

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y NIVEL DE
INCERTIDUMBRE EN ADULTOS CON TRATAMIENTO
AMBULATORIO DE HEMODIÁLISIS DE UNA CLÍNICA
PRIVADA DESDE LA TEORÍA DE MISHEL. CHICLAYO 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR: Bach. Stefany Noemi Clavo Bonilla

17 de Septiembre de 2018

**FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y NIVEL DE
INCERTIDUMBRE EN ADULTOS CON TRATAMIENTO
AMBULATORIO DE HEMODIÁLISIS DE UNA CLÍNICA
PRIVADA DESDE LA TEORÍA DE MISHEL. CHICLAYO 2017**

POR:

Bach. Stefany Noemi Clavo Bonilla

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio
de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Francisca Constantino Facundo
PRESIDENTA

Mgtr. Angélica Zevallos Policarpio
SECRETARIA

Mgtr. Iliana del Rosario Muro Exebio
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios Por darme vida y fortaleza para enfrentar cada obstáculo del camino. A mis padres porque siempre estuvieron a mi lado brindándome su amor, apoyo, consejos, comprensión en los momentos difíciles, por apostar por mi futuro y creer en mí, con mucho amor y cariño les dedico todo mi esfuerzo en reconocimiento a todo el sacrificio que hicieron.

A mi hermana por darme la alegría y fortaleza de seguir siempre adelante; por sus palabras de aliento y apoyo que siempre me brindó día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

Stefany Noemi

AGRADECIMIENTO

A los adultos con tratamiento de hemodiálisis de la Clínica Nefrolab por su participación de manera voluntaria en la presente investigación, por su apoyo y tiempo.

Agradecer sinceramente a mi asesora Mgtr. Iliana del Rosario Muro, quien con su conocimiento, experiencia profesional y asesoría facilitó la realización y culminación de la presente investigación, siempre con ese optimismo y paciencia que la caracteriza.

A los miembros del jurado: Mgtr. Francisca Constantino Facundo y Mgtr. Angélica Zevallos Policarpio por sus valiosos aportes.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA	13
2.1. Antecedentes del problema	13
2.2. Bases teórico-científicas	14
III. MARCO METODOLÓGICO	32
3.1. Tipo de investigación	32
3.2. Diseño de investigación	32
3.3. Población muestra y muestreo	32
3.4. Criterios de selección	32
2.5. Operacionalización de variables	33
3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos	36
3.7. Procedimiento	38
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	38
3.9. Matriz de consistencia	39
3.10. Consideraciones éticas	40
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
V. CONCLUSIONES	57
VI. RECOMENDACIONES	58
VII. LISTA DE REFERENCIAS	59
VIII. ANEXOS	65

RESUMEN

En la clínica Nefrolat se atienden adultos de 20 a 80 años, en tratamiento de hemodiálisis de 1 a 27 meses, durante el proceso de su enfermedad tienen que responder no solo a una nueva situación física, sino a la adaptación psicológica y social, partiendo de esta remisa se planteó el presente estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores socioeconómicos y el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica en adultos de una clínica privada desde la teoría de Mishel, de tipo cuantitativo correlacional. Muestra censal estuvo conformada por 85 adultos seleccionadas por una muestra censal. La información se recolectó mediante el Cuestionario “la Escala de la Incertidumbre de Mishel versión comunitaria”. Se aplicó una muestra piloto para probar la confiabilidad del instrumento, siendo el Alfa de Cronbrach 0.730; posteriormente para determinar la relación entre los factores socio económico y nivel de incertidumbre se utilizó Coeficiente de Correlación de Pearson en las variables continuas y la Correlación de Sperman para variables ordinales. Los resultados obtenidos mostraron que 2.4% de los adultos presentan un nivel alto de incertidumbre, 37.6 % presentan un nivel moderado y 20 % un nivel bajo. La incertidumbre tuvo una asociación estadísticamente significativa con los factores sociodemográficos sexo ($p=0.007$), prácticas religiosas ($p=0.028$) y tiempo de tratamiento ($p=0.026$). Se llegó a la conclusión que si existe una correlación estadísticamente Significativo entre la variable incertidumbre sexo, prácticas religiosas y tiempo de tratamiento.

Palabras clave: Nivel de incertidumbre, enfermedad renal, adulto, factores socioeconómicos.

ABSTRACT

At the Nefrolat clinic, adults from 20 to 80 years of age are treated in hemodialysis treatment from 1 to 27 months, who during the process of their illness have to respond, not only to a new physical situation, but also to psychological and social adaptation, however, it is common to hear comments that in this situation there is a feeling of helplessness and sadness, questions such as: How long will I need this treatment? How much life do I have? Can I work? How can I take care of my family?, uncertainties, need for balance sheets and reconciliations, hope, desire to express wills; all this is something that can not be left aside, based on this remiss was the present study that aimed to determine the relationship between socioeconomic factors and the level of uncertainty against chronic kidney disease in adults of a private clinic from the Mishel's theory, of a correlational quantitative type. The present investigation consisted of 85 adults selected by a census sample. The information was collected through the "Mishel Uncertainty Scale Community Version" Questionnaire. A pilot sample was applied to test the reliability of the instrument, being the Alpha of Cronbrach 0.730. The data obtained were entered Microsoft Excel 2013 spreadsheet; Subsequently, to determine the relationship between socio-economic factors and level of uncertainty, Pearson's Correlation Coefficient was used in continuous variables such as age, treatment time and economic income, and the Sperman Correlation for ordinal variables as level of studies. The results obtained showed that 2.4% of adults have a high level of uncertainty, 37.6% have a moderate level and 20% have a low level. Conclusion There is a statistically significant correlation between the uncertainty variable sex, religious practices and treatment time.

Keywords: Level of uncertainty, kidney disease, adult, socioeconomic factors.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas con los cuales un sistema de salud se enfrenta, es el abandono o el incorrecto cumplimiento en los tratamientos prescritos por parte de las personas con enfermedad crónica. La falta de motivación y la falta de seguimiento de tratamiento constituyen probablemente la más importante causa de fracaso en las terapias conduciendo a disfunciones en el sistema de salud y en el aumento de la morbilidad y mortalidad. Estudios muestran que el individuo con enfermedad renal crónica tiene dificultad para seguir el tratamiento. La Enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad que consiste en el fallo del funcionamiento renal. Por ser los riñones órganos vitales, es necesario un tratamiento sustitutivo con diálisis o con un trasplante, para que la persona afectada pueda sobrevivir¹.

La ERC constituye un serio problema de salud pública global, afectando a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir, pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas. En España la asistencia en tratamiento renal sustitutivo (TRS) proporciona soporte terapéutico a 45.307 pacientes (1.023 pacientes por millón de población), de los cuales aproximadamente 20.745 están sometidos a hemodiálisis (HD). La diálisis peritoneal domiciliar se ofrece actualmente a alrededor del 12% de los pacientes en América Latina, la cifra supera el 30% en algunos países, pero en otros es aproximadamente del 6%. La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) promueve aumentar ese porcentaje al 20% para 2019 en cada país de la región².

A nivel mundial, la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en los mayores de 20 años es del 17%.³ Según el boletín de situación de salud de la Comisión Técnica de Vigilancia en Salud Y Sistemas de Información de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) la ERC se asocia causalmente a enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus 43% a 50%, y la hipertensión arterial 20% a 30%, ambas enfermedades con una tendencia creciente principalmente en los países en desarrollo, además se asocia al envejecimiento poblacional, a la obesidad y a otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida (hábito de fumar, nutrición inadecuada, sedentarismo y otros⁴).

Los informes de la Organización Mundial de la Salud muestran a la enfermedad renal en el número 12 de la lista de principales causas de muerte en el mundo. La ERC es una

patología que afecta actualmente a más de dos personas de cada 10.000. Aproximadamente cada año entran en programa de hemodiálisis entre 80 y 120 personas por millón de población². Centroamérica ha presentado durante las últimas dos décadas un desconcertante aumento de la ERC, causante de miles de muertes. De acuerdo a los datos disponibles, las tasas de mortalidad específica, en la región (y superiores a 10 muertes por 100,000) corresponden en orden decreciente a Nicaragua 42.8%, El Salvador 41.9%, Perú 19.1%, Guatemala 13,6% y Panamá 12.3%. En Cuba, se reporta una mortalidad de 99 a 132.8 por millón de habitantes⁴.

Los grandes cambios que se producen en el enfermo renal crónico afectan de forma considerable sus actividades diarias sintiéndose incapaces de predecir, controlar u obtener lo que se desea; pueden presentar dificultad para dormir, pueden experimentar ansiedad y depresión en diferentes grados, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la ERC y al tratamiento; la depresión en pacientes renales aumenta en 84% las probabilidades de suicidio en comparación con la población general de EE.UU ⁸.

En nuestro país Loza afirma que, de acuerdo al Instituto Estatal de Estadística e Informática (INEI), la población cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) del Ministerio de Salud (MINSa) sería de 9490 pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 5 y solo un aproximado de 1500 pacientes en esta fase terminal estaría recibiendo alguna terapia de reemplazo renal (TRR). Por tanto, existiría una brecha estimada de 7990 pacientes que no tienen acceso a cualquier modalidad de terapia dialítica⁵.

La tasa de prevalencia de pacientes en cualquier modalidad de TRR se ha incrementado desde 1992 al 2008 pasando de una tasa estimada de 122 pmp hasta 266 pmp (Por millón de población). Luego de recolectar información desde junio 2014 hasta junio de 2015 se pudo obtener información confiable y precisa; así, la prevalencia de TRR por millón de población en el Perú fue de 415 pmp; la tasa en EsSalud fue de 942 pmp y la del MINSa fue de 101 pmp. En el período de recolección de la información, se ha registrado un total de 12 773 pacientes, el 78,5% recibía tratamiento en EsSalud, 16,0% reciben tratamiento en el MINSa, 5,3% en las Fuerzas Armadas y solo 0,2% en forma privada. Se sobrentiende que estos pacientes son financiados por estas instituciones y solo un 0,22% son autofinanciados⁶.

Los factores que intervienen en la incertidumbre son; los costes sanitarios, sociales y personales de IRCT, que lo convierten en un problema sanitario de especial relevancia por su

magnitud. Los pacientes en tratamiento con diálisis, tienen que responder, no solo a una nueva situación física, sino a demandas de adaptación psicológica y social, en función de los cambios producidos por la enfermedad y secundariamente, por el tratamiento de la misma.

La adhesión al tratamiento, la dieta, los fármacos, los cuidados de la fístula arteriovenosa o del catéter etc., además de los altibajos en el estado de salud, son una fuente de estrés en el enfermo renal. Estas circunstancias pueden crear una sensación de incertidumbre en las personas, que induce al estrés psicológico, con el consiguiente impacto negativo sobre el tratamiento. Un alto grado de incertidumbre disminuye el uso de estrategias adecuadas para hacer frente a la situación, (como la búsqueda de información) y reduce los modos de afrontamiento intrapsíquico, (tales como la vigilancia y la prevención¹).

Las personas con enfermedad renal crónica, presentan durante el proceso de su enfermedad, una vivencia única de la misma, la cual depende mucho de su entorno familiar y social. Así mismo, mencionan que a lo largo de su tratamiento manifiestan características psicológicas tales como sentimientos de minusvalía, desesperanza, problemas de autoestima e imagen corporal, inseguridad, invalidez, ansiedad y angustia, las cuales surgen y son comunes en la mayoría de los pacientes⁵.

La experiencia de la enfermedad hace que surjan preguntas sobre el sentido de la vida, del sufrimiento y de la muerte. Uno de los aspectos que acompañan al ser humano ante una enfermedad crónica es la incertidumbre, un sentimiento que surge en momentos críticos de la vida del ser humano. En el caso de las enfermedades crónicas como la ERC, la persona enferma y su familia se sume en incertidumbre; son muchas las preguntas sin respuesta, se teme por la muerte. El sentimiento de incertidumbre si no se interviene a tiempo puede acelerar el progreso de la enfermedad, llevando al paciente a un deterioro psíquico - físico lo que produciría una muerte rápida e inminente¹.

Frente a la incertidumbre que aparece está el proceso de adaptación que se plantea como elemento importante en las emociones de las personas, involucra como protagonista principal al paciente y la familia, este proceso de adaptación previene como en toda enfermedad crónica, problemas subyacentes a la autoestima del paciente, la imagen corporal que construye y dificultades centradas a su relación cotidiana. La mayoría de las personas al enfrentarse con una enfermedad que podrá resultar ser su muerte, reacciona con un choque

casi siempre seguido de rabia y aún más si el tratamiento ERC es la hemodiálisis ya que el enfermo es totalmente dependiente de una máquina⁷.

En la clínica privada escenario de la presente investigación con frecuencia se observó que las personas con ERC que acudían para tratamiento de HD presentaban irritabilidad, rabia y agresión que se incrementaba debido a las limitaciones, frustraciones y pérdida de destrezas. Estas manifestaciones de alteración emocional con frecuencia se encontraban dirigidas hacia el personal de salud y la familia, y en los casos más extremos conllevaban a las personas a liberar su agresión de una manera intensa y exagerada. Sin embargo, había otros pacientes que manifiestan su agresión siendo vulnerables a la depresión.

De allí que con frecuencia se escuchaban expresiones por parte de los cuidadores o familiares respecto de estos pacientes, tales como: “se comporta como un niño”, “se ha vuelto egoísta”, “siempre está exigiendo”, “piensa que nadie le comprende”, “parece que sólo existe su enfermedad”, o por el contrario expresiones positivas, indicadoras de adaptación y ajuste a su situación: “a pesar de su enfermedad sigue trabajando”, “no permite que digamos que es un enfermo” o “da ánimos a los demás” que denotaban un desajuste del paciente frente a su enfermedad. Por otro también se escucharon Interrogantes en los pacientes como: ¿Cuánto tiempo voy a necesitar este tratamiento, ¿Cuánto tiempo de vida tengo?, ¿Puedo trabajar, ¿Cómo podré cuidar a mi familia?, incertidumbres, necesidad de balances y reconciliaciones, esperanza, deseos de expresar voluntades; todo esto es algo que no puede dejarse de lado.

La situación descrita nos indujo a plantear la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es la relación entre los factores socioeconómicos y el nivel de incertidumbre en adultos con tratamiento ambulatorio hemodiálisis en una clínica privada desde la teoría de Mishel, Chiclayo 2017? Cuyo objetivo general fue determinar la correlación entre los factores socioeconómicos y el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica en adultos en una clínica privada desde la teoría de Mishel. y como objetivos específicos: describir los factores socioeconómicos en adultos con enfermedad renal crónica de una clínica privada; determinar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica en adultos de una clínica privada.

La presente investigación se justificó puesto que la incertidumbre se considera el mayor factor estresante que afecta la adaptación a la enfermedad. En la práctica hospitalaria del cuidado enfermero suceden situaciones en las que la persona no siempre puede construir el

significado de lo que le pasa, por lo inesperada, por la magnitud del daño, por la sensación de amenaza, riesgo o temor. Se observa, además, que la persona ante esos hechos reacciona afrontando las circunstancias, evadiéndolas, huyendo, manifestando furia desenfrenada y agresión de todo tipo, minimizando las consecuencias, evitando el recuerdo, proyectando en otros su miedo; se agudiza la situación cuando la persona enfrenta una enfermedad crónica, viviendo incertidumbre como peligro; sin embargo, podría ser también una oportunidad si se le ayuda a desarrollar una nueva perspectiva de vida⁹.

De allí que el conocer el nivel de incertidumbre en el paciente con ERC resultará de suma importancia para que las enfermeras capacitadas en el área de nefrología reconozcan las difíciles situaciones que se presentan y puedan brindar una adecuada educación que incluya datos relevantes acerca de los cuidados que se deben tener en cuenta durante la vida diaria para reducir la ansiedad en estos pacientes ya que para las personas con ERC el tratamiento es una oportunidad para poder seguir en vida. Así mismo es importante investigar este tema porque aun algunos profesionales de la salud sólo se centran en el cuidado físico y procedimientos; y no le toman importancia a la parte emocional ya que un paciente con ERC necesita de una guía para el autocuidado porque se somete a un cambio de vida cotidiano y a un tratamiento por ello es importante disminuir la incertidumbre con una buena educación y cuidado emocional en estas personas¹⁰.

Por otra parte, desde la perspectiva de la investigadora la incertidumbre resulta un tema apasionante puesto que afecta mucho la salud de la persona y la familia; y es un aspecto negativo que se une a la tristeza y a un futuro incierto.

II. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA

2.1 ANTECEDENTES

No existen investigaciones propias del tema, pero se encontró algunos trabajos relacionados a la temática de estudio, que a continuación se detallan:

Triviño, Solano y Siles realizaron la investigación titulada Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia en España durante 2015, los resultados dan a conocer un elevado nivel de incertidumbre vinculado a la dificultad para hacer frente a los síntomas, incertidumbre ante el diagnóstico y la complejidad del tratamiento. Por otra parte, la capacidad de afrontamiento de la enfermedad se verá influida por el apoyo social, la relación con los profesionales de la salud y la búsqueda de ayuda e información acudiendo a las asociaciones de pacientes¹¹.

Torres realizó la investigación titulada Adaptación Transcultural de la escala de incertidumbre de Mishel, en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis en Jaen durante 2013, los resultados dan a conocer que existen una asociación estadísticamente significativa entre la incertidumbre, el sexo, el nivel de formación y las recaídas¹.

Brevis, Silva realizó la investigación titulada Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a unidad de cuidados intensivos en Chile durante 2011, los resultados dan a conocer que 67% de los familiares presentó un nivel de incertidumbre alto y un 33% presentó un bajo nivel de incertidumbre¹².

Gómez realizó la investigación titulada Espiritualidad e Incertidumbre ante la enfermedad en personas con Diabetes mellitus tipo 2 en Colombia durante 2010, los resultados dan a conocer que el coeficiente de correlación r fue de $-0,359$ ($p < 0,05$), lo cual indica que a mayor espiritualidad menor incertidumbre en los pacientes del presente estudio¹³.

Alves, Castro, Ribeiro, Faustino. realizaron la investigación titulada La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2 en Brasil durante 2007, los resultados dan a conocer que la globalidad de los pacientes presenta un bajo grado de incertidumbre, pero durante la sintomatología y en la situación de salud, en el pronóstico y tratamiento que los pacientes tienen mayores incertidumbres¹⁴.

Larios, Serrano, Arroyo realizaron la investigación titulada Algunos factores asociados con los niveles de incertidumbre en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Nefro-Salud en Chiclayo durante 2016, los resultados dan a conocer que 79% de pacientes tenía un nivel alto de incertidumbre, 17% de población tenía un nivel regular de incertidumbre, y, 4% un nivel bajo de incertidumbre¹⁵.

Bernuy, Uriarte realizó la investigación titulada Nivel de incertidumbre del familiar frente a la enfermedad. Unidad de shock trauma - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en Chiclayo durante 2014, los resultados dan a conocer que 68% de pacientes tenía un nivel regular de incertidumbre, 26% de población tenía un nivel bajo de incertidumbre, y, 6% un nivel alto de incertidumbre¹⁶.

1.2 BASE TEÓRICO-CIENTIFICAS

La incertidumbre de las personas adultas en tratamiento ambulatorio de hemodiálisis y los factores socio económico requieren de un marco de referencia, que explique científicamente la posición desde la que se analiza el problema.

Empezaremos por definir a la ERC como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $1,73 \text{ m}^2 < 60 \text{ ml/min/27}$, esto se relaciona por la reducción de la masa nefrónica desencadena una serie de cambios adaptativos en las nefronas restantes y a nivel glomerular se produce una disminución¹. Debido a esto, las funciones de depuración y regulación hidroelectrolítica no se realizan correctamente, acumulándose en la sangre sustancias tóxicas de deshecho, que en fases avanzadas de ERC da lugar a un estado conocido como Síndrome urémico¹⁷.

La etiología más frecuente eran las glomerulopatías primarias y las causas no definidas; mientras que, en las publicaciones más recientes resaltan la diabetes mellitus siendo responsable el 50 % ya que es una enfermedad crónica en donde no se produce suficiente insulina para ayudar a degradar la glucosa en la sangre, entonces las grandes cantidades de sangre actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del riñón. La hipertensión arterial es la segunda causa que favorece la ERC ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón. Otra causa de ERC incluye: Glomerulonefritis, un grupo de enfermedades que causan inflamación y daño a los filtros del riñón, lesiones directas en el riñón, infección renal e infecciones urinarias repetidas¹⁸.

La tasa de filtración glomerular (TFG) puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan TFG.

Al ir progresando de forma irreversible el deterioro de la nefrona, va disminuyendo la función renal y los productos terminales del metabolismo proteico van acumulándose en la sangre (azoemia). La hipótesis de la nefrona intacta establece que algunas nefronas permanecen intactas mientras otras se van destruyendo progresivamente, las intactas empiezan a trabajar al máximo para adaptarse a las mayores necesidades de filtrar la carga de solutos. Esta respuesta de adaptación permite mantener la función renal hasta que estén destruidas las tres cuartas partes de la nefrona¹.

Pero al hipertrofiarse las nefronas, éstas empiezan a perder su capacidad para concentrar la orina de forma adecuada y los túbulos empiezan también a perder su capacidad para reabsorber electrolitos, lo que puede hacer que la pérdida “salina” sea mayor y ello acentúe más la poliuria. Al ir avanzando la enfermedad, el organismo va siendo cada vez menos capaz de excretar los productos residuales y va apareciendo la uremia clínica¹⁹.

La aparición de una enfermedad grave impacta en una serie de cambios no sólo en el paciente mismo, sino en la relación con su familia y personas cercanas. La enfermedad se refleja como una ruptura en el equilibrio y saca al paciente de su zona de “confort”, más aún, ante una enfermedad crónica o terminal; se observa una sintomatología multifactorial, cambiante y resistencia a la aceptación del nuevo escenario.

La ERC afecta a muchos órganos y los sistemas corporales que son muy variados y pocas veces claros. Algunos pacientes no muestran síntomas por mucho tiempo sino hasta que el riñón funcione solo un 20%. Por ello se producen lesiones graves hasta que la persona sospeche que está enferma. La mayoría de manifestaciones son de índole general: debilidad, irritabilidad, dolor de cabeza, orinar constantemente durante la noche (nicturia), mareos, náuseas, vómitos, picazón en el cuerpo, falta de aire, fatiga y calambres²⁰.

A nivel de electrolitos el paciente tiende a retener sodio y potasio, lo que da lugar a un estado de saturación que se manifiesta en forma de edema, hipertensión arterial, posibilidad de insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar, la activación del sistema

reninaangiotensina-aldosterona puede acentuar el desequilibrio hídrico y la hipertensión. Algunos pacientes tienden a perder sodio lo que produce depleción acuosa e hipovolemia¹⁹.

A nivel endocrino un hallazgo frecuente en una ERC es la anemia. Su principal causa es la deficiencia en la producción de eritropoyetina (hormona sintetizada en el riñón y que promueve la formación de glóbulos rojos). A la anemia se asocian la dificultad para concentrarse mentalmente o falta de memoria, falta de energía para realizar actividades físicas. Aparece hipertensión arterial o se agrava en caso de ya existir, se encuentra en la mayoría de los pacientes con ERC, puede ser causa o también puede resultar como consecuencia de la retención de sodio y líquidos observada en la enfermedad¹⁸.

La ERC trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustituido, la diálisis, éste es un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre que sus distintas modalidades resulta un tratamiento que invade la calidad de vida del paciente y de la familia, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos²¹.

El tratamiento se empieza cuando el deterioro de la función renal se hace irreversible; la misma puede ser de dos tipos: diálisis peritoneal y hemodiálisis. La diálisis peritoneal (DP), es una de las opciones de tratamiento disponible para retirar los productos de desecho artificialmente y el exceso de líquido de la sangre cuando los riñones ya no funcionan adecuadamente.

El tratamiento HD consiste en dializar la sangre a través de una máquina: se hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. Es un proceso lento que se realiza conectando al enfermo a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 ó 3 veces por semana. Además, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos. Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la ERC y al tratamiento de HD. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro

dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la HD, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis¹⁸.

En la sesión de hemodiálisis, el enfermo pasa de una actitud activa a una más pasiva, haciéndose casi totalmente dependiente de la persona que lo atiende, además, por supuesto de la máquina. La cuestión de la dependencia es uno de los mayores problemas del enfermo renal en hemodiálisis y, mientras más se siente esa pasividad, aunque, inconscientemente, el paciente empieza a percibir que su control ahora está en las manos de extraños, las personas que asumieron su tratamiento, y que pasan a formar parte activa de su vida, mientras él tiene que aceptar esta nueva forma de vida, más pasiva²³.

Durante la HD, el individuo con ERC, está obligado a convivir diariamente con una enfermedad incurable que requiere de una forma de tratamiento dolorosa, de larga duración, junto con la evolución de la enfermedad y sus complicaciones, provoca una serie de daños en los estados de bienestar físico, mental, social, funcional, bienestar general y satisfacción del paciente, factores que se reflejan en su calidad de vida. Estos individuos llegan a presentar en su día a día limitaciones y frustraciones, prejuicios y cambios biopsicosociales que afectan a su calidad de vida alteración de la imagen corporal, del sueño, del humor, del peso, del apetito y del interés sexual, las restricciones dietéticas y agua, dificultades profesionales, así como cambios en las relaciones familiares²³.

Los pacientes renales deben enfrentar dos situaciones: la primera, deben recibir parte del tratamiento en unidades de diálisis en forma ambulatoria y continuar con otros cuidados como cumplimiento de la dieta indicada, administración de la medicación, control médico periódico, cuidados del acceso vascular, cuidados a tener en situaciones de urgencias, mantener una asistencia regular a su tratamiento dialítico, siendo los pacientes responsables de su propio autocuidado. La segunda es enfrentar los cambios y/o alteraciones en su salud como resultados de las complicaciones crónicas y clínicas muy variadas propias de la enfermedad que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del paciente con repercusión sobre sus capacidades físicas y cognitivas necesarias para realizar acciones de autocuidado durante las actividades de la vida cotidiana para satisfacer sus necesidades básicas y para hacer frente a la enfermedad²⁴.

La mayoría de las personas al enfrentarse con una enfermedad que podrá resultar ser su muerte, reaccionan con un choque casi siempre seguido de rabia. Se ven a sí mismas en la eminencia de ser interrumpidas antes de tiempo y esa es la sensación del paciente renal al ser conectado a una máquina de hemodiálisis. Este es un momento, fundamentalmente, ansioso para el enfermo: admitir la amenaza de muerte junto con la incertidumbre sobre su inevitabilidad. La incertidumbre es una experiencia bastante difícil de enfrentar para el psiquismo¹⁷.

El catéter de HD es un elemento de gran importancia para el paciente en HD, siempre presente ya que altera su imagen física. Pero supone algo más que eso, es fuente de vida, ya que supone el nexo de unión entre la persona y la máquina, y de su conservación y mantenimiento depende la supervivencia del paciente. Por eso el acceso vascular es otra fuente de incertidumbre para el paciente renal. En la relación del paciente con su FAV (fistula arteriovenosa) pueden aparecer comportamientos fóbicos incluso obsesivos. El constante flujo de sangre de la FAV, pueden llegar a que el paciente represente imaginariamente un “desgaste” corporal (la máquina me come), pero a su vez representa el buen funcionamiento de la máquina, de nuevo del amor al odio.¹

El temor a un funcionamiento defectuoso del acceso vascular, se anuda con el hecho de la dependencia externa permanente a la máquina, de los controles y de las personas que tienen a cargo su tratamiento (y por ende su supervivencia). Estos constituyen aspectos penosos que con angustia o con defensas psicológicas más o menos exitosas configuran un campo de sentido designado en mayor o menor medida por la minusvalía, la incertidumbre, la lucha o el desánimo, señales de duelos hechos, en elaboración, detenidos o por hacer.

El trastorno metabólico es causa habitual de disfunción orgánica cerebral, la encefalopatía metabólica es capaz de alterar los procesos mentales, comportamiento y funciones neurológicas. El diagnóstico debe considerarse siempre que se hayan producido cambios recientes y rápidos del comportamiento, pensamiento y la conciencia. Los primeros síntomas pueden ser: alteración de la memoria, especialmente de la memoria reciente y alteraciones de la orientación. Algunos pacientes se encuentran agitados, ansiosos, hiperactivos; otros se muestran tranquilos, ausentes, inactivos. Según avanza la encefalopatía, la confusión y el delirium dan paso a una disminución de las respuestas, estupor y finalmente la muerte.

Los trastornos inmunes constituyen desafíos terapéuticos y diagnósticos para los clínicos de la salud mental. Entre el 5 y el 50% de los pacientes que presentan alteraciones del sistema inmune tienen síntomas mentales en la presentación inicial y aproximadamente el 50% de los pacientes terminan mostrando manifestaciones neuropsiquiátricas. Los síntomas principales son depresión insomnio, labilidad emocional, nerviosismo y confusión. El tratamiento con corticoides induce otras complicaciones psiquiátricas como manía y psicosis.²⁴

La experiencia de la enfermedad hace que surjan preguntas sobre el sentido de la vida, del sufrimiento y de la muerte. Más allá de las condiciones físicas asociadas, las características psicológicas de las personas con ERC han resultado preocupantes para los profesionales de nefrología e incluso para los familiares de los propios enfermos. Con frecuencia, se escuchan expresiones con calificaciones negativas de su comportamiento, tales como: “se comporta como un niño”, “se ha vuelto egoísta”, “siempre está exigiendo”, “piensa que nadie le comprende”, “parece que sólo existe su enfermedad”, o por el contrario expresiones positivas, indicadoras de adaptación y ajuste a su situación: “a pesar de su enfermedad sigue trabajando”, “no permite que digamos que es un enfermo”. Sin duda, cada persona responde de un modo diferente y personal ante esta situación, con percepciones muy diferentes a las que pueden tener los profesionales sanitarios o los miembros de la familia¹.

Un aspecto que acompaña al ser humano en situaciones difíciles es la incertidumbre; ese no saber que depara el destino, ese dejar todo al azar, es uno de los sentimientos que surgen en momentos críticos de la vida del ser humano. En el caso de la ERC, la persona enferma y su familia se sumen en la incertidumbre; son muchas las preguntas sin respuesta, se teme por la muerte. Un aspecto que acentúa ese sentimiento de incertidumbre es que si no se interviene a tiempo esto puede acelerar el progreso de la enfermedad, llevando al paciente en un deterioro psíquico, físico lo que llevaría a una muerte rápida e inminente, ya que un alto grado de incertidumbre disminuye el uso de estrategias adecuadas para hacer frente a la situación, como la búsqueda de información, el manejo del tratamiento¹³.

Los grandes interrogantes, que permanecen pendientes de respuesta, son: ¿cuáles son las variables que afectan al bienestar de estos pacientes?, y, en definitiva, ¿cómo se les puede ayudar a vivir mejor? Uno de los objetivos de las enfermeras es contribuir a la adaptación y mejorar el afrontamiento de estas personas con respecto a su enfermedad. Merle Mishel

desarrolló en su teoría una escala de incertidumbre. Ha permitido la evaluación de diferentes intervenciones que han conseguido reducir la incertidumbre y mejorar el afrontamiento de muchos enfermos crónicos hacia su enfermedad¹.

Mishel define la incertidumbre como la incapacidad de la persona para determinar el significado de los eventos relacionados con su enfermedad. Esto ocurre en situaciones donde la persona tiene que tomar decisiones, pero es incapaz de predecir con exactitud sus consecuencias, debido a la escasez de información²⁶.

De acuerdo con Abbagnano, la certidumbre tiene dos significados: por un lado, seguridad subjetiva de la verdad de un conocimiento y, por el otro, es la garantía que un conocimiento ofrece sobre su verdad. Una síntesis de las tres definiciones de la palabra “incertidumbre” puede ser: tener duda sobre la garantía subjetiva que un conocimiento ofrece de su verdad²².

Por su parte Mishel relaciona la incertidumbre con la teoría enfermera y nos ofrece la siguiente definición: la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto haciendo imposible predecir los resultados, lógicamente todo ello producido por la falta de información y conocimiento¹⁶.

En el proceso de la incertidumbre en la adaptación a la enfermedad se han diferenciado fases, en las que el impacto parece ser diferente¹:

Etapas del inicio de la enfermedad: experiencia de los síntomas: La característica fundamental de esta fase es de incertidumbre como temor a lo desconocido y la falta de comprensión de la enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal, con experiencias similares a las que ocurren en las enfermedades agudas, se mantiene contacto con profesionales sanitarios, se acude con frecuencia al hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. El paciente, con frecuencia, espera que los síntomas desaparezcan o mejoren en un período breve de tiempo. Posteriormente, el nefrólogo informará al paciente de la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de la vida. En este momento el enfermo se centra en las manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como por el pronóstico y el malestar físico que le

acompaña. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos. A medida que pasan los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, iniciándose así el siguiente período¹.

Toma de conciencia, evaluación de la incertidumbre: En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento. Conociendo que su enfermedad es crónica, toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive; esto es, toma como referencia la valoración de los aquejados por una enfermedad crónica, como personas “minusválidas”, inferiores a la mayoría. Desde esta perspectiva el afectado empieza a percibirse como alguien que no puede tener proyectos, que no puede trabajar, que no puede mantener su papel en la familia, etc. En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones y con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar y social. Si se contempla la Teoría de la incertidumbre en esta etapa se evalúa la incertidumbre, mediante la inferencia y la ilusión, el paciente puede valorar la incertidumbre como un peligro o una oportunidad, entrando en la siguiente etapa¹.

Reflexión y Análisis. Gestión de la incertidumbre: Al experimentar las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, el paciente puede experimentar las limitaciones derivadas de la misma, pero también las capacidades que le permitirán continuar o iniciar hábitos agradables. Su estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado. Podría decirse que vive un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones como la ilusión, la evasión y el fatalismo se han relacionado con altos niveles de incertidumbre. La incertidumbre se relaciona con una disminución de la esperanza. Aquellos con más incertidumbre y menos esperanza experimentan estados de ánimo más negativos¹.

Readaptación: personal, social y familiar: Antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para dar respuesta a las exigencias planteadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos

recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado. Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida, que representa un nuevo sentido del orden de las cosas, que resulta de la integración de una continua incertidumbre en la estructura de un sí mismo, en la que se acepta esta como si se tratase de un elemento natural de la vida¹.

Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios, son estos los que tienen un riesgo elevado de desarrollar trastornos psicológicos. Los que permanecen en la segunda fase, corren el riesgo de marginación social, de dependencia y llegar a la pasividad general. Si la tercera fase no se supera, el individuo mantendrá una actitud de duda, con altibajos emocionales, relaciones familiares tensas. También pueden aparecer problemas de ansiedad, por la incertidumbre ante los cambios en sus hábitos y en sus condiciones físicas. La mayoría de las personas con ERC suelen pasar por estas fases, si bien la duración de cada una y los contenidos individuales pueden variar, todo ello por supuesto influirá en el efecto de la enfermedad y su tratamiento¹³.

La teoría de la incertidumbre explica cómo los pacientes procesan cognitivamente estímulos relacionados con la enfermedad y construyen un significado en estos eventos. La incertidumbre, o la incapacidad para estructurar el significado, puede desarrollarse si el paciente no forma un esquema cognitivo para los eventos de enfermedad. Un esquema cognitivo es la interpretación subjetiva del paciente de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. Como se puede ver en el marco de los estímulos, la capacidad cognitiva y los proveedores de estructuras preceden a la incertidumbre y ofrecen la información que procesa el paciente²⁶.

La teoría de Mishel se formuló con el objetivo de explicar la percepción de la incertidumbre en personas con enfermedad crónica, para tal efecto se organiza en tres temas principales: los antecedentes de la incertidumbre, el proceso de evaluación de la incertidumbre y hacer frente a la incertidumbre²⁶.

Los antecedentes de la incertidumbre comprenden: el marco de estímulos es decir la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona. Dentro de este marco podemos encontrar tres componentes: El patrón de síntomas que se refiere al grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para percibir que tienen un

patrón o configuración. Para formar un patrón de síntomas el paciente evalúa, su número, intensidad, frecuencia, duración y ubicación. Existen múltiples factores que pueden interferir con el proceso normal de evaluación de los síntomas, como las características de los estímulos, la precisión de la evaluación y la distinción de los síntomas. Para evaluar los síntomas, los pacientes evalúan su número, intensidad, frecuencia, duración y ubicación. Para generar una hipótesis, esta información sensorial se usa junto con información generalizada de su propia experiencia en enfermedades, cultura y red social, así como de profesionales de la salud. Múltiples factores pueden interferir con el proceso normal de evaluación de los síntomas, como las características de los estímulos, la precisión de la evaluación y la prominencia o la distinción de los síntomas. Cuando los síntomas se caracterizan por la inconsistencia en la intensidad, frecuencia, número, ubicación y / o duración, como ocurre en algunas enfermedades crónicas, un patrón no es discernible²⁶.

Los síntomas incoherentes no se pueden usar para medir confiablemente el estado de la enfermedad; por lo tanto, generan incertidumbre. Las enfermedades caracterizadas por remisiones y exacerbaciones, con bengalas que indican reaparición de los síntomas e interrupción del patrón de síntomas previo, se asocian con niveles elevados de incertidumbre²⁶.

La precisión de la percepción de los síntomas suele ser limitada debido a los sesgos perceptuales y cognitivos, como la atención selectiva y la excitación emocional. Mishel y Braden señalan que las emociones desempeñan un papel en la precisión con que los individuos escanean sus síntomas. Si una persona está deprimida o amenazada por una enfermedad, los síntomas de una enfermedad real o presunta pueden interpretarse como más graves de lo que realmente son. Además, una sensación de impotencia en torno a la causa o la persistencia de los síntomas puede dificultar discernir la gravedad del estado físico. Las evaluaciones de los síntomas también pueden ser difíciles porque los síntomas carecen de prominencia. Los síntomas deben ser lo suficientemente prominentes para incluirse en el patrón de síntomas. La ausencia de síntomas sobresalientes sin garantía de curación puede generar más incertidumbre que la existencia de síntomas. Distinguibilidad también afecta la evaluación de un patrón de síntomas. Para evaluar las características de cada síntoma, los pacientes deben ser capaces de diferenciar un síntoma de otro. En tratamientos como los que se dan para el cáncer, cuando los síntomas de la enfermedad se combinan con los síntomas generados por el tratamiento, la distinción de los síntomas se convierte en un problema²⁶.

Debido a la gran cantidad de sensaciones internas que son vagas, difusas y subjetivas, monitorear el cuerpo para identificar el patrón de síntomas es una actividad continua. Si los síntomas son consistentes, predecibles, destacados y distinguibles, entonces se puede identificar un patrón de síntomas y la incertidumbre será menor. Mishel y Braden encontró que la presencia de un patrón de síntomas fue un predictor significativo de menor incertidumbre entre las mujeres que se someten a tratamiento por cáncer ginecológico²⁶.

El segundo componente del marco de estímulos es la familiaridad del evento, se refiere a la naturaleza habitual o repetitiva de la estructura del entorno. La familiaridad de los eventos se desarrolla a lo largo del tiempo y a través de la experiencia en un entorno²⁶.

La familiaridad se genera a través de un mapa cognitivo basado en la experiencia con el medio ambiente. Los nuevos eventos están relacionados con el mapa cognitivo y, si se ajustan a la naturaleza general del conocimiento esquemático de los individuos, el evento se evalúa como familiar²⁶.

Los mapas cognitivos se generan a partir de la experiencia personal, los aportes culturales, las fuentes sociales y los profesionales de la salud. La información sobre la memoria del entorno en los mapas cognitivos permite a las personas detectar el rendimiento esperado en diversas circunstancias. Con la familiaridad del evento, se evita la incertidumbre²⁶.

En el entorno del cuidado de la salud, la novedad y la complejidad de los eventos impiden el desarrollo de la familiaridad del evento. Según Budner, la novedad indica una situación sustancialmente nueva en la que hay pocas señales familiares, como la primera admisión a un hospital o la iniciación de la quimioterapia, la radiación u otros tratamientos. La complejidad es una situación en la que hay un gran número de señales que deben tenerse en cuenta, por ejemplo, en un trabajo de diagnóstico²⁶.

Mishel descubrió que la complejidad y la novedad de los eventos que generan incertidumbre también pueden ocurrir en pacientes sometidos a pruebas de diagnóstico, como la cateterización cardíaca. Cuando el tratamiento es más rutinario y consistente, por ejemplo, un tratamiento médico o un tratamiento invasivo de rutina como la hemodiálisis, los eventos son familiares y están asociados con niveles más bajos de incertidumbre. La novedad parece ser el aspecto de la falta de familiaridad que genera incertidumbre y, a medida que disminuye la novedad, la incertidumbre disminuye. Cuanto más tiempo viven los pacientes con una

enfermedad, menos incertidumbre experimentan. Sin embargo, cuando la novedad no disminuye con el tiempo y el entorno de tratamiento permanece extraño y extraño, se evidencian niveles más altos de incertidumbre²⁶.

La congruencia del evento, es el tercer componente del marco de los estímulos, se refiere a la consistencia entre lo esperado y lo experimentado en los eventos relacionados con la enfermedad. La falta de congruencia entre las preguntas creadas esperadas y experimentadas con respecto a la previsibilidad y la estabilidad del evento genera incertidumbre principalmente en las expectativas de curación y efectividad del tratamiento²⁶.

La segunda variable de antecedentes de la incertidumbre en la teoría de Mishel se denomina capacidad cognitiva, se refiere a las capacidades de procesamiento de la información de las personas, cualquier mal funcionamiento fisiológico disminuirá estas habilidades y tendrá un impacto en la cognición. Las habilidades de procesamiento más susceptibles a la interrupción son aquellas que requieren recursos de atención. Las demandas sobre la capacidad de atención interrumpen el procesamiento de información de marco de estímulos, lo que provoca incertidumbre. La enfermedad física en sí misma es una atención potente que capta la distracción y puede reducir la cantidad total de atención que los individuos pueden dedicar a una tarea cognitiva. Los recursos atencionales también se reducen por el dolor, las drogas y el mal estado nutricional. Los estímulos internos como el dolor, la incomodidad, el peligro y eventos fisiológicos internos como la actividad del sistema nervioso autónomo pueden monopolizar la capacidad cognitiva y afectar la actividad de resolución de problemas²⁶.

Cuando el paciente percibe el entorno relacionado con la salud como un peligro, se reduce la eficacia cognitiva y se procesan menos señales. Las situaciones peligrosas tienden a aumentar el nivel de excitación, lo que a su vez enfoca la atención de los pacientes más estrechamente en los aspectos de la situación que se considera más importante. Restricciones en las capacidades cognitivas bajo estrés también afectan la función de la memoria. Cuando estos pacientes intentan recordar eventos, solo los más destacados serán accesibles, lo que debilita la capacidad de asociar estímulos entrantes con un esquema cognitivo preexistente²⁶.

Finalmente la tercera variable de antecedentes de la incertidumbre en la teoría de Mishel se denomina proveedores de estructura, son las fuentes de estructura, que representa los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos;

dentro de estas fuentes podemos encontrar la autoridad con credibilidad que se refiere al grado de confianza que la persona tiene con el personal sanitario que le atiende, y el apoyo social y educación que influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos¹³. Dentro de esta fuente podemos encontrar tres componentes: La educación tiene una relación indirecta y directa con la incertidumbre. En la relación indirecta, la educación puede ayudar a proporcionar una estructura a los eventos en el marco de los estímulos mediante la ampliación de una base de conocimiento de los pacientes con la que asociar estos eventos, proporcionando así significado y contexto. Cuando la educación se examina sola, es evidente el apoyo a su impacto directo sobre la incertidumbre, ya que aquellos que tienen una educación secundaria inferior demuestran niveles más altos de incertidumbre en la forma de mayor complejidad percibida con respecto al tratamiento y más dificultades para comprender el sistema de atención. Aquellos con más educación pueden modificar la incertidumbre más rápidamente que aquellos con menos educación. Las personas con menos educación parecen necesitar más tiempo para construir un significado para los eventos, y experimentan incertidumbre por períodos de tiempo más largos que las personas con más educación²⁶.

El segundo componente de los proveedores de estructura es el apoyo social, actúa para prevenir la incertidumbre en varias crisis de la vida al proporcionar retroalimentación sobre el significado de los eventos. La oportunidad de aclarar una situación a través del debate y la interacción de apoyo con otros aclara las contingencias y ayuda al paciente a formar un esquema cognitivo²⁶.

Los investigadores en apoyo social han encontrado que los sistemas de soporte tienen una influencia directa e indirecta sobre la incertidumbre. El resultado de la influencia directa es la modificación de tres tipos de incertidumbre: (a) la ambigüedad sobre el estado de la enfermedad, (b) la complejidad percibida en el tratamiento y (c) la imprevisibilidad del futuro. La influencia indirecta del apoyo social está en fortalecer la claridad del patrón de síntomas. Compartir información con personas en la red social ayuda a los pacientes en la evaluación de los síntomas²⁶.

La autoridad creíble, es el tercer componente de los proveedores de estructura, se refiere al grado de confianza y confianza. Indirectamente, la autoridad creíble influye en la incertidumbre por su asociación positiva con el marco de los estímulos. Una conciencia de los

síntomas, una creencia en la forma de la enfermera y un médico. Los pacientes a menudo hacen su evaluación de los síntomas y buscan la confirmación de los médicos y enfermeras²⁶.

Los proveedores de atención médica también comparten información sobre las manifestaciones de la enfermedad y el rendimiento del sistema de atención médica, lo que mejora la familiaridad con el evento. El contacto constante con los proveedores de atención médica hace posible un conjunto de expectativas sobre el comportamiento del cuidador y los componentes del entorno de tratamiento²⁶.

Los proveedores de atención médica también promueven la congruencia del evento. Johnson demostró que la provisión de información sensorial sobre la experiencia inminente del paciente puede influir en la estructura del esquema cognitivo. Se ha encontrado que la información sensorial reduce la respuesta emocional del paciente y la duración de la hospitalización²⁶.

A medida que aumenta el patrón de síntomas, la familiaridad del evento y la congruencia de eventos (marco de estímulos), disminuyen la incertidumbre. Los proveedores de estructuras (autoridad creíble, apoyo social y educación) disminuyen la incertidumbre directamente promoviendo la interpretación de los eventos e indirectamente fortaleciendo el marco de los estímulos²⁶.

La Teoría de la Incertidumbre considera al esquema cognitivo como la interpretación subjetiva que el paciente tiene de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. Es en este esquema cognitivo de la persona que la incertidumbre de la enfermedad tiene dos formas la ambigüedad y complejidad. La primera se refiere al estado de la enfermedad y falta de información, y complejidad con respecto al tratamiento y los sistemas de cuidado²⁹. También hace referencia aquellas señales sobre el estado de la enfermedad que son vagas y difusas¹. La segunda hace referencia a las indicaciones sobre el tratamiento y el sistema de atención son variadas y compleja²⁶.

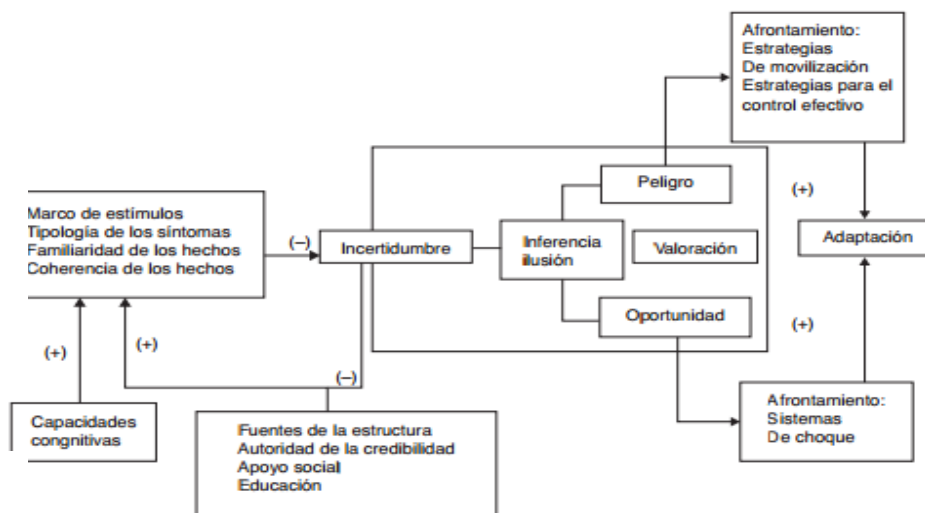
El segundo componente conceptual de modelo es la valoración. La experiencia de la incertidumbre es neutral; no es una experiencia deseada ni evitada, ni positivo ni negativo, hasta que el individuo la somete a valoración. La valoración de la incertidumbre consta de dos procesos: la inferencia y la ilusión. La inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre usando ejemplos relacionados que uno puede recordar y se basa en las disposiciones de la personalidad, la experiencia general, el conocimiento y las claves

contextuales. La inferencia basada en las disposiciones de la personalidad se refiere a las creencias generales sobre uno mismo y sobre la relación con el entorno. Tales disposiciones incluyen ingenio de aprendizaje, un sentido de dominio y lugar de control. Estas disposiciones se refieren a las creencias de las personas de que tienen las habilidades y el comportamiento para tratar con eficacia los principales acontecimientos de la vida. Sin embargo, para que el ingenio y el dominio aprendidos sean operativos, los eventos deben representarse objetivamente y deben corresponder a una experiencia pasada. En la enfermedad, los sucesos inciertos carecen de la claridad y la previsibilidad necesarias para la representación objetiva, y es posible que no correspondan al aprendizaje anterior. Por lo tanto, es probable que los eventos inciertos, evaluados por estas disposiciones de personalidad, se consideren difíciles de manejar y, de hecho, peligrosos²⁶.

La ilusión se define como las creencias construidas a partir de las creencias de incertidumbre que se ven en una luz particular con énfasis en sus aspectos favorables. Las ilusiones auto realzadoras no pueden construirse con certeza. Una vez que la situación es clara o cierta, es difícil o imposible redefinirla. La percepción de la incertidumbre proporciona la base sobre la cual se puede construir el significado ilusorio. Cuando las ilusiones se generan a partir de la incertidumbre, la incertidumbre se aprecia como una oportunidad²⁶.

La persona puede valorar la incertidumbre como un aspecto negativo (Peligro), que provoca consecuencias psicológicas como ansiedad, depresión, modo negativo en la calidad de vida, llevando al paciente a un déficit del auto cuidado. También se puede considerar a la incertidumbre como un aspecto positivo (oportunidad), es fruto de la ilusión, este se presenta cuando el paciente con enfermedad crónica tiene la capacidad de aceptar su enfermedad como parte de la realidad en que vive; es decir los eventos inciertos evaluados como una oportunidad implican resultados positivos y las estrategias de afrontamiento buscan implementar la incertidumbre; si estas son efectivas ocurre la adaptación²⁶.

El afrontamiento es la tercera idea que presenta el modelo original sobre la incertidumbre. 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, en cambio, la incertidumbre se observa como una oportunidad, el afrontamiento ofrece una especie de barrera con el fin de conservarla²⁶.



Mishel, M. Uncertainty in Illness: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.1998.

Para que la incertidumbre sea considerada oportunidad, el paciente con enfermedad crónica debe tener una capacidad cognitiva amplia, debe entender y conocer su enfermedad, así como la sintomatología y la probabilidad de alcanzar un buen estado de ánimo; además, confiar en los recursos sociales y en el personal médico²⁶.

A razón de esto es que se debe realizar un plan de cuidados previendo estas circunstancias, y realizando un acompañamiento, identificando cuando la evaluación se está enfocando hacia un peligro en lugar de oportunidad, además de fortalecer con acciones encaminadas a lograr siempre la adaptación de cualquier adversidad o evento que genere una nueva incertidumbre al núcleo familiar del enfermo. La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad brinda al profesional un sinnúmero de posibilidades de acción y ofrece la libertad de generar una gama de intervenciones enfocadas a la disminución del estrés provocado por la enfermedad, prestando atención a la multiplicidad de dimensiones que un individuo posee; esto suscita que las intervenciones tengan un carácter humanista, lo cual es parte de la esencia de nuestra profesión²⁶.

Mishel analiza la importancia de la adaptación transcultural, por lo que se considera esencial o de suma importancia la validación transcultural para determinar la fiabilidad y la validez del instrumento que mide un estado cognitivo como es la incertidumbre, que puede verse afectado por diferentes formas de ver la vida, influenciados por la cultura, que representa los valores, actitudes, creencias y estilos cognitivos de un individuo. La cultura es vista por algunos como el principal mediador para la definición de la realidad y la experiencia subjetiva. Por tanto, influye en la percepción, el comportamiento y las formas de responder a

la enfermedad. La adaptación al entorno cultural es fundamental para medir de una manera fiable la incertidumbre¹.

Los Factores sociodemográficos relacionados con la incertidumbre en pacientes con tratamiento de hemodiálisis producidos por la enfermedad y secundariamente, por el tratamiento son; la edad, los adultos mayores que son diagnosticados con ERC con tratamiento de hemodiálisis están sometidos a altos niveles de incertidumbre, ya que con el envejecimiento tienen cambios en el cerebro produciendo deterioro cognitivo, la dimensión que más contribuye a aumentar el nivel de incertidumbre que presentan los adultos mayores es el Marco de los Estímulos; Sexo, no existe una explicación clara de las diferencias entre sexos. Puede que en algunos casos se expliquen por las diferencias en importancia que tradicionalmente se atribuyen por ambos sexos a las actividades fuera y dentro del hogar: por ejemplo, Creemos que la mujer con IRC en tratamiento con hemodiálisis ve como la enfermedad afecta al papel que venía desempeñando en el mantenimiento del hogar y ello aumenta su incertidumbre¹.

El **nivel de estudios y situación socioeconómica**, los años de formación que recibe la persona también se relacionó con la incertidumbre, (a mayor formación menores niveles de incertidumbre) lo que viene a confirmar una de las afirmaciones teóricas de Mishel en la que reconoce la educación como parte de las fuentes de la estructura, al fomentar la interpretación de los hechos y fortalecer el marco de los estímulos²⁶.

La **Situación laboral**, los pacientes con tratamiento de diálisis que sigue trabajando es escaso, los factores que influyen en la situación laboral de los pacientes en diálisis y los clasifica en Propios del paciente (edad, nivel de educación, comorbilidad, personalidad, motivación y situación laboral prediálisis); Relacionados con la enfermedad renal crónica (tipo de diálisis, adecuación de diálisis, situación funcional física, estado percibido de salud); Relacionados con la diálisis (actitud positiva del personal, disponibilidad de asesoramiento laboral, flexibilidad de horario); Relacionados con el empleo (tipo de trabajo, flexibilidad de horario; discriminación de empleadores, ayudas sociales: incapacidad, jubilación anticipada, etc.)³³.

Tiempo de tratamiento, la dependencia entre el tiempo de enfermedad y la incertidumbre en las personas con ERC en tratamiento con HD se podría explicar porque en los primeros meses de tratamiento con HD la persona se encuentra en la primera etapa de la incertidumbre denominada por Mishel antecedentes en la que la persona elabora su marco de estímulos lo

que equivale decir la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe centrados en el patrón de síntomas, la familiaridad y congruencia con el evento. Si estos elementos no son bien estructurados por la persona se genera la incertidumbre²⁶, en esta primera etapa los conocimientos juegan un papel fundamental en la determinación de lo que la persona percibe. Es necesario el saber previo para poder interpretar los hechos que se van presentando. El reconocimiento o la interpretación preliminar de algo suponen su inserción en un marco conceptual preexistente, en un cuerpo de información relevante; si falta ese marco, el observador se encuentra en un callejón sin salida²⁹.

Las prácticas religiosas influyen en la incertidumbre de las personas con ERC en tratamiento sustitutivo con HD, debido a que uno de los elementos culturales de resistencia ante la incertidumbre de la vida cotidiana, son precisamente las creencias religiosas. Éstas ofrecen elementos de carácter simbólico con que se estructuran esquemas de percepción y acción, a partir de los cuales se construyen estrategias para enfrentar la incertidumbre. Por tanto, las creencias religiosas surgen de la reflexión y resistencia ante condiciones de vida adversas. Constituyéndose como un recurso antropológico que va más allá de meras expectativas. Surgen donde las necesidades de transformar las condiciones reales de existencia no encuentran otra salida que la que ofrece la religión³⁵.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue de tipo cuantitativo, ya que permite que haya claridad entre las variables de investigación que conforman el problema, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente dónde se inicia el problema, en qué dirección va³⁰. Por lo tanto, esta investigación permitió indagar de forma objetiva la correlación entre algunos factores socioeconómicos y nivel de incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica en adultos de una clínica privada desde la teoría de Mishel.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se utilizó en la presente investigación fue el diseño de correlación, debido a que permitió establecer la correlación entre los factores socio demográfico y la incertidumbre en las personas adultas con ER en tratamiento con HD.³⁰

3.3. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO

La población en la presente investigación estuvo conformada por 85 adultos de rango de edad 20 – 80 años que reciben en tratamiento de hemodiálisis en la clínica Nefrolabt. El tamaño de la muestra fue de tipo censal es decir se trabajó con toda la población 85 adultos.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

La selección de los integrantes de dicha muestra se realizó siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Dentro del criterio de inclusión se consideró adultos de 20 años – 80 años en tratamiento de hemodiálisis que acepten participar libremente en el estudio y pacientes en tratamiento de hemodiálisis de 1 y 2 años en la clínica y se excluyeron adultos que participen en la prueba piloto, personas con deterioro cognitivo, a los adultos que no respondieron el cuestionario en su totalidad o marcaron 2 reactivos en preguntas con respuesta única.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores Socioeconómicos	Los factores socio-económicos son las experiencias sociales y económicas y las realidades que ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida ¹ .	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. 	Edad	<ul style="list-style-type: none"> Adulto Mayor: 60 a más, Adulto Maduro: 30 a 59 años. Adulto Joven: 20 a 29 años. 	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> Género al que pertenece una persona. 	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino 	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> Tipo de educación que las personas hayan aprobado en la enseñanza formal. 	Nivel de Estudio	<ul style="list-style-type: none"> Primaria Completa / Incompleta Secundaria Completa / Incompleta Superior Técnico Superior Universitario 	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> Actividad principal remunerativa 	Situación Laboral	<ul style="list-style-type: none"> Independiente Dependiente No trabaja/No remunerado Dueño de una empresa 	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> Dinero que una familia puede disponer de un periodo determinado 	Ingreso Familiar Mensual	<ul style="list-style-type: none"> 500 – 1000 1100 – 2000 2100 – 3000 3100 – 4000 	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> Tiempo transcurrido a partir del tratamiento hasta 	Tiempo de diálisis	<ul style="list-style-type: none"> 1 año 2 años 	Ordinal

		el momento de la encuesta.			
		<ul style="list-style-type: none"> • Relación del hombre con el mundo sobrenatural, en particular con el ser superior denominado Dios 	Religión	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Adventista • Testigo de Jehová 	Nominal
Nivel de Incertidumbre	Nivel de incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. ¹⁶	Nivel de incertidumbre bajo: 20- 46 Moderado: 47 - 74 Alto: 75 – 100	Ambigüedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tengo muchas preguntas sin respuestas. 2. No sé con seguridad si mi enfermedad va mejor o peor. 3. Me preocupa tener dolores o síntomas desagradables. 4. Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas. 5. Entiendo para que y porque estoy recibiendo este tratamiento. 6. Mis síntomas continúan cambiando de un día para otro. 7. Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras. 8. Mi tratamiento es demasiado complicado para entenderlo. 9. Es difícil saber si el tratamiento que hago mejora mi enfermedad. 10. No puedo hacer planes para el futuro porque no sé como evolucionará mi enfermedad. 11. Mi enfermedad cambia por momentos, tengo días buenos y días malos. 12. Me han dado opiniones diferentes sobre mi enfermedad 	<p>Escala Lickert</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: no estoy de acuerdo en absoluto 2: no estoy de acuerdo 3: indeciso 4: de acuerdo 5: completamente de acuerdo

			Complejidad	<p>13. Desde que tengo esta enfermedad, no sé lo que me va a pasar.</p> <p>14. Los resultados de las pruebas se contradicen.</p> <p>15. Debido a mi tratamiento no sé cómo estaré mañana, ni lo que podré hacer.</p> <p>16. El tratamiento que recibo está demostrado que funciona.</p> <p>Los médicos y enfermeras utilizan un lenguaje sencillo para que pueda entender lo que están diciendo.</p>	
--	--	--	--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización de esta investigación se utilizó la técnica de la encuesta, y como instrumento “la Escala de la Incertidumbre de Mishel versión comunitaria”, que permitió recolectar información, por ser un instrumento fiable y válido para medir la incertidumbre. La aplicación del instrumento se realizó de manera personalizada manteniendo el anonimato.

Se utilizó como instrumento el cuestionario de Adaptación cultural de la escala e incertidumbre de Mishel en hemodiálisis que consta de dos partes; la primera concierne datos socio económico como: edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de tratamiento, situación laboral, ingreso familiar y práctica religiosa. La segunda parte está referida a las 2 dimensiones de la incertidumbre medidas a través del cuestionario Likert, que va del 1 al 5, (siendo: 5 completamente de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 indeciso, 2 no estoy de acuerdo, 1 no estoy de acuerdo en absoluto). Se obtuvo el resultado total de la escala sumando la puntuación de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor nivel de incertidumbre. La primera dimensión “Ambigüedad”, hizo referencia a aquellas señales sobre el estado de la enfermedad que son vagas y difusas. Comprende las primeras 12 preguntas. La segunda dimensión “Complejidad” las indicaciones sobre el tratamiento y el sistema de atención son variadas y complejas comprende las 5 últimas preguntas, se ha considerado para su evaluación la siguiente escala. La puntuación total de las dos dimensiones mencionadas anteriormente, considera, el puntaje mínimo de 20 puntos hasta un máximo de 100 puntos:

NIVEL DE INCERTIDUMBRE	PUNTAJE
Nivel bajo	20- 46
Nivel moderado	47- 74
Nivel Alto	75 – 100

El instrumento a utilizar en la presente investigación fue adaptado al español para lo cual se realizó un proceso de traducción – retro traducción, adaptación cultural y validación de contenidos esta versión adaptada se sometió a un panel de 11 expertos en enfermería nefrológica con más de 2 años de experiencia continuar con la validez de contenido y se siguieron dos etapas: validez de contenido cuantitativa mediante la fórmula de Lawshe y Análisis cualitativo de la validez de contenido y de la validez facial.

El análisis de la legibilidad mediante el Índice de Flesch – Szigriszt, para ello se utilizó el programa informático INFLESZ. El análisis de legibilidad evalúa la dificultad de lectura y comprensión del texto.

En el análisis factorial se comprobó que había 2 dimensiones o factores capaces de explicar el 36 % de varianza total: ambigüedad y complejidad. En cada factor se incluyeron los ítems con mayor saturación coincidiendo los ítems de este trabajo con los obtenidos por Mishel, a excepción del ítem 16 que encontramos en la dimensión de complejidad. Con el análisis factorial se retiraron 3 ítems no válidos.

Por tanto, la adaptación al español en población de hemodiálisis de la MUIS – C escala de incertidumbre de Mishel versión comunitaria consta de 2 dimensiones: ambigüedad y complejidad, con un total de 17 ítems.

Así mismo, la confiabilidad del instrumento fue realizada por el autor a través de α Cronbach obteniendo un resultado de 0.72, lo que representa un buen nivel de fiabilidad.

Validez, viene a ser la aplicabilidad de la investigación, es decir se describió en forma detallada y precisa el tratamiento de los resultados para que si otro investigador deseara reproducirlos a otros sujetos o contextos le resulte más fácil hacerlo.³⁰ El instrumento a utilizar en la presente investigación Escala de la incertidumbre: fue elaborado y validado por la Dra Mishel, y traducido al español por Mejía obteniendo la tercera versión de la escala.

Cuando se dispone de un instrumento ya diseñado y revisado por los expertos (es decir validado) está en condiciones de administrarlo, sin embargo no se ha demostrado su eficacia en condiciones reales, por ello antes de aplicarlo a la muestra seleccionada se realizó la prueba piloto a un pequeño grupo de personas con ERC en tratamiento de HD en la clínica María Auxiliadora teniendo cuidado de que presentaran características similares a la de la muestra del estudio, siendo aproximadamente 20 personas que no fueron incluidas en la muestra final, esto con la finalidad de probar su confiabilidad.³⁰ Para el efecto se empleó la prueba estadística Alfa de Crombrach, obteniendo como resultado 0.730 en lo cual se probó que el instrumento es confiable.

3.7. PROCEDIMIENTO

Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Ética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se procedió a solicitar el permiso respectivo a la clínica Nefrolab

portando la carta de presentación emitida por la universidad. Después de cumplir con los requisitos establecidos por la Dirección de la Clínica se nos concedió la autorización para el ingreso correspondiente. Posteriormente se hicieron las coordinaciones con la Enfermera Coordinadora del Servicio a fin de recibir las facilidades para aplicar el cuestionario a los pacientes.

En primer término se solicitó la relación de pacientes que cumplieran los criterios de selección establecidos, seguidamente se tuvo un primer contacto con cada paciente para explicar el objetivo de la investigación y en qué consistía su participación, con aquellas personas que accedieron participar se concertó de antemano el día y hora para la aplicación del cuestionario, procurando realizarla minutos antes de empezar el tratamiento. Cabe resaltar que el tiempo estimado para responder el cuestionario fue alrededor de 15 minutos y se desarrolló de manera individual.

Los datos obtenidos del cuestionario fueron ingresados en una base de datos en hoja de cálculo Microsoft Excel 2013, a partir de la cual se elaboraron tablas de una y doble entrada para la presentación de las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis de la información se utilizaron la estadística descriptiva e inferencial. Esta última se utilizó para determinar la relación entre los factores socio económico y nivel de incertidumbre, siendo el Coeficiente de Correlación de Pearson aplicado en las variables numéricas continuas como la edad, tiempo de tratamiento e Ingreso económico, y la Correlación de Spearman para variables ordinales como nivel de estudios. El valor de los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman puede variar de -1 a $+1$, y en donde cero indica no hay correlación. Si el valor de $p < 0.05$ se considera estáticamente significativa, es decir, Si el valor $p > 0.05$ no existe diferencia significativa.

3.8. Matriz de Consistencia

Problema	Objetivos	Variable	Hipótesis	Población	Diseño	Instrumento
¿Cuál es la relación entre los factores socioeconómicos y el nivel de incertidumbre en adultos con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis en una clínica privada desde la teoría de Mishel, Chiclayo 2017?	<p>Objetivo General:</p> <p>-Determinar la correlación entre los factores socioeconómicos y el nivel de incertidumbre en adultos con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis en una clínica privada desde la teoría de Mishel,</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>- Identificar los factores socioeconómicos en adultos con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis en una clínica privada desde la teoría de Mishel,</p> <p>-Determinar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad renal. crónica en adultos con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis en una clínica privada desde la teoría de Mishel,</p>	<p>-Variable independiente: Factores socioeconómicos</p> <p>--Variable dependiente: Nivel de Incertidumbre</p>	<p>- H0: Existe relación entre los factores socioeconómicos y nivel de incertidumbre.</p> <p>-H1: No existe relación entre los factores socioeconómicos y nivel de incertidumbre.</p>	<p>La población estuvo constituida por 85 pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento hemodialis en la clínica Nefrolabt</p>	<p>Tipo cuantitativo, correlacional.</p>	<p>Cuestionario o Likert Cuestionario de</p> <p>Adaptación cultural de la escala e incertidumbre de Mishel en hemodiálisis</p>

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el desarrollo de esta investigación, se tomó en cuenta los principios de la ética personalista³⁰, y fueron aplicados durante todo el proceso de investigación.

Principio el valor fundamental de la vida humana. El respeto a la vida, así como su defensa y promoción, tanto la ajena como la propia, representan el imperativo ético más importante del ser humano, es un valor absoluto que hay que respetar siempre, es único, irrepetible, insustituible e inviolable. En la investigación se respetó la dignidad de los sujetos en estudio en todo momento sin ningún tipo de prejuicios o discriminación, protegió en todo momento su identidad (anonimato), siendo cordiales.

La libertad y responsabilidad, indica que la persona ha de ser libre al tomar cualquier decisión que debe ser en base a un conocimiento racional de los hechos y desde su propia libertad. En esta investigación se respetó la libertad de cada persona si deseaba participar en la investigación y llenar el instrumento de recolección de datos o no.

La Subsidiaridad consiste en atender las necesidades de los demás sin sustituirles en su capacidad de decidir y actuar, esto implica que las instancias superiores como el estado, las instituciones y organizaciones, no deben suplantar, sino ayudar a las instancias inferiores: Individuos, familias, asociaciones.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

I. Describir los factores socioeconómicos en adultos con enfermedad renal crónica en la clínica Nefrolab

TABLA 1: FACTORES SOCIO ECONÓMICOS DE ADULTOS CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS AMBULATORIO - CLÍNICA PRIVADA. CHICLAYO, 2017.

Socioeconómicos	Nro. De pacientes	%
Edad		
De 18 - 38 años	24	28.2%
De 39 - 60 años	41	48.2%
De 61 - 81 años	20	23.5%
Sexo		
Femenino	45	52.9%
Masculino	40	47.1%
Tiempo de tratamiento		
De 1 - 8 meses	47	55.3%
De 9 - 16 meses	17	20.0%
De 17 - 24 meses	21	24.7%
Trabaja		
Si	39	45.9%
No	46	54.1%
Nivel de estudios		
Primaria completa	12	14.1%
Primaria incompleta	21	24.7%
Secundaria completa	25	29.4%
Secundaria Incompleta	11	12.9%
Superior técnico completa	9	10.6%
Superior universitaria completa	4	4.7%
Superior universitaria incompleta	3	3.5%
Ingresos económicos		
Menos de 500 soles	40	47.1%
De 501 - 1000 soles	36	42.4%
De 1001 - 2000 soles	9	10.6%
Religión que profesa		
Adventista	7	8.2%
Ateo	2	2.4%
Católica	51	60.0%
Evangélica	18	21.2%
Mormón	5	5.9%
Testigo de Jehová	2	2.4%
Total	85	100.0%

Fuente: Cuestionario de Mishel adaptada paciente con hemodiálisis.

II. Determinar el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica en adultos de una clínica privada.

TABLA 2: NIVEL DE INCERTIDUMBRE EN ADULTOS CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS AMBULATORIO - CLÍNICA PRIVADA CHICLAYO, 2017.

Nivel de Incertidumbre	Nro. De pacientes	%
Bajo	17	20.0%
Moderado	32	37.6%
Alto	36	42.4%
Total general	85	100.0%

Fuente: *Cuestionario de Mishel adaptada paciente con hemodiálisis.*

III. DESCRIBIR LA RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ADULTOS DE UNA CLÍNICA PRIVADA DESDE LA TEORÍA DE MISHEL.

TABLA 3: FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y NIVEL DE INCERTIDUMBRE EN ADULTOS CON TRATAMIENTO AMBULATORIO HEMODIÁLISIS DE UNA CLÍNICA PRIVADA LAMBAYEQUE – CHICLAYO, 2017

Sociodemográficas	Nivel de Incertidumbre						Total	Valor de p	
	Bajo		Moderado		Alto				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad									
De 18 - 38 años	13	15.3	8	9.4	3	3.5	24	28.2	0.069
De 39 - 60 años	4	4.7	12	14.1	25	29.4	41	48.2	
De 61 - 81 años		0.0	12	14.1	8	9.4	20	23.5	
Sexo									
Femenino	13	15.3	11	12.9	21	24.7	45	52.9	0.007
Masculino	4	4.7	21	24.7	15	17.6	40	47.1	
Tiempo de tratamiento									
De 1 - 8 meses	4	4.7	12	14.1	31	36.5	47	55.3	0.026
De 9 - 16 meses	6	7.1	11	12.9		0.0	17	20.0	
De 17 - 24 meses	7	8.2	9	10.6	5	5.9	21	24.7	
Ocupación									
Ama de casa	4	4.7	12	14.1	10	11.8	26	30.6	0.603
Independiente	5	5.9	10	11.8	14	16.5	29	34.1	
Dependiente	1	1.2	6	7.1	3	3.5	10	11.8	
Estudiante	3	3.5		0.0		0.0	3	3.5	
No trabaja	4	4.7	4	4.7	9	10.6	17	20.0	
Nivel de estudios									
Primaria completa		0.0	6	7.1	6	7.1	12	14.1	0.000
Primaria incompleta	2	2.4	5	5.9	14	16.5	21	24.7	
Secundaria completa	3	3.5	6	7.1	16	18.8	25	29.4	
Secundaria Incompleta	7	8.2	4	4.7		0.0	11	12.9	
Superior técnico completa	1	1.2	8	9.4		0.0	9	10.6	
Superior universitaria completa	1	1.2	3	3.5		0.0	4	4.7	
Superior universitaria incompleta	3	3.5		0.0		0.0	3	3.5	
Ingresos									
Menos de 500 soles	11	12.9	8	9.4	21	24.7	40	47.1	0.531
De 501 - 1000 soles	4	4.7	17	20.0	15	17.6	36	42.4	
De 1001 - 2000 soles	2	2.4	7	8.2		0.0	9	10.6	
Practica su religión									
Si	13	15.3	27	31.8	20	23.5	60	70.6	0.028
No	4	4.7	5	5.9	16	18.8	25	29.4	
Total	17	20.0	32	37.6	36	42.4	85	100.0	

Fuente: Cuestionario de Mishel adaptada paciente con hemodiálisis.

La incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona; por tanto, sus efectos aparecen condensados y, por último, se enfrentan a la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión y al desorden provocado por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.

Mishel propuso un modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad, 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 haciendo imposible predecir los resultados, lógicamente todo ello producido por la falta de información y conocimiento¹.

En la Tabla 1 se observa la distribución de los factores socio económicos de los adultos en tratamiento de hemodiálisis entrevistados, 53 % fueron mujeres y 47%, varones; 28.2% tuvo una edad entre 18 a 38 años, 48.2% de 39 a 60 años y 23.5 % de 61 a 81 años. 55.3% de adultos tuvieron de 1 a 8 meses en tratamiento de hemodiálisis; 24.7%, de 17 a 24 meses y 20 %, 9 a 16 meses. En cuanto a la situación laboral, 54.1 % no trabaja y 45.9 trabaja. 47 % de los adultos tuvieron un ingreso económico mensual menor de 500 soles; 42 %, 501 – 1000 soles y 11%, 1100 – 2000 soles. 60% profesa la Religión Católica; 21.2 %, Evangélica; 8.2 %, Adventista; 5.9%, Mormón; 2.4% Testigo de Jehová y 2.4 % se declaró ateo. 71% de los entrevistados refieren tener algún tipo de fe y 29 % no la practican.

En cuanto a los factores socio económicos de los adultos entrevistados se puede apreciar que existe predominio del sexo femenino (53%), al comparar estos resultados no se encontró similitud con los reportados por Torres en su estudio sobre Adaptación Transcultural de la escala de incertidumbre de Mishel, en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, quien describe que 56.9% de los pacientes fueron hombres y 43.1% fueron mujeres¹.

En cuanto a la edad, en la pacientes entrevistados predominó el grupo etario de 39 – 60 años denominado adulto maduro resultado ligeramente por debajo a los encontrado por Contreras y Espinosa en su estudio Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, quién representa una proporción de adultos maduros de 65%³⁰.

Uno de los factores relacionados con la enfermedad renal crónica es la edad avanzada, al respecto se puede afirmar que en las personas mayores la tasa de filtración glomerular va

disminuyendo como parte del proceso de envejecimiento del organismo, ya que esta etapa presentan una fragilidad aumentada, lo cual se refleja en los altos índices de dependencia y mayor comorbilidad, que incluye diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad arteriosclerótica de localización diversa, cardiopatías, con o sin insuficiencia cardiaca todos factores que condicionan en la ERC.⁴

A nivel mundial el incremento de la enfermedad renal crónica se basa fundamentalmente en población de edad avanzada siendo más del 50% de los pacientes de edades superiores a 40 años, ya que tienen alta prevalencia a las complicaciones cardiovasculares asociadas a la insuficiencia renal³⁰.

Por otro lado, en cuanto al nivel de estudios; 81.1 % de entrevistados alcanzaron grado de instrucción entre primaria y secundaria, al comparar estos resultados con los reportados por Rivera en su estudio Factores sociodemográficos y su relación con la calidad de vida y depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis se encontró que eran similares (81.67 %)²⁷.

La educación en salud, es una herramienta utilizada para prevenir la enfermedad y promover la vida. La educación permite mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica, patología que, en su etapa final requiere como tratamiento la hemodiálisis. Durante las horas que permanece el paciente al interior de los centros y/o unidades de diálisis, para recibir este tratamiento, las enfermeras y profesionales de la salud deben optimizar este momento para educar a los pacientes, en función de conseguir la mayor adherencia a su tratamiento. Su rol como educador y las estrategias educativas que realiza son claves para cumplir con los objetivos de la hemodiálisis. La educación es importante porque ayuda a tener conductas saludables y potencia las elecciones saludables para enfrentar más eficazmente problemas asociados con el dolor, estados emocionales y físicos.^{(15) (32)}

En cuanto a la situación laboral 54.1% de los adultos no estuvo trabajando al momento de la entrevista similares resultados reportó Rivera en su estudio Factores sociodemográficos y su relación con la calidad de vida y depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis (60 %)²⁷.

La capacidad para trabajar y la actividad laboral que se realiza son dimensiones incluidas en muchos de los cuestionarios de calidad de vida en paciente con ERC; varios estudios demuestran que el trabajo activo predice mejores niveles de calidad de vida en otras

dimensiones. El porcentaje de pacientes en tratamiento de diálisis que sigue trabajando es escaso, a pesar de que muchos de ellos reconocen ser capaces de hacerlo. Esta situación no sólo se debe al impacto de la enfermedad renal crónica y su tratamiento sino a diversos factores como; edad, nivel de educación, tipo de tratamiento, situación funcional física y disponibilidad de tiempo³³.

Otro factor que no pasa desapercibido es el ingreso económico, 47.1 % de los pacientes entrevistados tienen ingreso económico menor de 500 soles, a resultados similares reportó Rivera en su estudio Factores sociodemográficos y su relación con la calidad de vida y depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis quién obtuvo 49 % de pacientes con ingreso económico menor a 600 soles.

La falta de ingresos económicos de la población es uno de los causales de la falta de prevención primaria y secundaria de la enfermedad renal crónica e influiría negativamente en la sobrevida de los pacientes en hemodiálisis (HD) crónica. Los pacientes con tratamiento de hemodiálisis deben prevenir, evitar el desarrollo de sus complicaciones e imponer tratamiento oportuno y eficaz para poder lograr la supervivencia lo cual de manda gastos financieros. Para mantenerse con vida la persona con enfermedad renal crónica, los cuales debe someterse a tratamientos de sustitución renal no curativos, altamente invasivos y demandantes, implicando un alto costo físico, psicosocial y económico para él y su familia, ya que deben acompañarse de una dieta estricta, la toma de medicamentos diarios y exámenes mensuales. ^{(34) (35)}

En cuanto al tiempo de tratamiento, se encontró que 55.3% tienen de 1 a 8 meses de tratamiento en hemodiálisis resultados similares reportó Guerrero y Alvarado en su estudio sobre Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio quien describe que 60 % de los entrevistados tuvieron de 1 a 6 meses de tratamiento³⁶.

La etapa de inicio de la ERC, se caracteriza por la incertidumbre como temor a lo desconocido y la falta de comprensión de la enfermedad. En los primeros meses aun el paciente no se encuentra familiarizado con la enfermedad y tiende a experimentar cambios físicos y emocionales en su vida cotidiana. Se ha evidenciado que los pacientes en hemodiálisis que llevan más tiempo en tratamiento tienen mejores estrategias de afrontamiento del problema, de manejo de las emociones y la adherencia al tratamiento^{(1) (27)}.

En cuanto a las prácticas religiosas se observa un predominio de personas que refieren creer en Dios (97.3 %) resultado que se asemeja al encontrado por Torres en su estudio sobre Adaptación Transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, quien obtuvo en lo referente a las prácticas religiosas que 88.8% manifestaron creer en Dios¹.

Las creencias religiosas son aspecto relevante en las enfermedades crónicas, depende en gran medida la estabilidad física y emocional de los pacientes. La persona al enfrentarse a una cronicidad como condición de vida, presenta un aumento de vulnerabilidad a los síntomas de estrés, depresión, y ansiedad, y es común en los pacientes con este tipo de patologías el apego a creencias religiosas, que vienen a constituir una manera de afrontar con conformidad y esperanza el padecimiento, el temor a lo desconocido y al futuro incierto¹³.

A partir de lo antes expuesto se puede inferir en cuanto a los factores socioeconómicos de los pacientes con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis entrevistados son en su mayoría mujeres, adultas maduras, en tratamiento de hemodiálisis menor 8 meses, no desempeñan alguna ocupación, el nivel escolar alcanzado es entre primaria y secundaria, presentan un ingreso económico menor 500 soles, refieren creer en Dios independientemente del tipo de religión. Consecuentemente al ser adultas maduras tienen mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad arteriosclerótica de localización diversa, cardiopatías, con o sin insuficiencia cardiaca, que a su vez condicionan la aparición de ERC.

Al encontrarse en el estadio inicial de tratamiento se encuentran en una etapa caracterizada por un gran impacto en su vida cotidiana caracterizado por cambios físicos, emocionales, sociales, las restricciones dietéticas, del sueño, del humor, del peso, del apetito. El insuficiente ingreso económico los hace susceptibles a tener una calidad de vida baja puesto que el tratamiento sustitutivo es costoso y difícil de asumir, al tener un grado de instrucción bajo se dificulta su conocimiento, comprensión del diagnóstico y cumpliendo de indicaciones terapéuticas.

En la TABLA 2 se observa que 80 % de los adultos entrevistados presentan un nivel de incertidumbre entre alto y moderado; y 20%, un nivel bajo. Lo cual podría deberse a que la mayor proporción de pacientes con alto nivel de incertidumbre estuvo en la dimensión ambigüedad 72.9 %, así mismo la menor proporción de personas con incertidumbre baja

estuvo en la dimensión complejidad 37.6%. (Anexo3). Lo cual a su vez estaría explicado porque la mayoría de los entrevistados refieren estar de acuerdo en los ítems; Tengo muchas preguntas sin respuestas, no sé con seguridad si mi enfermedad va mejor o peor, las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas, los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras, mi tratamiento es demasiado complicado para entenderlo, los resultados de las pruebas se contradicen.(Anexo4)

Los resultados de la presente investigación difieren con los resultados encontrados por Larios, Serrano y Arroyo, en su investigación sobre algunos factores asociados con los niveles de incertidumbre en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, quienes describen 79 % de entrevistados con nivel alto de incertidumbre¹⁵.

Respecto a la incertidumbre, es propicio acotar que es la principal característica de las personas que reciben tratamiento de hemodiálisis respecto a diversos aspectos de su vida actual y futura como por ejemplo la dependencia de una máquina de diálisis y al personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares y en el aspecto físico y la situación laboral, entre otros³⁰.

La incertidumbre es definida desde la Teoría de Mishel como la inhabilidad de la persona para determinar el significado de los eventos relacionados con su enfermedad, y ocurre en situaciones donde debiendo tomar decisiones, es incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos ni de predecir con exactitud sus consecuencias debido todo a la escasez de información y conocimiento.¹ Por otro lado la incertidumbre vista como una amenaza fue identificada como el mayor factor de estrés psicológico individual para un paciente con una enfermedad grave o crónica¹⁰.

En la presente investigación se puede inferir que las adultas entrevistadas presentan en su mayoría incertidumbre moderado y alta, es decir están inhabilitados para determinar el significado de los eventos relacionados con la ERC que padecen, esto ocurre en situaciones donde debiendo tomar decisiones, son incapaces de hacerlo debido principalmente a la escasez de información y conocimiento. Así tenemos que desconocen si su enfermedad está mejorando o no, las explicaciones que les brinda les parecen confusas, no entienden lo que los médicos dicen, no comprende lo complicado del tratamiento. Consecuentemente tienen muchas preguntas sin respuesta, esta falta de conocimiento e información conduce a que la persona adulta no pueda valorar la situación que atraviesa y las consecuencias de las mismas

generando incertidumbre. La incertidumbre puede generar un gran estrés psicológico consecuentemente la probabilidad del uso de estrategias adecuadas para afrontarla es muy remota.

La teoría de Mishel se formuló con el objetivo de explicar la percepción de la incertidumbre en personas con enfermedad crónica, para tal efecto se organiza en tres temas principales: los antecedentes de la incertidumbre, el proceso de evaluación de la incertidumbre y hacer frente a la incertidumbre²⁶.

A su vez cada tema de la incertidumbre comprende variables que ayudan a explicarlo. Los antecedentes de la incertidumbre comprenden: el marco de estímulos es decir la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona. Dentro de este marco podemos encontrar tres componentes: El patrón de síntomas que se refiere al grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para percibir que tienen un patrón o configuración. Para formar un patrón de síntomas el paciente evalúa, su número, intensidad, frecuencia, duración y ubicación. Existen múltiples factores que pueden interferir con el proceso normal de evaluación de los síntomas, como las características de los estímulos, la precisión de la evaluación y la distinción de los síntomas²⁶.

Cuando los síntomas se caracterizan por la inconsistencia en la intensidad, frecuencia, número, ubicación y / o duración, como ocurre en algunas enfermedades crónicas no se pueden usar para medir confiablemente el estado de la enfermedad; por lo tanto, generan incertidumbre. Las enfermedades caracterizadas por remisiones y exacerbaciones, con bengalas que indican reaparición de los síntomas e interrupción del patrón de síntomas previo, se asocian con niveles elevados de incertidumbre. La falta de un patrón de síntomas consistente es el mayor predictor de incertidumbre³⁷.

El segundo componente del marco de estímulos es la familiaridad del evento, se refiere a la naturaleza habitual o repetitiva de la estructura del entorno. La familiaridad de los eventos se desarrolla a lo largo del tiempo y a través de la experiencia en un entorno. La congruencia del evento, es el tercer componente del marco de los estímulos, se refiere a la consistencia entre lo esperado y lo experimentado en los eventos relacionados con la enfermedad. La falta de congruencia entre las preguntas creadas esperadas y experimentadas con respecto a la previsibilidad y la estabilidad del evento genera incertidumbre principalmente en las expectativas de curación y efectividad del tratamiento²⁶.

La segunda variable de antecedentes de la incertidumbre en la teoría de Mishel se denomina capacidad cognitiva, se refiere a las habilidades de procesamiento de la información de la persona, cualquier mal funcionamiento fisiológico como el dolor, la incomodidad, el peligro disminuirá estas habilidades y tendrá un impacto en la cognición. Las habilidades de procesamiento más susceptibles a la interrupción son aquellas que requieren recursos de atención como la enfermedad física en sí misma es una atención potente que capta la distracción y puede reducir la cantidad total de atención que los individuos pueden dedicar a una tarea cognitiva²⁶.

Finalmente la tercera variable de antecedentes de la incertidumbre en la teoría de Mishel se denomina proveedores de estructura, son las fuentes de estructura, que representa los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos; dentro de estas fuentes podemos encontrar la autoridad con credibilidad que se refiere al grado de confianza que la persona tiene con el personal sanitario que le atiende, y el apoyo social y educación que influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos¹³.

A medida que aumenta el patrón de síntomas, la familiaridad del evento y la congruencia de eventos (marco de estímulos), disminuyen la incertidumbre. Los proveedores de estructuras (autoridad creíble, apoyo social y educación) disminuyen la incertidumbre directamente promoviendo la interpretación de los eventos e indirectamente fortaleciendo el marco de los estímulos³⁷.

La Teoría de la Incertidumbre considera al esquema cognitivo como la interpretación subjetiva que el paciente tiene de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. Es en este esquema cognitivo de la persona que la incertidumbre de la enfermedad tiene dos formas la ambigüedad y complejidad. La primera se refiere al estado de la enfermedad y falta de información, y complejidad con respecto al tratamiento y los sistemas de cuidado.³⁸ También hace referencia aquellas señales sobre el estado de la enfermedad que son vagas y difusas.¹ La segunda hace referencia a las indicaciones sobre el tratamiento y el sistema de atención son variadas y compleja²⁶.

En la presente investigación podría explicarse la incertidumbre percibida por los participantes respecto a la ERC y al tratamiento sustitutivo de HD a partir de la Teoría de Mishell, considerando que la mayoría de ellos se encuentran en los primeros meses de

tratamiento, la percepción de la incertidumbre tendría el siguiente curso: en la primera etapa, a partir de un marco de estímulos, los entrevistados podrían tener una percepción aún inconsistente de los síntomas de la ERC, del entorno del tratamiento médico y probablemente lo que estas personas esperan de la enfermedad y tratamiento no concuerda con la realidad experimentada. En esta parte del proceso juega un papel importante la capacidad cognitiva de la persona con ERC puesto que cuando el procesamiento de la información no es adecuado la persona puede tener una percepción equivocada de la situación y consecuentemente el esquema mental formado sobre la situación contribuye a que la incertidumbre se instale.

Otro aspecto del entorno de las personas entrevistadas que podría estar contribuyendo a que la incertidumbre este presente son los proveedores de estructura en este caso sería el apoyo que pueden recibir del personal de salud en cuanto a educación y apoyo social. Probablemente los entrevistados requieran información sobre la enfermedad, el tratamiento, las restricciones dietéticas o en la actividad física, los cambios en la rutina cotidiana o en la vida laboral, todos aspectos en los que enfermería tiene injerencia y que probablemente no están siendo abordados por lo que la incertidumbre podría incrementarse.

El segundo componente conceptual de modelo es la valoración de la incertidumbre. La experiencia de la incertidumbre es neutral; no es una experiencia deseada ni evitada, ni positivo ni negativo, hasta que el individuo la somete a valoración. La valoración de la incertidumbre consta de dos procesos: la inferencia y la ilusión. La primera se refiere a la evaluación de la incertidumbre usando experiencias relacionadas que la persona puede recordar y se basa en las disposiciones de la personalidad, la experiencia general, el conocimiento y las claves contextuales. La inferencia basada en las disposiciones de la personalidad se refiere a las creencias generales sobre sí y sobre la relación con el entorno. Tales disposiciones incluyen ingenio de aprendizaje, un sentido de dominio y lugar de control. Estas disposiciones se refieren a las creencias de las personas de que tienen las habilidades y el comportamiento para tratar con eficacia los principales acontecimientos de la vida. La segunda se refiere a la creencia que nace de la incertidumbre y que considera los aspectos positivos de una situación. La inferencia y la Ilusión son utilizadas por la persona en el proceso de evaluación de la incertidumbre para interpretarla bien como un peligro, bien como una oportunidad²⁶.

A partir de lo antes expuesto se puede inferir que los adultos entrevistados podrían valorar la incertidumbre en base a dos procesos: la inferencia y la ilusión. El primero se

producirá siempre y cuando la persona entrevistada tenga experiencias previas relacionadas con la ERC y su tratamiento con HD, que vayan sirviendo para generar creencias de que tienen habilidades para enfrentar con eficacia este tipo de acontecimiento y que tienen un sentido de dominio y control de todo lo que acontece en su entorno. En el segundo proceso las personas entrevistadas podrían utilizar a la incertidumbre misma como fuente de valoración. En estos dos procesos se logra interpretar la incertidumbre como un peligro o de manera positiva.

El afrontamiento es la tercera idea que presenta el modelo original sobre la incertidumbre, se produce de dos modos, y tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un aspecto negativo (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. Por otro lado, si la incertidumbre se valora como un aspecto positivo (oportunidad), el paciente con enfermedad crónica tiene la capacidad de aceptar su enfermedad como parte de la realidad en que vive; es decir los eventos inciertos evaluados como una oportunidad implican resultados positivos y las estrategias de afrontamiento buscan mantener la incertidumbre en niveles bajos; si estas son efectivas ocurre la adaptación¹.

En la presente investigación se puede asumir que las personas entrevistadas con incertidumbre podrían valorarla de dos formas, una de manera negativa, es decir como un peligro; o de manera positiva, es decir como una oportunidad. En el primer caso las personas tienden a movilizar todos sus esfuerzos en busca de ayuda necesaria a fin de reducir la incertidumbre, es en este momento en el que la enfermera debe identificar a las personas con ERC con tratamiento de HD con la finalidad de ayudarles implementar las intervenciones necesarias para conducirlos a un afrontamiento adecuado utilizando el resto de elementos del Modelo de Mishell antes mencionados. En el segundo caso en el que las personas tienen una valoración positiva de la incertidumbre tienden a crear mecanismos de defensa para mantener la incertidumbre en niveles bajos y es en este nivel que deberían estar todos los pacientes pues tienen una mejor respuesta al tratamiento.

En la Tabla N° 3 se muestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre nivel de incertidumbre y los factores sociodemográficos sexo ($p=0.007$), prácticas religiosas ($p=0.028$) y tiempo de tratamiento ($p=0.026$). Si bien no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de incertidumbre con las otras variables sociodemográficas, es importante resaltar los resultados en los cuales la incertidumbre tuvo

altos porcentajes como la edad de las personas entre 39 a 60 años, nivel escolar secundario, trabajadores independientes, con ingreso económico menor de 500 soles.

Los resultados de la presente investigación guardan similitud con los reportados por Torres quien encontró asociación estadísticamente significativa entre la incertidumbre y sexo ($p= 0,006$) y el tiempo de enfermedad ($p= 0.012$). Sin embargo; la asociación entre la incertidumbre y las prácticas religiosas no fue estadísticamente significativa ($p=0.186$)¹.

En cuanto a la dependencia de la incertidumbre con el sexo pone en evidencia que los hombres y las mujeres con ERC en tratamiento sustitutivo de HD tienen formas diferentes de percibir la incertidumbre. Lo cual probablemente está relacionado con el esquema cognitivo diferenciado en función del sexo, lo que equivale decir que tienen una disposición muy generalizada para procesar y organizar la información - incluida la de su propio yo- en términos de las definiciones culturales de masculinidad y feminidad. Por tanto, el esquema mental que pueda procesar el esquema cognitivo sobre los síntomas y el tratamiento de la ERC va a variar en función del sexo. Una limitación de la capacidad cognitiva reducirá la habilidad para percibir el patrón de síntomas, la familiaridad con el evento y la congruencia con el mismo, lo cual favorecería la aparición de la incertidumbre³⁹.

Por otro lado, las prácticas religiosas influyen en la incertidumbre de las personas con ERC en tratamiento sustitutivo con HD, debido a que uno de los elementos culturales de resistencia ante la incertidumbre de la vida cotidiana, son precisamente las creencias religiosas. Éstas ofrecen elementos de carácter simbólico con que se estructuran esquemas de percepción y acción, a partir de los cuales se construyen estrategias para enfrentar la incertidumbre. Por tanto, las creencias religiosas surgen de la reflexión y resistencia ante condiciones de vida adversas. Constituyéndose como un recurso antropológico que va más allá de meras expectativas. Surgen donde las necesidades de transformar las condiciones reales de existencia no encuentran otra salida que la que ofrece la religión³⁵.

Las personas tienen creencias religiosas porque necesitan respuestas que les den seguridad y les hagan sentir mejor, les brinden consuelo y seguridad. Ciertas líneas filosóficas mantienen que la creencia religiosa es una necesidad ineludible que el hombre tiene que satisfacer, cuyo principio se sustenta en la necesidad de conocer y no ser capaz de hacerlo plenamente ni con seguridad total fundamentar las creencias religiosas como inherentes a la naturaleza humana sólo tiene sentido si se vinculan con las capacidades cerebrales y mentales

que tienen los humanos para construir relatos sensoriales que pueden extenderse a niveles de significado, percepción y cognición, aunque no puedan ser demostradas⁴⁰.

La religión tendría como función evitar el caos y el dominio de la contingencia. No sólo se trata de controlar las contingencias más inquietantes, sino hacerlas soportables cuando no pueden evitarse. Así, experiencias relacionadas con la muerte, la pérdida, la soledad, enfermedad, requieren de un soporte que la ciencia, la filosofía y otras ideologías no son capaces de ofrecer o ser aceptadas, es aquí donde tienen lugar la trascendencia de las creencias religiosas. Lo que con normalidad se manifiesta de estas creencias es el acto de fe en que algo excepcional o extraordinario de lo divino, lo sagrado, santo, celestial, glorioso, o sobre humano suceda en torno a su enfermedad para efectos de la presente investigación será con respecto a la ERC y el tratamiento con HD de las personas entrevistadas⁴¹.

Según la Teoría de Mishell los métodos de enfrentamiento de la incertidumbre con una valoración de peligro, se dirigen a reducir la incertidumbre, si es posible, y a manejar las emociones generadas por esta evaluación de peligro. Una de las estrategias propuestas por esta teórica es el manejo del efecto, que a su vez contiene tres métodos, uno de ellos está relacionado con la fe; sin embargo, no han sido estudiados individualmente sino como un todo, y existe la posibilidad de que estas estrategias se utilicen para manejar la incertidumbre, aunque existen estudios que han demostrado que las personas enfermas crónicas preferían estas estrategias para controlar las emociones negativas ²⁶.

En la presente investigación se puede inferir que las prácticas y creencias religiosas de los adultos entrevistados con ERC en tratamiento con HD repercuten en la incertidumbre constituyéndose en una estrategia de afrontamiento enfocada a controlar emociones negativas, debido a que ofrecen elementos de carácter simbólico con que se estructuran esquemas de percepción y acción, conducentes a transformar las condiciones reales de existencia en relación con su enfermedad donde no encuentran otra salida. Las creencias religiosas le ayudan a sentir mejor, les brindan consuelo y seguridad, la posibilidad de controlar las contingencias más inquietantes o hacerlas soportables cuando no pueden evitarse, y quizá a mantener la esperanza de que suceda algo excepcional en torno a su enfermedad. De esta manera la religión y la espiritualidad se incrementan en las enfermedades crónicas, especialmente porque el sentimiento religioso y espiritual ofrece algún significado que puede trascender el sufrimiento y la pérdida que acompaña el proceso de la enfermedad.

La dependencia entre el tiempo de enfermedad y la incertidumbre en las personas con ERC en tratamiento con HD se podría explicar porque en los primeros meses de tratamiento con HD la persona se encuentra en la primera etapa de la incertidumbre denominada por Mishel antecedentes en la que la persona elabora su marco de estímulos lo que equivale decir la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe centrados en el patrón de síntomas, la familiaridad y congruencia con el evento. Si estos elementos no son bien estructurados por la persona se genera la incertidumbre²⁶.

En esta primera etapa los conocimientos juegan un papel fundamental en la determinación de lo que la persona percibe. Es necesario el saber previo para poder interpretar los hechos que se van presentando. El reconocimiento o la interpretación preliminar de algo suponen su inserción en un marco conceptual preexistente, en un cuerpo de información relevante; si falta ese marco, el observador se encuentra en un callejón sin salida²⁹.

Al inicio del tratamiento con HD la persona con ERC no se encuentra familiarizado con el tratamiento, tiende a experimentar cambios físicos y emocionales en su vida cotidiana que por no tener saberes previos al respecto puede no llegar a comprender e incluso espera que los síntomas desaparezcan o mejoren en un período breve de tiempo. En esos momentos la persona se centra en las manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como por el pronóstico y el malestar físico que le acompaña. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos. Si la persona no cuenta con una intervención profesional adecuada la incertidumbre llega a instalarse e incrementar.

Es en este tipo de circunstancias en que la enfermera puede hacer uso de la Teoría que Mishel para planificar intervenciones conducentes a mejorar el conocimiento de los síntomas de la enfermedad, del tratamiento, de las restricciones y los cambios en los estilos de vida que el paciente debe implementar, ayudarle a familiarizarse con el evento a fin de la persona con tratamiento de HD tenga una percepción adecuada de la situación que ayude a reducir el nivel de incertidumbre. Con forme pasa el tiempo y el personal de salud continúa de manera sostenida con intervenciones al paciente relacionadas con la enfermedad y el tratamiento, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, iniciándose así el siguiente período de valoración²⁶.

Por lo antes expuesto se puede inferir que los adultos entrevistados no cuentan con conocimiento suficiente que les permita construir un marco de estímulos de la enfermedad y tratamiento acorde a la realidad ya que están en el estadio inicial de tratamiento se encuentran en una etapa caracterizada por un gran impacto en su vida cotidiana caracterizado por cambios físicos, emocionales, sociales, las restricciones dietéticas, del sueño, del humor, del peso, del apetito y les dificulta tener un claro entendimiento de la enfermedad, tratamiento y los factores asociados a estos, llevando a no tener las condiciones propicias para construir un esquema cognitivo de la enfermedad y tratamiento.

CONCLUSIONES

En base a los resultados se pudo arribar a las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a los factores socio económicos de las personas con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis en su mayoría son mujeres (53%), adultas maduras (48.2%), tienen un grado de instrucción entre primaria y secundaria (81.1 %); no estuvieron trabajando al momento de la entrevista (54.1%); tienen ingreso económico familiar menor de 500 soles (47.1 %), de 1 a 8 meses de tratamiento de hemodiálisis (55.3%) y refieren creer en Dios independientemente del tipo de religión (97.3 %), todos estos factores podrían afectar la comprensión de la enfermedad, diagnóstico y cumplimiento de indicaciones terapéuticas en los entrevistados, hecho que debe ser tenido en cuenta por las enfermeras que cuidan a este tipo de personas a fin de planificar intervenciones que consideren estas variables.
2. Las personas con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis presentaron niveles de incertidumbre: alto en un 42.4%, moderado en un 37.6 % y en el 20 % el nivel de incertidumbre fue bajo. Los aspectos que podrían explicar estos niveles de incertidumbre fueron “Tener muchas preguntas sin respuestas”, “no saber con seguridad si su enfermedad va mejor o peor”, “las explicaciones que le dan sobre mi enfermedad me parecen confusas”, “los médicos dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras”, “el tratamiento es demasiado complicado para entenderlo” y “los resultados de las pruebas se contradicen”, los mismos que podrían ser tenidos en cuenta por las enfermeras en el momento de prodigar cuidado a estas personas.
3. La incertidumbre de las personas con tratamiento ambulatorio de hemodiálisis tuvo una asociación estadísticamente significativa con los factores sociodemográficos sexo ($p=0.007$), prácticas religiosas ($p=0.028$) y tiempo de tratamiento ($p=0.026$) lo cual podría explicarse desde la Teoría de Mishel porque son variables que pueden mermar el esquema cognitivo y mental de las personas afectadas por la ERC que si son bien manejadas podría favorecer la implementación de estrategias para manejar la incertidumbre propia de su dolencia.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados del presente estudio se arriban a las siguientes recomendaciones:

1. Todo profesional de Enfermería dedicada al cuidado de personas con ERC debería conocer y aplicar la Teoría de la Incertidumbre de Mishel por ser un referente teórico propio de la profesión que brinda el ordenamiento para planificar intervenciones que ayuden a las personas afectadas por la enfermedad a enfrentar la incertidumbre y consecuentemente tener una mejor adherencia al tratamiento lo cual redundaría en su calidad de vida.
2. A los Directores de las Escuelas de Enfermería de la Región Lambayeque se recomienda reformular sus planes de estudio con la finalidad de incluir el análisis y aplicación de la Teoría de la Incertidumbre de Mishel en asignaturas que se relacionan con el cuidado de la persona adulta con enfermedades crónicas en la formación de pre grado y de especialidad.
3. Realizar investigaciones aplicando la Teoría de Mishel que incidan en la valoración de la incertidumbre en personas con otras enfermedades crónicas, en otros grupos etarios e incluso involucrar al cuidador de estas personas. E investigaciones que permitan valorar la eficacia de programas de intervención de incertidumbre.

LISTA DE REFERENCIAS

1. Torres OC. Adaptación Transcultural de la Escala de Incertidumbre de M. Mishel, en Personas con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento con Hemodiálisis durante el año 2013. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad de Jaén; 2013. Disponible en: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/533/1/9788484397991.pdf>

2. PAHO: La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento [Internet]. Washington: PAHO; 2015 [actualizado el 10 de marzo 2015; citado el 9 de enero de 2017]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

3. La enfermedad renal crónica. ERC. Database [Internet]. 2007 [citado el 10 de febrero de 2017] Disponible en: <http://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/ERC/instrumentos/02-La%20Enfermedad%20Renal%20Cronica.pdf> (NO SIRVE)

4. Calderón HM, Serrano CJ, Muñoz FA, Illescas AR, Laynez CJ. Enfermedad Renal Crónica en Centroamérica. Revista de Medicina Interna [Internet]. 2015[citado el 15 de Febrero de 2017]. Disponible en:<http://revista.asomigua.org/2015/02/14/enfermedad-renal-cronica-vistazo-regional/>

5. Cabrera ES, Lappin GG. Resiliencia en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que Asisten a un Hospital Estatal de Chiclayo, 2015 [tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2016. [citado el 03 de junio de 2017]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/689/1/TL_CabreraEnriquezSilvia_LappinGonzalesGabriella.pdf

6. Loza MC, Ramos MC. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015 [Internet]. 1° ed. Ministerio de salud, Dirección General de Epidemiología; Lima; 2016. [citado el 09 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf)

7. Rudnicki T. Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. Revista diversitas [Internet]. 2006 diciembre-marzo. [citado el 11 de junio de 2017]; 2 (2): 279 – 288. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v2n2/v2n2a08.pdf>

8. Paéz AE, Jofré MJ, Azpiroz CR, Bortoli MA. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Universidad de Psicología [Internet]. 2009, enero-abril. [citado el 03 de junio de 2017]. Disponible en:

<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V08N01A09.pdf>

9. Magdalena AN. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *Index de Enfermería* [Internet]. 2009 abr-jun. [citado el 10 de febrero de 2017]; 18 (2): 1132-1296. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009

10. Zahira EA, Duque CG, Tovar CD. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud*. 2016. [citado el 07 de marzo de 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300003

11. Martínez AT, Ruiz CS, Gonzáles JS. Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. *Universidad de Alicante. España* [Internet]. 2015 [citado el 20 de enero de 2017] Disponible en: <file:///C:/Users/SatelliteC845/Downloads/1-s2.0-S0212656715001870-main.pdf>

12. Brevis UI, Silva GP. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de medicina intensiva* [Internet]. 2011 [citado el 20 de enero de 2017]; 26(1):pp. 27-34. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>

13. Gómez PI. *Espiritualidad e Incertidumbre ante la enfermedad en persona con Diabetes mellitus tipo 2* [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/1/539496.2010.pdf>

14. Alves AJ, Castro VC, Ribeiro NH, Faustino DH. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Revista Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2007, junio-agosto. [citado el 20 de enero de 2017]; 15 (4): pp.1-10. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a09.pdf

15. Larios SN, Serrano MM, Aroyo AN. *Algunos Factores Asociados con los niveles de incertidumbre en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Nefro*. Salud 2016 [tesis]. Chiclayo: Universidad Pedro Ruiz Gallo; 2017. [citado el 20 de Enero de 2017] Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/1628>

16. Bernuy RM, Uriarte US. *Nivel de incertidumbre del familiar frente a la enfermedad Unidad de Shock trauma - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014* [tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015. [citado el 20 de Enero de 2017] Disponible en:

http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/372/1/TL_BernuyDeLosRiosMaria_UriarteUriarteStefany.pdf

17. Andreu PL, Force SE. 500 Cuestiones que plantea el Cuidado del Enfermo Renal [Internet]. Madrid: Elsevier Masson; 2001 [citado el 11 de junio de 2017]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=AveCC56EHx4C&pg=PA1&hl=es&source=gb_s_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false

18. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. Revista electrónica trimestral de Enfermería. 2012 octubre: 1-19.

19. Estrada VA, Moreno LJ, Rodríguez AM, López CM. insuficiencia Renal Crónica [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma; 2009 [citado el 03 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf

20. Tesisdeinvestigadores.com [Internet]. Venezuela: Tesisdeinvestigadores. 2011-[citado el 03 de junio de 2017]. Disponible en: <http://tesisdeinvestigadores.blogspot.pe/2011/08/insuficiencia-renal-cronica.html>

21. Canizares GW. Causas de Insuficiencia Renal Crónica e Incidencia durante el Año 2012 al 2014 en el Hospital Luis Vernaza de la Ciudad Guayaquil [Internet]. Ecuador: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL; 2014-2015 [citado el 04 de junio de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10771/1/pdf-tesis%20de%20Insuficiencia%20renal%20terminada%20MODELO%20PARA%20ENTREGAR%20ANTEPROYECTO.daniela%20-%20copia.pdf>

22. Gutiérrez NT. “Trastornos Afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el Servicio de Nefrología de la Unidad Renal de la Clínica contigo de la Ciudad de Latacunga durante el Periodo Octubre 2011 a Febrero 2012” [tesis]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2011. [citado el 04 de junio de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3146/1/Guti%C3%A9rrez%20Navas%20Tatiana%20Gabriela.pdf>

23. Estela RA, Avilés EM, Campillo RM. Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica [Internet]. México: Universidad de Veracruz; 2013 [citado el 04 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>

24. Gámez JA, Montell HO, Ruano QV, Alfonso LJ, Puente ZM. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2013, julio-agosto. [citado el 04 de junio de 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400001

25. Taylor, Francis G. *Annals of the International Communication Association. Commun Yearb* [Internet]. 2018 Julio 02. [consultado 28 de Julio 2018]; 42: 7-10. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23808985.2018.1492354>
26. Merle HM. *Nursing Scholartship: Uncertainty in Illness* [Internet]. 1999 [consultado 18 Julio 2018]; 20 (4): 225 – 232. Disponible: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
27. Rivera J. Factores sociodemográficos y su relación con la calidad de vida y depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis. [Tesis Doctoral en internet]. Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2016 [Fecha de consulta: 1 de agosto de 2018]. 45p. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12388/1/tesis%20tribunal%20calidad%20de%20vida%20y%20depresion..pdf>
28. Taylor, Francis G. *Annals of the International Communication Association. Commun Yearb* [Internet]. 2016 Mayo 06. [consultado 01 de Julio 2018]; 42(40): 15- 20. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23808985.2018.1492354>
29. Martínez F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enfermería neurológica* [Internet]. Nov 2012 [consultado 2 agosto 2018]; 1: 34-38p. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35582>
30. Hernández R, Fernández C, Baptista L. *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: MC Graw Hill; 2010
31. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Psicología y salud: Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis [Internet]. Nov 2010 [consultado 2 agosto 2018]. 18(2) Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/issue/view/82>
32. Arraiz A, Blasco L, Garcia L, Gutierrez M, Sierra A, Sarco P, Johny M, Navarrete L. Requerimiento de unidad de hemodiálisis del eje este del estado Aragua, Venezuela. 2014. *Comunidad y Salud* [internet] 2016, 14 (Enero-Julio): [Fecha de consulta: 1 de agosto de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=375746275003>
33. Rivera J. Factores sociodemográficos y su relación con la calidad de vida y depresión, en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis. [Tesis Doctoral en internet]. Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2016 [Fecha de consulta: 1 de agosto de 2018]. 45p. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12388/1/tesis%20tribunal%20calidad%20de%20vida%20y%20depresion..pdf>
34. Guerra GV, Diaz MA, Vidal AK. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica [Internet]. 2013 Junio [consultado 18 Julio 2018]. Disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_2_10/enf07210.htm

35. Gianmarco MD, Gitto L, Barbaeries N, Santoro D. Adaptation of the Mishel Uncertainty of Illness Scale (MUIS) for chronic patients in Italy [Internet]. 2015 [consultado 18 Julio 2018]; 10 (4). Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25913189>
36. KimM, Cormick Mc.Nursing Scholartship: A concept analysis of uncertainty in illness[Internet].2004[consultado 18 Julio 2018];34 (2): 127 – 131. Disponible: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.2002.00127.x>
37. Merle HM. Nursing Scholartship: Uncertainty in Illness [Internet].1999[consultado 18 Julio 2018]; 20 (4): 225 – 232. Disponible: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
38. Taylor, Francis G. Annals of the International Communication Association: Reconceptualizing uncertainty in illness: commonalities, variations, and the multidimensional nature of uncertainty [Internet]. 2018 Junio. [consultado 01 de Julio 2018]; 42(42): 181- 206. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23808985.2018.1492354>
39. Osorio O. Trascendencia de las creencias religiosas entre adultos mayores en grupos de alcohólicos anónimos. **Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences**. Norteamérica [Internet]. Nov 2015 [consultado 2 agosto 2018]. 45(1) Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/51332>>.
40. Miralles RA, Ramos HJ, Briansó LM, Burló AN, Aguilar MA, Español GM. Revista Médica electrónica: Influencia de la religión en el proceso de salud-enfermedad-atención [Internet]. 2017 Abril [consultado 19 de Julio 2018]; 1- 3. Disponible en : <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/influencia-religion-proceso-salud-enfermedad-atencion/>

ANEXOS

ANEXO N°01

HOJA INFORMATIVA PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN



Hoja informativa para participar en un estudio de investigación - ADULTOS -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores : Stefany Clavo Bonilla
 Título: Nivel de Incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica en adultos de una Clínica privada desde la Teoría de Mishel, Chiclayo 2017.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Nivel de Incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica en adultos de una Clínica privada desde la Teoría de Mishel, Chiclayo 2017”. Estamos realizando este estudio para determinar el Nivel de incertidumbre que usted vivió durante el proceso de su enfermedad, con la finalidad de conocer los resultados y mejorar e implementar nuevas estrategias o cuidados a tener en cuenta en la atención.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le aplicará un cuestionario que se desarrollará en los días que usted lleva el curso de carrera.
2. Posteriormente se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados considerando el tiempo de llenado del cuestionario, alguna incidencia en el llenado del cuestionario, etc. Este informe será enviado a la institución donde usted se atiende.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No existen riesgos por participar en esta etapa del estudio.

Beneficios:

No existen beneficios directos pero si la oportunidad de contribuir a mejorar algunos procesos o actividades llevadas a cabo durante la atención o cuidado al paciente con enfermedad renal crónica.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

En esta investigación se protegerá su privacidad a través de la técnica de códigos. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus encuestas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Stefany Clavo Bonilla al tel. 948719599, investigadora.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

ANEXO N°02
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA**

Estimado paciente, el presente cuestionario tiene como finalidad recopilar información acerca del Nivel de Incertidumbre que vivió durante el proceso de la enfermedad. Le pedimos contestar la totalidad de las preguntas con total responsabilidad y veracidad.

I. Datos Informativos:

Edad: _____

Sexo:

M	F
---	---

Tiempo de Tratamiento: _____

Situación laboral: _____

Nivel de estudio: _____

Ingreso Familiar mensual _____

Religión: _____

Practica su religión: _____

II. CUESTIONARIO DE MISHEL ADAPTADA PACIENTE CON HEMODIALISIS

INSTRUCCIONES: Marque con una X las siguientes premisas:

	PREMISA	Completa mente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	No estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo en absoluto
1	Tengo muchas preguntas sin respuestas					
2	No sé con seguridad si mi enfermedad va mejor o peor.					
3	Me preocupa tener dolores o síntomas desagradables.					
4	Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas.					
5	Entiendo para que y porque estoy recibiendo este tratamiento.					
6	Mis síntomas continúan cambiando de un día para otro.					
7	Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras.					
8	Mi tratamiento es demasiado complicado para entenderlo					
9	Es difícil saber si el tratamiento que hago mejora mi enfermedad.					
10	No puedo hacer planes para el futuro porque no sé como evolucionará mi enfermedad.					
11	Mi enfermedad cambia por momentos, tengo días buenos y días malos.					
12	Me han dado opiniones diferentes sobre mi enfermedad.					
13	Desde que tengo esta enfermedad, no sé lo que me va a pasar.					
14	Los resultados de las pruebas se contradicen.					
15	Debido a mi tratamiento no sé como estaré mañana, ni lo que podré hacer.					
16	El tratamiento que recibo está demostrado que funciona.					
17	Los médicos y enfermeras utilizan un lenguaje sencillo para que pueda entender lo que están diciendo.					

¡Muchas gracias por su ayuda! Es usted muy amable.

ANEXO N°03**NIVEL DE INCERTIDUMBRE EN LAS DIMENSIONES AMBIGÜEDAD Y COMPLEJIDAD**

	Número de pacientes	%
Nivel de Ambigüedad		
Bajo	5	5.9
Moderado	18	21.2
Alto	62	72.9
Nivel de Complejidad		
Bajo	26	30.6
Moderado	27	31.8
Alto	32	37.6
TOTAL	85	100.0

PORCENTAJE DE ADULTOS QUE RESPONDIERON EL CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Preguntas	Completamente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Total general	
	N° de Pacientes	%	N° de Pacientes	%	N° de Pacientes	%	N° de Pacientes	%	N° de Pacientes	%	N° de Pacientes	%
	P1	3	4%	39	46%	4	5%	19	22%	20	24%	85
P2	1	1%	27	32%	16	19%	15	18%	26	31%	85	100%
P3	0	0%	17	20%	5	6%	21	25%	42	49%	85	100%
P4	1	1%	63	74%	8	9%	6	7%	7	8%	85	100%
P5	0	0%	6	7%	4	5%	7	8%	68	80%	85	100%
P6	1	1%	14	16%	6	7%	31	36%	33	39%	85	100%
P7	4	5%	57	67%	0	0%	18	21%	6	7%	85	100%
P8	1	1%	33	39%	9	11%	14	16%	28	33%	85	100%
P9	0	0%	27	32%	18	21%	12	14%	28	33%	85	100%
P10	1	1%	6	7%	6	7%	22	26%	50	59%	85	100%
P11	5	6%	3	4%	6	7%	22	26%	49	58%	85	100%
P12	3	4%	22	26%	8	9%	23	27%	29	34%	85	100%
P13	1	1%	8	9%	8	9%	10	12%	58	68%	85	100%
P14	10	12%	67	79%	0	0%	8	9%	0	0%	85	100%
P15	1	1%	8	9%	1	1%	25	29%	50	59%	85	100%
P16	1	1%	0	0%	6	7%	25	29%	53	62%	85	100%
P17	0	0%	0	0%	0	0%	20	24%	65	76%	85	100%