



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62  
CUAUTILÁN, ESTADO DE MÉXICO



**INCERTIDUMBRE Y NIVEL DE ESTRÉS ANTE LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO  
MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA: SHENDEL JUÁREZ LÓPEZ  
MÉDICO CIRUJANO

**REGISTRO DE AUTORIZACION: R-2020-1406-013**

ASESOR  
**DRA. ARACELI GUTIERREZ ROMERO**  
Especialista en Medicina Familiar



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INCERTIDUMBRE Y NIVEL DE ESTRÉS ANTE LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO  
MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**SHENDEL JUÁREZ LÓPEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES  
EN CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

**DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO**  
ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62

**DR. RUBÉN RÍOS MORALES**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN

**DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA**  
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN ORIENTE  
CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

**INCERTIDUMBRE Y NIVEL DE ESTRÉS ANTE LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO  
MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62**  
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**SHENDEL JUÁREZ LÓPEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES  
EN CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

**DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO**  
ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62

**DR. RUBÉN RÍOS MORALES**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN

**DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA**  
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN ORIENTE  
CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

**INCERTIDUMBRE Y NIVEL DE ESTRÉS ANTE LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO  
MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**SHENDEL JUÁREZ LÓPEZ**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DE LA SUBDIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL DELEGACIÓN DEL ESTADO DE  
MÉXICO ORIENTE JEFATURA DE  
PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE  
INVESTIGACIÓN EN SALUD UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO. 62**

**INCERTIDUMBRE Y NIVEL DE ESTRÉS ANTE LA ENFERMEDAD  
EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
62**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

**DRA. ARACELI  
GUTIÉRREZ ROMERO  
MEDICO FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NO. 62  
TELÉFONO 5558720066  
ext. 51423**

**CORREO ELECTRÓNICO: [araceli.guterreze@imss.gob.mx](mailto:araceli.guterreze@imss.gob.mx)**

**PRESENTA:**

**SHENDEL JUÁREZ LÓPEZ  
MEDICO RESIDENTE DE SEGUNDO GRADO DE  
MEDICINA FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NO. 62  
TELÉFONO: 55 10167703  
CORREO ELECTRÓNICO: [dr.shendel.juarez@gmail.com](mailto:dr.shendel.juarez@gmail.com)**

**TEMA PRIORITARIO: DESORDENES MENTALES Y DE  
COMPORTAMIENTO NIVEL DE PREVENCIÓN PRIMARIA**

**AV. 16 DE SEPTIEMBRE NO. 38, COL. GUADALUPE, CP 54800,  
CUAUTILÁN, EDO. DE MÉXICO.**

## INDICE

### Tabla de contenido

<b>Marco teórico .....</b>	<b>4</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>3</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>4</b>
<b>Material y métodos .....</b>	<b>21</b>
<b>Diseño del estudio .....</b>	<b>22</b>
<b>Universo de trabajo .....</b>	<b>23</b>
<b>Criterios de selección.....</b>	<b>24</b>
<b>Tamaño de la muestra.....</b>	<b>25</b>
<b>Técnica de muestreo.....</b>	<b>26</b>
<b>Operación de variables.....</b>	<b>27</b>
<b>Descripción del estudio.....</b>	<b>29</b>
<b>Instrumentos de recolección.....</b>	<b>30</b>
<b>Análisis de datos.....</b>	<b>32</b>
<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>33</b>
<b>Recursos humanos, materiales y financieros.....</b>	<b>41</b>
<b>Cronograma de actividades.....</b>	<b>42</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>43</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>53</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>54</b>
<b>Referencias bibliografías .....</b>	<b>55</b>

## RESUMEN

### **TITULO: INCERTIDUMBRE Y NIVEL DE ESTRÉS ANTE LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62**

**ANTECEDENTES:** México ha dejado de ser un país joven pues tiene más individuos mayores de 60 años ya que en la actualidad hay más de 13 millones de adultos mayores, en perspectiva, en el año 1970 había de 5 a 7 viejos por cada 100 jóvenes el envejecimiento poblacional nos hace un país predispuesto a múltiples enfermedades; esto genera incertidumbre en el individuo, quien desconoce su enfermedad secundario a la desinformación sobre su patogenia, comorbilidades, evolución, complicaciones, y/o tratamiento; si esto se ve como algo que no se puede dominar, disminuir o incluso eliminar, genera estrés, pero si la persona obtiene ese conocimiento y está consciente de su enfermedad, la incertidumbre y estrés disminuyen, mejorando su estilo y forma de vida. **OBJETIVO GENERAL:** Estimar la asociación de la incertidumbre y nivel de estrés ante la enfermedad en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar 62. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizará un estudio de tipo observacional, analítico, transversal, prolectivo, calculando la muestra por medio de una fórmula de una proporción finita y teniendo como resultado 374 individuos para una proporción finita con un muestreo no aleatorizado bajo conveniencia. Se incluirán adultos mayores de 65 a 74 años, se aplicará la escala de MUIS (incertidumbre) con Alfa de Cronbach de 0,904 y Escala de estrés percibido con un Alfa de Cronbach de 0,65. Se realizará análisis univariado para variables cualitativas por medio de frecuencias y porcentajes para variables cuantitativas si son de distribución libre, por medio de mediana y valores máximos y mínimos, si son de distribución normal media y desviación estándar. En segundo momento se realizará análisis bivariado por medio de la prueba U de Mann Whitney  $p < 0.05$ .

**RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** Serán proporcionados por el propio investigador y la Unidad de Medicina Familiar.

**EXPERIENCIA DEL GRUPO:** Experiencia de 3 años como asesor de tesis.

**TIEMPO PARA DESARROLLARSE:** 2021

## MARCO TEÓRICO

INCERTIDUMBRE: Es la incapacidad de una persona de dar un matiz a un hecho o situación, que a su vez esté en relación con el estado de su enfermedad. La persona por este motivo no escapa de sobrellevar o asimilarlo con precisión. El modelo de Incertidumbre frente a la Enfermedad de Merle H. Mishel considera a la persona, como un individuo autodidacta sobre su salud, lo que le confiere a éste su equilibrio biopsicosocial.<sup>1</sup>

La incertidumbre se genera cuando la persona no puede organizar los efectos de su enfermedad, debido a la ambigüedad, complicación, desinformación y conocimiento de los síntomas, evolución, complicaciones, y/o tratamiento; si el proceso salud-enfermedad se ve como algo que no se puede dominar, disminuir o incluso eliminar, genera ansiedad, sin embargo, si la persona está consciente de todo esto, el grado de incertidumbre y la excitación emocional que ésta genera disminuye, con lo cual mejora su vida; se puede emplear una estrategia de trabajo para afrontar sus emociones.<sup>2</sup>

El individuo afronta y se adapta a su entorno de una forma diferente, debemos aprender, planear y a formular conductas saludables que nos permitan confrontar situaciones de estrés y ansiedad mejorando la adaptación ante la incertidumbre.<sup>3</sup> Las enfermedades, son un factor muy importante, y se convierten en indicadores de morbimortalidad. Por lo que el personal de salud debe formular estrategias y programas que permitan un abordaje psicológico, médico y de reintegración social del adulto mayor.<sup>4</sup>

Se debe tener presente que frente al incremento de la población de adultos mayores, la prevención de las enfermedades crónicas debe tener un papel muy importante, por lo que el sistema de salud y las dependencias gubernamentales deben implementar programas sanitarios con un enfoque preventivo y así disminuir complicaciones. En caso contrario, se generará incertidumbre y estrés no sólo en los pacientes sino también en sus cuidadores, lo cual se traduce en desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida, y repercusiones sobre el área personal y social del Individuo, con la subsecuente sobrecarga para el sistema de salud y el gobierno.<sup>5</sup>

El conocer los factores que generan incertidumbre al paciente frente a la enfermedad permite profundizar en las necesidades de atención del adulto mayor, aportando información en la práctica clínica, no solamente de las enfermedades, sino también de los factores psicosociales que en ella influyen. El personal de salud debe incorporar estos aspectos en la anamnesis, en sus planes de cuidados y elaborar estrategias que puedan ser utilizadas tanto en el área

hospitalaria como en su domicilio. La rehabilitación, la orientación en salud y la consejería familiar contribuirían a mejorar el nivel de vida del adulto mayor, así como la adaptación a su enfermedad.<sup>6</sup> M. Mishel conceptualiza el nivel de 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 predecir los resultados de dichos fenómenos por la falta de información y conocimiento.<sup>7</sup>

La inferencia: a partir de la personalidad y de las creencias del individuo y su relación con el ambiente; la ilusión: el individuo hace énfasis en los aspectos positivos, no visualiza la ansiedad dentro de su rutina.<sup>8</sup> Si el individuo no se confronta ante la enfermedad y se le agrega la dependencia hacia otro, más un estado de depresión, genera estrés y ansiedad. En la mayoría de las ocasiones, produce pérdida o ausencia de la credibilidad del individuo, su falta de cuidado durante el diagnóstico y su tratamiento, y su relación con su cuidador son situaciones de peligro o incluso de posibilidad de mejora.<sup>9</sup>

Se busca un equilibrio biopsicosocial y evitar sólo tratar a la enfermedad, ser empáticos, no sólo ante el sufrimiento y al final de la vida de una persona, sino tratarlas desde un enfoque integral. El individuo no sólo debe esperar que los servicios de salud le proporcionen acciones que ayuden a su estado de salud, debe tomar acciones sobre su salud de manera consciente y sistemática. Es decir, debemos dar una "Atención Integral", con el fin de evitar el desarrollo de discapacidad o muerte.<sup>10</sup> Es posible implementar políticas y estrategias de salud orientadas a garantizar el derecho, la accesibilidad, y la equidad en el sistema de salud. Sin embargo, las condiciones políticas y económicas del país son muy limitadas, por lo que es necesario realizar transformaciones en la política nacional de salud que sean efectivos y sostenibles.<sup>11</sup>

Desafortunadamente la población debe pasar por un largo período de espera para acceder a los servicios de salud, por principio, y el tiempo que pasa antes de tener un diagnóstico es un período de tensión para el individuo, es decir, que éste vive con incertidumbre. Cuando la persona enferma y su familia se suma a la incertidumbre generada por el desconocimiento del padecimiento, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, o incluso el miedo a la muerte.<sup>12</sup> Por lo tanto, es de suma importancia que el personal de salud tome en cuenta todos estos aspectos como eje primordial, en la búsqueda de nuevos programas y estrategias en los que se integre al paciente, a los familiares, y en caso necesario a los cuidadores.<sup>13</sup>

Mishel aborda en profundidad el fenómeno de la incertidumbre, como "*la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad*"<sup>14</sup>. El adulto mayor

no puede tomar decisiones, sobre su estado de salud, ya sea por desconocimiento, no fue lo suficientemente claro o porque no se le capacitó, generando que no se vea de forma clara su estado de salud actual o incluso las complicaciones propias de la enfermedad, efectos secundarios.<sup>15</sup> Esta teoría de la incertidumbre permite valorar y realizar un plan estratégico, para el cuidado del paciente. Este proceso se ve influenciado por 3 factores: el estado cognitivo; el marco de los estímulos, referido a la tipología de los síntomas o la coherencia y familiaridad de los hechos; y aquellas entidades sociales proveedoras de estructura tales como la educación, el apoyo social, la autoridad, la credibilidad, la empatía, etc.<sup>16</sup>

La teoría de la incertidumbre debe ser aplicada por el personal de salud en su práctica diaria para favorecer la etapa de duelo y ayudar en el proceso de afrontamiento de las enfermedades; esto puede influir de forma que pueda evitar el efecto de estrés que ésta provoca frente al diagnóstico de alguna enfermedad. Se encontró que el 48.9% ( $p=0.489$ ) de los adultos mayores presentan un alto nivel de incertidumbre (87 puntos). En la medida en que el personal de salud ponga en su práctica diaria el proporcionar al paciente, familiares y/o a su cuidador información clara y concisa de forma periódica sobre el estado de salud de la persona, podrá disminuir el grado de incertidumbre y presencia emociones o situaciones que generen estrés, desapego, depresión, ansiedad y una mala adaptación a su proceso.<sup>17</sup>

A nivel internacional las investigaciones de la incertidumbre son diversas y en general concuerdan en que la severidad de los síntomas es la variable que más se asocia con la incertidumbre, mientras que la variable de proveedores de la estructura reduce sus niveles.<sup>18</sup> El ser humano, al afrontar situaciones difíciles en la vida, como problemas personales o enfermedades, busca de forma desesperada la necesidad de recurrir a la espiritualidad, a cosas mágicas, como respuesta a sus dificultades.<sup>19</sup> Del mismo modo, la exploración de la incertidumbre durante el tiempo de vida del paciente geriátrico, permite llamar a la teoría de la incertidumbre como la “teoría de la sensibilización”.<sup>20</sup>

**ESTRÉS:** Se considera que el estrés es un mecanismo desencadenado cuando el paciente presenta situaciones que superan sus recursos, es decir que supera sus capacidades para afrontarlos. Por lo tanto, presenta dificultades para tratar de cumplir con las demandas que se le exigen experimentando un exceso de sus capacidades no sólo físicas sino también psicológicas que repercuten en el bienestar biopsicosocial, entonces podemos decir que el estrés es un sentimiento de tensión físico o emocional generado de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso, el cual puede ser a corto plazo y desaparece rápidamente (estrés agudo) o persistir por tiempo prolongado, es decir semanas, meses o años

(estrés crónico), en este último caso el individuo puede acostumbrarse a vivirlo de forma rutinaria sin darse cuenta que es un problema.<sup>21</sup>

El estrés, en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control. El estrés es una de las “enfermedades” más diagnosticadas en los últimos tiempos, causando una mayor cantidad de problemas en el adulto mayor.<sup>22</sup> Zaldívar considera a la vulnerabilidad como la resultante entre la apreciación y consecuencias de una situación que se le presenta a un individuo, y la forma en la que lo afronta.<sup>23</sup>

Las personas se adaptan a su medio de maneras diferentes y necesitan asumir conductas para mejorar su estado de salud, que les faciliten confrontar las adversidades a través de manejo adecuado en su autocuidado y afrontamiento de su enfermedad para mejorar la adaptación a situaciones que aquejan la salud y de vida del paciente y cuidadores. Cuando el desarrollo de la aparición de signos y síntomas son variables y su evolución es impredecible; la incertidumbre puede afectar de una forma importante no sólo a la persona, sino también a la familia, siendo algo negativo, a lo que se le puede agregar otros factores como tristeza, la soledad, otras comorbilidades, y el paciente visualizará un futuro incierto.<sup>24</sup>

En algunos casos se han observado pacientes que resisten gracias a su fuerza espiritual, muchas ocasiones esperando que su fe lo resuelva (lo que ellos denominan “milagro”). La creencia en una fuerza superior, sumada al apoyo familiar, la pronta forma en la que confronta la enfermedad, logra que el paciente pueda seguir adelante. Es por ello que, ante enfermedades limitantes o amenazantes, surgen preguntas e incertidumbre. Algunas investigaciones han demostrado que la incertidumbre es un generador de estrés y ansiedad, los cuales incrementan cuando hay un diagnóstico en espera.<sup>25</sup> Otro fenómeno como la espiritualidad, contemplada en la teoría de la autotranscendencia de Reed, ha ideado una escala de perspectiva espiritual que mide la espiritualidad en la persona enferma, especialmente en pacientes crónicos y con enfermedad terminal. Esta teoría ofrece conceptos específicos como son: entorno (vulnerabilidad), persona (autotranscendencia) y salud (bienestar). Existen variables personales y contextuales que pueden afectar en el proceso de manera favorable o no, en el bienestar que pueden afectar la actitud hacia el enfrentamiento de enfermedades graves.<sup>26</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la Diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, como las principales causas de muerte en la población adulta mayor.

Estos padecimientos causaron, durante 2016, más de 300 mil defunciones.<sup>27</sup> El adulto mayor no solo debe vivir la mayor cantidad de años, sino que éstos sean de calidad, y por supuesto tener una muerte digna, es lo que todo ser humano, demanda y requiere. El envejecimiento, la fragilidad, la etiología, la familia actúan de forma diversa y con consecuencias tanto funcionales y vitales. Se deben buscar espacios de diálogo y análisis para elaborar e impulsar políticas públicas encaminadas a lograr mejor calidad de vida de las personas de la tercera edad y así alcanzar una vejez digna para todos los mexicanos.<sup>28</sup>

El progresivo envejecimiento de la población ha favorecido el desarrollo de un grupo de patologías asociadas al envejecimiento como son las enfermedades neurodegenerativas, el siglo XX.<sup>29</sup> México ha dejado de ser un país joven pues tiene más individuos mayores de 60 años que niños menores de 5; el envejecimiento poblacional nos hace un país predispuesto a múltiples enfermedades, principalmente crónicas degenerativas. México es un país cuya población está envejeciendo, es decir, tenemos en nuestro presente y futuro próximo un verdadero problema médico-social con un alto costo económico y una situación de devastación del paciente y de su familia. En la actualidad hay más de 13 millones de adultos mayores de 60 años en México.<sup>30</sup> Para denotar la importancia de este estudio, pondremos en perspectiva, que en el año 1970 había de 5 a 7 viejos por cada 100 jóvenes y que aún se mantenía un estilo de familia nuclear en nuestra sociedad la carga se compartía en el cuidado del paciente senil con o sin deterioro cognitivo por sus parientes. Sin embargo, no solamente se ha quebrantado la familia nuclear, sino que se estima que habrá 139 personas de más de 65 años por cada 100 jóvenes, lo cual deja un déficit en cuanto a uno de principales cuidadores primarios en nuestro país que es el familiar directo.<sup>31</sup>

La prevalencia mundial de la dependencia en las personas adultas mayores es del 13%. Esta cifra refleja la transformación de los requerimientos mundiales para su cuidado debido al acelerado envejecimiento de la población. Se estima que entre el 2010 y 2050, el número total de personas dependientes a nivel mundial casi se duplicará, pasando de 349 millones a 613 millones, y más de un tercio de estas personas (de 101 a 277 millones) serán personas adultas mayores. El incremento del número de personas adultas mayores dependientes es desproporcionadamente mayor en países emergentes y en vías de desarrollo.<sup>32</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El beneficio que ofrece mi estudio al instituto es aportar información sobre la posible relación de la incertidumbre y nivel de estrés ante la enfermedad del adulto mayor que hasta el momento se desconoce en el contexto de la población mexiquense. Con lo anterior, se podrá evaluar a mediano plazo, la posible asociación entre esas dos variables, construyendo con este estudio el sustento de posteriores investigaciones para desarrollar programas de promoción a la salud en el primer nivel de atención médica y otorgar de forma conjunta con trabajo social, la enfermera especialista y el médico familiar nuevos programas y estrategias en los que se integre a los familiares y cuidadores primarios de los adultos mayores, ayudando a disminuir las situaciones que le generan complicaciones secundarias a la incertidumbre y estrés.

El beneficio que ofrece mi estudio para la comunidad derechohabiente es contribuir a una identificación oportuna de las variables que le generan incertidumbre y estrés al adulto mayor, para así brindar de forma oportuna asistencia para disminuir e incluso evitar las complicaciones a sus padecimientos físicos y psicológicos, de esta forma se verá reflejado en un menor número de consultas médicas y menor uso de fármacos ya que actualmente se invierte gran parte del presupuesto en la atención médica de enfermedades crónico-degenerativas, osteoarticulares y cerebrovasculares, de esta manera se mejoraran los tiempos de espera para acceder a los servicios de salud y el tiempo que pasa antes de tener un diagnóstico o atención médica.

El beneficio que aportara mi protocolo de investigación a los pacientes que participen en el estudio es la identificación oportuna de la incertidumbre y estrés, para así brindar de forma oportuna asistencia para disminuir e incluso evitar las complicaciones a sus padecimientos físicos y psicológicos. De esta forma al tener a un adulto mayor incorporado no sólo a la actividad económica como un individuo productivo para su comunidad y para la sociedad, sino con mejora en su autoestima y su adaptación a la enfermedad, disminuyendo o incluso erradicando el estrés y la incertidumbre.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **TRASCENDENCIA**

El impacto psicológico del estrés es alto en situaciones de duelo, disfunción conyugal, sobrecarga para el cuidado y estados como son el padecer una enfermedad crónica, cáncer, el estrés tiene una prevalencia del 40% en México y un 48.4% de incertidumbre en el adulto mayor, constituyen un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la vida de las personas. Los adultos mayores presentan niveles más severos de vulnerabilidad se evidenciaron en hombres, en el rango de 64 a 80 años, en jubilados, viudos y con nivel escolar primario. En el adulto mayor se evidencian altos niveles de estrés, causados por la jubilación, pérdida de las funciones físicas, enfermedad, dependencia, aislamiento familiar, de este modo se reduce la vida social y al mismotiempo se observa como disminuyen sus capacidades tanto motoras como mentales.

La situación del adulto mayor genera la necesidad de estudiar variables como la incertidumbre y el estrés, las cuales pueden provocarse por diferentes factores como la pérdida de la pareja, la jubilación, las alteraciones dadas en esta etapa, el cambio de hogar, entre otros, ya que causan un impacto negativo en la salud (Dechent 2012; Rout & Rout 2002).

Los datos permiten inferir que el adulto mayor vive en compañía de sus familiares, puede tener un papel relevante para su bienestar físico y emocional, particularmente en el caso de quienes requieren de cuidados o apoyo a causa de una enfermedad o discapacidad. Los adultos mayores residen en su mayoría en hogares familiares: la mitad de los hombres (49.7%) en nucleares; 38.1% en hogares ampliados y 1.7% en compuestos. Las mujeres viven con menor frecuencia en hogares nucleares y más en ampliados, 37.9 y 47.0%, respectivamente. En ambos casos es mínima la proporción de personas que viven en hogares de atención al adulto mayor, el abandono, una precaria o insegura situación socioeconómica, y el grado de discapacidad o dependencia de otros, generan incertidumbre y estrés en el adulto mayor.

Se calcula que en México entre 30 y 40% de las personas sufren estrés, siendo el segundo país a nivel mundial con el índice más alto en incidencia de este problema, después de China", de acuerdo con estudios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz (INPRF).

## **MAGNITUD**

Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), mencionan que entre el año 2000 y el año 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de sesenta años se duplicará, pasando del 11% al 22%; lo que significa que este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones, en el transcurso de medio siglo.

Entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Un alto porcentaje de adultos mayores pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o neuropsiquiátricos que requerirán alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales. A medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de casos de discapacidad, secundaria a complicaciones de sus múltiples comorbilidades.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT) señalan que poco más de 67% de la población de 60 años y más reporta tener al menos una enfermedad diagnosticada. Cada año miles de personas son diagnosticadas con una enfermedad y miles más mueren por esa condición; con las transiciones demográfica y epidemiológicas, se espera que la morbilidad y mortalidad aumenten, en parte por el incremento en la esperanza de vida (en 2050 se espera que llegue a 82 años)

El presupuesto global del sector salud asciende a 380 mil millones de pesos, de ellos, 190 mil millones son destinados para el tratamiento de padecimientos crónicos. Un análisis de los principales motivos de consulta en medicina familiar y en consulta de especialidades, así como egresos hospitalarios en el grupo de población de 65 años y más, del IMSS (2018) hace evidente que la mayor carga es debida a enfermedades del corazón cuyo sustrato es la hipertensión arterial y la diabetes. Estas cifras dan una clara idea de la carga de la enfermedad crónica en términos de uso de los servicios de salud.

En México el envejecimiento demográfico muestra un incremento acelerado y sin duda esto incrementará los gastos de atención a la salud, lo cual significa que uno de cada cinco hogares de adultos mayores tendrá que incurrir en gasto en salud debido a las enfermedades que desarrollará.

La demanda de servicio en el segundo y tercer nivel de salud, presiona de manera desigual a los servicios de especialidad, en mayor medida por una inadecuada distribución de los recursos humanos de acuerdo con el perfil demográfico y epidemiológico de los derechohabientes del Instituto; en México, de acuerdo con datos del INEGI en el 2019, el 10.7% de la población mexicana con más de 60 años reportó tener algún tipo de discapacidad (motriz, auditiva o visual) que pudieran requerir asistencia por parte de familiares o cuidadores pagados.

El primer estudio nacional sobre prevalencia del deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores se efectuó a partir de los datos del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) considera el analfabetismo, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular, cardíaca y la depresión influidas por el estrés y la incertidumbre actúan como factores de riesgo para el adulto mayor, por lo que debe promoverse y difundirse la información de la enfermedad hacia la sociedad. Deben mejorar las actitudes públicas y de los profesionales hacia la atención del adulto mayor, se debe implementar acciones en el primer nivel de atención invertir en sistemas sociales y de salud para mejorar la atención médica al paciente geriátrico y sus cuidadores.

## **VULNERABILIDAD**

La incertidumbre y el estrés en el adulto mayor se puede mejorar o modificar con la prevención primaria, la cual es un pilar fundamental y para llevarlo a cabo se debe realizar una valoración médica multidisciplinaria, establecer consultas en un módulo exclusivo para el adulto mayor, en el que el médico familiar tenga un grupo de colaboradores especializados con el fin de responder toda clase de dudas, inquietudes y conocimientos de la enfermedad, para facilitar la atención de salud. Es necesario fortalecer la credibilidad con los adultos mayores siendo veraces, confiables y otorgando información graduada y adecuada.

El profesional de salud debe convertirse en una figura representativa para la persona atendida, es decir, no sólo ser una gestora de indicaciones, de la administración de drogas o de aspectos administrativos, sino por sobre todo ser alguien capaz de establecer una relación terapéutica desde el comienzo de la enfermedad y así su incertidumbre y estrés tiende a disminuir, incluso serán erradicadas. Si se considera que esta dimensión mide aspectos como administrar información y cuidado, los niveles de incertidumbre y estrés alcanzados representarían un punto crítico respecto de la labor del acto médico.

Para este tipo de pacientes, el personal de salud debe apoyar, educar e informar, es decir, representar un vínculo significativo para disminuir su incertidumbre, se ha observado en estudios una falta de relación entre el equipo de salud. El paciente al encontrar a un equipo de salud preocupado no solo en su enfermedad, sino también en las complicaciones que le puedan generar y en su entorno familiar, tendremos a un adulto mayor con una vejez saludable incorporado incluso a la actividad útil en la economía del país.

Con el buen manejo nuestras variables y el proceso de envejecimiento manejado a nuestro favor, el paciente podrá aprender a controlar y eliminar tanto a la incertidumbre y el estrés en ante su enfermedad y así tendrá una mejor oportunidad de vivir una vida larga y sana.

## **FACTIBILIDAD**

No existe en la actualidad un estudio que relacione estrés e incertidumbre, ni estudios que pretendan modificarlas en el consultorio de atención médica de primer nivel, sin embargo el primer nivel de atención es primordial, ya que en éste puede llevarse a cabo la identificación y estudio del paciente geriátrico, con el fin de canalizarlo de forma pronta y efectiva a las diversas áreas, mejorando así la atención y disminuyendo complicaciones tardías, entonces trataremos de identificar cuál es la diferencia entre la incertidumbre y nivel de estrés ante la enfermedad en el adulto mayor; con el fin de favorecer el envejecimiento saludable, implementar una atención integral del Adulto Mayor en unidades médicas de primer nivel de atención; así como capacitar en el área de Geriátrica a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención del Adulto Mayor y desarrollar la investigación clínica en este ámbito y transitar a una atención diferenciada en el Adulto Mayor.

## PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es la estimación de la asociación que existe entre la incertidumbre y el nivel de estrés ante la enfermedad en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar 62?

## **OBJETIVO GENERAL**

Estimar la asociación entre la incertidumbre y nivel de estrés ante la enfermedad en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar 62.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Catalogar la incertidumbre en el adulto mayor.
- Clasificar el nivel de estrés en el adulto mayor.
- Identificar si tiene enfermedades crónico-degenerativas en el adulto mayor.
- Identificar si cuenta con red de apoyo el adulto mayor.
- Identificar la edad de los pacientes adulto mayor.
- Identificar el sexo de los pacientes adulto mayor.
- Identificar la escolaridad del adulto mayor.
- Identificar la ocupación del adulto mayor.
- Identificar el estado civil del adulto mayor.

## HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS DE TRABAJO

Si el nivel de estrés es alto (78.9%) se estima una asociación con una incertidumbre alta (un 87%), por lo tanto si un nivel de estrés es bajo el puntaje de incertidumbre disminuirá.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **CARACTERÍSTICAS DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO**

El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 62, la cual es una unidad de atención médica de primer nivel, la cual es perteneciente a la Delegación Orienta del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual se encuentra ubicado en la Avenida 16 de septiembre No. 39, Col. Guadalupe, CP 54800, Cuautitlán, Estado de México.

La infraestructura con la que cuenta la UMF 62 para la atención de sus derechohabientes en dos turnos que laboran en un horario matutino de 8:00 a 14:00hrs y vespertino de 14:00 a 20:00hrs, de lunes a viernes; en esta unidad cuenta con área de laboratorio, radiología e imagen, 1 consultorio de nutrición, medicina preventiva, salud en el trabajo, epidemiología, 2 consultorios para la atención por enfermera especialista en medicina familiar, así como 2 consultorios de trabajo social 64 consultorios en total, con una población en el 2018 de 273 409 derechohabientes de 9 municipios (Huehuetoca, Coyotepec, Teoloyucan, Melchor Ocampo, Tultitlan, Tultepec, Cuautitlán, Coacalco, Izcalli) equivalente a cerca del 10% del total de población de la delegación México Oriente del IMSS. Cada consultorio de Medicina Familiar tiene un promedio de 3932 derechohabientes con un rango de 3534 a 6246, haciendo necesario contar con 43 consultorios por turno. La unidad, tiene una población geriátrica de 39305 individuos, de los cuales 35068 tienen entre 60 a 84 años y 4237 personas mayores de 85 años. Los cuales por grupo etario y sexo corresponden a:

- Población femenina > 85 años: 2344
- Población masculina >85 años: 1893
- Población femenina de 80 a 84: 1592
- Población masculina de 80 a 84: 1324
- Población femenina de 75 a 79 años: 2252
- Población masculina de 75 a 79 años: 2092
- Población femenina de 70 a 74 años: 3362
- Población masculina de 70 a 74 años:3204
- Población femenina de 65 a 69 años: 4690
- Población masculina de 65 a 69 años: 4409
- Población femenina de 60 a 64 años: 6527
- Población masculina de 60 a 64 años: 5616

## DISEÑO DEL ESTUDIO

- **Área de estudio:** clínico
- **Fuente de datos:** primaria
- **Observacional:** ya que se observa el fenómeno y no existe manipulación de variables.
- **Analítico:** en el cual se establece si hay o no relación entre las variables de asociación o causalidad.
- **Prolectivo:** debido a que los datos se recaban durante el desarrollo de este estudio.
- **Transversal:** descriptivo puesto que se estudió en una sola ocasión en el grupo de estudio y tiene como fin estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición de salud.

## **UNIVERSO DE TRABAJO**

Este estudio se realizará con una muestra de 374 pacientes de un grupo etario de 65 a 74 años tanto del sexo masculino y femenino con enfermedades crónicas y degenerativas de una población de 15665 pacientes derechohabientes pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar 62, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **a) Criterios de inclusión**

- Paciente geriátrico entre 65 a 74 años
- Paciente que presente alguna enfermedad crónico-degenerativa de 5 años de diagnóstico, como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, enfermedad reumática, osteoartritis y artritis reumatoidea de 5 años de diagnóstico, gonartrosis, espondiloartropatías, osteoporosis, antecedente de fractura de cadera.

### **b) Criterios de exclusión**

- Pacientes con diagnóstico de enfermedades neuro-psiquiátricas, como Alzheimer, Enfermedad vascular, Enfermedad con cuerpos de Lewy, Enfermedad de Huntington, Degeneración frontotemporal, Encefalopatías, demencia senil.
- Paciente que sólo hable alguna lengua indígena que requiera a un intérprete para responder el cuestionario.
- Paciente que presente algún tipo de discapacidad visual y auditiva cuyas respuestas puedan generar un sesgo al responder el cuestionario.

## TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizará mediante cálculo del tamaño de muestra para población finita de 15 665 adultos mayores de 65 a 74 años, ocupando la fórmula para estimación de una proporción. Por lo que nuestra muestra será de 374.

n= Tamaño de muestra

N= Tamaño de población o universo

Z= Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza

d= Error de estimación máximo aceptado

p= Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (48.4%)\*

q=(1-p) Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

\* Pérez Moreno, Sunny Valentina; Saucedo Miñano, Katerinne Yolanda. Nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios, del distrito de Chimbote. 2017

$$n = \frac{15665 \times (1.96)^2 \times (0.48) \times (1-0.48)}{(0.05)^2 (15665 - 1) + (1.96)^2 (0.48) (1-0.48)}$$

$$n = \frac{15665 \times (3.8416) \times (0.48) \times (0.52)}{(0.05)^2 (15665 - 1) + (3.8416) \times (0.48) \times (0.52)}$$

$$n = \frac{15020.59453}{(0.0025) (15664) + 0.95886336}$$

$$n = \frac{15020.59453}{39.16 + 0.95886336}$$

$$n = \frac{15020.59453}{40.11886336}$$

$$n = \boxed{374.4022955}$$

## **TECNICA DE MUESTREO**

Se realizará un muestreo no aleatorizado, bajo conveniencia.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Incertidumbre	Es la incapacidad de una persona de dar significado a un hecho o situación que a su vez estén en relación con el estado de enfermedad. La persona por este motivo no es capaz de sobrellevar o asimilar un hecho con precisión. <sup>33</sup>	Se obtendrá por medio de la aplicación del instrumento de MUIS, la cual la clasifica en bajo, regular y alto.	Cualitativa	Ordinal	1. Bajo 2. Regular 3. Alto
Estrés	Es una respuesta por la interacción de una persona con su entorno, es un proceso dinámico, cambiante por medio de la relación que se da entre los estímulos del medio y los recursos personales que se utilizan para manejar o reducir las demandas internas o externas que son vistas como desbordantes para la persona. <sup>34</sup>	Se obtendrá al aplicar a los pacientes la escala de estrés se utilizó la versión española de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10) de Cohen, Kamarak, & Mermelstein (1983), punto de corte $\geq 25$ y se clasificara como estrés alto o estrés bajo.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Estrés alto 2. Estrés bajo
Enfermedades crónico-degenerativas	Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo por causas en general, manifestada por signos y síntomas característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. <sup>35</sup>	Se obtendrá por medio de la contestación directa del paciente asentado en la ficha de identificación y se clasifica en: si tiene o no tiene.	Cualitativa	Nominal	1. Si tiene 2. No tiene
Red de apoyo familiar	Se define como la forma en que los miembros de la familia organizan la manera de interactuar de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y alas pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren alo largo de la vida. <sup>36</sup>	Se obtendrá por medio de la contestación directa del paciente, quedando asentado en la ficha de identificación y se clasifica en si tiene o no tiene.	Cualitativa	Nominal	1. Si tiene 2. No tiene
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivodesde su nacimiento. <sup>37</sup>	Se obtendrá al interrogar al paciente y se anotará en la ficha de identificación, y clasifica en años.	Cuantitativa	Continua	1. Años
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos y	Se obtendrá al interrogar al paciente y se anotará	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Hombre 2. Mujer

	hembras. <sup>38</sup>	en la ficha de identificación, y clasifica en hombre y mujer.			
Escolaridad	Grado académico. Periodo de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender. <sup>39</sup>	Se obtendrá al interrogar al paciente y se anotará en la ficha de identificación, y clasifica en años. Los indicadores serán los grados cursados hasta el momento de realizar el estudio clasificándolos en analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado.	Cualitativa	Ordinal	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Bachillerato 5.Licenciatura 6.Posgrado
Ocupación	Vocablo latino “occupatio” que hace referencia a lo que se dedica una persona, su trabajo, empleo, actividad o profesión. <sup>40</sup>	Se obtendrá al interrogar al paciente y se anotará en la ficha de identificación, y clasifica en años. Los indicadores serán: jubilado o pensionado, profesionista, hogar, trabajador independiente.	Cualitativa	Nominal	1. Pensionado o Jubilado 2.Profesionista 3. Hogar 4. Trabajador independiente
Estado civil	Estado conyugal, es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio, que establece ciertos derechos y deberes. <sup>41</sup>	Se obtendrá al interrogar al paciente y se anotará en la ficha de identificación, y clasifica en años. Los indicadores serán: soltero y casado.	Cualitativa	Nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Divorciado

## VARIABLE INDEPENDIENTE:

Nivel de incertidumbre

## VARIABLE DEPENDIENTE:

Nivel de estrés

## DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Una vez que el estudio sea aceptado por el Comité Local de Investigación en Salud y Comité de Ética de Investigación en Salud del IMSS, se procederá a buscar información en el censo del servicio de ARIMAC, a la población geriátrica. Con dicha información, se seleccionará a los pacientes por medio de un muestreo probabilístico bajo conveniencia, en la cual, después de adquirir la lista nominal, se enumerará en orden ascendente, y ya identificado el tamaño de la muestra y se solicitará el censo, una vez hecho esto obtendremos su número telefónico del expediente clínico electrónico y con la ficha de identificación obtenida del mismo expediente, se realizarán las llamadas para citarlos y explicarles el estudio al cual ingresarán, en caso de acceder a formar parte del mismo, se llamará a los primeros 374 pacientes y en caso de que alguno acepte continuaremos con el siguiente en la lista hasta completar el tamaño muestra, al reunirse los 374 integrantes del estudio se les proporcionará un número de folio y solo el investigador conocerá a quien le corresponde cada folio para identificación y protección de datos del estudio.

Posterior a ello se citarán nuevamente en el aula de la unidad, donde se les explicará en que consiste dicho estudio. Al quedar todo claro, se otorgará carta de consentimiento informado (anexo 1) en caso de ser aceptada su participación. A cada participante se le leerá, de forma concisa, y de acuerdo a las capacidades intelectuales de cada uno de ellos, de forma que quedará totalmente clara y bien especificada la cédula de identificación (anexo 2), se les proporcionará y leerá el instrumento de Escala de MUIS, el cual se aplicará evitando que se generen dudas con información y siempre considerando las capacidades de cada individuo (anexo 3) y la escala EEP10 (anexo 4). Posterior a la aplicación de ambos cuestionarios, se evaluará cada uno de ellos, de cada participante, analizando de forma individualizada los resultados obtenidos para así poder interpretar los resultados obtenidos. Posteriormente se contactará a los pacientes por vía telefónica y en caso de no contar con esa posibilidad, se buscará en su domicilio, para poder llevar a cabo una cita en el aula de la unidad, de forma individual en periodos de aproximadamente una hora por persona, 5 personas por día, para poder explicarle los resultados obtenidos de sus pruebas. Todos los resultados de estas escalas se ingresarán para su análisis en el programa SPSS V-20 en español.

## INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

- Escala de Evaluación de la Incertidumbre de Merle Mishel (MUIS).

La Escala de Evaluación de la Incertidumbre de Merle Mishel (MUIS por sus siglas en inglés), instrumento construido y validado por Merle Mishel. Corresponde a una escala tipo Likert, que mide el nivel de incertidumbre (NI) a través de tres dimensiones: Marco de los estímulos, Capacidades cognitivas y Fuente de la estructura. La versión en español del instrumento tiene un total de 29 preguntas y se interpreta de la siguiente forma: si en todas las respuestas se obtiene un puntaje 1 la suma total es 29, si el puntaje es 2 el total es 58, si el puntaje es 3 el total es 87, si es 4 el total es 116 y finalmente si la respuesta es 5 el puntaje máximo es de 129. Esta puntuación indica que la categorización del puntaje en las preguntas es la siguiente: puntaje 1 y 2 tiene relación con un nivel de incertidumbre bajo, puntaje 3 tiene relación con el nivel de incertidumbre regular y el puntaje 4 y 5 con el nivel de incertidumbre alto. Así, el puntaje de corte para calificar un nivel bajo NI= $\leq 59$  puntos (nivel 1 y 2), regular NI= 59-87 puntos (niveles 3 y 4), y alto NI=  $> 87$  puntos (nivel 4 y 5). En las preguntas 6, 7, 10, 12, 21, 22, 25, 27 y 29 la ponderación se invierte (de 1 a 5). La confiabilidad alcanzada por el instrumento en este estudio fue de un Alpha de Cronbach = 0,98.

Este instrumento ha sido adaptado para la realización de múltiples estudios como en el estudio realizado por María Inés Johnson Castro y Paulina Hurtado Arenas en el cual miden la incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer donde realizan análisis de varianza ANOVA y modelo de regresión lineal. Resultados: 54.8% de los adultos mayores presentan un alto NI. La escolaridad está correlacionada negativamente con el NI ( $R=0.54$ ,  $p\text{-valor}=0.0492$ ). Un 28.99% ( $R^2$  ajustado, 35gl) de la varianza en el NI se explica por la escolaridad. No se encontró una correlación estadísticamente significativa con las otras características SD. También hay adaptaciones de la escala de incertidumbre en pacientes tratados con hemodiálisis de Clara María Torres Ortega utilizando el índice de Flesh Szigriszt con una validez de contenido promedio de 0.7 y un alfa de Cronbach de 0.72, encontrando asociación estadísticamente significativa entre la incertidumbre, el sexo y el nivel de formación a las recaídas.

- Escala de Estrés Percibido (EEP-10).

Para medir los niveles de estrés se utilizó la versión española de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10) de Cohen, Kamarak, & Mermelstein (1983), escala que mide la percepción de estrés en situaciones de la vida cotidiana. La escala cuenta con una consistencia interna de 0,86. En cuanto a los niveles de estrés las tendencias reflejan la ausencia de síntomas en los adultos mayores. Se encontró que en la mayoría de los ítems las puntuaciones muestran ausencia de estrés, debido a que en un 70% de las respuestas la opción marcada fue “de vez en cuando”, lo cual no representa un valor significativo en la escala. En el ítem nueve se encontró una variación en la cual ninguno de los participantes optó por la respuesta “nunca”, esto puede darse en el adulto mayor del hogar por no tener a cargo responsabilidades con terceras personas. La EEP10 se compone de 10 ítems; cada uno ofrece 5 opciones de respuesta: nunca, casi nunca, de vez en cuando, casi siempre y siempre. Los ítems 1, 2, 3, 6, 9 y 10 se califican de manera directa de 0 a 4 y los ítems 4, 5, 7 y 8, a la inversa, de 4 a 0. Se consideró la EEP-10 por la aceptable consistencia interna mostrada en otros estudios colombianos, con alfa de Cronbach entre 0,65 y 0,866,7. Se calculó la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach y el AFE en que se determinó si los ítems agrupaban un factor latente (prueba de esfericidad de Bartlett y de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin [KMO]) y el número de factores (con valor propio y varianza explicada). El análisis se realizó en IBM-SPSS versión 239.

La PSS-10-C mostró= 0,86. En el AFE, la prueba de Bartlett mostró  $\chi^2 = 1.399,35$ ; grados de libertad = 54;  $p < 0,001$  y KMO = 0,82. Se identificó un único factor, con valor propio de 4,42, que explicó el 44,2% de la varianza total. Las puntuaciones observadas estaban entre 0 y 36 ( $16,5 \pm 7,3$ ); 58 personas puntuaron 25 o más.

Estos hallazgos son alentadores, pero los datos del Análisis Factorial Explorado (AFE) distan un poco de los esperados en condiciones ideales: que el factor identificado explique al menos el 50%. Posiblemente deban hacerse algunos ajustes adicionales en la redacción de esta versión. No obstante, se propone usar el punto de corte  $\geq 25$  para alto estrés percibido. Como se anotó con anterioridad, esta escala mide la percepción de estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes. La escala incluye una serie de consultas directas que exploran el nivel de estrés experimentado durante el último mes. Los incisos se entienden con facilidad.

La escala brinda cinco opciones de respuesta: 'nunca', 'casi nunca', 'de vez en cuando', 'muchas veces' y 'siempre', que se clasifican de cero a cuatro. No obstante, los ítems 4, 5, 7 y 8 se califican en forma reversa o invertida. La escala puntúa de 0 a 56; las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido.

En la revisión de 24 artículos relacionados con las propiedades psicométricas se confirmó que esta escala es un instrumento de cribado confiable y válido para percibir el estrés. Ha sido empleada en varios países, grupos poblacionales, edades y diversos entornos: mexicanos, suecos, griegos, chinos, brasileños; estudiantes, trabajadores, amas de casa y padres de familia; adultos jóvenes (35.5 años), adultos mayores (58 años), ancianos (76 años) con y sin problemas de salud, trastornos de estrés, enfermedad coronaria, fumadores, y en ambos sexos: hombres y mujeres, con alfa de Cronbach entre 0.82 a 0.85 y con estructura factorial consistente de 2 factores en todos los casos que explicaron el 45.3, el 48.1 y hasta el 52.7% de la varianza.<sup>42</sup>

Un factor que afecta la variable de estrés, es el entorno en el que interactúa el individuo, ya que el adulto mayor se encuentra en un ambiente tranquilo, tienen pocas preocupaciones, cuentan con personal que los motiva y acompaña constantemente. Al no tener responsabilidades tanto económicas, sociales, laborales y familiares, el nivel de preocupación disminuye, lo cual puede ser asociado al bajo nivel de estrés evidenciado en los resultados.

La mayoría de adultos mayores presentan nivel alto estrés (48.4%), nivel moderado estrés (37.0%) y el 24.1% con nivel leve de estrés. Entre los adultos mayores con nivel alto y moderado de estrés prevalece un nivel inadecuado de autocuidado (66.7% y 55.0% respectivamente), a diferencia de los adultos mayores con nivel leve de estrés, en quienes prevalece un nivel adecuado de autocuidado (76.9%), el nivel de estrés y nivel autocuidado se relaciona significativamente ( $p=0,0469$ ), y el tener un nivel alto de estrés se constituye en riesgo muy elevado para un nivel inadecuado de autocuidado ( $OR=2.7$ ).<sup>43</sup>

## ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará el programa SPSS v20, mediante el cual se realizará el análisis de los datos obtenidos durante el desarrollo del estudio, en el cual:

1. Se realizará análisis univariado para variables cualitativas por medio de frecuencias y porcentajes para variables cuantitativas:
  - a) Variables cualitativas ordinales (incertidumbre y estrés): se analizará por medio de frecuencias, porcentajes y se representará con graficas de barra.
  - b) Variables cualitativas nominales (sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, enfermedades crónico-degenerativas), se analizará por medio de frecuencias porcentajes y se representará con graficas de barra.
  - c) Variables cuantitativas continuas (edad), se analizarán si son de distribución libre, por medio de mediana y valores máximos y mínimos, si son de distribución normal media y desviación estándar.
  
2. En un segundo momento se realizará análisis bivariado
  - a) Para la relación de los grupos de incertidumbre y estrés se aplicará la prueba de U de Mann Whitney.

## ASPECTOS ÉTICOS

### CÓDIGO DE NÚREMBERG

- a) **Se llenará el consentimiento de los adultos mayores que deseen participar de forma voluntaria.** Esto significa que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar consentimiento; su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de coerción; debe tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos implicados para tomar la decisión de formar parte del estudio.
- b) **Nuestro estudio tiene como finalidad la prevención y diagnóstico en el primer nivel de atención con el fin de disminuir o evitar el desarrollo de complicaciones de enfermedades crónicas del adulto mayor, para así puedan incluso vivir una vida sin limitaciones, autodidacta e incluso útiles a la sociedad.**
- c) **El presente estudio está diseñado para identificar aquellos pacientes geriátricos con incertidumbre y estrés para así poder brindar atención oportuna e incluso desarrollar programas preventivos y disminuir estas situaciones que al adulto mayor les generen complicaciones secundarias a sus comorbilidades, además de la ansiedad, depresión, inmovilidad, etc. Incluso el gasto económico generado por las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones en dicho grupo etario. La prevención y la protección son las bases fundamentales para una vida exitosa en el adulto mayor, al captar al paciente geriátrico con alto grado de incertidumbre y estrés, de forma conjunta con trabajo social, la enfermera especialista y el médico familiar le brindará de forma oportuna asistencia para disminuir e incluso evitar las complicaciones a sus padecimientos físicos y psicológicos.**
- d) **Al identificar la incertidumbre y el estrés del adulto mayor podremos brindar atención interdisciplinaria, en apoyo del equilibrio biopsicosocial respetando su integridad no sólo física, sino también psicológica, es decir, será llevado a cabo de tal forma que se evite el sufrimiento o daño innecesario, siempre bajo el principio de lo primero es no hacer daño.**
- e) **En este caso nuestro estudio no realiza experimentación, por lo que no esperamos efectos secundarios que puedan producir algún tipo de incapacidad o muerte; ya que es de riesgo mínimo y sólo esperamos que el adulto mayor pueda presentar algún tipo de depresión al darse cuenta de la incertidumbre y estrés que éste tiene.**

- f) El estudio será realizado por el médico residente, bajo la supervisión del asesor de tesis, encargado de proyectos de investigación en residentes de Medicina Familiar 62.
- g) Cuando se considere que la investigación no puede ser concluida por motivos mayores, se procederá a finalizar la misma, cuidando la integridad de las participantes durante la realización del estudio, el adulto mayor durante el curso del estudio tiene la libertad de abandonar el estudio, si considera imposible continuar durante el desarrollo del mismo.

## **DECLARACIÓN DE HELSINKI**

- a) La investigación biomédica concuerda con los principios científicos **y nuestro estudio está basado en literatura médica no mayor a 3 años literatura médica actualizada en incertidumbre, estrés y el adulto mayor.**
- b) El diseño y la realización del presente estudio es evaluado y supervisado por un comité de ética.
- c) El diseño y la realización de procedimientos experimentales en la investigación biomédica **se realizará sólo por personal médico, es decir por un médico residente de 2° de la especialidad de medicina y un médico familiar, quienes identificarán la incertidumbre y el estrés en el adulto mayor de la Unidad de medicina familiar 62.**
- d) El objetivo de nuestro estudio es **Relacionar la incertidumbre y nivel de estrés ante la enfermedad en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar 62, cuidando su integridad física, intimidad y disminuir el impacto en su salud mental y física, sin embargo, sin embargo, nuestro estudio esperamos que el adulto mayor al realizar los cuestionarios de incertidumbre y estrés**
- e) En nuestro estudio esperamos que el adulto mayor al realizar los cuestionarios de incertidumbre y estrés presenten alteraciones en su estado mental como depresión, si, durante la realización de este protocolo se detecta que alguna participante tiene un problema médico agudo, psicológico se le canalizará a su atención inmediata, así mismo si se detecta alguna participante con factores de riesgo elevados, será canalizada con su médico familiar correspondiente de forma prioritaria y de ser necesario brindar atención multidisciplinaria con el fin de disminuir riesgos, complicaciones de sus enfermedades.
- f) En este caso nuestro estudio no realiza experimentación, por lo que no esperamos efectos secundarios que puedan producir algún tipo de incapacidad o muerte; ya

que es de riesgo mínimo y sólo esperamos que el adulto mayor pueda presentar algún tipo de depresión al darse cuenta de la incertidumbre y estrés que éste tiene, si detectamos presentaciones alteraciones en su estado mental como depresión, un problema médico agudo, psicológico se le canalizará a su atención inmediata, cuidando su integridad física y mental.

- g) **Nuestro estudio será reportara los resultados obtenidos sin importar los hallazgos que encontremos al finalizarlo, no se publicará en caso de que no sean fidedignos.**
- h) **nos comprometemos a proporcionarle al adulto mayor toda la información suficiente sobre toda la metodología y beneficios posibles y riesgos provistos durante la realización de este, tal y como queda asentado en el consentimiento informado, así como la libertad de decidir si es participe en responder los instrumentos para el desarrollo de nuestro estudio,** del cual se le proporcionara una copia a cada adulto mayor que decida con libre albedrio a participar en nuestro estudio.
- i) **En este caso nuestro estudio se realizará con adulto mayor que no presente algún trastorno neuropsiquiátrico o discapacidad mental que proporcione sesgos a la investigación.** Por tal motivo no es requisitado el asentimiento del padre o tutor legal.
- j) **No aplica debido a que no se efectuará un estudio experimental puesto que es un estudio de tipo observacional.**

### **Informe de Belmont**

Estos principios éticos se aplicarán en este protocolo, respetando y protegiendo la autonomía de las participantes, su capacidad de elegir si quieren participar en el proceso, y siempre se le explicarán los riesgos y beneficios:

- a) **Respeto a las personas: En nuestro estudio, el adulto mayor no se vera discriminado o se tendrá favoritismo hacia los participantes, el trato será justo y respetuoso, estaremos siempre a favor del diálogo, tomando en cuenta sus inquietudes y deseos de participar o no en nuestro protocolo de salud.**
- b) **Beneficencia: Se buscará potencializar los beneficios que obtendrán al ser parte de este protocolo, reduciendo al mínimo los riesgos, entablado siempre el dialogo, formando un equipo de trabajo en el cual con la cooperación de trabajo social y la enfermera especialista en medicina familiar se proporcione asistencia conformado por un equipo multidisciplinario con trabajo social, enfermera especialista en medicina**

**familiar y el médico familiar, si es requerido para disminuir los riesgos**, los cuales se esperan mínimos debido a ser un estudio observacional, analítico, transversal, prolectivo.

- c) Justicia: Nuestros instrumentos se irán aplicando a todas las participantes de forma igualitaria, **sin hacer algún tipo de discriminación o favoritismo, siempre con respeto y equidad a las personas, de forma gradual, para poder brindarles tiempo de calidad y calidez** para que nuestros instrumentos se recaben de forma minuciosa y evitar sesgos en la investigación.

### **Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación para Salud**

- **Artículo 13:** En mi protocolo de investigación se procurará que **el adulto mayor que consienta participar, se le respeten siempre sus derechos, su dignidad, bienestar y se buscará ante todo su bienestar.**

- **Artículo 14:**

I: Nuestro estudio cuenta con los lineamientos científicos para la realización del proyecto, en el cual se **busca una detección oportuna en el primer nivel de atención médica y evaluar la incertidumbre y estrés ante su enfermedad de nuestro adulto mayor con el fin de una prevención primaria de sus complicaciones.**

II: Durante la realización de nuestro estudio, **se le explicara a cada adulto mayor tanto los beneficios y riesgos de participar en la investigación, así como la posibilidad y libertad de decidir no participar en él, o bien retirarse de la investigación en el momento en que lo decidan,** así como de poder ser enviados a las áreas críticas que sean detectadas mientras se realiza el estudio.

III: Será requisito indispensable de **participación el llenado del consentimiento informado, a nuestros adultos mayores se les proporcionará nuestros instrumentos, bajo las normas de seguridad de este,** para así garantizar la seguridad, de las participantes y el investigador.

IV: Toda **la investigación será llevada a cabo por el investigador, bajo supervisión del asesor de tesis, respaldados por el Instituto Mexicano del Seguro Social,** ya que éste cuenta con la infraestructura necesaria para realizar el estudio y así garantizar el bienestar de nuestro adulto mayor durante la realización de nuestro estudio.

V: Todo el proceso desde el inicio **está en apego a los principios científicos, contará con autorización del comité metodológico y ético del Instituto Mexicano del Seguro Social.**

- **Artículo 15:** Para la selección de las participantes **se hará a través de la base de datos computarizada, de adulto mayor de 65 a 74 años con enfermedades crónico-degenerativas, reumáticas traumatológicas y ortopédicas, con red de apoyo familiar, y posteriormente se les realizará la llamada telefónica,** evitando riesgos en la selección de las participantes.
- **Artículo 16:** **Se protegerá la intimidad y privacidad de las participantes y se les asignará un número de identificación con el fin de proteger su información confidencial, la información recopilada quedará a cargo del investigador y del Instituto Mexicano del Seguro Social,** y sólo se podrá difundir con previa autorización del adulto mayor.
- **Artículo 17:** Que se refiere al tipo de riesgo de acuerdo a las investigaciones, **este protocolo se considera, como una investigación de riesgo mínimo, debido a que es un estudio de tipo de tipo observacional, analítico, transversal, prolectivo, dondese requiere la participación de las pacientes de forma activa, utilizando datos a través de encuestas,** no se utilizarán ensayos con medicamentos o nuevas pruebas de diagnóstico de gabinete.
- **Artículo 20:** Se solicitará el consentimiento informado escrito voluntario y libre, a cada adulto mayor, y en nuestro estudio, **no requiere consentimientos de menores de edad, puesto que nuestra población de estudio son individuos de 65 a 74 años.**
- **Artículo 21:** **Se dará una explicación con amplia y con detalle** de los pasos a seguir del protocolo, como son la justificación, los objetivos del mismo, los procedimientos que se utilizarán durante la aplicación de los instrumentos, las posibles molestias, **o riesgos esperados, y los beneficios** que podrán obtener al participar, los cuales serán asociados a obtener mayor conocimiento de la enfermedad, para su detección oportuna y en caso de detección de factores de riesgo, además de una referencia prioritaria oportuna, si tuvieran alguna duda tienen la libertad de preguntarla directamente al investigador, las cuales serán respondidas, se reiterará que son libres de decidir discernir de su consentimiento informado por los motivos que consideren, y salir de la investigación no representará alteraciones o modificaciones en su atención médica en la

unidad, ni les ocasionará problemas de alguna índole, y si por algún motivo se llegara a producir un daño directamente causado por el llenado de los instrumentos.

- **Artículo 22:** El consentimiento informado **será entregado por escrito, y se hará en el formato institucional, cumpliendo con requisitos específicos, el consentimiento informado del presente protocolo, está elaborado por el investigador, el cual debe ser aprobado por el comité de ética antes de poder utilizarlo, una vez aprobado con fines de poder participar en la investigación, de estar de acuerdo en la misma, el adulto mayor entre 65 a 74 años** debe colocar su nombre y firma, así como el nombre y firma de dos testigos y su parentesco, en caso de que las participantes no puedan firmar, se colocará su huella digital, también aparecerán los datos del investigador y el asesor de tesis, el consentimiento informado se hará por duplicado, y uno de ellos se le entregara a nuestro adulto mayor.
- **Artículo 24:** En nuestro estudio uno de los criterios de exclusión son **adultos mayores con enfermedades demenciales o psiquiátricos**, debido a que la información obtenida en nuestros instrumentos puede verse afectado y dando un sesgo a nuestra investigación.

#### **Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.**

- **Apartado 6:** El consentimiento informado **será entregado por escrito, y se hará en el formato institucional, cumpliendo con requisitos específicos, el consentimiento informado del presente protocolo, está elaborado por el investigador, el cual debe ser aprobado por el comité de ética antes de poder utilizarlo, una vez aprobado con fines de poder participar en la investigación, de estar de acuerdo en la misma, el adulto mayor entre 65 a 74 años** debe colocar su nombre y firma, así como el nombre y firma de dos testigos y su parentesco, en caso de que las participantes no puedan firmar, se colocará su huella digital.
- **Apartado 7:** Respecto del avance de la investigación **se entregarán de forma regular los resultados obtenidos; reportando los avances a la plataforma, para ser evaluados por los Comités de ética e investigación**, según se vean reflejados, durante el estudio de nuestro adulto mayor en cuanto a la incertidumbre y el estrés.
- **Apartado 8:** La **infraestructura** con la que cuenta la Unidad de Medicina Familiar 62 para la atención de sus derechohabientes del Instituto Mexicano del seguro social, **es suficiente para la realización de nuestro estudio, no sólo en infraestructura sino**

también en población, ya que cuenta con dos consultorios de nutrición, medicina preventiva, salud en el trabajo, epidemiología, 2 consultorios para la atención por enfermera especialista en medicina familiar, así como 2 consultorios de trabajo social y 64 consultorios de medicina familiar, tiene una población de 273 409 derechohabientes de 9 municipios (Huehuetoca, Coyotepec, Teoloyucan, Melchor Ocampo, Tultitlan, Tultepec, Cuautitlán, Coacalco, Izcalli) equivalente a cerca del 10% del total de población de la delegación México Oriente del IMSS. Con una población geriátrica de 39305 individuos, **de los cuales 35068 tienen entre 60 a 84 años y 4237 personas mayores de 85 años.**

- **Apartado 10:** nuestro estudio, **tiene claramente especificado el consentimiento informado, el cual se requisitada ante nuestro paciente, de forma clara y de acuerdo con el nivel cultural de cada individuo para evitar sesgos durante elllenado tanto del consentimiento, como de nuestros instrumentos.** El cual se le proporcionará al inicio a nuestro adulto mayor. En nuestro estudio, no se realizará ningún cobro a el paciente o familiar, debido a que se hace de forma gratuita y los gastos serán cubiertos en su totalidad por el investigador principal y colaboradores.
- **Apartado 11:** en este estudio, **el adulto mayor podrá dejar en cualquier instante que así lo solicite su participación, tal y como quedo asentado en el consentimiento informado, para nosotros es prioritario la integridad física y mental de nuestra población en estudio.** De igual forma los gastos generados para la realización del protocolo serán solventados en su totalidad por el investigador.
- **Apartado 12:** En este estudio tanto el investigador principal y los Comités en materia de investigación para la salud del Instituto Mexicano del Seguro social **somos los encargados de proteger la identidad y los datos personales de los sujetos de nuestro adulto mayor, y seguirán los lineamientos de acuerdo con La Ley federalde protección de datos personales en posesión de los particulares, y son de uso exclusivo del Instituto Mexicano del Seguro Social, solamente se podrán difundir con previa autorización de nuestro adulto mayor.**

#### **La ley protección de datos personales en posición de los particulares**

- **Artículo 7.** Los datos personales serán recabados por el investigador, y **serán tratados con privacidad, sin ser difundidos a terceras personas.**

- **Artículo 8.** El investigador principal será el encargado de que en nuestro estudio se requiera el consentimiento informado, de forma clara y concisa para que el adulto mayor pueda decidir si forma parte del proyecto de investigación.
- **Artículo 9.** No procede debido a que nuestro consentimiento informado **no requiere de datos sensibles.**
- **Artículo 11.** Durante la realización del estudio el investigador principal deberá mantener la información actualizada para evitar sesgos en la realización del estudio, **tratándose de población de 60 a 74 años es importante actualizarlos en caso de enfermedad o defunción que impidan la participación del mismo.**
- **Artículo 13.** Se resguardará los datos personales del adulto mayor por el tiempo que determine la ley.
- **Artículo 14.** El investigador **es el responsable de proteger los datos personales del adulto mayor** y solamente se podrán difundir con previa autorización de nuestro adulto mayor.

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS**

### **RECURSOS HUMANOS:**

Para la realización de nuestro estudio, se realizará con la población derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar 62, y será realizado por:

- Residente del curso de especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 62 de Cuautitlán, México, Shendel Juárez López quien se encargará de la realización del estudio, así como la aplicación, análisis y reporte de los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos a los adultos mayores.
- Tutor: Médico Familiar Araceli Gutiérrez Romero, de la Unidad de Medicina Familiar 62 Cuautitlán, México,

### **RECURSOS FINANCIEROS**

El estudio será realizado con recursos propios del investigador y del instituto, se llevara a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 62, en el municipio de Cuautitlán México del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuya infraestructura cuenta, con la infraestructura para la realización del mismo.

### **RECURSOS MATERIALES**

- Laptop
- Hojas blancas
- Lápices
- Gomas
- Sillas
- Tabla para escribir

# CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INCERTIDUMBRE Y NIVEL DE ESTRÉS ANTE LA ENFERMEDAD EN EL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62																															
ACTIVIDAD		PRIMER SEMESTRE						SEGUNDO SEMESTRE						PRIMER SEMESTRE						SEGUNDO SEMESTRE						PRIMER TRIMESTRE					
		2020												2021												2022					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Elaboración del protocolo	P	█																													
	R	█																													
Registro del proyecto	P																														
	R																														
Aplicación de encuestas	P																														
	R																														
Elaboración de base de datos	P																														
	R																														
Captura de información	P																														
	R																														
Análisis estadístico	P																														
	R																														
Presentación de resultados	P																														
	R																														
Programado		█																													
Realizado		█																													

## RESULTADOS

Estimar la asociación entre la incertidumbre y nivel de estrés ante la enfermedad en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar 62.

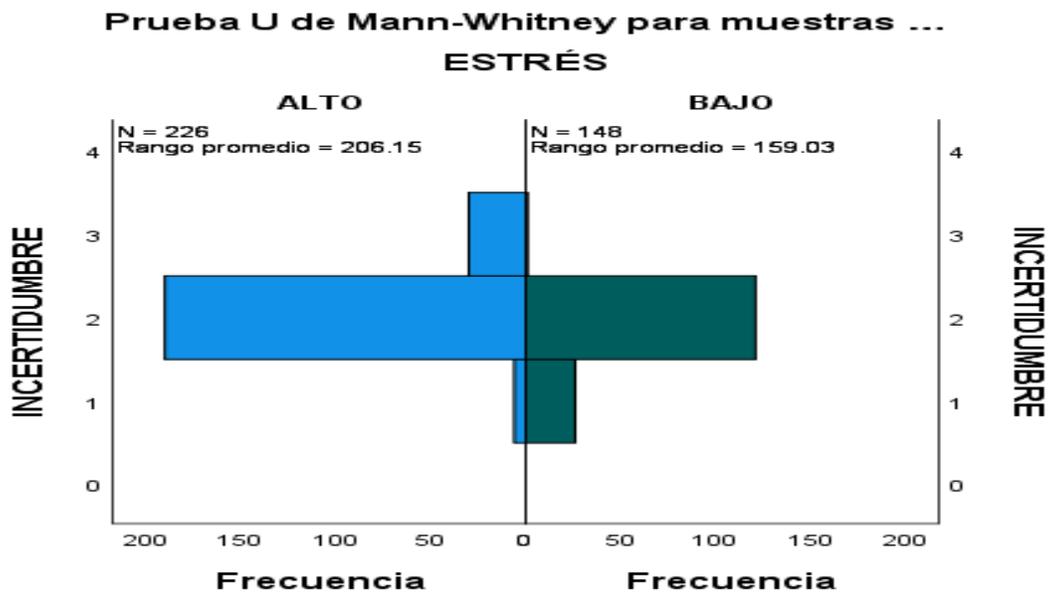
**Tabla 1:** Asociación entre la incertidumbre y nivel de estrés ante la enfermedad en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar 62.

ESTRES \ INCERTIDUMBRE	0: Bajo	1: Alto	Total	P
1: Bajo	26	6	32	0.057
2: Regular	121	190	311	
3: Moderado	1	30	31	
Total	148	226	374	

Fuente: Encuesta MUIS y EEP-10

Simbología: P prueba estadística Kruskal Wallis  $p < 0.05$

### Grafico 1



Fuente: Encuesta MUIS y EEP-10

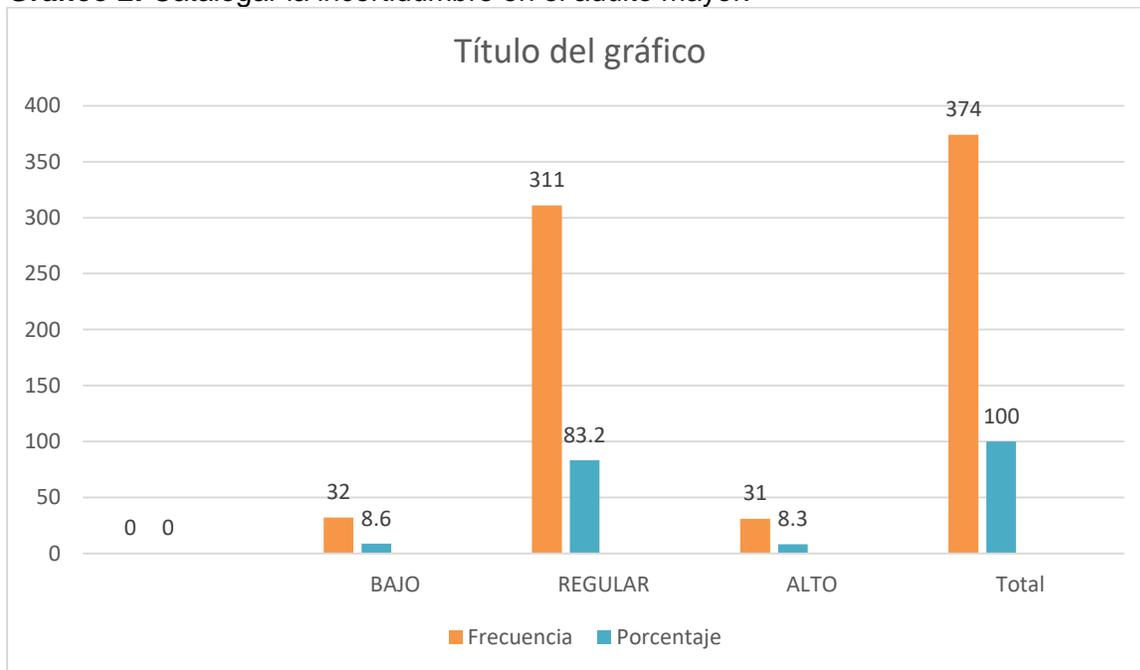
**Tabla 2:** Catalogar la incertidumbre en el adulto mayor.

Incertidumbre	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	32	8.6
REGULAR	311	83.2
ALTO	31	8.3
Total	374	100.0

Fuente: Encuesta MUIS y EEP-10

Simbología: 1: Bajo, 2: Regular, 3: Alto

**Gráfico 2:** Catalogar la incertidumbre en el adulto mayor.



Fuente: Encuesta MUIS

Simbología: 1: Bajo, 2: Regular, 3: Alto

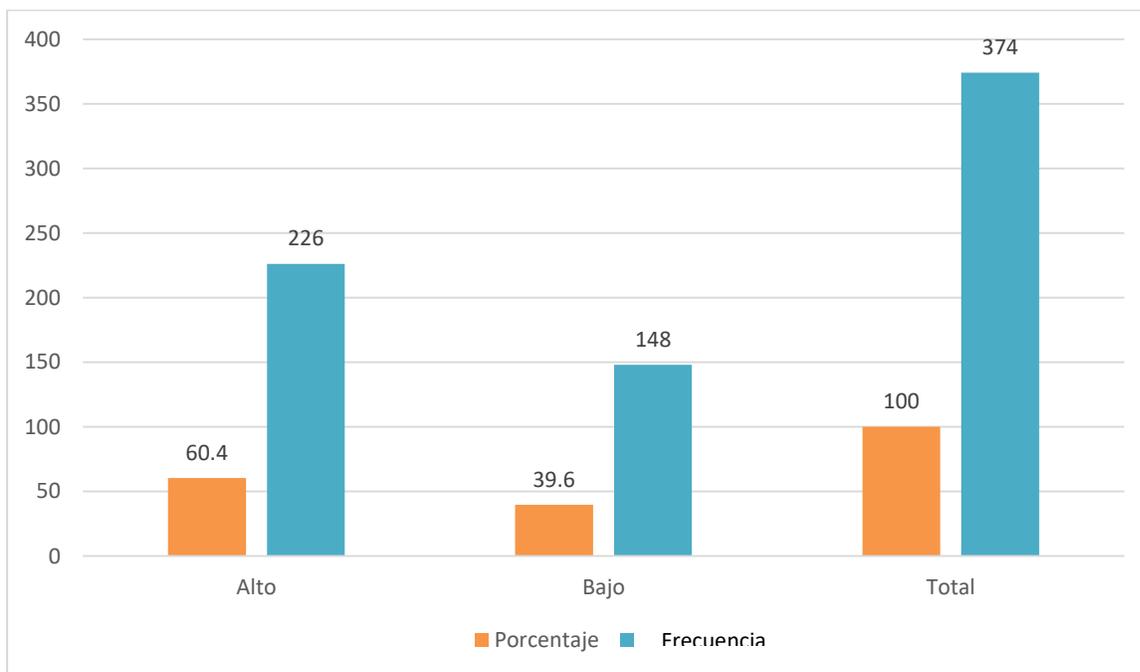
**Tabla 3:** Clasificar el nivel de estrés en el adulto mayor

Estrés	Frecuencia	Porcentaje
Alto	226	60.4
Bajo	148	39.6
Total	374	100.0

Fuente: Encuesta de Estrés percibido 10 (EEP-10 )

Simbología: 1: Bajo, 2: Alto

**Gráfico 3:** Clasificar el nivel de estrés en el adulto mayor



Fuente: Encuesta EEP-10

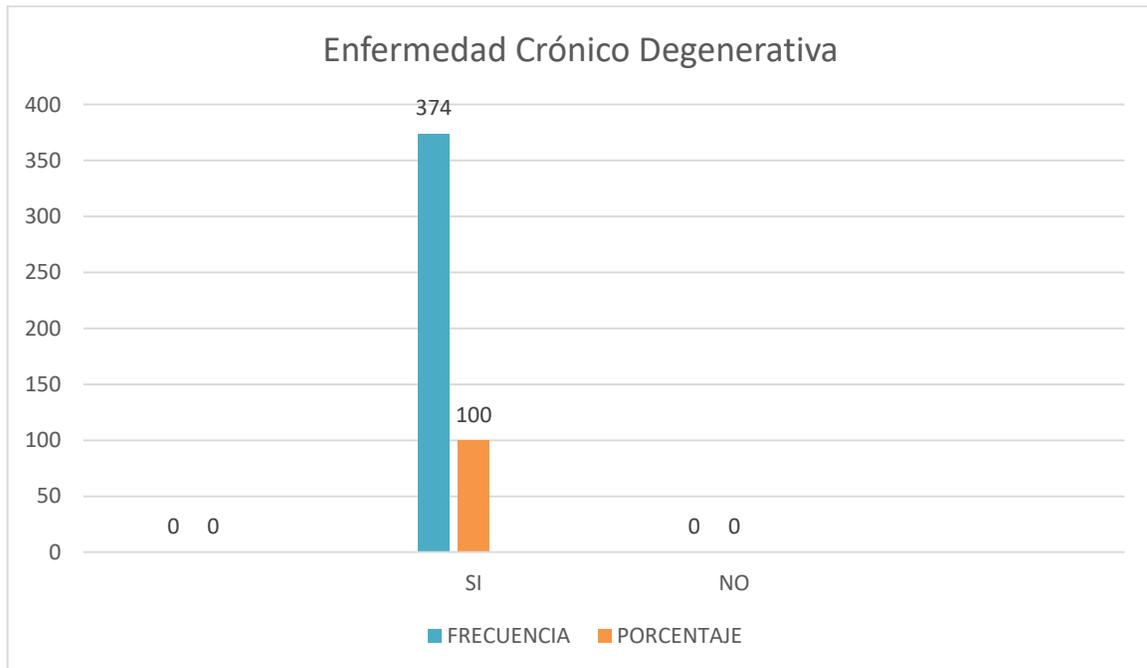
Simbología: 1: Bajo, 2: Alto

**Tabla 4:** Identificar si tiene enfermedades crónico-degenerativas en el adulto mayor

Cuenta con enfermedad crónica degenerativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	374	100.0
No	0	0

Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

**Grafico 4:** Identificar si tiene enfermedades crónico-degenerativas en el adulto mayor



Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

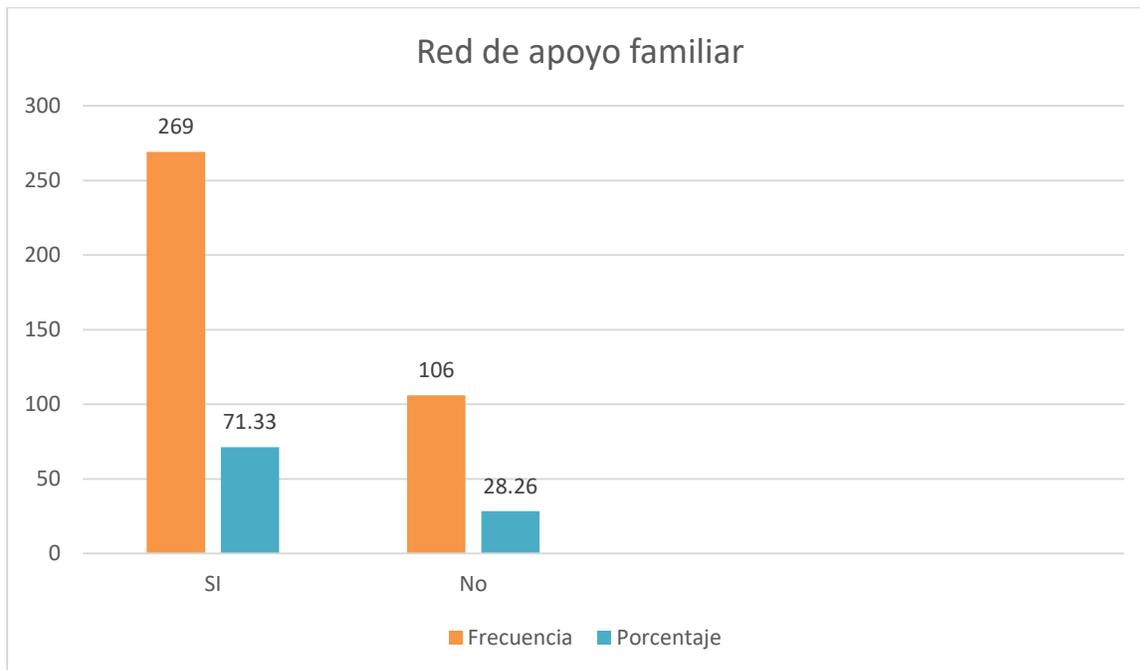
**Tabla 5:** Identificar si cuenta con red de apoyo el adulto mayor.

Cuenta con red de apoyo familiar	Frecuencia	Porcentaje
SI	269	71.33
No	106	28.26

Fuente: Encuesta: Ficha de identificación

Simbología: 1: Bajo, 2: Alto

**Grafico 5:** Identificar si cuenta con red de apoyo el adulto mayor.



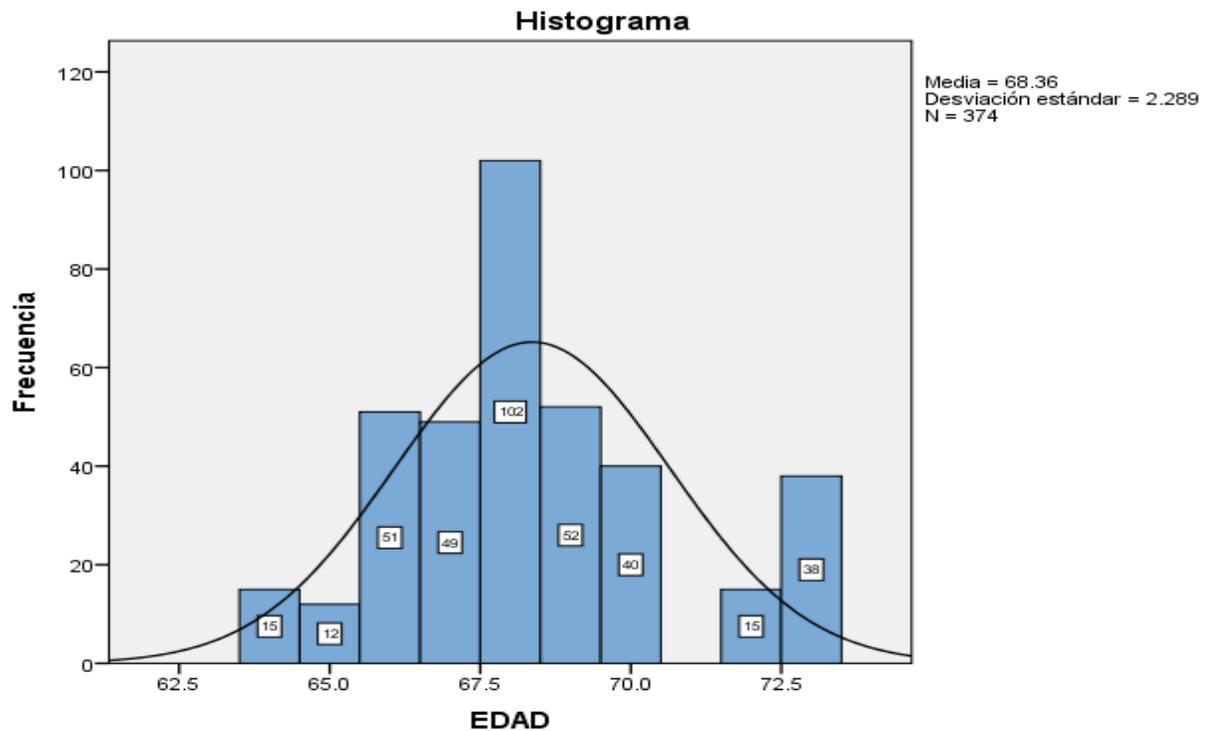
Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

**Tabla 6:** Identificar la edad de los pacientes adulto mayor.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
64	15	4.0
65	12	3.2
66	51	13.6
67	49	13.1
68	102	27.3
69	52	13.9
70	40	10.7
72	15	4.0
73	38	10.2
Total	374	100.0

Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

**Grafica 6:** Identificar la edad de los pacientes adulto mayor.



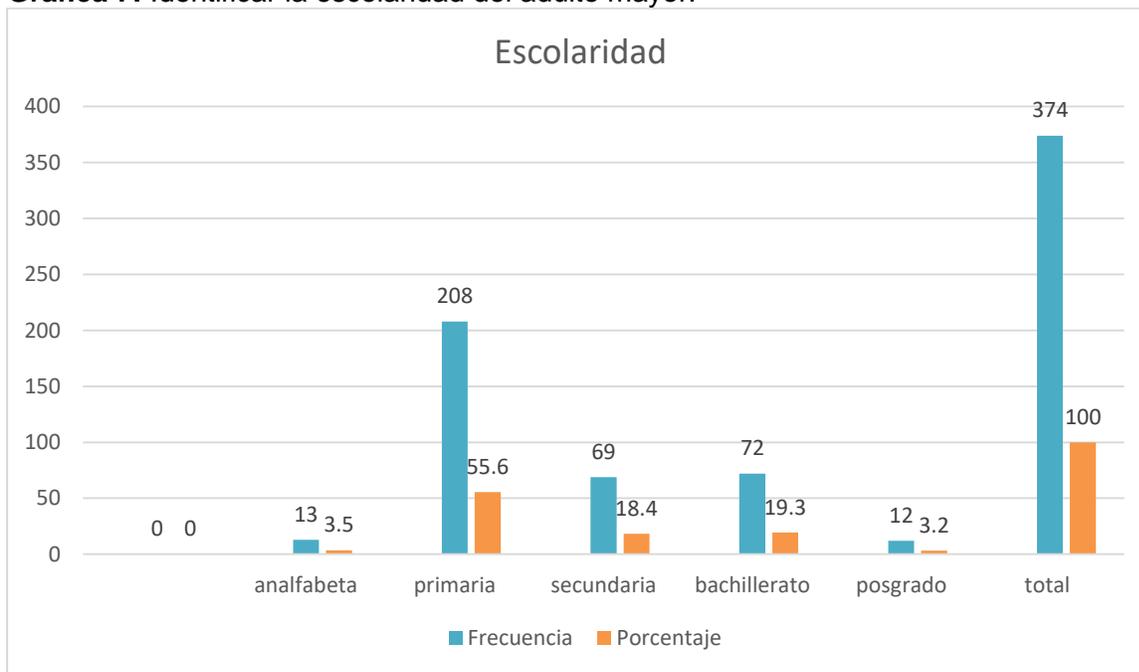
Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

**Tabla 7:** Identificar la escolaridad del adulto mayor.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	13	3.5
Primaria	208	55.6
Secundaria	69	18.4
Bachillerato	72	19.3
Posgrado	12	3.2
Total	374	100.0

Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

**Grafica 7:** Identificar la escolaridad del adulto mayor.



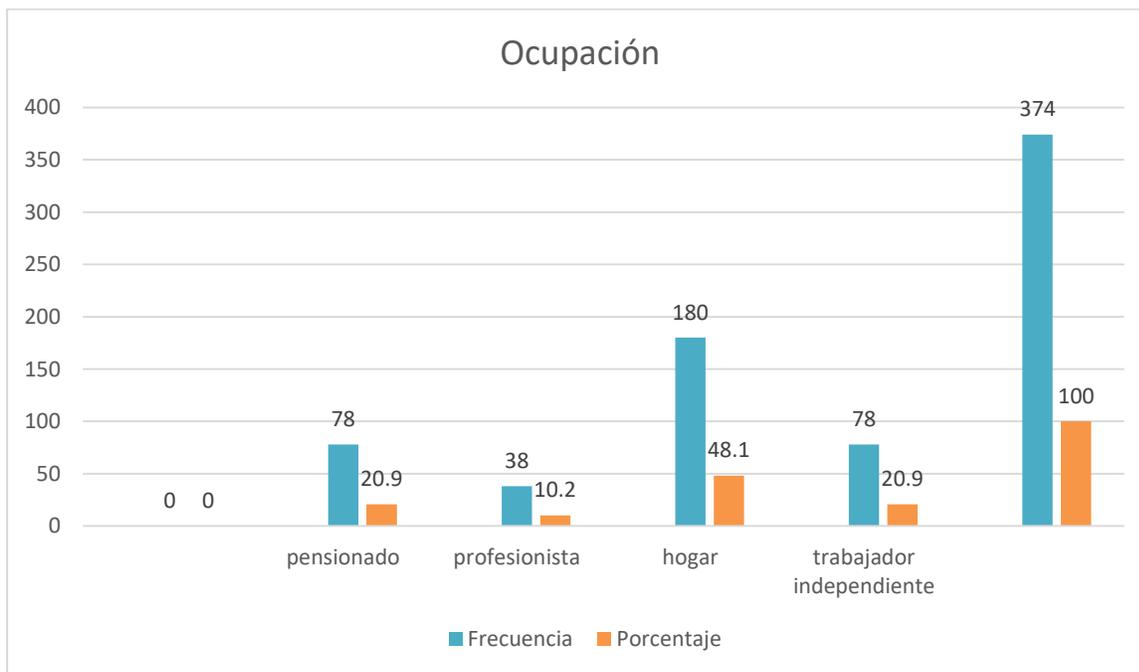
Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

**Tabla 8:** Identificar la ocupación del adulto mayor.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Pensionado	78	20.9
Profesionista	38	10.2
Hogar	180	48.1
Trabajador independiente	78	20.9
Total	374	100.0

Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

**Grafico 8:** Identificar la ocupación del adulto mayor.



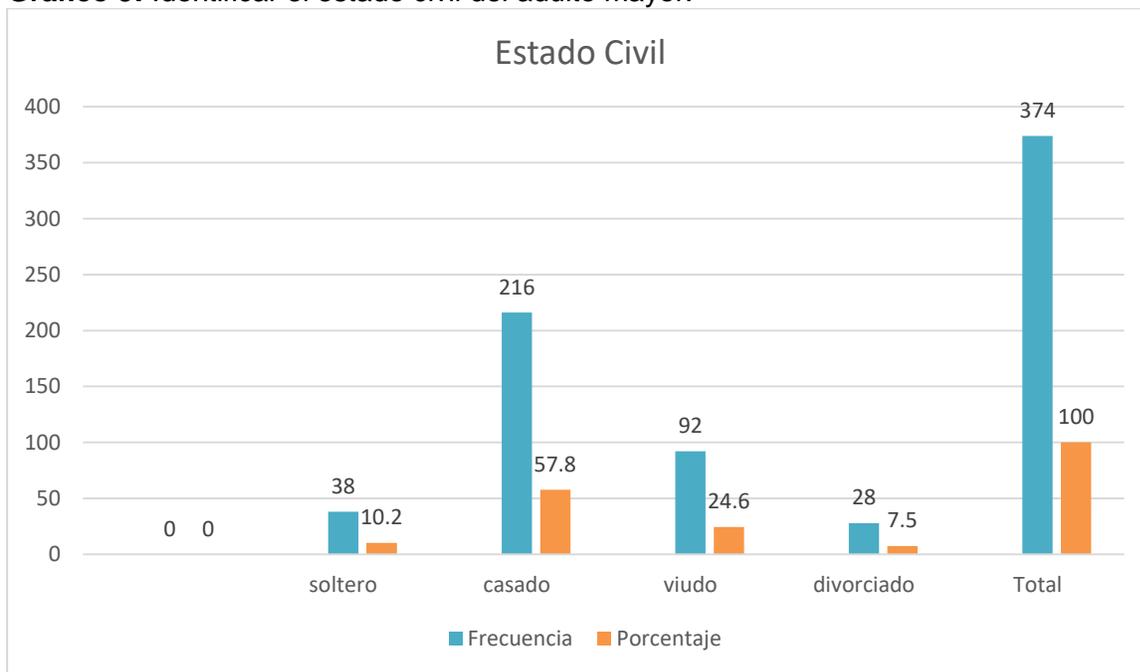
Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

**Tabla 9:** Identificar el estado civil del adulto mayor.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
soltero	38	10.2
casado	216	57.8
viudo	92	24.6
divorciado	28	7.5
Total	374	100.0

Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

**Grafico 9:** Identificar el estado civil del adulto mayor.



Fuente: Encuesta (ficha de identificación)

## Discusión

En la muestra se encontró un nivel regular de incertidumbre 83.2% y el 8.3 con incertidumbre alta en comparación (Johnson 2017) quien en sus resultados encontró un nivel alto de incertidumbre 58 %, lo cual esperable si se considera que las enfermedades crónico degenerativas generan un impacto negativo en lo personal y familiar, que interrumpe la armonía y genera gran desconcierto por lo que sucederá en el futuro.

El mayor porcentaje de los participantes fue de sexo femenino en varios estudios 64,3% (Castro 2017) y en el nuestro 65.8% El rango de edad fluctuó entre los 60 - 72 años, siendo en mayor porcentaje (35.5% entre los 70 a 74 años (Torres 2017), obteniendo en nuestro estudio en mayor porcentaje (27.3%) a individuos de 68 años, y en menor porcentaje a individuos de 64 y 72 años en un 4%.

Los resultados de este estudio fueron similares al realizado por Carvajal, Castaño, Noguera & Klimenko (2011) comparado con el nuestro encontrando (el 28.26 %) que en cuanto a el estrés se incrementa el porcentaje si no tienen una red de apoyo familiar, en comparación con aquellos que si contaban con ella. Contrastando los resultados con la teoría del ciclo vital de Erickson (1950), se encontró que los bajos niveles de estrés, están asociados a la aceptación y de sus experiencias, los esfuerzos, las decisiones y los cambios que se dieron en el transcurso de la vida y de esta forma se adaptan con mayor facilidad.

En cuanto a nuestras variables encontramos similitudes en cuanto a la escolaridad, observamos que el 55.6% contaban con primaria a diferencia del 28,6%, tenía educación media completa que reporto (Torres 2017) sin embargo fueron similares a los reportados por Albarrán 2015. En relación al estado civil Albarran 2015 menciona que el mayor por ciento de sujetos vulnerables al estrés apareció en el estado civil viudo (51,61 %), con 16 sujetos; en menor medida, en los casados y divorciados (16,13 % ambos). Los dos sujetos extremadamente vulnerables eran viudos a diferencia de lo que nosotros observamos que el 57.8% de los individuos eran casados, el 24.6% viudos, 10.2% solteros y sólo el 7.5% divorciados, lo cual no considero significativo debido a la cultura en México y Cuba.

El 48.1% de nuestras encuestadas eran amas de casa, el 20.9% eran trabajadores independientes y pensionados, mientras que el 10.2% restante eran profesionistas sin embargo Rodríguez 2018 comenta que el (23,3 %) de los casos eran profesionistas y que la mayoría de los trabajadores con un estatus laboral superior que implica mayor esfuerzo cognitivo y mayores responsabilidades incrementando el nivel de estrés.

## Conclusiones

Los aspectos señalados por los participantes sobre la incertidumbre fueron confusión en las explicaciones del proveedor de cuidado, falta de comprensión sobre el tratamiento y su finalidad; lo impredecible de su enfermedad, falta de significado a la información suministrada por los profesionales del cuidado y diferentes opiniones sobre cómo tratarla. El grupo de edad que predominó en la población estudiada fue de 65 a 74 años. A esta edad se enfrentan dificultades propias del envejecimiento como son trastornos funcionales, disminución de la agudeza visual y auditiva, pérdida de autonomía; las cuáles se acentúan con la enfermedad y dificultan dar significado a los cambios y comprensión de los eventos relacionados con la misma. Predominó el género femenino, bajo nivel educativo y socioeconómico, factores sociodemográficos importantes a tener en cuenta frente a la presencia de incertidumbre en los adultos mayores del presente estudio. De las enfermedades crónicas no transmisibles que padecieron los adultos mayores participantes predominaron las cardiovasculares, respiratorias y metabólicas, que cursan con sintomatología degenerativa a medida que avanza y generan gran deterioro biopsicosocial en el adulto mayor hospitalizado. Las alteraciones durante de la estancia más predominantes en los adultos mayores del presente estudio fueron, trastorno en el patrón del sueño, seguido del aislamiento social y pérdida de autonomía; los cuáles son aspectos que alteran la dinámica cotidiana y pueden desencadenar sentimientos propios de la incertidumbre. La red de apoyo del adulto mayor hospitalizado es un factor importante para mantener la estabilidad emocional y posiblemente evitar la aparición de manifestaciones propias de la 46 incertidumbre, es necesario en las intervenciones del personal médico y enfermería se tenga en cuenta las relaciones de pareja, familia y amigos sobre todo durante la hospitalización. Los participantes presentaron altos niveles de incertidumbre en el Marco de Estímulos relacionados con el malestar físico impredecible, no saber cuándo se mejorará o empeorará, no predecir el curso de la enfermedad, ni cuánto demorará; propios del desconocimiento y que generan mayor desconcierto, confusión e inseguridad en el adulto mayor hospitalizado. Los participantes manifiestan alto nivel de incertidumbre frente las explicaciones del profesional del cuidado, poca comprensión del tratamiento y su finalidad (antecedente Capacidad Cognitiva). Los adultos mayores van perdiendo con la edad la capacidad de procesar la información con posterior desconocimiento de su estado de salud, lo que empeora la capacidad de enfrentar los constantes cambios de su enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mishel. Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarsh* 1988; 20 (4): 225-23.
2. Orom, H., Biddle, C., Waters, E; Kiviniemi, M; Sosnowski, A. and Hay, J; 2019. Causes and consequences of uncertainty about illness risk perceptions. *Journal of Health Psychology*, 25(8), pp.1030-1042.
3. Byun, E., Riegel, B., Sommers, M., Tkacs, N. and Evans, L., 2017. Effects of Uncertainty on Perceived and Physiological Stress in Caregivers of Stroke Survivors: A 6-Week Longitudinal Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(11), pp.30-40.
4. Vargas L. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. *Rev. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2010 Ene-Jun; 12(1):79-94.
5. Byun, E., Riegel, B., Sommers, M., Tkacs, N. and Evans, L., 2017. Effects of Uncertainty on Perceived and Physiological Stress in Caregivers of Stroke Survivors: A 6-Week Longitudinal Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(11), pp.30-40.
6. Reed GP. Theory of self-transcendence. En: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle range theory for nursing*. 2nd edition. New York; Springer Publishing Company; 2008. p. 105- 129.
7. Merle M. Capítulo 28. En: Bailey Jr, Donald E, editores. Stewart J. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª edición. España: Elsevier Science; 2011. p. 599.
8. Mishel M. Incertidumbre en la enfermedad. Documento escrito para la Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Material traducido por María Elisa Moreno, profesora asociada de la Universidad de la Sabana. 2010.
9. Mullins, A., Gamwell, K., Sharkey, C., Bakula, D., Tackett, A., Suorsa, K., Chaney, J. and Mullins, L., 2017. Illness uncertainty and illness intrusiveness as predictors of depressive and anxious symptomology in college students with chronic illnesses. *Journal of American College Health*, 65(5), pp.352-360.
10. Greco V, Derek R. Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual Differences*. 2018; 34:1057-68.

11. Reed, P. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. Article first published online: 22 JAN 2007. Doi: 10.1002/nur. 4770150505. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770150505/references>.
12. Eggers, A., 2016. Guest Editorial: How stress changes the brain and causes a cluster of uniquely human diseases. *Medical Hypotheses*, 96, pp.A2-A3.
13. Daaleman T, Kuckelman A, Frey B. Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. *Soc Sci Med*. 2017; 53:1503-11.
14. Landis B. Uncertainty, Spirituality, well-being, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues Ment Health Nurs*. 1996; 17:217-31.
15. Boero M, Caviglia M, Monteverdi R, Braidà V, Fabello M, Zorzuela M. Spirituality of health workers: a descriptive study. *Int J Nurs Stud*. 2015; 42:915-21.
16. Canaval G, González M, Sánchez M. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que enuncian su situación de violencia de pareja. *Rev Colombia Médica*. 2017 Oct-Dic; 38(4 supl. 2):72-8.
17. Farren AT. Power, Uncertainty, self-transcendence, and quality of life in breast cancer survivors. *Nurs Sci Q*. 2010; 23(1):63-71.
18. World Health Organization. Neurological disorders: public health challenges. Geneva, Switzerland, 2016, [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurological\\_disorders\\_report\\_web.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf) (Accessed 23 February 2016).
19. Hughes, K., Corcoran, T. and Slee, R., 2015. Health-inclusive higher education: listening to students with disabilities or chronic illnesses. *Higher Education Research & Development*, 35(3), pp.488-501.
20. Joo, Y. and Kim, H., 2020. Effects of Spiritual Nursing Intervention on Spiritual Well-Being and Anxiety in Elders with Cancer. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 22(2), pp.95-104.
21. Hughes, K., Corcoran, T. and Slee, R., 2015. Health-inclusive higher education: listening to students with disabilities or chronic illnesses. *Higher Education Research & Development*, 35(3), pp.488-501.

22. Knipe, MDW, Wickremaratchi, MM, Wyatt-Haines, E Quality of life in young- compared with late-onset Parkinson's disease. *Mov Disord* 2018; 26. 2018.
23. Integración Académica en Psicología Volumen 6. Número 17. 2018. ISSN: 2007-5588.
24. Peters, A., McEwen, B. and Friston, K., 2017. Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Progress in Neurobiology*, 156, pp.164-188.
25. Carroll, D., Ginty, A., Der, G., Hunt, K., Benzeval, M. and Phillips, A., 2012. Increased blood pressure reactions to acute mental stress are associated with 16-year cardiovascular disease mortality. *Psychophysiology*, 49(10), pp.1444-1448.
26. Torres A. Calidad de vida y nivel incertidumbre en mujeres con cánceres prevalentes [tesis Doctoral]. Chile: Universidad de Concepción; 2017.
27. Kütmeç Yılmaz, C. and Kara, F., 2020. The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. *Perspectives in Psychiatric Care*.
28. República de Colombia. Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico. Normas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993. Bogotá, Colombia.
29. Reed GP. Theory of self-transcendenc. En: Smith MJ, Liehr PR editors. *Middle range theory for nursing* 2nd edition. New York; Springer Publishing Copany; 2018. p. 105129..
30. Reed GP. Theory of self-transcendenc. En: Smith MJ, Liehr PR editors. *Middle range theory for nursing* 2nd edition. New York; Springer Publishing Copany; 2008. p. 105129.
31. Leidy Yazmín Díaz Moreno, María Mercedes Durán de Villalobos, Noranyela López Silva. Adaptación y validación de la escala de Mishel de incertidumbre frente a la enfermedad en procedimientos diagnósticos. *Ciencia y enfermería* (2019) 25: 2  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v25/0717-9553-cienf-25-2.p>
32. <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>
33. <https://www.definicionabc.com/general/incertidumbre.php>
34. <https://conceptodefinicion.de/estres>
35. <https://es.scribd.com/document/216415300/ENFERMEDADES-OSTEOARTICULARES>

36. Medellín Fontes, Martha M, Rivera Heredia, María Elena, López Peñaloza, Judith, Kanán Cedeño, ME Gabriela, & Rodríguez-Orozco, Alain R. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud mental, 35(2), 147-154. [www.encyclopedia-juridica.com/d/edad/edad.htm](http://www.encyclopedia-juridica.com/d/edad/edad.htm)
37. [contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones](http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones)
38. [www.wordreference.com/definicion/escolaridad](http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad)
39. <https://es.thefreedictionary.com/ocupación>
40. <https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil>
41. Campo-Arias A, et al. Escala de estrés percibido relacionado con la pandemia de COVID-19: una exploración del desempeño ~ psicométrico en línea. Rev Colomb Psiquiat. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.005>
42. Leslie María Buitrago Bonilla Luzmila Cordón Espinosa Rafael Leonardo Cortés Lugo. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. Integración Académica en Psicología Volumen 6. Número 17. 2018. ISSN: 2007-5588 Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología pag. 70
43. Pérez Moreno, Sunny Valentina; Saucedo Miñano, Katerinne Yolanda. Nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios, del distrito de Chimbote. 2017



Nombre

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por \_\_\_\_años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Araceli Gutiérrez Romero. Médico familiar. Unidad de medicina familiar no. 62. Teléfono 5558720066 ext. 51423. Correo electrónico: [araceli.guterrez@imss.gob.mx](mailto:araceli.guterrez@imss.gob.mx)

Colaboradores:

Shendel Juárez López, Matrícula 98158621, médico residente de Medicina Familiar UMF 62, correo electrónico [dr.shendel.juarez@gmail.com](mailto:dr.shendel.juarez@gmail.com), tel. 5510167703. Dr. Rubén Ríos Morales, correo electrónico, [rubenumf16@gmail.com](mailto:rubenumf16@gmail.com), tel. 5555076762.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comite\\_eticainv@imss.gob.mx](mailto:comite_eticainv@imss.gob.mx)



Nombre y firma del participante

SHENDEL JUÁREZ LÓPEZ  
MEDICO RESIDENTE DE SEGUNDO GRADO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 62

TELÉFONO: 55 10167703  
CORREO ELECTRÓNICO: [dr.shendel.juarez@gmail.com](mailto:dr.shendel.juarez@gmail.com)

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

CUESTIONARIO 1

		<p align="center"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</b>  <b>Y POLÍTICAS DE SALUD</b>  <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b> </p>				
<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>						
					<b>Folio</b>	
<b>INSTRUCCIONES</b>	Responda lo que se solicita, marque con una X en la opción correcta					
<b>Edad</b>						
<b>Sexo</b>	Masculino			Femenino		
<b>Estado civil</b>	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado		
<b>Ocupación</b>	Pensionado	Profesionista	Independiente	Hogar		
<b>Escolaridad</b>	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	Posgrado
<b>Usted tiene una Red de apoyo familiar</b> (es decir su familia le ayuda a su cuidado y atención)					Si	No
<b>Usted tiene alguna enfermedad como:</b> Diabetes mellitus tipo 2, Gonartrosis, Cáncer Osteoporosis, Espondiloartropatías, Artritis reumatoidea o Hipertensión arterial.					Si	No

## CUESTIONARIO 2

### ESCALA DE MARSH MICHEL: CUESTIONARIO DE MUIS

Le leeré a usted varias instrucciones relacionadas con las dudas que se producen en todos los pacientes con una enfermedad crónica. Usted me contestará cuál es su relación con ésta. Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas.

		Muy de Acuerdo	De Acuerdo	Indiferente	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1	Sabe que enfermedad tiene					
2	Tiene usted muchas dudas al respecto					
3	Usted no sabe si ha mejorado o empeorado					
4	No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad					
5	Las explicaciones que le dan parecen confusas					
6	La finalidad de cada tratamiento le es claro					
7	Cuando usted tiene dolor, sabe lo que significa para su condición de salud					
8	Usted no sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento					
9	Sus síntomas continúan cambiando impredeciblemente					
10	Usted entiende todo lo que se le explica					
11	Los médicos dicen cosas que podrían tener mucho significado					
12	Usted puede predecir cuanto demorara su enfermedad					
13	Su tratamiento es complejo para entenderlo					
14	De acuerdo con el equipo de salud que le brinda la atención, le queda claro quién es el responsable					
15	Es muy difícil saber si los tratamientos le están ayudando					
16	Debido a lo impredecible de su enfermedad, no puede planear su futura					
17	El curso de su enfermedad se mantiene					
18	Usted no sabe cómo se manejar después de que deje el hospital					
19	Le han estado entregando diferentes opiniones acerca de cuál es su enfermedad					
20	Usted no tiene claro lo que está sucediendo					
21	Generalmente sabe si tendrá un buen o mal día					
22	Es claro para usted cuando se va a sentir mejor					
23	No le han dicho como tratar su enfermedad					
24	Es difícil determina cuanto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse a si mismo					
25	Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad					
26	Le entregan demasiada información que no puede decir cuál es la más importante					
27	Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar su enfermedad					
28	Le han proporcionado un solo diagnóstico					
29	Su malestar físico de predecible, usted cuando está mejorando o empeorando					
	Total					

## CUESTIONARIO 3

## ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO - PERCEIVED STRESS SCALE (PSS)

## VERSIÓN COMPLETA 14 ÍTEMS.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las	0	1	2	3	4

dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					
---------------------------------------------------------	--	--	--	--	--