más largos que aquellos que tiene mayor educación. Cuanto mejor es la instrucción y claridad del paciente frente a su proceso de enfermedad, menor será su nivel de incertidumbre; esto representa el mayor reto para enfermería en la aplicación del proceso de atención que debe incluir acciones de educación permanente al paciente y su familia, donde se evalúe la comprensión frente a las enseñanzas.

Para este estudio las primeras causas de hospitalización fueron las enfermedades cardiovasculares con el 71,1%, respiratorias el 14,1% y metabólicas el 9,9%; similar resultado presentó Romero E (20), donde las primeras causas de estancia fueron por enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Se resalta que en Colombia entre 2005 y 2014 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema

circulatorio y las enfermedades respiratorias (52). En ocho de cada diez adultos mayores con más de una enfermedad crónica, predominó la hipertensión que afecta a seis de cada diez personas con el agravante que menos de la mitad tiene controles regulares. En este orden de ideas, las enfermedades cardiovasculares se convierten en un factor de riesgo para el desarrollo de otro tipo de enfermedades, como la coronaria, los accidentes cerebrovasculares, el infarto del miocardio y la enfermedad renal (12), que sumado a las complicaciones de la edad desencadenan situaciones estresantes que deben afrontar y alteran la dinámica del paciente, familiares y amigos (27) haciendo de la etapa del final de la vida una experiencia llena de tensión, irritabilidad y miedo. El rol del profesional de enfermería debe ir a la vanguardia de cuidados que prioricen estas condiciones especiales de salud, determinar al inicio de la atención, los niveles de incertidumbre y con base en ello planificar las intervenciones de cuidado, hacerles seguimiento y evaluarlas oportunamente.

Las alteraciones más predominantes durante la estancia hospitalaria en esta investigación fueron Trastorno del Sueño 62,7%, Aislamiento Social 15,5% y Pérdida de la Autonomía en el 6,3% de los participantes. El descanso y el sueño son situaciones biológicamente necesarias para la salud, ayudan a recuperar la energía consumida durante las actividades de la vida diaria aún más en situaciones de enfermedad, debido a que las necesidades frente al proceso de recuperación aumentan (53). González A (54) encontró que una de las principales causas que alteraron el patrón del sueño de los pacientes de su estudio fue el ruido que se genera regularmente por conversaciones del personal de enfermería, apertura de las puertas, visitas de familiares y el sonido del teléfono, la radio, el televisor y los equipos de monitoreo utilizados. Identificar durante el ingreso hospitalario los factores que pueden afectar el sueño del paciente, así como los hábitos y costumbres realizados para la conciliación del mismo y tener presente estos aspectos durante la estancia son de vital importancia para lograr mantener el descanso (53). Entonces, velar por disminuir los estímulos ambientales sería un objetivo primordial del profesional del cuidado en los servicios hospitalarios.

La hospitalización de los adultos mayores por enfermedad crónica aguda marca un evento de importancia trascendental; ya que, por sí misma, la hospitalización es un reconocido factor de riesgo para la pérdida de la autonomía (55). Esta pérdida puede ser dada por las secuelas

físicas de las enfermedades, combinación del reposo en cama y la prohibición del ejercicio impuesta durante la estancia, lo que incrementa el riesgo de falta de actividad física, debilidad muscular y dependencia psicológica, así como las barreras arquitectónicas que disminuyen la movilidad y requieren ayuda de los dispositivos especiales (55). Perder la autonomía significa estar dependiente de otros, es vivir en función de la disponibilidad del cuidador, es estar limitado en los quehaceres; en este sentido las intervenciones de cuidado deben tener una mirada hacia prevención de estas limitaciones, estrategias que promuevan la actividad física y el autocuidado.

La suma de todas estas alteraciones es bien explicada por Mishel M (51) en su teoría cuándo define la familiaridad con el evento, uno de los antecedentes del marco de estímulos, como la naturaleza habitual o repetitiva de la estructura del ambiente; es decir, patrones dentro del ambiente de cuidado de salud que se repiten en el tiempo a través de la experiencia en un lugar; luego entonces la familiaridad con el evento previene la incertidumbre. Es por ello de vital importancia para enfermería mantener informado al paciente y su familia sobre la dinámica regular de los servicios hospitalarios, tratar de asemejar las rutinas cotidianas del adulto mayor y enfocar cuidados que ayuden a prevenir la aparición de emociones estresantes que desencadenen la incertidumbre.

De acuerdo al antecedente Marco de Estímulos como causa de la incertidumbre, los participantes presentaron de forma global unos niveles de 67,6% que corresponde a alto y regulares en el 32,4%. Al revisar cada uno de los ítems que la conforman se encontró que el 65,5% respondió que consideran su malestar físico impredecible, es decir, no saben cuándo están mejorando o empeorando; el 48,6% no puede predecir el curso de su enfermedad, ni cuánto demorará ésta el 41,5%. Al respecto Johnson M (41) encontró resultados similares, anotando que el desconocimiento general en los adultos mayores respecto a su patología y falta de claridad con respecto a lo que está sucediendo con su condición de salud son los motivos principales que ocasionan mayor incertidumbre. Resultados similares reporta Montalvo A (56) en su estudio, donde el 61.1% de los pacientes consideraron que los síntomas seguían cambiando impredeciblemente, y el 56.4% que éstos eran muy variables. Las enfermedades crónicas presentan síntomas diversos que con el tiempo generan deterioro,

estos constantes cambios crean confusión e inseguridad sobre el curso de la enfermedad y dificultades para comprender su condición de salud, lo que ocasiona incertidumbre en el adulto mayor hospitalizado. Enfermería no puede ser ajeno a este conocimiento, es preciso que ajuste sus prácticas de cuidado con miras a fundamentar desde el ingreso del paciente al servicio hospitalario instrucciones claras sobre el estado de salud, condiciones del entorno, personal de salud que participa en la atención y demás aspectos relacionados con la condición particular del paciente, con el fin de garantizar una atención enfocada en evitar la aparición de incertidumbre por esta dimensión.

La Capacidad Cognitiva se refiere a las habilidades de la persona para procesar información, cualquier alteración fisiológica puede disminuir esta capacidad y tener un impacto en la cognición. En los adultos mayores las demandas de atención alteran el procesamiento de la información e incrementan la incertidumbre, al ser su situación de salud un distractor de la atención y estímulos como el dolor, la incomodidad, el peligro, pueden alterar dicha capacidad y afectar el proceso de solución de problemas. Con relación a las Capacidades Cognitivas el 76,8% de los participantes presentó un nivel alto de incertidumbre. Al analizar los ítems que lo evalúan, se encontró que a pesar que el 49,3% de los adultos mayores encuestados consideraron que las explicaciones no parecen confusas y el 52,1% respondió que su tratamiento no es complejo para entenderlo, para el 69% no le es claro la finalidad de cada tratamiento y el 65,5% no entiende todo lo que se le explica; datos similares reporta Montalvo A (56) en su estudio, donde el 63% de los participantes consideraron que las explicaciones que le daban los profesionales de salud no eran confusas y el 60.2% que el tratamiento no era complejo para entenderlo; resultados diferentes reporta para los siguientes ítems, donde el 84.3% de los participantes manifiesta que la finalidad de cada tratamiento les fue claro y el 88% entiende todo lo que se le explica.

El adulto mayor por su condición requiere de estrategias de enseñanzas especiales que les permitan comprender su situación de salud y la importancia de cumplir con el tratamiento para la recuperación de su estado; de ahí que enfermería cómo actor principal en su relación de cuidado debe utilizar una comunicación efectiva, que le permita asegurar que el paciente comprende, explica y demuestra todo lo relacionado con su enfermedad.

En el antecedente Fuentes de Estructura se encontró un nivel alto de incertidumbre en el 62% de los adultos mayores, y regular en el 33.8%. Con relación a las preguntas que evalúan esta dimensión, el 60,6% reconoce al equipo de salud que le brinda la atención, es decir identifican claramente al personal responsable de su cuidado; pero el 57% responde no encontrar mucho significado en la información brindada por ellos, el 65,5% está en desacuerdo con la afirmación “los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad”. Gómez I (42) reporta información similar en su estudio, en el que el 91,4% de las pacientes consideran que lo expresado por el personal de salud no tenía mucho significado; a diferencia de los datos de Montalvo A (56), donde la mayoría de las participantes tenían credibilidad en el equipo de salud, el 65,7% consideraba que las opiniones acerca de su enfermedad eran claras; al respecto Johnson M (41) explica que, si este antecedente mide aspectos como administrar información y cuidado, los niveles de incertidumbre alcanzados representarían un punto crítico respecto a la labor de enfermería para disminuirlo.

7. CONCLUSIONES

Los adultos mayores con enfermedad crónica hospitalizados en dos instituciones del departamento de Sucre, presentaron alto y regular nivel de incertidumbre frente a la enfermedad según los antecedentes, capacidades cognitivas, marco de estímulos y fuentes de estructura. Los aspectos señalados por los participantes sobre la incertidumbre fueron confusión en las explicaciones del proveedor de cuidado, falta de comprensión sobre el tratamiento y su finalidad; lo impredecible de su enfermedad, falta de significado a la información suministrada por los profesionales del cuidado y diferentes opiniones sobre cómo tratarla.

El grupo de edad que predominó en la población estudiada fue de 65 a 74 años. A esta edad se enfrentan dificultades propias del envejecimiento como son trastornos funcionales, disminución de la agudeza visual y auditiva, pérdida de autonomía; las cuáles se acentúan con la enfermedad y dificultan dar significado a los cambios y comprensión de los eventos relacionados con la misma.

Predominó el género femenino, bajo nivel educativo y socioeconómico, factores sociodemográficos importantes a tener en cuenta frente a la presencia de incertidumbre en los adultos mayores del presente estudio.

De las enfermedades crónicas no transmisibles que padecieron los adultos mayores participantes predominaron las cardiovasculares, respiratorias y metabólicas, que cursan con sintomatología degenerativa a medida que avanza y generan gran deterioro biopsicosocial en el adulto mayor hospitalizado.

Las alteraciones durante de la estancia más predominantes en los adultos mayores del presente estudio fueron, trastorno en el patrón del sueño, seguido del aislamiento social y pérdida de autonomía; los cuáles son aspectos que alteran la dinámica cotidiana y pueden desencadenar sentimientos propios de la incertidumbre.

La red de apoyo del adulto mayor hospitalizado es un factor importante para mantener la estabilidad emocional y posiblemente evitar la aparición de manifestaciones propias de la

incertidumbre, es necesario en las intervenciones de enfermería se tenga en cuenta las relaciones de pareja, familia y amigos sobre todo durante la hospitalización.

Los participantes presentaron altos niveles de incertidumbre en el Marco de Estímulos relacionados con el malestar físico impredecible, no saber cuándo se mejorará o empeorará, no predecir el curso de la enfermedad, ni cuánto demorará; propios del desconocimiento y que generan mayor desconcierto, confusión e inseguridad en el adulto mayor hospitalizado.

Los participantes manifiestan alto nivel de incertidumbre frente las explicaciones del profesional del cuidado, poca comprensión del tratamiento y su finalidad (antecedente Capacidad Cognitiva). Los adultos mayores van perdiendo con la edad la capacidad de procesar la información con posterior desconocimiento de su estado de salud, lo que empeora la capacidad de enfrentar los constantes cambios de su enfermedad.

Los participantes del estudio reconocen al equipo de salud como responsable de sus cuidados, a pesar de ello, no encuentran mucho significado con la información brindada y los médicos no comparten la misma opinión sobre cómo tratar la enfermedad (antecedente Fuentes de Estructura); factores críticos en cuanto a las estrategias para proveer información y cuidados a los adultos mayores.

8. RECOMENDACIONES

Enfermería puede ayudar a disminuir el grado de incertidumbre del adulto mayor que padece una enfermedad crónica durante la hospitalización, siempre que tenga en cuenta en su plan de cuidados los cambios físicos y emocionales que enfrenta el paciente por el envejecimiento y la enfermedad, brindar una educación especial que incluya explicaciones sencillas, fortalecer el vínculo familiar importante para la red de apoyo, adecuar el ambiente hospitalario a la cotidianidad del paciente y lograr estrategias de afrontamiento positivas que se traduzcan en pronta recuperación; lo anterior, bajo una mirada holística, transformadora e individualizada donde se aplique la teoría a la práctica.

Propiciar la unión familiar dentro de un entorno favorable durante la estancia hospitalaria, visitas constructivas y experiencias que permitan mantener vivo los lazos de comunicación del adulto mayor con su cotidianidad; son cuidados protectores para evitar la aparición de incertidumbre.

Incluir en el proceso de atención de enfermería intervenciones educativas con estrategias de enseñanzas especiales al adulto mayor, las cuales les permitan comprender su enfermedad y la importancia de cumplir con el tratamiento para la recuperación de su estado.

Desde el inicio de la atención el profesional de enfermería debe planificar cuidados que incluyan la valoración de las alteraciones presentes en el adulto mayor propias del proceso de envejecimiento, complicaciones de las enfermedades crónicas y estímulos ambientales de la hospitalización; luego priorizarlas, determinar los niveles de incertidumbre frente a estos factores, hacerles seguimiento y evaluarlos oportunamente.

Enfermería debe mantener informado al paciente y su familia sobre la dinámica regular de los servicios hospitalarios, tratar de asemejar las rutinas cotidianas del adulto mayor y enfocar cuidados que ayuden a prevenir la aparición de emociones estresantes que desencadenen la incertidumbre.

Para la población de adultos mayores y su familia es importante participar activamente en los cuidados que se requieren para mejorar el estado de salud. Poseer conocimientos sobre la

enfermedad, síntomas, tratamientos, procedimientos será indispensable para mitigar las dudas que puedan generarse al enfrentar a una enfermedad crónica.

El adulto mayor y su familia con la ayuda de los proveedores de cuidados deben identificar los aspectos relevantes de su enfermedad y rutinas propias del ambiente hospitalario con el fin de concertar estrategias positivas de afrontamiento.

9. LIMITACIONES

Fue escasa la bibliografía encontrada sobre la incertidumbre frente a la enfermedad crónica en el adulto mayor, lo que dificultó una mayor discusión de los resultados obtenidos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zamora H. Manual de enfermería Zamora. Bogotá: Zamora Editores; 2016.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra. 2011.
3. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014 Pag 9 (Fecha de acceso: 12 de abril de 2016). En: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra. 2012.
5. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Consorcio Eurosocietal Salud. Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia). Documento Técnico. Unión Europea. 2008.
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen de países. Estados Unidos de América. 2012.
7. Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud Resúmenes de política: intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Estilo de Vida Saludable y Enfermedades No Transmisibles. 2010.
8. Gobernación de Sucre. Plan de desarrollo departamental 2016 – 2019, Sucre progresa en paz. 2016.
9. Alcaldía de Sincelejo. Plan de desarrollo municipal 2016 – 2019 “Ciudad con Visión”. 2016.
10. Alcaldía de Corozal. Plan territorial de salud 2016 – 2019. Salud y vida al alcance de todos. 2016.
11. Cortés C, Cardona D, Segura A, Garzón M. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor, Antioquia, Colombia, 2012. Rev. salud pública. 2016; 18 (2): 167-178.
12. Durán A, Valderrama L, Uribe A, González A, Molina J. M. Enfermedad crónica en adultos mayores. Univ. Méd. 2010.51 (1): 16-28
13. Varela L, Chávez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico. 2004; 43(2). (Fecha de acceso: 7 de septiembre de 2016). En: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>.

14. Montalvo A, Cabrera B, Quiñones S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*. 2012; 12 (2): 134-143.
15. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. España: Elsevier; 2014.
16. Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol (Mex)*. 2012; 11 (1): 34-38.
17. González A, Padilla A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Univ. Psychol*. 2006; 5 (3): 501-509.
18. Alves J, Castro C, Ribeiro H, Faustino H. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(4): 1-10.
19. Arreguin L, Morales M, Bonilla M, Soriano M, Tlalpan M, Pérez V. Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer. *Enfermería (Montev.)*. 2012; 1 (2): 77-83.
20. Romero E, Flórez I, Montalvo A. Nivel de incertidumbre y enfermedad en personas hospitalizadas en unidades de cuidado intensivo. Informe final de investigación con fines de ascenso en el escalafón docente. Universidad de Cartagena, Colombia. 2012.
21. Gómez I, Castillo I, Alvis L. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan*. 2015; 15 (2): 210-218.
22. Flórez I, Ruidiaz R, González J. Valoración de la incertidumbre en pacientes con cardiopatía isquémica. *Actual. Enferm*. 2014; 17(3):15-21.
23. Fong J, Bueno J. Geriátría: ¿Es desarrollo o una necesidad?. *Medisan* 2002; 6(1):69-75.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. Ginebra.
25. Peláez M, Vega E. Envejecimiento, pobreza y enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe. *Diabetes Voice*. 2006; 51 (4): 30-33.
26. Enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y discapacidad. *Revista Salud Pública Medellín*. 2011; 5: 61-74.
27. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en Psicología*. 2005; 1(2): 125-137.
28. Instituto mexicano de Seguridad Social. Intervenciones de Rehabilitación Temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado. Guía de Referencia Rápida Catálogo Maestro de GPC: IMSS-651-13. México D.F.

29. Martínez J, Martínez V, Esquivel C, Velasco V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45 (1): 21-28.
30. Landis B. *Uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness.* Austin: University of Texas; 2001
31. Bailey D, Stewart J. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad: Merle Mishel. In Raile Alligood M, Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería.* 7th ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2011. p. 599-609.
32. González A, Padilla A. Calidad de vida y estrategias de Afrontamiento ante problemas Y enfermedades en ancianos De ciudad de México. *Univ. Psychol.* 2006; 5 (3): 501-509.
33. Triviño Z, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichán;* 2005; 5(1):20-31.
34. Aimar A. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *Index Enferm.* 2009; 18 (2):111-115.
35. Mishel M. The measurement of Uncertainty in Illness. *Nurs Res* 1981;30(5):2258-263.
36. Gómez I. *Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo II.* [Tesis Maestría] Universidad Nacional de Colombia. bdigital. 2010.
37. Farren A. Power, Uncertainty, Self-Transcendence, and quality of life in breast cancer survivors. *Rev. Nursing Science Quarterly.* Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/1/63>
38. Lin L, Acquaye A, Vera E, Cahill J, Gilbert M, Armstrong T. QL-13: reliability and validity of the MUIS brain tumor form (MUISBT). *Neuro Oncol* 2011; 13 (suppl 3):293-300. (Fecha de acceso: 29 de mayo de 2017). En: http://connection.ebscohost.com/c/articles/82504854/validation_mishels-uncertainty-illness-scale-brain-tumor_form-muis-bt.
39. Torres A, Sanhueza O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Cienc enferm.* 2006; 12(1): 9-17.
40. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993. (Fecha de Acceso: 29 de mayo de 2017) En: http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion_008430_1993/.
41. Johnson M, Hurtado P. La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer. *Ciencia y Enfermería.* 2017, 13(1): 57-65.
42. Gómez I, Castillo I, Alvis L. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichán.* 2015; 15(2): 210-218.

43. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001; 15 (3): 217-223. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71550-6](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71550-6)
44. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016;33(2):199-201.
45. Arias C, Polizzi L. La relación de pareja. Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Revista Temática Kairós Gerontología*. 2011; 14(10): 49-71.
46. Moreno M. De la teoría de enfermería a la práctica: experiencias con proyectos de gestión del cuidado. Chía: Universidad de la Sabana; 2016.
47. Mishel M. Incertidumbre en la enfermedad. Documento escrito para la Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Material traducido por María Elisa Moreno, profesora asociada de la Universidad de la Sabana. 2010.
48. NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2018-2020. 11 Ed. Thieme. EEUU; 2017.
49. Jeon R, Choi M, Lee J, Noh S. Relationships between gastrointestinal symptoms, uncertainty, and perceived recovery in patients with gastric cancer after gastrectomy. *Nursing and Health Sciences*. 2016;18(1):23-9.
50. Decker C, Haase J, Bell C. Uncertainty in adolescents and young adults with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007; 34(3): 681- 688.
51. Mishel M. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *J Nurs Scholarsh*. 1990; 22(4): 256-262.
52. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de situación de salud (ASIS). Colombia, 2016. Bogotá, 2016. (Fecha de Acceso: 17 de junio de 2018) En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
53. Medina A, Feria D, Oscoz G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enfermería Global*. 2009; 8(3): 1-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834753005>
54. González A, Montalvo A, Herrera A. Comfort of Patients Hospitalized in Intermediate and Intensive Care Units. *Global Enfermería*. 2017; 45: 281-294. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/global.16.1.260101>
55. Instituto Mexicano del Seguro Social. Intervenciones de Rehabilitación Temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado. México; 2013. (Fecha de Acceso: 17 de junio de 2018) En: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>

56. 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. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(2): 114-126. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.2.9

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de características sociodemográficas, estado de salud y estancia

Instrucciones: Por favor lea cada una de las preguntas y responda cada una de ellas. Su información es de tipo confidencial.

A. Características sociodemográficas

1. Edad:
 - 65 a 74 años []
 - 75 a 89 años []
 - 90 o más años []

2. Género: F: [] M: []

3. Estado civil:
 - Soltero (a): []
 - Casado (a): []
 - Unión Libre(a): []
 - Viudo(a): []
 - Divorciado(a): []

4. Nivel educativo:
 - Primaria Incompleta: []
 - Primaria Completa: []
 - Secundaria Incompleta: []
 - Secundaria Completa: []
 - Técnico o Tecnólogo: []
 - Universitario: []
 - Postgrado: []
 - Ninguno: []

5. Ocupación
 - Empleado (a): []
 - Trabajo independiente: []
 - Pensionado: []
 - Otros: [] Cuál? _____

6. Nivel socioeconómico: Estrato Social (Recibo de servicios públicos):

1: []

2: []

3: []

4: []

5: []

7. Procedencia:

Rural: []

Urbana: []

8. Seguridad social:

Contributivo: []

Subsidiado: []

Vinculado: []

Otro: ¿Cuál?: _____

9. Aseguramiento de servicios de salud:

SISBEN: []

Mutual Ser: []

Ambuq: []

Coosalud: []

Comfasucre: []

Cajacopi: []

Salud Vida: []

Comfacor: []

Otros: [] ¿Cuál?: _____

10. Composición del hogar:

Unipersonal: []

Monoparental: []

Horizontal: []

Completo: []

Hogar familiar propio: []

Familia Extensa: []

Otros: [] ¿Cuál?: _____

11. Personas a cargo:

SI: [] NO: []

B. Estado de salud y estancia

1. Tipo de enfermedad crónica

Cardiovascular: []

Respiratoria: []

Metabólica: []

Renal: []

Neoplásicas: []

Otra: [] ¿Cuál?: _____

Especificar: _____

2. Tiempo que lleva padeciendo dicha enfermedad:

Menos de 1 año: []

Más de 1 año: []

3. Días de estancia en hospitalización: _____

4. Movilización durante la Hospitalización

Deambula Sólo: []

Deambula con ayuda: []

No Deambula: []

5. Alteraciones propias de la Hospitalización en el Adulto Mayor

Trastorno del sueño: []

Aislamiento Social: []

Pérdida de la autonomía: []

Limitaciones Funcionales: []

Resistencia a tratamientos: []

Otras: [] ¿Cuál?: _____

Anexo 2. Escala Mishel de incertidumbre en la enfermedad, forma para el adulto

Institución de salud: _____

Nombre: _____ Edad: _____ No. _____

Instrucciones: Le leeré a usted varias situaciones relacionadas con las dudas que se producen en todos los pacientes con una enfermedad crónica.

Leeré a usted varias situaciones relacionadas con las dudas que se producen en todos los pacientes con una enfermedad crónica, usted me contestará cuál es su relación frente a cada una de ellas.

Cada pregunta tiene cinco posibles respuestas:

| | |
|--|---------------|
| Muy de Acuerdo | MA = 5 |
| De acuerdo | A = 4 |
| Muy indiferente o intermedia (Indica una opinión neutral) | I = 3 |
| En desacuerdo | D = 2 |
| Muy en desacuerdo | MD = 1 |

| N° | Preguntas | Indicador | | | | |
|----|---|-----------|---|---|---|----|
| | | MA | A | I | D | MD |
| 1 | ¿Usted no conoce cuál es su enfermedad? | | | | | |
| 2 | ¿Tiene usted muchas dudas sin respuestas? | | | | | |
| 3 | Usted no sabe si ha mejorado o empeorado | | | | | |
| 4 | No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad | | | | | |
| 5 | Las explicaciones que le dan parecen confusas | | | | | |
| 6 | La finalidad de cada tratamiento le es claro | | | | | |
| 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 continúan cambiando impredeciblemente? | | | | | |
| 10 | ¿Usted entiende todo lo que se le explica? | | | | | |
| 11 | ¿Los médicos dicen cosas que podrían tener mucho significado? | | | | | |
| 12 | ¿Usted puede predecir cuánto demorará su enfermedad? | | | | | |
| 13 | ¿Su tratamiento es complejo para entenderlo? | | | | | |

| N° | Preguntas | Indicador | | | | |
|----|---|-----------|---|---|---|----|
| | | 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? | | | | | |
| 15 | ¿Es difícil saber si los tratamientos le están ayudando? | | | | | |
| 16 | Debido a lo impredecible de su enfermedad ¿no puede planear su futuro? | | | | | |
| 17 | El curso de su enfermedad se mantiene | | | | | |
| 18 | Usted no sabe cómo se manejará después que deje el hospital | | | | | |
| 19 | Le han estado entregando diferentes opiniones acerca de cuál es su enfermedad | | | | | |
| 20 | Usted no tiene claro lo que está sucediendo | | | | | |
| 21 | Generalmente sabe si tendrá un buen o mal día | | | | | |
| 22 | Es claro para usted cuando se va a sentir mejor | | | | | |
| 23 | No le han dicho como tratar su enfermedad | | | | | |
| 24 | Es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo | | | | | |
| 25 | Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad | | | | | |
| 26 | Le entregan demasiada información que no puede decir cuál es la más importante | | | | | |
| 27 | Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad | | | | | |
| 28 | No le han dado un solo diagnóstico | | | | | |
| 29 | Su malestar físico es predecible, cuando usted está mejorando o empeorando | | | | | |

Anexo 3. Consentimiento informado

Sincelejo, DD MM AA

Con el presente documento se pretende informar a usted sobre el tipo de información que se recolectará, por lo que le solicitamos diligenciar con su puño y letra los siguientes espacios en blanco.

Yo _____ habitante de la ciudad de Sincelejo
____ ó Corozal ____ y con C.C. N° _____ de _____
manifiesto, se me ha explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la investigación: Incertidumbre en el adulto mayor hospitalizado con enfermedad crónica no transmisible. Sincelejo y Corozal.

Responda SI o NO en los espacios en blanco

He recibido información en un lenguaje claro y sencillo: Si___ No___

Fueron atendidas todas mis observaciones y preguntas al respecto: Si___ No___

También comprendo que sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar este consentimiento, por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance del procedimiento a realizar.

Por la presente autorizo al investigador para que se me efectuara las preguntas necesarias.

Firma del paciente _____ C.C: _____

He informado al paciente del propósito, naturaleza, y confidencialidad de la información

Investigador responsable _____ C.C: _____

Anexo 4. Autorización por Merle Mishel para uso de escala de incertidumbre frente a la enfermedad forma para el adulto en Colombia

Request Form: MUIS-Adult

I request permission to copy the Uncertainty in Illness Scale-Adult for use in my research entitled:

" UNCERTAINTY, QUALITY OF LIFE AND BODY IMAGE IN WOMEN WITH BREAST CANCER TREATED WITH MASTECTOMY "

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



Bogotá, 24 de Marzo de 2010 (signature)

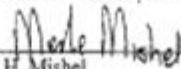
(date)

Positions and full address of Investigator

Docente Facultad de Salud Escuela de Enfermería Universidad del Valle
Estudiante de Doctorado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia
Carrera 118 N° 11 – 123 Condominio Villas de Pance. Ciudad Jardín. Cali – Valle del
Cauca . Colombia
Teléfono: 57 – 2 – 5558351
Celular: 3006116731 - 3174090042

EMAIL: maria_elena77@yahoo.com
maceme_01@hotmail.com

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

 3-25-10
Merle H. Mishel Date

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

Anexo 5. Tablas de resultados

Tabla 4. Niveles de incertidumbre del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible hospitalizado. Sincelejo y Corozal 2017.

| NIVEL DE INCERTIDUMBRE | N | Porcentaje % |
|-------------------------------|------------|---------------------|
| Alto | 98 | 69,0 % |
| Regular | 44 | 31,0 % |
| TOTAL | 142 | 100,0 % |

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 5. Características sociodemográficas del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible hospitalizado. Sincelejo y Corozal 2017.

| EDAD | N | Porcentaje % |
|------------------------|----------|---------------------|
| 65-74 | 71 | 50,0 % |
| 75-89 | 62 | 43,7 % |
| 90 o más | 9 | 6,3 % |
| GENERO | | |
| Femenino | 82 | 57,7 % |
| Masculino | 60 | 42,3 % |
| ESTADO CIVIL | | |
| Soltero | 25 | 17,6 % |
| Casado | 52 | 36,6 % |
| Unión Libre | 24 | 16,9 % |
| Viudo | 40 | 28,2 % |
| Divorciado | 1 | 0,7 % |
| NIVEL EDUCATIVO | | |
| Primaria incompleta | 37 | 26,1 % |
| Primaria completa | 37 | 26,1 % |
| Secundaria incompleta | 12 | 8,5 % |
| Secundaria completa | 15 | 10,6 % |
| Técnico o Tecnólogo | 2 | 1,4 % |
| Universitario | 5 | 3,5 % |
| Ninguno | 34 | 23,9 % |
| OCUPACIÓN | | |

| | | |
|------------------------------|------------|----------------|
| Empleado | 2 | 1,4 % |
| Trabajador independiente | 16 | 11,3 % |
| Pensionado | 37 | 26,1 % |
| Ama de casa | 37 | 26,1 % |
| Sacerdote | 1 | 0,7 % |
| Ninguna | 49 | 34,5 % |
| ESTRATO SOCIAL | | |
| 1 | 106 | 74,6 % |
| 2 | 29 | 20,4 % |
| 3 | 3 | 2,1 % |
| 4 | 4 | 2,8 % |
| PROCEDENCIA | | |
| Rural | 66 | 46,5 % |
| Urbana | 76 | 53,5 % |
| SEGURIDAD SOCIAL | | |
| Contributivo | 24 | 16,9 % |
| Subsidiado | 113 | 79,6 % |
| Vinculado | 3 | 2,1 % |
| Régimen Especial | 2 | 1,4 % |
| COMPOSICIÓN DEL HOGAR | | |
| Unipersonal | 25 | 17,6 % |
| Monoparental | 5 | 3,5 % |
| Nuclear | 83 | 58,5 % |
| Familia Extensa | 29 | 20,4 % |
| PERSONAS A CARGO | | |
| Si | 21 | 14,8 % |
| No | 121 | 85,2 % |
| Total | 142 | 100,0 % |

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 6. Tipos de enfermedad crónica y afectación del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible hospitalizado 2017.

| TIPO DE ENFERMEDAD | N | Porcentaje % |
|---------------------------|----------|---------------------|
| Cardiovascular | 101 | 71,1 % |
| Respiratoria | 20 | 14,1 % |
| Metabólica | 14 | 9,9 % |
| Renal | 3 | 2,1 % |
| Neoplásica | 3 | 2,1 % |
| Otras | 1 | 0,7 % |

| | | |
|--|----|--------|
| CARDIOVASCULAR | | |
| Hipertensión arterial | 96 | 67,6 % |
| Enfermedad cerebro vascular | 5 | 3,5 % |
| RESPIRATORIA | | |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC | 20 | 14,1 % |
| METABÓLICA | | |
| Diabetes Mellitus Tipo 2 | 14 | 9,9 % |
| RENAL | | |
| Insuficiencia Renal Crónica | 3 | 2,1 % |
| NEOPLÁSICA | | |
| Cáncer hepático | 1 | 0,7 % |
| Cáncer pulmonar | 2 | 1,4 % |
| OTRAS | | |
| Osteoporosis | 1 | 0,7 % |
| CUÁNTAS ECNT PADECE | | |
| 1 | 72 | 50,7 % |
| 2 | 61 | 43 % |
| 3 | 9 | 6,3 % |
| TIEMPO DE PADECIMIENTO | | |
| Menos de 1 año | 50 | 35,2 % |
| Más de 1 año | 92 | 64,8 % |
| MOVILIZACION EN LA ESTANCIA | | |
| Deambula solo | 73 | 51,4 % |
| Deambula con ayuda | 57 | 40,1 % |
| No deambula | 12 | 8,5 % |
| ALTERACIONES EN LA ESTANCIA | | |
| Trastornos del sueño | 89 | 62,7 % |
| Aislamiento social | 22 | 15,5 % |
| Perdida autonomía | 9 | 6,3 % |
| Limitaciones funcionales | 7 | 4,9 % |
| Resistencia a tratamientos | 2 | 1,4 % |
| Ninguna | 12 | 8,5 % |
| Otras | 1 | 0,7 % |
| ALTERACIONES QUE PADECE | | |
| 1 | 55 | 38,7 % |
| 2 | 34 | 23,9 % |
| 3 | 24 | 16,9 % |

| | | |
|---|------------|----------------|
| 4 | 17 | 12 % |
| Ninguna | 12 | 8,5 % |
| Total | 142 | 100,0 % |
| Promedio de días de estancia es: 7,5 días | | |

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 7. Nivel de incertidumbre del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible hospitalizado, de acuerdo a los antecedentes de la incertidumbre. Sincelejo y Corozal 2017.

| Antecedente de la incertidumbre | Nivel de incertidumbre | N | Porcentaje % |
|---------------------------------|------------------------|------------|----------------|
| Marco de estímulos | Regular | 46 | 32,4% |
| | Alto | 96 | 67,6 % |
| Capacidades cognitivas | Bajo | 2 | 1,4% |
| | Regular | 31 | 21,8% |
| | Alto | 109 | 76,8% |
| Fuentes de estructuras | Bajo | 6 | 4,2% |
| | Regular | 48 | 33,8% |
| | Alto | 88 | 62,0% |
| Total | | 142 | 100,0 % |

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 8. Frecuencia de respuesta a los ítems relacionados con el Marco de Estímulos de los pacientes encuestados

| N° | Preguntas | MA | % | A | % | I | % | D | % | MD | % |
|----|---|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| 1 | ¿Usted no conoce cuál es su enfermedad? | 11 | 7,7% | 47 | 33,1% | 20 | 14,1% | 27 | 19,0% | 37 | 26,1% |
| 2 | ¿Tiene usted muchas dudas sin respuestas? | 12 | 8,5% | 35 | 24,6% | 26 | 18,3% | 46 | 32,4% | 23 | 16,2% |
| 3 | Usted no sabe si ha mejorado o empeorado | 20 | 14,1% | 32 | 22,5% | 27 | 19,0% | 30 | 21,1% | 33 | 23,2% |
| 4 | No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad | 22 | 15,5% | 30 | 21,1% | 25 | 17,6% | 36 | 25,4% | 29 | 20,4% |
| 7 | Cuando usted tiene dolor ¿sabe lo que significa para su condición de salud? | 2 | 1,4% | 6 | 4,2% | 45 | 31,7% | 49 | 34,5% | 40 | 28,2% |
| 8 | ¿Usted no sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento? | 2 | 1,4% | 21 | 14,8% | 46 | 32,4% | 40 | 28,2% | 33 | 23,2% |
| 9 | ¿Sus síntomas continúan cambiando impredeciblemente? | 5 | 3,5% | 30 | 21,1% | 19 | 13,4% | 40 | 28,2% | 48 | 33,8% |

| N° | Preguntas | MA | % | A | % | I | % | D | % | MD | % |
|----|---|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| 12 | ¿Usted puede predecir cuánto demorará su enfermedad? | 8 | 5,6% | 30 | 21,1% | 45 | 31,7% | 35 | 24,6% | 24 | 16,9% |
| 15 | ¿Es difícil saber si los tratamientos le están ayudando? | 19 | 13,4% | 40 | 28,2% | 26 | 18,3% | 24 | 16,9% | 33 | 23,2% |
| 16 | Debido a lo impredecible de su enfermedad ¿no puede planear su futuro? | 3 | 2,1% | 14 | 9,9% | 45 | 31,7% | 41 | 28,9% | 39 | 27,5% |
| 17 | El curso de su enfermedad se mantiene | 1 | 0,7% | 15 | 10,6% | 31 | 21,8% | 70 | 49,3% | 25 | 17,6% |
| 18 | Usted no sabe cómo se manejará después que deje el hospital | 13 | 9, %2 | 30 | 21,1% | 25 | 17,6% | 35 | 24,6% | 39 | 27,5% |
| 20 | Usted no tiene claro lo que está sucediendo | 13 | 9, %2 | 31 | 21,8% | 35 | 24,6% | 40 | 28,2% | 23 | 16,2% |
| 21 | Generalmente sabe si tendrá un buen o mal día | 1 | 0,7% | 8 | 5,6% | 63 | 44,4% | 37 | 26,1% | 33 | 23,2% |
| 22 | Es claro para usted cuando se va a sentir mejor | 2 | 1,4% | 17 | 12,0% | 64 | 45,1% | 33 | 23,2% | 26 | 18,3% |
| 24 | Es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo | 5 | 3,5% | 15 | 10,6% | 49 | 34,5% | 36 | 25,4% | 37 | 26,1% |
| 25 | Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad | 4 | 2,8% | 28 | 19,7% | 41 | 28,9% | 46 | 32,4% | 23 | 16,2% |
| 29 | Su malestar físico es predecible, cuando usted está mejorando o empeorando | 10 | 7,0% | 5 | 3,5% | 34 | 23,9% | 41 | 28,9% | 52 | 36,6% |

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 9. Frecuencia de respuesta a los ítems relacionados con las Capacidades Cognitivas de los pacientes encuestados

| N° | Preguntas | MA | % | A | % | I | % | D | % | MD | % |
|----|---|----|------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| 5 | Las explicaciones que le dan parecen confusas | 11 | 7,7% | 35 | 24,6% | 26 | 18,3% | 36 | 25,4% | 34 | 23,9% |
| 6 | La finalidad de cada tratamiento le es claro | 4 | 2,8% | 17 | 12,0% | 23 | 16,2% | 40 | 28,2% | 58 | 40,8% |
| 10 | ¿Usted entiende todo lo que se le explica? | 5 | 3,5% | 14 | 9,9% | 30 | 21,1% | 46 | 32,4% | 47 | 33,1% |
| 13 | ¿Su tratamiento es complejo para entenderlo? | 9 | 6,3% | 29 | 20,4% | 30 | 21,1% | 43 | 30,3% | 31 | 21,8% |

| N° | Preguntas | MA | % | A | % | I | % | D | % | MD | % |
|----|--|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| 26 | Le entregan demasiada información que no puede decir cuál es la más importante | 16 | 11,3% | 24 | 16,9% | 32 | 22,5% | 45 | 31,7% | 25 | 17,6% |

Fuente: Datos de las encuestas

Tabla 10. Frecuencia de respuesta a los ítems relacionados con la Fuentes de la Estructura de los pacientes encuestados

| N° | Preguntas | MA | % | A | % | I | % | D | % | MD | % |
|----|---|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| 11 | ¿Los médicos dicen cosas que podrían tener mucho significado? | 5 | 3,5% | 19 | 13,4% | 37 | 26,1% | 41 | 28,9% | 40 | 28,2% |
| 14 | De acuerdo con el equipo de salud que le brinda la atención, ¿no es claro quién es responsable de su salud? | 8 | 5,6% | 28 | 19,7% | 20 | 14,1% | 35 | 24,6% | 51 | 35,9% |
| 19 | Le han estado entregando diferentes opiniones acerca de cuál es su enfermedad | 21 | 14,8% | 28 | 19,7% | 28 | 19,7% | 38 | 26,8% | 27 | 19,0% |
| 23 | No le han dicho como tratar su enfermedad | 15 | 10,6% | 42 | 29,6% | 21 | 14,8% | 34 | 23,9% | 30 | 21,1% |
| 27 | Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad | 7 | 4,9% | 11 | 7,7% | 31 | 21,8% | 40 | 28,2% | 53 | 37,3% |
| 28 | No le han dado un solo diagnóstico | 20 | 14,1% | 39 | 27,5% | 25 | 17,6% | 39 | 27,5% | 19 | 13,4% |

Fuente: Datos de las encuestas