

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v9i17.0356>

TEORÍA DE LA INCERTIDUMBRE DE MERLE MISHEL APLICADA A PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

MERLE MISHEL'S UNCERTAINTY THEORY APPLIED TO ADULT PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

Macas-Macas Jessica Paola ¹; Acosta-Yansapanta Estefania Alexandra ²

¹ Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador.

Correo: jp.macas@uta.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-5886-257X>.

² Universidad Técnica de Ambato. Ambato, Ecuador.

Correo: ea.acosta@uta.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1295-8596>.

Resumen

Introducción: Las enfermedades crónicas se definen como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven por sí solas y rara vez alcanzan curación total. Representan una importante carga para la salud pública, especialmente en países de bajos ingresos. La teoría de Merle Mishel permite comprender cómo los pacientes enfrentan la enfermedad siendo clave para mejorar el cuidado de adultos en contextos de incertidumbre y vulnerabilidad. **Objetivo:** Analizar la teoría de la incertidumbre de Merle Mishel aplicada a pacientes adultos con enfermedades crónicas. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal con 27 personas con enfermedades crónicas de la comunidad San Vicente, cantón Santiago de Quero, Ecuador. La recolección de información se llevó a cabo durante en septiembre de 2025. Se incluyeron personas ≥ 64 años que aceptaron participar voluntariamente, con capacidad funcional y cognitiva; se excluyeron pacientes en estado terminal, condición crítica o visitantes. Los datos se recolectaron mediante entrevista individual de aproximadamente 20 minutos, utilizando la Escala de Mishel para medir sus dimensiones. El análisis se realizó mediante SPSS, presentados en tablas y gráficos. **Resultados:** Los hallazgos evidenciaron un nivel de incertidumbre moderada, destacando que el 44,4% no tuvo claridad sobre la evolución de su enfermedad. La complejidad e inconsistencia se evidenciaron en dificultad para comprender el tratamiento (48,1%) y su efectividad (59,2%). Asimismo, el 40,7% reportó no contar con un diagnóstico específico, reflejando ambigüedad clínica. **Conclusión:** El estudio validó la teoría de Merle Mishel resaltando la incertidumbre moderada y el rol enfermero en educación, comunicación y autocuidado.

Palabras claves: Incertidumbre, Enfermedades crónicas, Teoría de Enfermería, tratamiento, Envejecimiento.

Abstract

Introduction: Chronic diseases are defined as pathological processes with a prolonged course that do not resolve on their own and rarely achieve a complete cure. They represent a significant burden on public health, especially in low-income countries. Merle Mishel's theory allows us to understand how patients cope with illness, which is key to improving care for adults in contexts of uncertainty and vulnerability. **Objective:** To analyze Merle Mishel's uncertainty theory as applied to adult patients with chronic diseases. **Methodology:** A quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study was conducted with 27 people with chronic diseases from the San Vicente community, Santiago de Quero canton, Ecuador. Data collection took place in September 2025. Participants were ≥ 64 years of age who agreed to participate voluntarily and had functional and cognitive capacity; patients in a terminal state, critical condition, or visitors were excluded. Data were collected through individual interviews of approximately 20 minutes, using the Mishel Scale to measure its dimensions. The analysis was performed using SPSS, and the results are presented in tables and graphs. **Results:** The findings revealed a moderate level of uncertainty, with 44.4% of participants lacking clarity regarding the progression of their illness.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 08 de enero de 2026.

Fecha de aceptación: 10 de marzo de 2026.

Fecha de publicación: 10 de abril de 2026.



Complexity and inconsistency were evident in the difficulty they had understanding their treatment (48.1%) and its effectiveness (59.2%). Furthermore, 40.7% reported not having a specific diagnosis, reflecting clinical ambiguity. Conclusion: This study validated Merle Mishel's theory, highlighting moderate uncertainty and the nursing role in education, communication, and self-care.

Keywords: Uncertainty, Chronic diseases, Nursing theory, Treatment, Aging.

1. Introducción

En el contexto del aumento de enfermedades crónicas en adultos mayores, especialmente en países como Ecuador, se evidencia una creciente dificultad en los pacientes para comprender, afrontar y adaptarse a la evolución incierta de sus enfermedades. Esta situación genera altos niveles de incertidumbre, impacta negativamente en su calidad de vida y plantea desafíos importantes para los profesionales de enfermería en la provisión de cuidados adecuados¹.

Las enfermedades crónicas se definen como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven por sí solas y rara vez alcanzan una curación total. No son provocadas por virus o bacterias, sino por factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales. Sus principales factores de riesgo se clasifican en comportamentales, como el

tabaquismo, la exposición al humo, consumo de alcohol, mala alimentación y la inactividad física, y metabólicos, como la hipertensión, sobrepeso, obesidad, hiperglucemia, hipotiroidismo y la hiperlipidemia².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son responsables del 82% de las muertes en el mundo, las cuales se concentran en países de bajos y medianos ingresos, y no solo afectan a la calidad de vida, sino también a los recursos económicos destinados a la salud³. La experiencia de vivir con una enfermedad crónica suele conllevar dificultades para comprender el curso de esta, situación a la que Merle Mishel ha denominado incertidumbre ante la enfermedad⁴. La incertidumbre surge como estado cognitivo en situaciones de enfermedad, caracterizadas por ser ambiguas, complejas e impredecibles o cuando la

información ofrecida a los pacientes resulta insuficiente⁵.

Manejarla adecuadamente es esencial para adaptarse, ya que las personas procesan los eventos asociados a la enfermedad y les otorgan un significado⁶. Esta teoría sirve de guía para entender los procesos de salud y enfermedad de aquellas personas que experimentan la fase aguda o la trayectoria de una enfermedad y así proveer cuidados de enfermería adecuados para ayudar a las personas a manejar la incertidumbre⁷. En América Latina las enfermedades crónicas provocaron unos 3,9 millones de muertes al año, lo que representa el 75% del total de la región, según datos consolidados en los últimos cinco años⁸.

En Ecuador, basándose en el reporte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC) del año 2022, contabilizaron 1.520.590 personas de 65 años y más y se pudo identificar que hay más mujeres adultas mayores en **Ecuador**: 53.6% (815,136) mujeres que 46,4% (705.454) hombres⁹. Entre las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran la

enfermedad isquémica del corazón que es la principal causa de muerte en hombres con 7.224 defunciones, y mujeres con 5.778 dando un total de 13.002 defunciones, estos datos revelan que la diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva, enfermedad cerebrovascular y las enfermedades de las vías respiratorias inferiores se encuentran entre las diez primeras causas de muerte¹⁰.

En Ecuador, se prevé un aumento significativo de estas enfermedades, debido al envejecimiento poblacional, que duplicará la población mayor de 60 años para 2050¹¹. En este contexto, la aplicación de la Teoría de Mishel resulta fundamental, ya que, ha sido utilizada ampliamente en países como: Estados Unidos, México, Chile, Brasil, Argentina etc., para comprender el impacto de la incertidumbre en el proceso de enfermedad, lo cual es especialmente relevante en enfermedades complejas y en pacientes mayores, que enfrentan situaciones de alta incertidumbre respecto a su salud¹².

El presente estudio tiene como objetivo analizar la teoría de la incertidumbre de Merle Mishel aplicada a pacientes adultos con enfermedades crónicas.

2. Metodología

Diseño de estudio

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo-correlacional y de cohorte transversal. Se desarrolló en la comunidad de San Vicente del cantón Santiago de Quero, Tungurahua, Ecuador, y estuvo orientado a analizar el nivel de incertidumbre en personas adultas mayores con enfermedades crónicas.

Muestra

La población estuvo conformada por personas con enfermedades crónicas residentes en la comunidad de San Vicente del cantón Santiago de Quero, con un total de 27 participantes. La identificación de las personas con enfermedades crónicas se evidenció a través de la interacción directa entre el entrevistador y los entrevistados, mediante un proceso de

presentación y diálogo durante las visitas domiciliarias.

Los criterios de inclusión consideraron a personas adultas mayores de 64 años, que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado y que contaban con capacidad funcional y cognitiva suficiente para responder el cuestionario. Se excluyeron personas en estado terminal, en condición crítica que limitara su participación y aquellas que se encontraban únicamente de visita en la comunidad.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad de Merle Mishel.

La escala mide la incertidumbre en contextos de enfermedad a través de cuatro dimensiones: ambigüedad, complejidad, inconsistencia de la información e imprevisibilidad. Es un instrumento válido y confiable, especialmente útil en pacientes con enfermedades crónicas, y permite evaluar intervenciones orientadas a disminuir la incertidumbre¹³. La

Escala presenta en su estructura un total de 33 ítems. Cada pregunta tiene un puntaje en una escala tipo Likert de cinco posibles respuestas: Totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), Indeciso (3), en desacuerdo (2), Totalmente en desacuerdo (1) y se puede obtener una puntuación del nivel de incertidumbre para cada factor o para la escala en total. El valor mínimo para cada ítem es 1 y el máximo es 5.

Se obtiene el resultado total de la escala sumando la puntuación de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor nivel de incertidumbre. El puntaje máximo de la escala es de 165 puntos y mínimo de 33 puntos; con los siguientes puntos de corte: puntaje de 33 a 77 = Bajo nivel de incertidumbre; puntaje de 78 a 121 = Moderado nivel de incertidumbre y puntaje de 122 a 165 = Alto nivel de incertidumbre¹⁴.

Periodo de recolección de datos

La recolección de la información se llevó a cabo durante el mes de septiembre del año 2025, con un tiempo estimado aproximado de un mes desde el 7 al 28 de septiembre

para completar el proceso.

Estrategia de recolección de datos y aspectos éticos

Para acceder a la comunidad, se solicitó los permisos pertinentes al presidente de la comunidad de San Vicente del Cantón Santiago de Quero y se llevó a cabo las visitas domiciliarias para recolectar los datos de cada paciente con alguna enfermedad crónica. Posterior, se les proporcionó a los mismos una carta de consentimiento informado, el cual contiene el propósito y los objetivos del estudio, especificando que el participante se puede retirar del estudio cuando él considere necesario.

Posteriormente, se aplicó el instrumento que es la Escala de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel para la recolección de datos¹⁴. El cual, fue aplicado en formato en físico mediante entrevista directa, de forma individual, por la investigadora, con una duración aproximada de 20 minutos por participante. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la investigación de los seres humanos CEISH-UTA con el código de

aprobación 077-CEISH-UTA-2025. Cada participante completo la encuesta de manera individual. Los instrumentos de recolección de información fueron utilizados de manera anónima y la información obtenida se destinó exclusivamente a fines científicos. Para garantizar la anonimización de los datos proporcionados por las personas entrevistadas, se implementaron las siguientes medidas: no se registró ningún dato personal identificable, como nombres completos, números de cédula, direcciones, teléfonos, correos electrónicos u otros elementos que pudieran asociarse directamente con la identidad del participante.

Además, a cada persona se le asignó un código alfanumérico (por ejemplo, E01, E02, etc.), el cual fue utilizado en todas las encuestas en lugar de su nombre. Sus datos serán almacenados en la computadora del investigador principal Jessica Paola Macas Macas y los documentos físicos bajo llave, accesibles solo por el equipo de investigación, la cual será almacenado en un periodo de tiempo de 24 a 36 meses. Pasado este tiempo, se le pedirá que indique si desea que los datos no utilizados

sean destruidos o que se las vuelva anónimas en el caso de que no lo sean, para su posterior uso en investigaciones futuras.

Estrategia de análisis de datos

Para finalizar, se procedió a analizar los datos mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS), versión 20 y el programa Excel del paquete Microsoft Office 365, una vez finalizado con el cuestionario y con la recolección de los datos se inició el analizar los resultados que nos proporcionó cada uno de los participantes.

3. Resultados y discusión

Participaron 27 pacientes adultos mayores, del 100% de los encuestados, el 63,0% correspondieron ser de sexo masculino, mientras que el 37,0% fueron femenino. La edad promedio fue de 74 años, con una mínima de 65 y una máxima de 86 años. Del 100% de los encuestados, el 40,7% presentaron hipertensión arterial, el 33,3% manifestaron padecer diabetes tipo 1, el 18,5% reportaron hipotiroidismo, el 3,7% indicaron hipertensión arterial e hipotiroidismo

combinados, y el 3,7% padecen diabetes mellitus tipo 2.

Tabla 1. Distribución de enfermedades crónicas en los participantes del estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hipertensión arterial + Hipotiroidismo	1	3,7	3,7	3,7
Diabetes tipo 1	9	33,3	33,3	37,0
Válidos Hipotiroidismo	5	18,5	18,5	55,6
Hipertensión arterial	11	40,7	40,7	96,3
Diabetes mellitus tipo 2	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Nota. Fuente: Elaboración propia (2025).

Los hallazgos muestran que la hipertensión arterial es la patología más frecuente, seguida por la diabetes, lo que refleja la alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el grupo de estudio.

Del 100% de los participantes, el 14,8% se ubicaron en los 65 años, el 11,1% en los 73 años y 79 años, el 7,4% en los 68, 69, 75, 78, 80 y 85 años, el 3,7% en los 71, 72, 83 y 86 años. Se establece que la mayoría pertenece al grupo de adultos mayores entre 65 y 79 años, con un

promedio de edad de 74 años, evidenciando un predominio de personas de la tercera edad dentro de la muestra.

Análisis del instrumento

El cuestionario aplicado constó de 33 ítems que indagaron en distintas dimensiones relacionadas con la experiencia de vivir con una enfermedad crónica. Las respuestas se expresaron en una escala tipo Likert de cinco niveles, que oscila desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente de desacuerdo”.

Tabla 2. Distribución de respuestas según las dimensiones de la incertidumbre ante la enfermedad en pacientes con patologías crónicas

DIMENSIÓN	ITEMS		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Porcentaje Totalmente de acuerdo	Porcentaje De acuerdo	Porcentaje Indeciso	Porcentaje En desacuerdo	Porcentaje Totalmente en desacuerdo	TOTAL
			5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	
			FRECUENCIA										
AMBI GUED AD	3.	No estoy seguro de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando	2	12	7	6	0	7,4	44,4	25,9	22,2	0	100,0
	4.	No tengo claro qué tan fuerte será el dolor	3	2	8	8	6	11,11	7,4	29,6	29,6	22,2	100,0

	8.	No sé cuándo esperar que se me hagan las cosas	4	1	5	9	8	14,8	3,7	18,5	33,3	29,6	100,0
	9.	Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible	4	8	4	4	7	14,8	29,6	14,8	14,8	25,9	100,0
	13.	Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo	7	13	2	4	1	25,9	48,1	7,4	14,8	3,7	100,0
	14.	Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome	8	8	5	5	1	29,6	29,6	18,5	18,5	3,7	100,0
	16.	Debido a la impredecibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro	3	5	4	2	13	11,1	18,5	14,8	7,4	48,1	100,0
	17.	El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos	1	9	2	0	15	3,7	33,3	7,4	0	55,6	100,0
	18.	No tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital	2	3	3	1	18	7,4	11,1	11,1	3,7	66,7	100,0
	20.	No está claro lo que me está pasando	7	4	5	8	3	7,4	3,7	7,4	25,9	55,6	100,0
	23.	La efectividad del tratamiento no está determinada	2	3	2	11	9	7,4	11,1	7,4	40,7	33,3	100,0
	24.	Es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mí mismo	2	10	3	6	6	7,4	37,0	11,1	22,2	22,2	100,0
	26.	Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo es variable	14	10	0	2	1	51,9	37,0	0	7,4	3,7	100,0
COMPLEJIDAD	6.	Tengo claro el propósito de cada tratamiento	19	7	1	0	0	70,4	25,9	3,7	0	0	100,0
	7.	Cuando tengo un dolor; sé lo que eso significa con respecto a mi condición	8	6	3	6	4	29,6	22,2	11,1	22,2	14,8	100,0
	10.	Entiendo todo lo que se me explica	19	5	1	2	0	70,4	18,5	3,7	7,4	0	100,0
	28.	El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida	20	4	1	0	2	74,1	14,8	3,7	0	7,4	100,0
	31.	Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite	15	6	5	1	0	55,6	22,2	18,5	3,7	0	100,0
	32.	Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad	19	8	0	0	0	70,4	29,6	0	0	0	100,0
	33.	Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo	13	11	3	0	0	48,1	40,7	11,1	0	0	100,0
INCONSISTENCIA	1.	No sé qué está mal conmigo	8	0	1	5	13	29,6	0	3,7	18,5	48,1	100,0
	2.	Tengo muchas preguntas sin respuestas	8	2	3	5	9	29,6	7,4	11,1	18,5	33,3	100,0
	5.	Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas	4	5	8	6	4	14,8	18,5	29,6	22,2	14,8	100,0
	11.	Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados	9	1	13	4	0	33,3	3,7	48,1	14,8	0	100,0
	19.	Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo	7	4	5	8	3	25,9	14,8	18,5	29,6	11,1	100,0
	22.	Los resultados de mis tests son inconsistentes	2	0	1	4	20	7,4	0	3,7	14,8	74,1	100,0
	29.	No me han dado un diagnóstico específico	11	2	7	1	6	40,7	7,4	25,9	3,7	22,2	100,0
IMPREVISIBILIDAD	12.	Puedo predecir cuánto durará mi enfermedad	17	8	2	0	0	63,0	29,6	7,4	0	0	100,0
	21.	Generalmente sé si voy a tener un buen día o un mal día	1	3	4	4	15	3,7	11,1	14,8	14,8	55,6	100,0
	25.	Generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad	14	13	0	0	0	51,9	48,1	0	0	0	100,0
	27.	Estoy seguro de que no encontrarán nada malo conmigo	4	3	3	3	14	14,8	11,1	11,1	11,1	51,9	100,0
	30.	Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar	15	4	5	2	1	55,6	14,8	18,5	7,4	3,7	100,0
TOTAL: 27 participantes			MODERADO NIVEL DE INCERTIDUMBRE								100,0		

Nota. La tabla muestra la frecuencia y porcentaje de las respuestas por ítem, agrupadas en las cuatro dimensiones del instrumento. Fuente: Elaboración propia (2025).

Los resultados evidenciaron que el 44,4% de los encuestados manifestó no tener certeza sobre si su enfermedad mejora o empeora, mientras el 25,9% se mostró indeciso y el 22,2% en desacuerdo. Este hallazgo refleja una tendencia moderada a la incertidumbre clínica, relacionada con la dificultad de los pacientes para identificar cambios en su salud. De manera similar, un 29,6% se mostró indeciso y otro 29,6% en desacuerdo respecto a la claridad sobre la intensidad del dolor que podrían experimentar, evidenciando una percepción dividida que sugiere incertidumbre moderada ante el malestar físico.

En relación con la comprensión de la información médica, el 29,6% manifestó indecisión ante las explicaciones recibidas, seguido de un 22,2% en desacuerdo y un 18,5% de acuerdo, mostrando un patrón mixto que refleja dificultades en la comunicación paciente-profesional. Además, un 29,6% señaló estar de acuerdo en que sus síntomas cambian de forma impredecible, mientras un 25,9% estuvo en desacuerdo, indicando una variabilidad percibida en el curso de la enfermedad que genera

inseguridad sobre la evolución clínica.

Respecto a la ambigüedad comunicacional, el 48,1% expresó indecisión ante la posibilidad de que los médicos empleen expresiones con varios significados, mientras el 33,3% estuvo totalmente de acuerdo, lo que sugiere una comunicación médica percibida como ambigua en algunos casos. A esto se suma que el 48,1% de los participantes consideró su tratamiento demasiado complejo para explicarlo, y el 25,9% estuvo totalmente de acuerdo, reflejando la necesidad de una mayor orientación individualizada para mejorar la comprensión del régimen terapéutico.

Un aspecto crítico identificado fue la dificultad para evaluar la efectividad del tratamiento, donde el 29,6% manifestó estar totalmente de acuerdo y otro 29,6% de acuerdo con no saber si los medicamentos ayudan realmente, lo que indica una alta percepción de incertidumbre clínica. De igual manera, un 40,7% se mostró indeciso y un 33,3% totalmente de acuerdo respecto a la falta de claridad sobre las funciones

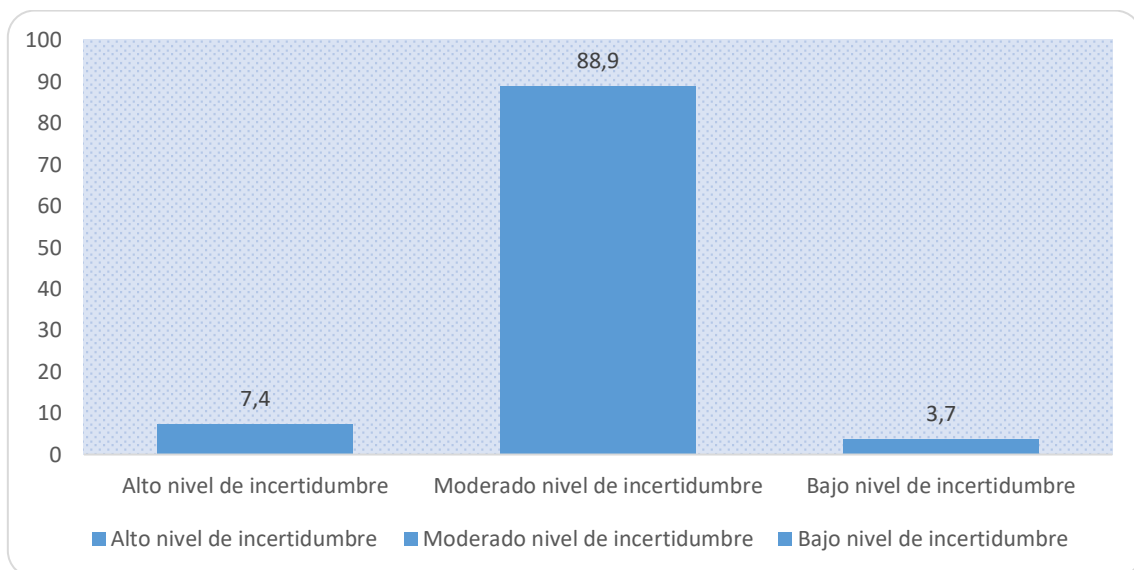
del personal de salud, lo que resalta la importancia de fortalecer la identificación de roles y la comunicación interdisciplinaria.

En cuanto a la capacidad de autocuidado, el 37,0% estuvo de acuerdo en que es difícil saber cuándo podrán cuidarse por sí mismos, frente a un 22,2% en desacuerdo y otro 22,2% totalmente en desacuerdo, evidenciando una división equilibrada entre quienes mantienen esperanza y quienes experimentan incertidumbre sobre su recuperación. Además, el 51,9% estuvo totalmente de acuerdo en que el tratamiento genera variabilidad en sus capacidades diarias, mientras el

37,0% se mostró de acuerdo, lo que refleja cómo los efectos terapéuticos impactan la estabilidad física y emocional.

Asimismo, un 40,7% indicó estar totalmente de acuerdo en no haber recibido un diagnóstico específico, y un 25,9% se mostró indeciso, lo cual puede incrementar la inseguridad sobre la condición clínica. En contraste, los datos positivos muestran que el 48,1% afirmó que médicos y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano al comunicarse, mientras el 40,7% estuvo de acuerdo, destacando un adecuado nivel de empatía y claridad comunicacional.

Ilustración 1. Nivel de incertidumbre



Nota. Moderado nivel de incertidumbre. Fuente: Elaboración propia (2025).

Del 100% de los encuestados, el 63,0% se ubicaron en nivel medio de incertidumbre (ni de acuerdo ni en desacuerdo), el 25,9% en alta (de acuerdo) y el 11,1% en baja (en desacuerdo). Se determina que predomina la ambigüedad en la población encuestada.

Discusión

Este estudio permitió evidenciar la presencia de un nivel moderado de incertidumbre en los pacientes adultos con enfermedades crónicas de la comunidad de San Vicente. Este hallazgo es congruente con investigaciones previas que confirman que la incertidumbre es una experiencia común en los individuos que enfrentan enfermedades crónicas, estas se agrupan en larga duración, de progresión lenta y son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud por su magnitud, su contribución a la mortalidad, la incapacidad prematura, la complejidad y costo elevado de su tratamiento. En este grupo se trató con enfermedades como diabetes mellitus tipo 1 y 2, hipertensión arterial e hipotiroidismo¹⁵.

Desde la teoría propuesta por Mishel define a la incertidumbre como “la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad”. Este concepto se entiende como un estado cognitivo, que surge cuando la persona no puede estructurar un evento debido a la falta de señales¹⁶. Esta teoría de enfermería analiza las respuestas de las personas que experimenta frente a la enfermedad padecida, para lo cual define el nivel de incertidumbre ante ella. La Teoría ayuda a entender la manera en que los pacientes elaboran desde lo cognitivo un esquema para la interpretación subjetiva de la incertidumbre frente al evento patológico, manejo al tratamiento y los resultados obtenidos¹⁷.

En el presente estudio, la mayoría de los participantes reportó sentimientos de duda respecto al progreso de la enfermedad, síntomas, duración, eficacia de los tratamientos y a la continuidad del acompañamiento profesional. Esta percepción refleja una brecha en la comunicación terapéutica y en la relación enfermera - paciente, aspectos que influyen directamente en la interpretación cognitiva de la

enfermedad¹⁸. Investigaciones recientes, destacan que la comunicación en el ámbito sanitario debe basarse en la integridad, la ecuanimidad y el respeto a la persona, considerándose no solo un componente esencial, sino también un **factor determinante para garantizar una atención de calidad** y por consiguiente, alcanzar la satisfacción del paciente¹⁹.

De igual manera, la empatía es una forma de conocimiento y aproximación hacia alguien más, un intento de “ponerse en el lugar de la otra persona” estos aspectos permiten comprender sus emociones, temores y necesidades. Cuando la comunicación y la empatía se integran de forma positiva en la práctica clínica, **disminuyen la incertidumbre** fortalece la autoconfianza y favorecen una **mayor adherencia terapéutica**. En este sentido, la relación profesional - paciente se transforma en un espacio de confianza mutua, donde la información clara sobre su condición de salud, el trato respetuoso y la comprensión emocional contribuyen al bienestar integral y a una recuperación más efectiva²⁰.

Se evidenció que el **apoyo familiar y social** es un **factor fundamental**, pues quienes recibieron mayor acompañamiento mostraron **menor incertidumbre**. Investigaciones han conceptualizado el apoyo familiar en dos dimensiones clave: apoyo percibido y apoyo realmente recibido. El apoyo percibido se refiere a la sensación subjetiva de una persona de ser comprendida y cuidada por sus familiares. El apoyo recibido se refiere a la asistencia concreta brindada en situaciones de la vida real, como la ayuda financiera, cuidado instrumental o el apoyo emocional. La evidencia empírica sugiere que un apoyo familiar eficaz puede mejorar significativamente el bienestar emocional, mitigar la aparición de enfermedades y mejorar la salud general.

En los últimos años, la investigación sobre la relación entre el apoyo familiar y la salud de las personas mayores ha aumentado gradualmente. Sin embargo, los estudios que examinan los determinantes del apoyo familiar siguen siendo escasos. Además, la mayoría de los estudios existentes adoptan un enfoque puramente

cuantitativo o cualitativo, con una especial falta de análisis a fondo de las necesidades de las personas mayores con enfermedades crónicas que viven solas²¹. Los adultos mayores presentan mayores dificultades para interpretar los cambios de su condición de salud, lo cual incrementa la percepción de incertidumbre.

Estudios recientes proponen que la incertidumbre, en combinación con otros factores como el bajo conocimiento sobre la enfermedad y el estrés percibido, generan un impacto negativo en el bienestar físico y psicosocial, incrementando conductas de riesgo como el consumo de alcohol en pacientes con DM tipo 2²². Sin embargo, pese a que existe evidencia sobre la influencia de la incertidumbre y la autoestima en personas con enfermedades crónicas, son escasos los estudios que aborden la relación directa entre ambas variables. La mayoría de las investigaciones se han centrado en describir el nivel de cada variable de manera independiente, sin explorar de manera integrada su interacción y posible correlación,

especialmente en pacientes adultos mayores²³.

Por otra parte, la falta de recursos para acceder a los servicios de salud, observada en la comunidad de San Vicente, constituye un elemento esencial que agrava la incertidumbre. La literatura reporta que la interrupción en la atención de salud y la falta de seguimiento continuo en comunidades rurales limitan el control de las enfermedades e incrementa la ansiedad del paciente. Al aplicar la teoría de la incertidumbre de Merle Mishel en una comunidad nos permite comprender cómo las personas manejan la falta de información clara y las expectativas inciertas sobre su estado de salud. En una comunidad, las enfermedades especialmente crónicas, pueden generar altos niveles de ansiedad y de estrés debido a la incertidumbre sobre el diagnóstico y tratamiento de la misma²⁴.

Desde la perspectiva del cuidado de enfermería, los resultados destacan la necesidad de fortalecer la intervención educativa y comunicacional. Los enfermeros

trabajan en estrecha colaboración con el equipo de atención médica para brindar una atención integral al paciente, que abarca desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento y el seguimiento. Esto incluye la educación del paciente sobre su enfermedad, la administración de medicamentos, el monitoreo de signos vitales y la coordinación con otros proveedores de atención médica.

La enfermera, al fungir como mediadora del conocimiento y promotora del autocuidado, tiene el potencial de disminuir la incertidumbre mediante estrategias que integren información comprensible, seguimiento domiciliario y acompañamiento emocional, para que los individuos enfrenten la incertidumbre con mayor resiliencia. Además, se recomienda incorporar la Teoría de la Incertidumbre en los programas comunitarios de salud, ya que su aplicación permite identificar factores de riesgo psicosocial y promover el autocuidado frente a la enfermedad²⁵.

4. Conclusiones

Este estudio aporta un importante conocimiento al ámbito de la enfermería al validar la aplicación de la teoría de incertidumbre de Merle Mishel en adultos con enfermedades crónicas, especialmente en áreas como San Vicente del cantón Quero. Los hallazgos indican que la incertidumbre no se limita a ser un proceso psicológico individual, sino que también es un fenómeno social y estructural afectado por factores económicos, la calidad de los servicios de salud, el acceso a atención médica y la fortaleza de las redes de apoyo familiar y comunitarias.

En este contexto, la teoría de Mishel se establece como herramienta teórica clave para entender cómo los pacientes enfrentan la ambigüedad, complejidad, inconsistencia e imprevisibilidad de su situación de salud. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes experimenta un nivel moderado de incertidumbre, influido por la falta de información clara, la dificultad para comprender los síntomas y la variabilidad en los resultados clínicos. Sin embargo, una comunicación terapéutica eficaz, un

tratamiento adecuado, el apoyo familiar y la empatía del personal de salud juegan un papel crucial en la reducción de la incertidumbre y en la promoción del autocuidado.

Desde la perspectiva del cuidado de la salud, se reafirma la función del profesional de enfermería como educador, guía y nexo entre el conocimiento científico y las necesidades del paciente. A través de la educación sanitaria, seguimiento y apoyo emocional, la enfermería puede disminuir la ansiedad e impulsar la participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad. En conclusión, abordar la incertidumbre desde una perspectiva integral, educativa y humanizada mejora la calidad de vida y la efectividad del cuidado de enfermería.

Bibliografía

1. Smith C, Tunnard, Dawkins, Gao, Higginson, Evans C. Manejo de la incertidumbre clínica en personas mayores hacia el final de la vida: una revisión sistemática de herramientas centradas en la persona. Cuidados paliativos del BMC. 2021; 20(168): 1 – 41. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00845-9>
2. Macías G, Ortega G, Azúa M. Enfermedades crónicas no transmisibles y la calidad de vida en el Ecuador. Journal Scientific MQRInvestigar. 2023; 7(1): 1 – 21. Disponible en: <https://doi.org/10.56048/MQR-20225.7.1.2023.1592-1612>
3. OMS. Enfermedades no transmisibles. Organización mundial de la salud. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Alligood MR. Merle Mishel: Incertidumbre en la teoría de la enfermedad. Teóricos de enfermería y su trabajo. 2021; (10): 445. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=usg5EAA-AQBAJ&oi=fnd&pg=PA445&dq=merle+mishel&ots=a-UXpodDz-&sig=pxHhHO3ZHn0AxIWqdYofIJK7A&redir_esc=y#v=onepage&q=merle%20mishel&f=false
5. Redondo D, Solano A. Viviendo en la incertidumbre después de un macroadenoma pituitario: un caso de estudio. Sanus. 2020; 10(1): 85 – 99. Disponible en:

- <https://doi.org/10.36789/sanuv.s.vi10.135>
6. Fernández A, Gómez J, Guiaquinta A, Verde Z, Torres C. Modelo de incertidumbre de Mishel para describir categorías y subcategorías en pacientes con fibromialgia: una revisión exploratoria. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*. 2020; 17 (11): 1 – 13. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17113756>
 7. Caguante D, Borja J, Monar J, Castro K. Estrategias de prevención de enfermedades crónicas en diferentes grupos de edad: Una revisión bibliográfica. *Polo del conocimiento*. 2025; 10(1): 1050 – 1062. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.23857/pc.v10i1.8730>
 8. USIL. Expertos analizaron la situación de las enfermedades crónicas en Latinoamérica. Universidad San Ignacio de Loyola. 2024. Disponible en: <https://blogs.usil.edu.pe/novedades/expertos-analizaron-la-situacion-de-las-enfermedades-cronicas-en-latinoamerica>
 9. Quillupangui R. Más de 2.700 personas son centenarias en Ecuador según el Censo. Censo Ecuador. 2023. Disponible en: <https://www.censoecuador.gob.ec/mas-de-2-700-personas-son-centenarias-en-ecuador-segun-el-censo/>
 10. INEC. Visualizador del Censo Ecuador 2022. Censo Ecuador. 2022. Disponible en: <https://cubos.inec.gob.ec/AppCensoEcuador/>
 11. Flórez I, Montalvo A, Romero E. Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Scielo*. 2020; 36(3). Disponible en: <https://doi.org/10.15446/av.ferm.v36n3.66508>
 12. Brito P, García E, Fernández D, García A, Fernández R, Burillo G. Validación de la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad en pacientes y acompañantes que acuden a un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2020; 30(1): 105 – 114. Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2018_30_2_105-114.pdf
 13. Arias M, Carreño S, López J. Validación de la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad en cuidadores de pacientes en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*. 2019; 26(4): 265 – 272. Disponible en: DOI:

- 10.20986/medpal.2019.1021/2018 <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.6>
14. Díaz L, Durán M, López N. Adaptación y validación de la escala de mishel de incertidumbre frente a la enfermedad en procedimientos diagnósticos. *Ciencia y Enfermería*. 2019; 25(2): 1 – 8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100201>
 15. Chacón J, Samaniego G, Altamirano P, Argudo C, Molina A. Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de la parroquia de Sausa, Cuenca-Ecuador. *Viatalia revista científica y académica*. 2025; 6(1): 1 – 17. Disponible en: <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v6i1.637>
 16. Fernandez R, Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6th ed.: McGRAW- HILL. 2023; 6(1): 1 – 634. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
 17. Martínez J, Oróstegui M, Forero M, Martínez A, Pertuz N, Pérez A. Incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica. *Salud Uninorte*. 2020; 36(2): 1 – 18. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.6>
 18. Martínez P, Rojas V, Muñoz A. Percepción de la incertidumbre y afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Cuidarte*. 2021; 12(2): 1 – 10. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1160>
 19. Vargas I, Soto S, Hernández M, Campos S. La confianza en la relación profesional de la salud y paciente. *Rev Cubana Salud Pública*. 2020; 46(3): 1 – 14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000300015
 20. Maza G, Motta G-A, M-R G, Jarquin M. La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Rev. sanid. mil*. 2023; 77(1): 1 – 10. Disponible en: <https://doi.org/10.56443/rsm.v77i1.371>
 21. YingxianY, LulinY, MiYao, Guoqiang S, Lin X, HaoT. El apoyo familiar y sus determinantes entre pacientes mayores con enfermedades crónicas en las comunidades de Guangzhou: un estudio de métodos mixtos. *Cientific reports*. 2025; 15(217129): 1 – 11. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-00000-0>

- <https://doi.org/10.1038/s41598-025-08354-y>
22. Vera W, Llanos E. Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores atendidos en el área de consulta externa del Hospital IESS Milagro. Fac. Salud Unemi. 2022; 6(11): 1 – 11. Disponible en: <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol6iss11.2022pp125-134p>
23. Páez E, Ruiz M, Lemus B, Vargas J, Madrigal N. Incertidumbre ante la enfermedad y autoestima en adultos con enfermedades crónicas. Revista latinoamericana de ciencias sociales y humanidades. 2025; 6(4):708. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4323>
24. Serrano N. Narrativa de enfermería: teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. 2023; 29(1): 1 – 16. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/99347583-f532-4b96-17-a8ec-48d4cccc1350/content>
25. Ortiz G, Cuví E, Alban W, Veliz S, Llanos J, Villacis W, Solis G. El papel de la Enfermería en el Cuidado de Pacientes con Enfermedades Crónicas: Retos, Estrategias de Manejo y Resultados de Salud. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023; 7(5): 1 – 22. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.7969