

NOTAS CORTAS/ SHORT NOTE

INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD: APORTE TEÓRICO DE MERLE H. MISHEL A LA ENFERMERÍA.

Uncertainty towards diseases: H. Merle Mishel'S theoretical contribution to nursing

* Jhon Jairo Mercado Peña ¹

Recibido: 09 de Julio de 2016

Aprobado: 16 de Septiembre de 2016

Resumen

Cada persona afronta y se adapta al entorno de una manera única y particular, la necesidad de asumir conductas saludables que nos permitan afrontar situaciones de estrés y de ansiedad a través de manejos adecuados de autocuidado y de afrontamiento contribuye en el proceso de mejoramiento y adaptabilidad ante situaciones de incertidumbre que son causadas por circunstancias adversas en salud.

Es evidente que las enfermedades crónicas se convierten día a día en indicadores importantes de morbimortalidad con tendencias a la creciente. Lo que se convierte en un reto para el personal de salud, quienes deben procurar implementar nuevas estrategias y programas que permitan un abordaje integral a las personas.

Palabras claves: incertidumbre, afrontamiento, cuidadores.

Abstract

Each person faces and adapts to the environment in a unique and particular way. The need to adopt healthy behaviors that allow us to deal with stress-and-anxiety-causing situations through proper handling of self-care and coping contributes to the process of improvement and adaptability to situations of uncertainty which are caused by adverse health conditions.

It is evident that chronic diseases become important indicators of morbidity and mortality with increasing trends day to day, which becomes a challenge for health staff, who must seek to implement new strategies and programs to allow to approach people in an integral manner.

INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD: APORTE TEÓRICO DE MERLE H. MISHEL A LA ENFERMERÍA.

Las personas afrontan y se adaptan al entorno de una manera única y particular, la necesidad de asumir conductas saludables que les permitan hacer frente a situaciones adversas en salud a través de manejos adecuados de autocuidado y de afrontamiento contribuye en el proceso de mejoramiento y adaptabilidad ante situaciones que aquejan la salud y que afectan la calidad de vida de las personas, cuidadores y familias.

Cada vez más las enfermedades crónicas se convierten en indicadores importantes de morbimortalidad, en Colombia para el período comprendido entre 1990 al año 2005 se evidenció en estas un incremento del 59% al 62.6% y sumado a esto los rangos de edades de personas hospitalizadas y con problemas de salud se va incrementado ligeramente hasta alcanzar el 23% entre los de 40-49 años y en un 18% entre los mayores de 70 años. Ante esta situación diversos organismos han realizado llamados para la acción. Sin embargo, persiste un bajo reconocimiento por parte de los tomadores de decisiones (1,2).

¹ Enfermero. Joven investigador. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Sucre.

* **Correspondencia:** Correo electrónico: jhonjmercado.20@gmail.com

Se debe tener presente que frente a la transición demográfica mundial cuyas características importantes para tener en cuenta son el incremento en la esperanza de vida y el aumentando de la población de adultos mayores, las enfermedades crónicas tomaran un papel protagónico y esto generara en los pacientes y sus cuidadores incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y repercusiones sobre el área personal y social del individuo (3).

Se hace necesario que surjan y se contextualicen nuevos modelos en salud en donde las patologías crónicas que son prevalentes y para lo cual no existe una curación total, se cambie el objetivo de los tratamientos, estos deben ser destinados a atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, utilizándose para ello un modelo alternativo en el cuidado, se debe incorpora no sólo el concepto biológico de la enfermedad, sino que se adicione las dimensiones psicológicas y sociales que experimenta el paciente frente a la enfermedad, para así mejorar la calidad de vida con una medida subjetiva de estos dominios.

Para enfermería el conocimiento de la calidad de vida y su asociación con el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad adquiere gran importancia, lo cual permitiría profundizar en las necesidades de atención de estos pacientes, aportando información a la práctica clínica en el contexto de las enfermedades crónicas y de los factores psicosociales que en ellas influyen. De este modo, los profesionales de enfermería que tienen a su cargo este tipo de pacientes podrían incorporar estos aspectos a la valoración y la intervención en enfermería en su planes de cuidados; al mismo tiempo elaborar estrategias cuya labor puede extenderse ya sea tanto en la clínica hospitalaria, la atención de enfermería en domicilio, la rehabilitación, la orientación en salud y la consejería familiar para la adaptación a la enfermedad, todo lo cual contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida del paciente(4).

De alguna u otra manera se podría decir que surge un campo directo para la actuación del

cuerpo de conocimiento que maneja la enfermería y desde la perspectiva teórica del modelo de Incertidumbre frente a la Enfermedad de M. Mishel se aporta una mirada al paradigma de la transformación socio-crítica que considera a la persona índice, como esa que decide sobre su salud y sobre lo que es importante y adecuado para ella. Toda decisión, sin embargo, debe poder tomarse en condiciones de conocimiento y comprensión del contexto y de los elementos actuales o futuros que lo componen.

M. Mishel propuso este modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad basada en modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton y en el estudio de la personalidad de Budner, lo que es exclusivo de Mishel es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. Para ello conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados de los fenómenos motivado por la falta de información y conocimiento (5,6).

El marco estructural de la teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad se compone de tres elementos principales (7):

1. Antecedentes de incertidumbre.
2. El proceso de valoración.
3. Enfrentamiento de la enfermedad.

1. Antecedentes de incertidumbre: Se refiere al marco de estímulos; a la forma, composición y estructura que la persona percibe, es decir, como se presentan los síntomas y entiende esté el patrón o configuración de estos, lo cual a la vez se le convierte en un factor de reconocimiento si estos son constantes. De esta manera le permitirá realizar en tal caso una interpretación y comprensión de la situación que afronta actualmente. Se requiere para ello de un buen procesamiento de la información, es decir, una buena capacidad cognitiva y a la vez de buenos

proveedores de estructura los cuales les brindaran recursos para la debida interpretaci3n.

2. El proceso de valoraci3n: este punto se1ala el nivel de reconocimiento, la clasificaci3n y la formaci3n de la expresi3n del esquema cognitivo que la persona ha alcanzado, a trav3s de la organizaci3n de los eventos y las tareas preceptuales en relaci3n con la enfermedad.

Se resalta que la experiencia de la incertidumbre es neutral, no es una experiencia deseada ni evitada hasta que no es valorada; la valoraci3n de la incertidumbre comprende dos procesos principales:

- **La inferencia:** se construye a partir de las disposiciones de la personalidad y de las creencias generales acerca de uno mismo y de la relaci3n que tiene uno con el ambiente.
- **La ilusi3n:** se define como la creencia construida sin incertidumbre y 3sta puede ser vista con una luz particular con 3nfasis en los aspectos positivos.

3. Enfrentamiento de la enfermedad: Basado en la valoraci3n, la incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad:

- **Incertidumbre, peligro y enfrentamiento:** una valoraci3n peligrosa ocurre cuando la precisi3n predictiva de la inferencia es desconocida y esto se asocia con altos niveles de ansiedad y depresi3n, y pueden influir en la p3rdida o ausencia de la credibilidad en las autoridades y falta de cuidado durante el diagn3stico y el tratamiento.
- **Enfrentamiento con una valoraci3n de peligro:** Los m3todos de enfrentamiento se dirigen a reducirla incertidumbre. Existen dos estrategias de enfrentamiento:
 1. **La movilizaci3n,** que contiene tres estrategias de acci3n.
 - **Directa:** es la estrategia menos empleada para reducir la incertidumbre.
 - **Vigilancia:** se refiere al estar atento de los enfermos esto ayuda a disminuir el estr3s del familiar derivado de los s3ntomas presentados por los enfermos.

- **B3squeda de informaci3n:** se considera primaria para reducir la incertidumbre. La informaci3n se utiliza para formar un marco conceptual que permita organizar las experiencias relacionadas con la enfermedad.

2. **El manejo del efecto,** que contiene tres m3todos
 - De fe
 - De desapego
 - Soporte cognitivo

Los estudios de manejo del efecto no han sido estudiados individualmente, sino que se han considerado como un todo, y existe la posibilidad de que estas estrategias se utilicen para manejar la incertidumbre, aunque existen estudios que han demostrado que las personas enfermas cr3nicas prefer3an estas estrategias para controlar las emociones negativas.

- **Incertidumbre, oportunidad y enfrentamiento:** Cuando la incertidumbre es considerada una oportunidad, la posibilidad de resultados positivos ocurre en respuesta a la valoraci3n; esta posibilidad puede resultar de la inferencia o la ilusi3n, pero surge en mayor medida del proceso de la ilusi3n. Bajo la perspectiva de la incertidumbre, una nueva estructura de ilusi3n puede desarrollarse, lo cual presagia resultados positivos. Ver la incertidumbre como una oportunidad requiere preocuparse m3s por lo positivo que por lo negativo.

La teor3a planteada por Merle H. Mishel sobre la incertidumbre ante la enfermedad permite acoplarse a las situaciones cambiantes y demandantes en salud que est3n surgiendo en la actualidad. Se debe profundizar en la esfera bio-psico-social para no tratar de seguir la tendencia creciente de medicalizar la experiencia de sufrimiento frente al final de la vida de una persona y as3 tratar a estas desde un enfoque integral (8).

La persona que se encuentra en una situaci3n adversa frente a su salud no solo debe ser vista como un receptor de las acciones dise1adas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud, sino tambi3n como un actor social y sujeto que

define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, se debe procurar alcanzar y brindar una Atención Integral en Salud, para que las personas permanezcan sanas y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitando en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte (9,10).

En el contexto local, es viable implementar políticas y estrategias de salud orientadas a garantizar el derecho y la equidad en salud. Sin embargo, las restricciones del contexto nacional son un factor limitante de la potencialidad de tal política y estrategia, lo que sugiere que es necesario propiciar transformaciones de fondo de la política nacional de salud para que los cambios locales buscados sean efectivos y sostenibles (11).

En la actualidad frente al contexto del cuidado, los procesos de globalización y modernización han

generado transformaciones de fondo que han traído consigo cambios en las formas de relación del hombre, la naturaleza y la cultura, esto ha permitido que se presenten fluctuaciones en la manera de recibir la atención en salud. En algunos casos se tiene que los enfermos admitidos en procesos de hospitalización atraviesan un complejo período de espera, lo que hace que la prestación de los servicios de salud se proporcione en contextos complejos donde predomina la incertidumbre, a su vez el tiempo transcurrido para emitir un diagnóstico puede ser descrito como un período de enorme tensión vivido por parte de los pacientes que atraviesan la experiencia de su enfermedad. Por lo tanto, es imprescindible que los profesionales de enfermería consideren estos aspectos como punto de partida en la búsqueda de nuevos programas y estrategias en salud que permitan un abordaje integral a las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia (eds.) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Profamilia. Bogotá: Colombia; 2011. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf> (último acceso 9 Julio 2016).
2. Vega O, González D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. Glob.* 2009; 8(2). <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834752021.pdf> (último acceso 9 Julio 2016).
3. Sanhueza M, Castro M. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Cienc. Enferm.* 2005; 11(2). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532005000200004&lng=es (último acceso 9 julio 2016).
4. Aimar A, Noemí M. El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *index enferm.* 2009; 18(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1132-12962009002200009&lng=es. (ultimo acceso 9 julio 2016).
5. Martínez F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol.* 2012; 11(1). <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/enfneu-2012/ene121g.pdf>(último acceso 9 Julio 2016).
6. Triviño V, Sanhueza O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichán.* 2005; 5(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100003&lng=en (ultimo acceso 9 Julio 2016).
7. Torres A, Sanhueza O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Cienc. Enferm.* 2006; 12(1). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000100002> (último acceso 3 Julio 2016).
8. Miralles A, Rey C. Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos* 2015; 26(4); 132-136.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (eds.) Manual del Modelo de Atención

- Integral de Salud-MAIS. Quito: Ecuador; 2012.
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf (último acceso 7 Julio 2016).
- 10.** Naranjo F. et al. Considerations on the Model of Comprehensive Health Care in Ecuador. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2014; 30(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es. (último acceso 9 Julio 2016).
- 11.** Román V. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social.* 2008; 3 (2). <http://www.socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewArticle/207>. (último acceso 9 Julio 2016).