



Universidad
Norbert Wiener

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Resiliencia y satisfacción laboral en enfermeras de un
centro quirúrgico, Hospital Regional Huánuco, 2022

**Trabajo académico para optar el título de especialista en
Enfermería en Centro Quirúrgico**

Presentado por:

Solórzano Toledo, Charo

Código ORCID: 0000-0003-1494-4187

Asesora: Dra. Bernardo Santiago, Grisi

Código ORCID: 0000-0002-4147-2771

Línea de Investigación General

Salud, Enfermedad y Ambiente

Lima – Perú

2022

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Solórzano Toledo, Charo, Egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, Segunda Especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado "Resiliencia y satisfacción laboral en enfermeras de un centro quirúrgico, Hospital Regional Huánuco, 2022", Asesorado por La Docente Dra. Bernardo Santiago, Grisi, DNI N° 10041765, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4147-2771>, tiene un índice de similitud de 19 (Diecinueve) %, con código oid:14912:202992909, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor(a)
 Solórzano Toledo, Charo
 DNI° 73195972



.....
 Firma de Asesor(a)
 Dra. Bernardo Santiago, Grisi
 DNI N° 10041765

Lima, 18 de Septiembre de 2022

DEDICATORIA:

A mi madre, mi padre y a mis hermanos que son mis razones de vivir por su comprensión, su aliento y su motivación y a todas las personas que colaboraron para la culminación de este proyecto de investigación.

AGRADECIMIENTO:

A la Dra. Grisi Bernardo Santiago docente de la universidad Norbert Wiener por su enseñanza, orientación por su invaluable colaboración en el desarrollo de este proyecto de investigación.

Asesora: Dra. Bernardo Santiago, Grisi

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4147-2771>

JURADO

PRESIDENTE : Dra. Yamaguchi Diaz, Lady Patricia

SECRETARIO : Mg. Fuentes Siles, Maria Angelica

VOCAL : Mg. Cabrera Espezua, Jeannelly Paola

Índice

Dedicatoria.....	¡Error! Marcador no definido.
Agradecimiento.....	¡Error! Marcador no definido.
Índice.....	vii
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3 Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.4.1 Teórica.....	5
1.4.2 Metodológica.....	5
1.5.3 Práctica.....	6
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	6
1.5.1 Temporal.....	6
1.5.2 Espacial.....	6

1.5.3 Recursos.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes	7
2.1.1 Antecedentes internacionales	7
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	9
2.2. BASES TEÓRICAS	11
2.2.1 Nivel de incertidumbre y ansiedad	11
2.2.1.1 Incertidumbre.....	11
2.2.1.2. Teoría de la incertidumbre.....	11
2.2.1.3 Evolución histórica del estudio de la incertidumbre	12
2.2.1.4 Definición conceptual.....	12
2.2.1.5. Definición de las dimensiones.....	13
2.2.1.6 Indicadores.....	13
2.2.2 Ansiedad	15
2.2.1.1. Teoría de la ansiedad	16
2.2.1.2. Definición conceptual.....	17
2.2.1.3 Dimensiones de la ansiedad.....	19
2.2.1.4. El paciente en condición emergencia	21
2.2.1.5 El familiar acompañante y la incertidumbre frente a la enfermedad.....	23
2.3 Formulación de hipótesis	24
3. METODOLOGÍA	25

3.1. Método de la investigación	25
3.2. Enfoque de la investigación	26
3.3. Tipo de investigación	26
3.4. Diseño de la investigación	27
3.5. Población, muestra y muestreo:	27
3.6. Variables y operacionalización	30
3.6.1. Definición operacional	30
3.6.2. Operacionalización de variables	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.7.1. Técnica.....	32
3.7.2. Descripción y aplicación de los instrumentos de recolección	32
3.7.3. Validación.....	33
3.7. 4. Confiabilidad	33
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	34
3.9. Aspectos éticos.....	34
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTUDIO.....	36
4.1 Cronograma de actividades.....	36
4.1 Recursos y presupuesto	38
5. REFERENCIAS.....	39
6. ANEXOS	49
Anexo 01: Matriz de consistencia	50

Anexo 02: Instrumento de recolección de datos53

Anexo 03: Consentimiento informado57

Resumen

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad conocer el comportamiento de dos variables importantes en los familiares de pacientes ingresados al servicio de emergencia de un hospital, se ha planteado el objetivo de Determinar la relación del nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022. Metodología: se trata de un estudio de enfoque cuantitativo tipo aplicado, con diseño no experimental correlacional transversal, en una muestra de 375 familiares que serán seleccionados siguiendo el método aleatorio simple, se usara como instrumento la escala de Hamilton para a ansiedad, y el test de incertidumbre de Mishell para medir la incertidumbre del familiar, ambos instrumentos cuentan con una validez y confiabilidad alta, además ha sido aplicada en diferentes investigaciones; para el análisis estadístico se empleará el estadígrafo de Chi cuadrado con una significancia $P \leq 0.05$, los resultados esperados son demostrar la relación entre el nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022.

Palabras clave: incertidumbre, ansiedad, familiar, emergencia.

Abstract

The purpose of this research project is to know the behavior of two important variables in the relatives of patients admitted to the emergency service of a hospital, the objective of determining the relationship of the level of uncertainty and anxiety of relatives of the adult patient in the emergency service of a Public Hospital, Supe, 2022. Methodology: this is a study with an applied type quantitative approach, with a non-experimental cross-sectional correlational design, in a sample of 375 relatives who will be selected following the simple random method. As an instrument, the Hamilton scale for anxiety, and the Mishell uncertainty test to measure family member uncertainty, both instruments have high validity and reliability, and have also been applied in different investigations; For the statistical analysis, the Chi square statistician will be used with a significance $P \leq 0.05$, the expected results are to demonstrate the relationship between the level of uncertainty and anxiety of relatives of the adult patient in the emergency service of a Public Hospital, Supe, 2022 .

Keywords: uncertainty, anxiety, family, emergency.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La vivencia de una crisis en una emergencia médica, es una de las experiencias más desagradables (1), percibida también por familia que sufre en paralelo el proceso de hospitalización experimentado ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por la pérdida del contacto, incertidumbre sobre la situación del enfermo (2), temor sobre muerte, los métodos invasivos(3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) indica que el proceso de hospitalización de algún miembro de la familia de manera repentina altera el funcionamiento el círculo familiar genera una serie de incertidumbres y requiere ser abordado por los profesionales de salud, este contexto modifica el bienestar de las personas que integran la red familiar y entra en un estado de desequilibrio ante la inminente amenaza de la estructura organizacional doméstica, frente a esto la familia moviliza una serie de mecanismos de adaptación y presenta los comportamientos más disímiles frente al paciente y los profesionales de salud de la entidad hospitalaria (5).

Según la Sociedad Internacional de Respuestas de Emergencias (SIREM) una situación de emergencia, genera incertidumbre y miedo, tiene consecuencias en el funcionamiento y respuesta familiar (6), por su parte la Cruz Roja Internacional (CICR) indica que la gravedad de enfermedad, el pronóstico; esto se agudiza si el familiar es hospitalizado de manera brusca y repentina e inesperada, se requiere la búsqueda del equilibrio lo más rápido posible para que la familia maneje las demandas externas e internas de la situación creada, poniendo en práctica estrategias de afrontamiento cognitivo-afectivo y conductuales, que guarda relación con resiliencia, salud mental y experiencias previas (7).

Los familiares y pacientes, aparte de desafiar la incertidumbre de salud que advierte, deben afrontar el contexto adverso adicional de un sistema sanitario deficiente la poca disponibilidad de camas, camillas, sillas de ruedas, hacinamiento, y ambientes insuficientes o poco técnicos para la satisfacción de sus necesidades, esto incrementa más aun los niveles de incertidumbre (8)(9), para la World Federation for Mental Health (WFMH) la incertidumbre hace referencia a cómo las personas procesan cognitivamente los estímulos relacionados con la enfermedades y construyen un significado en estos eventos, se caracteriza por una preocupación persistente del familiar respecto al estado de salud del enfermo internado en la sala de emergencia por algún evento crítico que amenaza la vida del paciente, en este contexto la persona no se siente capaz controlar la preocupación excesiva e irreal (10).

Estudios previos desarrollado por la organización panamericana de la salud (OPS), demuestran que la familia y paciente, separados físicamente de su medio familiar y del apoyo afectivo, sufren y experimentan elevados niveles de incertidumbre, es por ello que el profesional de enfermería cumple un rol relevante para despejar las dudas, brindando consejería emocional a los integrantes de la familia respecto a la conducta que deben asumir con el miembro de la familia enfermo y animarlos a superar los temores e incertidumbre, para optimizar la colaboración en el proceso de recuperación y los cuidados de paciente (11). Se han descrito en la literatura ampliamente el impacto de la incertidumbre en los familiares de pacientes hospitalizado en las unidades críticas y los servicios de emergencia, en diversos aspectos: orgánico, emocional y social (12), cuyos resultados contribuyeron para tomar conciencia sobre la atención de las necesidades de los familiares es una responsabilidad que no puede ser ignorada por ningún hospital (13).

Las unidades de Emergencia de los diferentes nosocomios del país, se encuentran muy aglomerado de pacientes, quienes presentan una serie de problemas de salud de diferente

complejidad, muchos de ellos con alteraciones hemodinámicas y respiratorias; debido a la situación crítica del paciente, el profesional de enfermería prioriza su atención en el cuidado que debe brindar al paciente bajo el paradigma biomédico, dejando de lado el aspecto psicosocial a un segundo plano y con ello aísla a la familia originándoles una percepción de amenaza y que experimenta una gran incertidumbre (14).

En el servicio de emergencia del Hospital de Supe durante el año 2018 se atendieron 1 490 pacientes, y en el año 2019 la atención bordeó los 5 328 usuarios, mientras que el año 2020 se atendió a un total de 3 418 en tanto el año 2021 se asistieron a 4 549, en los que va del presente año 2022 hasta el mes de noviembre se atendieron 1 535 pacientes, siendo los principales actos: diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan daños de Prioridad I y II, además se monitorizan en el área de observación a los pacientes críticamente enfermos de diferentes patologías y especialidades(15).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación del nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación de la ambigüedad y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público?

¿Cuál es la relación de la predictibilidad y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público?

¿Cuál es la relación de la complejidad y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público?

¿Cuál es la relación de la inconsistencia y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación del nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la relación de la ambigüedad y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público.

Identificar la relación de la predictibilidad y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público.

Identificar la relación de la complejidad y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe.

Identificar la relación de la inconsistencia y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

En lo teórico, la presente investigación, en coherencia con el nivel investigativo, persigue incrementar el cuerpo de conocimientos sobre el comportamiento de las variables (incertidumbre y ansiedad familiar) en el servicio de emergencia; el estudio del desempeño del familiar en las áreas de emergencia han sido poco abordadas, ni los profesionales de enfermería ni los investigadores han desarrollado evidencias sobre las experiencias de los familiares en el servicio de emergencia, por ello los conocimientos teóricos al respecto son escasos.

Mencionar también que la investigación usa como fundamento epistemológico la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, quien refirió: el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados. Watson sostiene que este objetivo se alcanza a través del proceso de asistencia de persona a persona y de las transacciones que dicho proceso genera.

1.4.2 Metodológica

Los resultados del estudio servirán de referencia a futuras investigaciones, así mismo tributará en el fortalecimiento de la línea de investigación de nuestra universidad, además los instrumentos de recolección de datos servirán para el desarrollo de estudios de similar naturaleza en otros escenarios, el estudio contribuye con la vigencia y validación de los instrumentos.

1.5.3 Práctica

La finalidad del presente estudio es evaluar y demostrar que el abordaje al paciente en el servicio de emergencia es individualizado y segmentado en el aspecto médico quirúrgico, y por ello se requiere un cuidado integral, con la inclusión de los familiares y el cuidado de su bienestar psicoemocional.

Los resultados de la investigación permitirán fortalecer los fundamentos del desarrollo de planes y proyecto de mejora que promuevan la atención de los familiares, involucrando en el proceso de recuperación de su familiar.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La circunscripción del estudio se desarrollará en un tiempo determinado, por tratarse de un estudio prospectivo, la recolección de datos se efectuará en los meses de octubre - diciembre del 2022.

1.5.2 Espacial

El estudio se desarrollará en el área de la sala de espera del servicio de emergencia del hospital público ubicado en el distrito de Supe, provincia de Barranca departamento de Lima.

1.5.3 Recursos

Los recursos a emplearse serán costeados por el investigador, porque que se trata de una investigación autofinanciada.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Bautista L. et al. (16), en el 2019, en Cúcuta, publicó una investigación con el objetivo de: “analizar la percepción en el familiar del paciente crítico”; la metodología del estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 200 familiares, se aplicó el instrumento «Percepción de los Familiares de los Pacientes Críticos». Resultados: indican una connotación positiva favorable en un 80%; llegando a concluir que una familia participativa posee los elementos necesarios para luchar contra la desesperanza e incertidumbre sufridos cuando el paciente es hospitalizado en una situación crítica.

Mauricio et al. (17) en Colombia, el año 2019 publicó una investigación cuyo objetivo fue describir el nivel de incertidumbre de cuidadores familiares ante la enfermedad de pacientes en cuidados paliativos, se trató de un estudio descriptivo, con una muestra de 300 personas, sus resultados indican que se encontró un nivel de incertidumbre ante la enfermedad promedio de 91,7 puntos, existen altos niveles de incertidumbre del cuidador ante la enfermedad del paciente; estos niveles se asocian con la condición y los síntomas del paciente al que se cuida, el tiempo como cuidador y el soporte percibido por parte de profesionales de la salud, la familia y la religión.

Morocho (18), en el año 2018 publicó una investigación con el objetivo de: “determinar el nivel de ansiedad e incertidumbre en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos en Ecuador”, el diseño del fue descriptivo en una muestra de 51 familiares de pacientes hospitalizados. Resultados: determinó que existe un nivel alto de ansiedad estado en participantes del sexo femenino, con el 50.98%, y un nivel de ansiedad alto

en las personas de sexo masculino en un 25.49%, y además evidenció que existe un nivel medio de ansiedad-rasgo en personas del sexo femenino con 29.41%; también existe un nivel medio de ansiedad-rasgo en participantes del sexo masculino” con un 25.49%.

Flores et al (19) en el año 2018 en Colombia, publicó una investigación cuyo objetivo fue: “determinar el grado de incertidumbre en familiares de pacientes hospitalizado en cuidados intensivos”, su diseño fue: descriptivo transversal con una muestra de 79 familiares, se aplicó como instrumento la escala de percepción de la incertidumbre de Mishel. Resultados: revelan que globalmente, el 59,5% de los cuidadores se ubicó en el nivel medio de incertidumbre, seguido por el 25,3%, en nivel alto, se encontró alta incertidumbre frente al diagnóstico en un 72,2%, respecto a las relaciones entre el cuidador y los proveedores de cuidado el 55,7% presentó nivel medio de incertidumbre.

Esquivel, et al (20) en México el año 2018, desarrolló una investigación con el objetivo de “determinar la prevalencia de ansiedad relacionado a la incertidumbre en los familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados en México”, desarrolló un trabajo de investigación descriptiva, en una muestra de 197 familiares de pacientes hospitalizados, cuyos resultados determinaron que “la prevalencia de ansiedad fue de 49.2% y depresión de 35.0%, usaron el cuestionario de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, con el inventario de Beck se obtuvo una prevalencia de ansiedad de 25.9%. La correlación y concordancia con τ_b de Kendall resultó con 0.368, Kappa (w) con 0.359 y χ^2 de 26.6 ($p = 0.000$), concluyendo que el nivel de incertidumbre se asocia con la ansiedad.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Acuña (21) en el año 2021, en Barranca desarrolló un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados al nivel de ansiedad en familiares del paciente en servicio de emergencia del hospital de Barranca, estudio descriptivo correlacional con una muestra de 68 personas, se aplicó un cuestionario de ansiedad, sus resultados indican que el 58.8% presentó ansiedad media, el 25% ansiedad baja y el 16.2% ansiedad alta.

Pampa (22), en el año 2020 en Lima desarrollo un estudio con el objetivo de Determinar el nivel de incertidumbre que presentan los familiares de los pacientes internados en el servicio de medicina general de un Hospital Nacional, Lima 2020. Estudio descriptivo con una población de 70 familiares, se encontró que el 85.71% de los familiares de pacientes encuestados presentaron un nivel medio de incertidumbre, un 14.29% de familiares presentaron un nivel alto de incertidumbre.

Espinoza, et al (23) en al año 2017, desarrolló una publicación con el objetivo de “determinar el nivel de uso de estrategias de afrontamiento familiar ante la hospitalización de un pariente adulto en la unidad de cuidados críticos”, se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal, en una muestra de 40 parientes cercanos, los resultados hallados fueron: 70% de parientes tienen un nivel de afrontamiento medio a bajo, el 78% de familiares usan afrontamiento tipo cognitivo en nivel medio a alto, el 87% usan en nivel medio a bajo, afrontamientos tipo afectivo; el 78% de usan afrontamiento tipo conductual en nivel medio a alto.

Cabanillas (24). en el año 2017, publicó una investigación objetivo de: “Determinar la asociación entre nivel de ansiedad y grado de satisfacción en familiares de pacientes atendidos en el servicio de emergencia de un hospital en Cajamarca”, el diseño del trabajo fue descriptivo correlacional, en una muestra de 108 familiares de pacientes. Resultados: La distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según nivel de ansiedad fue: con ansiedad (25%) y sin ansiedad (75%) , “No se apreciaron diferencias significativas en relación a las variables, edad, genero ni procedencia entre los familiares de pacientes con ansiedad o sin ansiedad ($p < 0.05$)”.

Huamán (25) en el año 2018, publicó un estudio con el objetivo de: “Determinar el nivel de ansiedad del familiar del paciente adulto hospitalizado en la Unidad de Vigilancia Intensiva de un hospital en Ayacucho”, desarrolló un estudio descriptivo en 40 familias de pacientes críticos, los hallazgos más significativos determinaron que “el 62,5% presenta nivel medio de ansiedad, el 22,5% nivel alto y el 13% presenta un bajo nivel de ansiedad”, concluyó que el nivel de ansiedad predominante fue el medio.

A nivel local no se han encontrado antecedentes con las variables en tratamiento, ni en la población sujeto estudio; se han efectuado búsquedas en los repositorios de las universidades de la región entre ellas la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Universidad San Pedro, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, y la Universidad Nacional de Barranca, la búsqueda se efectuó empleando las palabras clave: ansiedad, características demográficas, familiar y se complementó la búsqueda empleado los operadores booleanos AND y OR

2.2. BASES TEÓRICAS

2.1.1 Nivel de incertidumbre y ansiedad

2.2.1.1 Incertidumbre

2. 2.1.2. Teoría de la incertidumbre

Merle Mishel en su teoría de mediano rango de la incertidumbre frente a la enfermedad (UIT, por sus siglas en inglés) y su posterior reconceptualización (RUIT) define este concepto como la inhabilidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Como estado cognitivo la incertidumbre se presenta en situaciones de enfermedad, caracterizadas por ser ambiguas, complejas e impredecibles o cuando la información proporcionada a los pacientes es inconsistente o no está disponible (26).

Esta teoría ofrece un sólido soporte para la investigación en sujetos que experimentan la fase aguda o la trayectoria de una enfermedad. La RUIT direcciona la experiencia de vivir la incertidumbre permanente en situaciones crónicas, las respuestas psicológicas ante la falta de definición de un diagnóstico y tratamiento y la disrupción que causa en el equilibrio del sistema humano como una totalidad (26).

Además, la incertidumbre, como un estado cognitivo, aparece cuando un evento no es adecuadamente estructurado o categorizado debido a que la información del paciente sobre el suceso en cuestión es escasa. Estos eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la susceptibilidad del paciente; igualmente la incertidumbre presenta como una importante fuente de angustia que

puede comprometer varios dominios de la calidad de vida y que a menudo acompaña a la enfermedad y su tratamiento (27)

2.2.1.3 Evolución histórica del estudio de la incertidumbre

Este término en su etimología está compuesto del prefijo «in» negación y del sustantivo «certidumbre» con ella del latín tardío «certitūdo» que significa carencia de certeza, convicción, certidumbre, confianza o seguridad sobre algo (27).

El término incertidumbre fue descrita por primera vez en la economía, en 1921 por Frank Knight quien distinguió la incertidumbre del riesgo, siendo la incertidumbre la falta de conocimiento que es inconmensurable e imposible de calcular. (28)

Heisenberg en 1927 introduce el principio de incertidumbre en la mecánica cuántica, postula que es imposible conocer conjuntamente con exactitud, la posición y la velocidad de una partícula sub-atómica (28).

En el área de salud Mishell desarrolló la teoría de la incertidumbre en la enfermedad, la cual aplica en las fases prediagnóstico, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad. Junto con su teoría elaboró la Escala de Incertidumbre frente a la enfermedad, MUIS-A por su sigla en inglés (Mishel Uncertainty of Illness Scale), para medir incertidumbre en situaciones específicas de enfermedad, con cuatro factores fundamentales: ambigüedad, complejidad, inconsistencia o deficiencia de información e imprevisibilidad (28).

2.2.1.4 Definición conceptual

Mishell la define como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad, incertidumbre se refiere a anomalías epistémicas que implican información imperfecta o desconocida.

Se aplica a las predicciones de eventos de salud futuros, surge en entornos parcialmente observables y / o estocásticos, así como debido a la ignorancia, la indolencia o ambas (27).

2.2.1.5. Definición de las dimensiones

La incertidumbre entonces, es un estado cognitivo, generado por un individuo dado a la propia incapacidad de adaptación y predicción de resultados, por la ausencia de información, causando en los familiares conceptualizaciones ambiguas, predictivas, complejas e inconsistentes acerca de la enfermedad del paciente (27).

Ambigüedad: percepción e incertidumbre, tabues de la enfermedad, Una decisión bajo ambigüedad implica probabilidades subjetivas desconocidas con las que el tomador de decisiones se siente impotente para afrontar, por ejemplo, cualquier situación en la que no tenga una bendita idea y no pueda empezar a pensar en cuáles podrían ser las probabilidades, es la forma de evaluar los eventos relacionados con la enfermedad como vagos o no claros. (27)(29)

2.2.1.6 Indicadores

Percepción: Son las representaciones organizadas de la enfermedad que se adquieren a través de experiencias de determinadas patologías que haya padecido el mismo sujeto o sus familiares o amigos (27).

Incertidumbre: Es la incapacidad de las personas para dar sentido o significado a los procesos o las situaciones que tienen que ver con su estado de salud lo que se traduce en una imposibilidad para predecir los resultados y manejarlos (30).

Tabúes: Es el prejuicio por el diagnóstico de su enfermedad y por los estereotipos e ideas erróneas que se asocian a este (30).

Predictibilidad: Planeación de un futuro de acuerdo con su condición precepción acerca del daño a la vida. En cuanto a la evolución de la enfermedad, el pronóstico o la aparición de nuevos síntomas, en cualquier momento, a pesar de los tratamientos (27)(30).

Indicadores

Pronóstico de enfermedad: Es la predicción en función de la evolución de un paciente, o el posible resultado luego de una intervención o tratamiento (30).

Evolución de la enfermedad: Es la evolución de un proceso patológico sin intervención médica. Representa el curso de acontecimientos biológicos entre la acción secuencial de las causas componentes (etiología) hasta que se desarrolla la enfermedad y ocurre el desenlace (curación, paso a cronicidad o muerte) (30).

Complejidad: Complicado conocimiento de los cambios de la enfermedad, Es la percepción de que la enfermedad, así como sus tratamientos y cuidados, son un sistema complicado (27)(31).

Indicadores

Desconocimiento de la enfermedad: es la falta de información sobre el proceso patológico, sus manifestaciones clínicas, su tratamiento pronóstico y complicaciones (27).

Percepción de la enfermedad: Es una representación cognitiva que influye directamente en la respuesta emocional del paciente a su enfermedad y su comportamiento para hacer frente a esta (27).

Inconsistencia: Comportamientos cuando un familiar desarrolla inadvertidamente, hace referencia a la falta de información sobre el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad o ésta cambia frecuentemente (27)(32).

Indicadores

Diagnóstico: es el juicio clínico del profesional facultado desarrollado metódicamente en base a un análisis de información de relevancia clínica (27).

Gravedad: es la severidad del daño que afecta la salud de la persona (32).

2.2.2 Ansiedad

La ansiedad es parte del proceso de adaptación frente a situaciones inesperadas, es común en pacientes que experimenta afectaciones súbitas que deterioran su estado de su salud (emergencias); las Unidades de Cuidados críticos y de emergencia, suelen ser en general, lugares en donde la “tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales”. La calidad técnica de los cuidados médicos y de enfermería es elevada y muy especializada, pero “centrados principalmente en los síntomas y signos de la enfermedad” y dejando de lado la vivencia que el paciente tiene de su propia enfermedad y del nuevo entorno que le rodea, esto se trasmite también a los familiares quienes experimentan episodios de ansiedad (33).

En las unidades de emergencia de los hospitales, se observan con facilidad todos los problemas que se enfrenta la asistencia sanitaria: aumento de la deshumanización, tecnificación extrema, pérdida de la relación “enfermero-paciente”, etc (34).

Los familiares de los pacientes ingresados al servicio de emergencias, se enfrentan con una “situación inesperada”, difícil y súbito, cuando un familiar se encuentra en peligro inminente de muerte, aparece inmediatamente la incertidumbre de si sobrevivirá o si quedará con secuelas importantes (35).

Las factores que generan malestar entre los familiares de los pacientes son de diversa índole, como la “percepción de estar informado sobre la condición del paciente, la sensación de seguridad, de proximidad con el enfermo, de soporte y de confort”, esta situación “desestructura todo su entorno y les obliga a adaptarse a la nueva realidad”, sobreponiendo ante todo el tratamiento y cuidado del paciente y dejando a un lado sus propias necesidades (36).

2.2.1.1. Teoría de la ansiedad

Desde hace ya algún tiempo es considerada la respuesta a la ansiedad como una respuesta multidimensional en la que se involucran tres sistemas distintos (37): cognitivo (los pensamientos), fisiológico (respuestas orgánicas como sudoraciones o aceleración del ritmo cardíaco) y motor (conductas realizadas por el sujeto) . “Esto permite una perspectiva global de la forma en la que el sujeto responde ante la ansiedad y, aunque todos poseemos un organismo distinto, así como una forma única de comprender la realidad o de reaccionar ante determinada circunstancia se observa cierta constancia en las respuestas” (38).

a. Teoría Psicodinámica

Su creador fue Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico), respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual -libido- para

posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y de los instintos prohibidos, ello, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad (44).

b. Teorías Conductistas

Se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables, adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado, de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y, por tanto, amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza(44).

c. La teoría del aprendizaje social

Dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno (45).

2.2.1.2. Definición conceptual

La ansiedad se define como un conjunto de manifestaciones fisiológicas y emocionales en respuesta a factores de estrés y; dicho estado llega cuando las demandas del individuo exceden a sus recursos adaptativos y la manera que posee para hacerles frente, la respuesta ante un estímulo externo o interno percibido como amenazante o peligroso desencadena un estado emocional de ansiedad, la cual es un fenómeno adaptativo necesario del individuo frente a diversas situaciones de estrés (37).

Citando a Martínez la ansiedad se define como un “estado emocional desagradable, cuyos orígenes no son fáciles de identificar, se presenta acompañado frecuentemente de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o al agotamiento, la intensidad de la ansiedad tiene varias gradaciones, partiendo de escrúpulos menores hacia temblores perceptibles y aun pánico completo, que es la forma más extrema de ansiedad” (38).

La ansiedad además de ser una respuesta emocional al estrés, puede ser una reacción emocional de alerta ante una amenaza que pueden originarse sin agentes estresantes, es decir es un conjunto de respuestas emitidas por diferentes especies frente a un peligro real o potencial (39).

Para el presente estudio circunscribiremos a la ansiedad en dos aspectos: En el caso de la “ansiedad como rasgo, corresponde a la presencia de la ansiedad como componente estable en la personalidad, generando una tendencia en el sujeto a experimentar ansiedad en mayor medida que quienes no lo posean”; y “la ansiedad como estado tiene una presencia temporal, y se debe más a una respuesta emocional en el individuo como consecuencia de estimulación ambiental” (40).

La ansiedad como un “estado emocional de miedo”, o aprensión frente a un “peligro o amenaza percibido por la persona se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos” como: tembor, rigidez muscular, inquietud, aceleración de la respiración, diaforesis y palpitaciones (41).

Aparece también síntomas cognitivos como: “Aprensión e inquietud psíquica”, excesos en la vigilia, distracción extrema, trastornos de la concentración e insomnio (42).

Según Oblitas et al.(41) refiere que estas “repuestas clínicas desadaptativas de la ansiedad” se caracterizan por:

- Aparecer con estímulos inofensivos
- La respuesta perdura en el tiempo, aún mucho después de haber desaparecido el estímulo provocador y de no existir una situación real que la justifique.
- Cuando las respuestas orgásmicas afectan el desarrollo o desenvolvimiento normal del individuo que se ve afectado.

2.2.1.3 Dimensiones de la ansiedad

Respuestas fisiológicas:

Es la “reacción que se produce en el organismo ante los estímulos ansiógenos”. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo (46).

“Se ha comprobado que la mayor ansiedad se da cuando se produce la respuesta de evitación. Como la ansiedad es una respuesta para huir o luchar la respuesta fisiológica se incrementa cuando se está huyendo o luchando”.

No es el peligro que supone el “estímulo aversivo”, sino la respuesta que se da a él la que determina la intensidad de la ansiedad que se genera. Taquicardia, arritmias y bradicardia, aumento de la presión arterial, rigidez muscular, aceleración de la frecuencia respiratoria, sudoración, sequedad en la boca (47).

Indicadores

Palpitaciones: sensaciones de que el corazón late rápido, aletea o palpita fuertemente (47).

Incremento de la presión sanguínea: es la elevación de la presión arterial como respuesta a los cambios emocionales y reflejos vágales (47).

Respuestas cognitivas y psicológicas: Cualquier conducta provocada por un estímulo ansiógeno como preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control (37)(47).

Al interactuar con ellos manifiestan que están muy asustados y tiene miedo que su familiar se va morir, permanentemente preguntan ¿cómo está mi familiar?, “le va pasar algo”... “se va sanar” “no quiero que le pase nada malo” hagan algo por favor”, “¿por qué nos sucede esto?”, etc. algunos no se separan de la puerta, y frecuentemente se observa familiares preocupados y llorando cuando se acercan a preguntar por su familiar (48).

Indicadores

Preocupación: Estado de desasosiego, inquietud o temor producido ante una situación difícil, un problema (47).

Anticipación: Creación vivencial, se forma en base a todas las incertidumbres del sujeto respecto a su futuro, todo lo cual surge de su historia y su estructura psíquica (47).

Hipervigilancia: Es un estado de alerta aumentado. Si se encuentra en este estado, es extremadamente sensible a lo que le rodea y puede sentirse como si estuviera alerta a cualquier peligro oculto de la gente o de su entorno (47).

Respuestas motoras: Reacción motora surge como efecto de un estímulo por el que el cuerpo de una persona actúa a través de un movimiento; suelen darse respuestas motoras.

“La expresión de la ansiedad toma al cuerpo produciendo respuestas motoras, autonómicas y endócrinas. Algunos autores han dicho que el cuerpo es el teatro de la expresión de las emociones”. La expresión es del orden de lo observable e involucra respuestas inconscientes, confrontación, distanciamiento, autocontrol búsqueda de apoyo social. (46)(47).

Indicadores

Confrontación: es entendida como un choque relativamente violento entre fuerzas opuestas, y tiene como propósito reducir la ambigüedad e incongruencias en la experiencia y comunicación de la persona (48).

Distanciamiento: se asume que los individuos le damos menor importancia a lo que percibimos más cercano a nosotros (48).

2.2.1.4. El paciente en condición emergencia

Para la literatura clínica se denomina “emergencia médica a la condición en la que existe un peligro o riesgo inmediato para la vida, por estar afectados uno o varios índices vitales”. Ciertamente aquellos pacientes, priorizados como graves, se hallan en un contexto de inestabilidad fisiológica y ciertos cambios en parámetros vitales los pueden llevar a un daño orgánico irreversible o la muerte. Por ello, su tratamiento debe ser inmediato (48).

Una graduación inferior es la urgencia médica, denominamos así a la alteración de la salud súbita y repentina, que “no generan un peligro inmediato” y cuya atención puede ser retrasada, sin embargo afectan potencialmente los índices vitales y mantiene en peligro inminente la vida de no ser resuelto, o puede afectar seriamente algún órgano o función en un tiempo mediato. Con relación a la emergencia, estos pacientes puede esperar un tiempo prudencial para ser atendido (49).

En ambas situaciones el paciente se encuentra en peligro vital, es por ello que se requiere atención sanitaria inmediata y multidisciplinaria, para corregir la amenaza vital, el manejo de estos cuadros agudos de riesgo vital es en el área de emergencia, es allí donde se corrigen y estabilizan las constantes vitales en peligro (49).

La clasificación y el triage de los pacientes dentro del área de emergencia responde al principio de “riesgo vital”, es decir los pacientes que se encuentran en condiciones más graves son quienes reciben la atención más inmediata, para mejorar el proceso de asistencia en condiciones de emergencia y urgencia el MINSA ha desarrollado una clasificación de las prioridades en emergencias (34).

Prioridad I: pacientes con gravedad súbita, crítica, extrema y en riesgo de inminente muerte, son atendidos de manera inmediata en la sala de reanimación previa activación del código de alarma de emergencia, las patologías más comunes de esta prioridad son: paro cardio respiratorio, dolor precordial de origen cardiogénico, dificultad respiratoria, shock, arritmia, hemorragia profusa con alteración hemodinámica, obstrucción de vía respiratoria alta, paciente con trauma severo, quemaduras en más del 20%, sobredosis e intoxicación, coma diabético, emergencia hipertensiva (34).

Prioridad II: son aquellos pacientes portadores de cuadro súbito y de suma urgencia, también denominados de urgencia mayor 40, son asistidos en el tópico de atención: general o especializada, su estancia podría prolongarse hasta un máximo de 12 horas, los cuadros que son asistidos como prioridad tipo.II son crisis asmática, hemoptisis, niños con fiebre, hemorragia digestiva con signos vitales estables, diabetes mellitus descompensada, pacientes con alteración del sensorio, el periodo de espera no debe ser mayor a 10 minutos (34).

Prioridad III: “urgencia menor” el paciente no presenta riesgo de muerte ni secuelas invalidantes merece asistencia en el tópico de atención sea general o especializada o consultorio de emergencia, en un, en un periodo de espera no mayor a 20 minutos, los casos más comunes en esta prioridad son dolor abdominal no quirúrgico, intoxicación alimentaria, vómitos, diarrea, heridas leves, fiebre > 39° sin síntomas asociados (34).

Prioridad IV: Patología aguda común, sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, son atendidos por consultorios de emergencia, en este grupo encontramos pacientes con faringitis aguda, diarrea y vómito sin deshidratación, resfrío común (34).

2.2.1.5 El familiar acompañante y la incertidumbre frente a la enfermedad

La familia es el núcleo de la sociedad por excelencia, se constituye como la “base de la convivencia social” de las personas donde existe un vínculo afectivo, además de un vínculo sanguíneo, es el aparato sinérgico fundamentalmente de apoyo para sus integrantes, si algún miembro enferma, ella es (la familia) quien debe constituirse en cuidadora del enfermo (48).

La arquitectura familiar no es un aparato estático, sino un proceso dinámico que varía según el momento histórico en que se encuentre la familia, la etapa del ciclo vital por la que transite o determinados acontecimientos vitales. Asimismo, las familias evolucionan y cambian en la medida en que lo hace la sociedad. La revolución industrial generó una serie de cambios y transformó la estructura y la composición familia, uno de los cambios sociales que más ha influido en la estructura familiar ha sido el económico (49).

La familia definida en diferentes doctrinas y posturas epistemológicas es considerada como una “unidad” y que cualquier situación y contexto adverso que altere la homeóstasis familiar, pues afecta a todo el sistema, es decir si un miembro de la familia enferma, esta situación afectará a todo sus miembros, en ese contexto el rol de enfermería es amplia, pues el abordaje no sólo se direcciona por el cuidado de la persona enferma sino por el bienestar general de todos los integrantes (50).

Con el “inicio de un proceso mórbido de alguno de los miembros la estructura familiar se enfrenta a un estado de desequilibrio emocional y necesariamente se ha de producir en ella una profunda reorganización en base a su capacidad de respuesta, a decir de Bromet (49) “la enfermedad altera la unidad social, a los familiares y aun a los amigos .

El “cuidado es una actividad indispensable para la supervivencia”, desde los orígenes de la humanidad, el cuidar a tenido una génesis basada en el instinto de supervivencia y protección de la especie teniendo un papel relevante en la historia, siendo esta una función importante para el desarrollo (52).

En la actualidad el cuidado de los pacientes y su familia representa una serie de actos que tienen por finalidad y función, mantener a los seres humanos vivos y sanos, satisfaciendo en conjunto sus necesidades ya sean de la persona, la familia y la comunidad (48).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H0: No existe relación entre el nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022

H1: Existe relación entre el nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022

2.3.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre la ambigüedad de la incertidumbre y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022.

- Existe relación significativa entre la predictibilidad de la incertidumbre y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022.

- Existe relación significativa entre la complejidad de la incertidumbre y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022.

- Existe relación significativa entre la inconsistencia de la incertidumbre y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Para el desarrollo de la presente investigación se empleará el método hipotético - deductivo, dado que se describirá la realidad partiendo de la observación, y luego de va a

explicar la realidad a partir de la lógica y concluir con las ideas en base a los datos observados (63).

Este método consiste en el procedimiento de investigación que utiliza un tipo de pensamiento que va desde un razonamiento más general y lógico, basado en leyes o principios, hasta un hecho concreto (62).

3.2. Enfoque de la investigación

Esta investigación será desarrollada bajo el enfoque cuantitativo, por que empleará estrategias numéricas para el análisis de datos obtenidos, además el procesamiento de los mismos será en los paquetes estadísticos accesibles y pertinentes, como es el SPSS-v24 y el Excel.

La investigación cuantitativa es un método estructurado de recopilación y análisis de información que se obtiene a través de diversas fuentes. Este proceso se lleva a cabo con el uso de herramientas estadísticas y matemáticas con el propósito de cuantificar el problema de investigación (62).

3.3. Tipo de investigación

La presente propuesta investigativa es de tipo aplicada por que se aplicaran herramientas e instrumentos que serán analizados estadísticamente por que se pretende ampliar el horizonte de conocimiento, de nivel correlacional por que se pretende analizar la asociación entre dos variables (58).

Se denomina así a aquella investigación que tiene como finalidad incrementar los conocimientos científicos, estos estudios no plantean alternativas de solución inmediata (62).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño general indicado para el desarrollo del estudio es el no experimental, debido no se pretende manipular, solo nos limitaremos a describirla (63).

Es correlacional debido a que se persigue establecer la relación o independencia de dos variables, por medio de un análisis inferencial (63).

3.5. Población, muestra y muestreo:

La población:

Es el número total de elementos o sujetos de estudios que ocupan un escenario y un tiempo definido, que se tiene interés en estudiar (63).

Estará integrada por los familiares de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe por una urgencia o emergencia durante los meses de octubre – diciembre 2022, según los reportes del área de estadística e informática del hospital de Supe durante el año 2021 en ese periodo atendió a 6748 pacientes de diferentes edades.

Muestra.

Es el subconjunto representativo de la población, que tiene características homogéneas, y han sido seleccionados siguiendo un método (62)(63).

El tamaño de muestra se obtendrá mediante la fórmula para población finita:

Donde:

n = Tamaño muestral

N = Tamaño de la población

$Z\alpha = 1,96$ (valor normal con error tipo I donde $\alpha = 0,025$)

p = proporción de casos de la población que tienen las características que se deseen estudiar

$q = 1 - P$ proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés y por lo tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esas características.

e = margen de error permisible, establecido por el investigador

DATOS	VALOR
$Z=$	1.96
$p=$	95%
$q=$	5%
$N=$	6748
$e=$	0.5%

TAMAÑO DE MUESTRA: en base a la aplicación de la fórmula, con un error de estimación del 0.5%, se establece que la muestra estará integrada por 375 familiares de pacientes.

Criterios de inclusión:

- Familiares directos (padres, hermanos, esposo/a o hijo/a) que acompañan al paciente adulto para la atención en el servicio de emergencia, quienes son los responsables del cuidado.
- Familiares del paciente adulto usuario del servicio de emergencia que se encuentren en la sala de espera al momento de la aplicación del instrumento.
- Familiares directos del paciente adulto cuyas edades se encuentren entre los 18 y 59 años.
- Familiar directo con mayor grado de afinidad, es decir el más cercano, si coinciden dos o más será el de mayor edad.

Criterios de exclusión

- Familiares de pacientes que se nieguen a participar en el estudio
- Familiares de pacientes extranjeros

Unidad de análisis

Estará integrado por cada uno de los familiares directos (persona responsable del cuidado del paciente), de vínculo más cercano y de más edad en caso de concurrencia de varios familiares directos.

3.6. Variables y operacionalización

3.6.1. Definición operacional

Variable 1: Nivel de incertidumbre

La incertidumbre es un estado cognitivo, generado por un individuo dado la propia incapacidad de adaptación y predicción de resultados, por la ausencia de información, causando en los familiares conceptualizaciones ambiguas, predictivas, complejas e inconsistentes acerca de la enfermedad del paciente (27).

Variable 2: Nivel de ansiedad

Conducta de los familiares provocada por un estímulo ansiógeno que tiene manifestaciones, psicológicas, fisiológicas y motoras, ansiógeno que tiene manifestaciones, psicológicas, fisiológicas y motoras, acompañada de emociones y representan modos de adaptación psicósomáticos a ciertos estímulos, que no son tolerables por el sistema de adaptación (37).

3.6.2. Operacionalización de variables

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE 1	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA
Mishell la define como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad, incertidumbre se refiere a anomalías epistémicas que implican información imperfecta o desconocida (27).	La incertidumbre es un estado cognitivo, generado por un individuo dado la propia incapacidad de adaptación y predicción de resultados, por la ausencia de información, causando en los familiares conceptualizaciones ambiguas, predictivas, complejas e inconsistentes acerca de la enfermedad del paciente (27).	Ambigüedad (27)	Percepción e incertidumbre, tabúes de la enfermedad.	Ordinal	Bajo Nivel de Incertidumbre: 01 - 04 puntos. Regular Nivel de Incertidumbre: 05 – 09 puntos. Alto Nivel de Incertidumbre: entre 10 a 13 puntos.
		Predictibilidad (27)	Pronóstico de enfermedad, evolución de la enfermedad	Ordinal	
		Complejidad (27)	Desconocimiento de la enfermedad, percepción de la enfermedad	Ordinal	
		Inconsistencias (27)	Diagnóstico, gravedad	Ordinal	
La ansiedad además de ser una respuesta emocional al estrés, puede ser una reacción emocional de alerta ante una amenaza que pueden originarse sin agentes estresantes, es decir es un conjunto de respuestas emitidas por diferentes especies frente a un peligro real o potencial (39).	Conducta de los familiares provocada por un estímulo ansiógeno que tiene manifestaciones, psicológicas, fisiológicas y motoras, ansiógeno que tiene manifestaciones, psicológicas, fisiológicas y motoras, acompañada de emociones y representan modos de adaptación psicósomáticos a ciertos estímulos, que no son tolerables por el sistema de adaptación (37).	Respuestas fisiológicas-somática (37).	Palpitaciones, incremento de la presión sanguínea.	Ordinal	Ordinal 0-5: No ansiedad 6-14: Ansiedad leve >15: Ansiedad moderada/ grave
		Respuestas cognitivas y psicológicas (37).	Preocupación, anticipación, hipervigilancia.	Ordinal	
		Respuestas motoras (37)	Confrontación, distanciamiento.	Ordinal	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica.

La técnica a usarse será la encuesta autodirigida, en el área de estudio, en horas de 8.00 am – 11 am, en los ambientes de la sala de espera de un Hospital Público, Supe el desarrollo de la aplicación de esta técnica será la autora.

Una encuesta que es una técnica que se lleva a cabo mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de personas (62)

3.7.2. Descripción y aplicación de los instrumentos de recolección

Instrumentos:

Para la variable nivel de incertidumbre: se usará la escala de Mishel de Incertidumbre en la Enfermedad, forma para adulto adaptado para familiares (27).

Este instrumento fue adaptado por Bernuy y Uriarte 29 en el 2014 en Perú, para los familiares, contiene 13 preguntas y en cada una de ellas la persona emite su grado de acuerdo respecto a una serie de afirmaciones relacionadas con su salud física / psicológica y el nivel de incertidumbre generado frente a las diversas situaciones de la enfermedad-tratamiento que debe enfrentar (23).

Cada respuesta tiene un puntaje, que va desde un SI a un NO con un valor de 0 punto a 1 puntos respectivamente. Un puntaje de 1 de cada pregunta refleja un nivel alto de incertidumbre en la pregunta correspondiente, excepto las interrogantes 3, 4 y 7 donde el puntaje es invertido, porque el nivel de incertidumbre aumenta con el desconocimiento de información sobre su familiar. El puntaje máximo de la escala es 13 de puntos y el mínimo 1 puntos.

Puntaje de corte calificación Bajo Nivel de Incertidumbre: entre 01 y 04 puntos. o Puntaje de corte calificación Regular Nivel de Incertidumbre: 05 – 09 puntos. o Puntaje de corte calificación Alto Nivel de Incertidumbre: entre 10 a 13 puntos.

Para la variable nivel de ansiedad: Emplearemos el Test de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) para medir la ansiedad de los familiares, el mismo que ha sido aplicado en diferentes estudios a nivel nacional y mundial (27).

La baremación para la variable ansiedad se desarrollará de la siguiente manera.

0-5: No ansiedad

6-14: Ansiedad leve

>15: Ansiedad moderada/ grave

3.7.3. Validación

Los instrumentos a emplearse han sido validados en diferentes estudios internacionales y nacionales, ambos test tienen sugerido su aplicación.

El cuestionario de incertidumbre de Mishell a sido empleado de diferentes estudios y en cada uno de ellos se ha determinado su validez (prueba binomial 0.95)

Por otra parte, la escala de Hamilton es un instrumento con una validez de 0.89.

3.7.4. Confiabilidad

Por tratarse de instrumentos aplicados en reiterados estudios no se procederá con el desarrollo de la confiabilidad, pero si con una prueba piloto en el servicio de emergencia de un Hospital Público de Barranca en una muestra piloto de 20 familiares.

La confiabilidad del test de Mishell (0.85) según Alpha de Crombach, mientras que la escala de Hamilton (0.92).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos numéricos serán expresados en medias y desviación estándar, los datos de las variables cualitativas serán expresados en proporciones y porcentajes, para establecer la relación entre variables se empleará el test de Chi cuadrado, la relación serán consideradas significativas cuando $p < 0.05$, estos procedimientos serán efectuados en el programa SPSS-v24 y el programa Excel de Microsoft.

3.9. Aspectos éticos

Durante el desarrollo del proyecto, se ha considerado el respeto irrestricto de los principios bioéticos, los convenios y tratados internacionales de ética en la investigación, además del respeto a la integridad científica, los autores se comprometen a respetar la dignidad y la integridad humana (60).

Se tendrá en cuenta las siguientes pautas éticas considerando lo propuesto por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas CIOMS.

— En todo momento se tendrá en consideración como prioridad el bienestar del paciente, por ello la información obtenida será usada exclusivamente para efectos del proyecto de investigación (61).

— Por ningún motivo la información obtenida por medio de los instrumentos pondrá en riesgo el equilibrio psicoemocional del sujeto de estudio, ni la intimidad ni otros derechos conexos (63).

— El procedimiento de recolección de datos tiene carácter anónimo, los resultados del análisis documental serán manejados bajo estrictas medidas de confidencialidad y reserva, de ninguna manera se revelarán datos personales, antecedentes patológicos, ni información familiar de carácter íntimo, a menos que exista una evidencia de la comisión de algún delito, o se ponga en peligro la salud colectiva (63).

Principio de autonomía

El principio de autonomía será aplicado estrictamente en este estudio, al abordar al profesional de enfermería, se respetará sus decisiones y libre voluntad de participación. A cada uno de ellos se les dará a conocer los pormenores del estudio y luego se solicitará su consentimiento informado para que su participación sea adecuada y regular en el estudio (63).

Principio de beneficencia

A los pacientes seleccionados se les explicará sobre los beneficios indirectos que se obtendrá con los resultados de este estudio (63).

Principio de no maleficencia

Durante el desarrollo de la presente investigación se resguardará la integridad psíquica, moral y de intimidad de los sujetos de estudio, por ningún motivo de continuará con el estudio si se pone en riesgo la integridad de la salud tanto individual como colectiva (63).

Principio de justicia

Los sujetos de estudio que forman parte de la muestra tendrán un trato igualitario, sin discriminación de edad, condición laboral, o experiencia laboral (62)(63).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DEL ESTUDIO

4.1 Cronograma de actividades

N°	ETAPAS	Año 2022												Año 2023											
		Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
		S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4
1	Elaboración del proyecto de investigación	X	X	X	X	X	X	X																	
2	Presentación del proyecto de investigación								X																
3	Levantamiento de observaciones del proyecto de investigación									X	X														
4	Aprobación del proyecto de investigación											X	X												
5	Trabajo de campo													X	X										

4.1 Recursos y presupuesto

(Presupuesto y Recursos Humanos)

MATERIALES	Nov	Dic	2022	Ene	Feb	TOTAL S/.
Equipos						
1 laptop	2000					2000
USB	30					30
Útiles de escritorio						
Lapiceros	3					3
Hojas bond A4		10				10
Material Bibliográfico						
Libros	60	60				120
Fotocopias	30	30			10	70
Impresiones	50	10			30	90
Espiralado	7	10			10	27
Otros						
Movilidad	50	20	20		20	110
Alimentos	50	10				60
Llamadas	50	20	10			80
Recursos Humanos						
Digitadora	400					400
Imprevistos*		600			600	1200
TOTAL	1430	270	30		170	4800

5. REFERENCIAS

1. Sas-Ros B. Experiencias en Psicología Hospitalaria, Editorial Alfepsi, La Habana, Cuba. 2016
2. Torrents R, Oliva E, Saucedo M, Surroca L, Jover Sancho C. Impacto de los familiares del paciente crítico. Ante una acogida protocolizada., [home page] Enfermería Intensiva [fecha de consulta: 23/01/22]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-impacto-los-familiares-del-paciente-S1130239903781048>
3. Tena-Tamayo C. La comunicación humana y el derecho sanitario. Octavo simposio Internacional CONAMED. Mexico. 2013.
4. Esquivel C, Buendía F, et al. Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados, (serie en internet) revistas medigraphic, med Int Mex 2017;23(6):512-16. [fecha de consulta: 23/01/22] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18467>
5. Alonso-Ovies J. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. [serie en internet] Revista de Calidad Asistencial – 2014[fecha de consulta: 23/01/22]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X14001183?via%3Dihub>
6. Direcciona Regional de salud Lima Provincias, Sistema SIRIGESA - Hospital de Apoyo de Barranca-Cajatambo – reporte de la oficina de estadística e informática. 2022.

7. Morocho I. Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, (tesis de titulación en línea) – Universidad de Loja – 2018. [fecha de consulta: 23/01/22], Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/20644>
8. Flores T. Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI (Artículo en línea) Universidad de Cartagena, [fecha de consulta: 23/01/22], disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-283.pdf>
9. Arias M, Carreño S, Posada C. Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. *Latino-Am. Enfermagem*. 2019; XXVII(1): p. 1-
10. Huamán L. Nivel de ansiedad del familiar del adulto crítico hospitalizado en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II Carlos Tupppia Garcia Godos de Essalud, Ayacucho – 2016, tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
11. Casildo D. Percepción del familiar acompañante sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia, tesis de doctorado en línea, Universidad los Angeles de Chimbote - 2016, [visitado 23/01/22] URL disponible en: <file:///C:/Users/ansiedad/Desktop/TESIS%20FELIX/PERCEPCION%20DEL%20FAMILIAR%20ACOMPAÑANTE%20ULADECH.pdf>
12. Bernuy M, Uriarte S, Mesta R. Nivel de incertidumbre del familiar frente a la enfermedad, Unidad de Shock trauma - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014 – Tesis pregrado, [fecha de consulta: 23/01/22], URL disponible en: <https://doi.org/10.35383/cietna.v4i2.16>

13. Galvis M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica, Revista CUIDARTE, [artículo en línea] Rev Cuid 2015; 6(2): 1108-20, [fecha de consulta: 23/01/22] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
14. Donald K. Sociología. Quinta edición interamericana S.A. Colombia.
15. Oficina de estadística e informática hospital de Supe. Reporte de atenciones en el servicio de emergencias. 2022
16. Bautista L, Arias M, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Cuidarte. 2016; VII(2): p. 1297-1309.
17. Mauricio et al. Incertidumbre de cuidadores familiares ante la enfermedad de pacientes en cuidados paliativos y factores asociados, <https://www.scielo.br/j/rlae/a/fFVJh6yGFPvvxghshFV3mNL/?lang=es&format=pdf>
18. Morocho I. Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, (tesis de titulación en línea) – Universidad de Loja – 2018. [fecha de consulta: 23/01/22], Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/20644>
19. Flores T. Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI (Artículo en línea) Universidad de Cartagena, [fecha de consulta: 23/01/22]. disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-283.pdf>
20. Esquivel C, Buendía F, et al. Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados, (serie en internet) revistas medigraphic, med Int Mex 2017;23(6):512-16. [fecha de consulta: 23/01/22] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18467>

21. Acuña F, Sáenz G. Factores demográficos asociados al nivel de ansiedad en familiar del paciente adulto, en servicio de Emergencia-Hospital de Barranca . [fecha de consulta: 23/01/22] Disponible en: <https://repositorio.unab.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12935/90/TESIS%20Acu%20c3%b1a%20Oortegui%20Felix.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Pampa Incertidumbre en familiares de pacientes internados en el servicio de medicina general de un hospital nacional, lima – 2020. [fecha de consulta: 23/01/22] Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3332402>
23. Espinoza T, Pérez D, Abarca Y, Zúñiga J. Afrontamiento familiar ante hospitalización de un pariente adulto en cuidados intensivos de una institución de salud Lima-Peru 2017. [Disco compacto] presentado en Coloquio de enfermería Cuba – 2018
24. Cabanillas A. Asociación entre el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción de familiares de pacientes en emergencia, (tesis de pregrado en línea) Universidad Antenor Orrego, Trujillo, 2017. (visitado 25/01/22), URL disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2575/1/RE_MED.HUMA_AN_ALI.CABANILLAS_ASOCIACION.ENTRE.EL.NIVEL.DE.ANSIEDAD.Y.EL.GRADO.DE.SATISFACCION_DATOS.PDF
25. Huamán L. Nivel de ansiedad del familiar del adulto crítico hospitalizado en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II Carlos Tupppia Garcia Godos de Essalud, Ayacucho – 2016, tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
26. Bernuy M, Uriarte S, Mesta R. Nivel de incertidumbre del familiar frente a la enfermedad, Unidad de Shock trauma - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga

- Asenjo 2014 – Tesis pregrado, [fecha de consulta: 23/01/22], URL disponible en: <https://doi.org/10.35383/cietna.v4i2.16>
27. Pampa N. Incertidumbre en familiares de pacientes internados en el servicio de medicina general de un hospital nacional. Tesis de grado. Lima: Universidad Nobert Wiener, Facultad de ciencias de la salud; 2020.
28. Arias M, Carreño S, Posada C. Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. *Latino-Am. Enfermagem*. 2019; XXVII(1): p. 1
29. Johnson M, La incertidumbre frente a la enfermedad en adultos mayores con diagnóstico de cáncer [fecha de consulta: 23/01/22], URL disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370453622006.pdf>
30. Mishel MH. Theories of uncertainty in illness. In: Smith MJ, Liehr PR, editores. *Middle range theory for nursing*. 3.a ed. Nueva York: Springer Publishing Company; 2014.
31. Knight F. Riesgo, incertidumbre y ganancia” de Frank Knight 100 años después. [fecha de consulta: 23/01/22], URL disponible en: <https://fee.org.es/articulos/riesgo-incertidumbre-y-ganancia-de-frank-knight-100-a%C3%B1os-despu%C3%A9s/#:~:text=En%20Riesgo%2C%20incertidumbre%20y%20ganancia,normal%20del%20capital%20deber%C3%ADan%20desaparecer>.
32. Trejo Martínez F. Incertidumbre frente a la Enfermedad: Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2012; 11(1): 34 – 38.
33. Torres C. Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. Tesis doctoral. Jaén: Universidad de Jaén, Departamento de enfermería y ciencias de la salud; 2013.

34. Velandia M, Bautista G, Amaya C, Arévalo J, Bayona N. Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de: cuidado intensivo neonatal – cuidado intensivo pediátrico (UCIN-UCIP). Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados. 2019; XXIII(55): p. 256-269
35. Inoñan M, Rodríguez L, Díaz R. Nivel de incertidumbre en adultos con enfermedades reumáticas en un hospital de Chiclayo, 2018. HNAAA. 2020; XIII(3): p. 238-244
36. Jimenez L, Montero J. Medicina de urgencias y emergencias, Editorial Elseiver, 6ta edición, Madrid España 2019.
37. Ministerio de Salud, Norma técnica de los servicios de emergencia, NTS N° 042-MINSA/DGSP-01, Lima 2006.
38. Santana, K. Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. vol.15, n.1, pp. 84-92. Pág. 6.
39. Marcos B. Estructura y función familiar. (Serie en internet) FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, (visitado 19/02/22)URL disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207207740185>
40. Rubio G. Fundamentos de Psiquiatría, Editorial Medica Panamericana, Madrid, España. 2015.
41. Martínez A. Estrés Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. (Revista Electrónica) en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías, 2012.(visitado 15/10/19) <https://edusol.info/revista/index.php/cshat/article/view/34>
42. Gómez Palencia IP. Espiritualidad e Incertidumbre ante la enfermedad en persona con Diabetes mellitus tipo 2. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010.

43. Esquivel, C. . Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. Med Int Mex 2007; 23(6):512-16.
44. Oblitas L, Piquera J, Ramos V. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física, (Revista en línea). Bogotá: Summa psicológica, Colombia 2016. URL disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
45. Alves Apóstolo JL, Castro Viveiros CS, Ribeiro Nunes HI, Faustino Domingues HR. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. Revista Ciencia y Enfermería (Brasil). 2007; 15(4).
46. Castro M. La Ansiedad: Estrategias Prácticas para manejarla paso a paso. Editorial Espasa, Madrid España. 2015.
47. Miralles L Teorías explican la ansiedad, (visitado 07/12/22) URL disponible en <https://orientacionpsicologica.es/que-teorias-explican-la-ansiedad/>
48. Donald K. Sociología. Quinta edición interamericana S.A. Colombia. 2011.
49. Castro M. La Ansiedad: Estrategias Prácticas para manejarla paso a paso. Editorial Espasa, Madrid España. 2015.
50. Cabanillas A. Asociación entre el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción de familiares de pacientes en emergencia, (tesis de pregrado en línea) Universidad Antenor Orrego, Trujillo, 2017. (visitado 05/12/22), URL disponible en:http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2575/1/RE_MED.HUMA_AN_ALI.CABANILLAS_ASOCIACION.ENTRE.EL.NIVEL.DE.ANSIEDAD.Y.EL.GRADO.DE.SATISFACCION_DATOS.PDF
51. Buckley P, Andrews T. El conocimiento de las enfermeras de cuidados intensivos sobre las necesidades familiares de cuidados críticos, (serie en internet) Enfermería

- de cuidados intensivos y críticos (visitado 07/12/22) URL disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.07.001>.
52. Bromet A. Morir en casa (Sede Web) Colombia 2013 (actualizada el 2 de septiembre del 2016) [visitado 23/01/22]. Disponible en:
<http://hacerfamilia.net/revista/articulo.asp?reportaje=290.n>
53. Garofalo JP, Choppala S, Hamann HA, Gjerde J. Uncertainty during the transition from Cancer patient to survivor. PMC (USA). 2009; 32(4): 8 – 14.
54. Martínez AT, Solano-Ruiz MC, Siles-González J. Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. Aten Primaria [Internet]. 2016 [citado 03/03/22];48(4):219-25. Disponible en: DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.007>
55. Ministerio de Salud, Plan nacional de fortalecimiento de servicios de Salud Mental comunitaria, 2018-2021, (documento técnico en línea), Lima. 2018, (visitado 05/12/19), URL disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
56. Plaszewska-Zywko L, Gazda D. Reacciones emocionales y necesidades de familiares de pacientes de UCI. Terapia intensiva de anestesiología. 2012; 44(3): p. 145-149.
57. Molter N. Necesidades de familiares de pacientes críticos: Un estudio descriptivo. (serie en internet) Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Institutos Nacionales de Salud, (visitado 07/01/22) URL disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/253712>
58. Arias M, Carreño S, Posada C. Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. Latino-Am. Enfermagem. 2019; XXVII(1): p. 1-8.

59. Doñante M, Litago A, Monge Y, Martínez R. Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. España. (Revista en línea) Enfermería Global, [visitado 23/01/22] URL disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100008
60. Díaz-Pérez A. Cuidado y comunicación por parte de enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. Revista Cultural del Cuidado – 2015, [visitado 23/01/22] URL disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3816/3199>
61. Brevis Urrutia I, Silva Garrido P. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2011; 26(1): 27-34 2.
62. Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad: aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Enf Neurol [Internet]. 2012 [03/03/22];11(1):34-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
63. Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. Rev Calid Asist [Internet]. 2014 [citado 03/03/22];29(6):325-333. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.004>
64. Leddy S, Pepper J. Bases conceptuales de la Enfermería como profesión. 8va edición, Ed. J.B Lippincott Company, Londres. 2013
65. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación, editorial Mc Graw Hill, 6ta edición Ciudad de México- 2014

66. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en Enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia, 6ta edición, Editorial Elsevier, Madrid- España. 2016.

6. ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Título: Nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022

Formulación de problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Diseño metodológico
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación del nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación del nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe relación entre el nivel de incertidumbre y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022</p>	<p>V1: Nivel de incertidumbre</p> <p>DIMENSIONES</p> <p>Ambigüedad (27) Predictibilidad (27) Complejidad (27) Inconsistencias (27)</p>	<p>Estudio cuantitativo de tipo aplicada, prospectiva y transversal, y diseño no experimental, correlacional. Población: 6748 pacientes</p>
<p>-¿Cuál es la relación de la ambigüedad y ansiedad de</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p>	<p>V2: Nivel de ansiedad</p>	

<p>familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público?</p> <p>-¿Cuál es la relación de la predictibilidad y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público?</p> <p>-¿Cuál es la relación de la complejidad y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público?</p> <p>-¿Cuál es la relación de la inconsistencia y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público?</p>	<p>-Identificar la relación de la ambigüedad y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público.</p> <p>-Identificar la relación de la predictibilidad y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público.</p> <p>-Identificar la relación de la complejidad y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe.</p> <p>-Identificar la relación de la inconsistencia y ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe.</p>	<p>–Existe relación significativa entre la ambigüedad de la incertidumbre y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022.</p> <p>–Existe relación significativa entre la predictibilidad de la incertidumbre y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022.</p> <p>–Existe relación significativa entre la complejidad de la incertidumbre y la ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022.</p> <p>–Existe relación significativa entre la inconsistencia de la incertidumbre y la</p>	<p>DIMENSIONES</p> <p>Respuestas fisiológicas- somática (37).</p> <p>Respuestas cognitivas y psicológicas (37).</p> <p>Respuestas motoras (37)</p>	<p>Muestra: 375 pacientes</p> <p>Muestreo: aleatorio simple</p>
---	--	---	---	---

		ansiedad de familiares del paciente adulto en el servicio de emergencia de un Hospital Público, Supe, 2022.		
--	--	---	--	--

Anexo 02: Instrumento de recolección de datos

TEST DE NIVEL DE ANSIEDAD DE HAMILTON

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, soy egresada de la especialidad de **ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** de la Universidad Norbert Wiener, estoy realizando un estudio, cuyo objetivo es: determinar el nivel de incertidumbre y ansiedad frente a la enfermedad en familiar del paciente adulto, servicio de emergencia Hospital de Supe, pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. Si tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo, por ello le solicitamos que conteste con sinceridad a todas las preguntas elaboradas por las investigadoras.

Lea cada pregunta y marque con una (X) la respuesta que crea conveniente y responda las preguntas con espacios en blanco.

TEST DE HAMILTON (HAMILTON ANXIETY SCALE, HAS)

N.º	SINTOMAS	NIN GU NO	LEV E	MO DER AD O	GRA VE	MU Y GR AV E
		0	1	2	3	4
1	¿Siente usted inquietud, se siente preocupado, espera de lo peor, aprehensión, temor, irritabilidad?					
2	¿Ha tenido usted la sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar?					
3	¿Tiene miedo usted a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las Multitudes, etc.?					
4	¿Tiene usted dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos?					
5	¿Tiene usted dificultad de concentración o memoria reducida?					
6	¿Siente usted que a perdido el interés de las cosas, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día?					
7	¿Presenta usted dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura?					

8	¿Tiene usted zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo?					
9	¿Tiene usted taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles?					
10	¿Siente usted presión en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea?					
11	¿Tiene usted dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento, pérdida de peso?					
12	¿Tiene usted amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia, pérdida de libido?					
13	¿Tiene usted sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, erizamiento del cabello?					
14	¿Cómo se siente ahora: tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, traga saliva, eructa, pupilas dilatadas?					

Fuente: Test de Hamilton: Max R. Hamilton adaptado y modificado el 2016.

**ESCALA DE INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD DE MISHEL
MODIFICADO**

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con un aspa (x) la opción que usted considere.

PREGUNTAS	SI	NO
Estoy al tanto de la enfermedad de mi familiar.		
Conozco las complicaciones de su enfermedad.		
Me preocupa que tenga dolores o síntomas desagradables.		
Los síntomas de mi familiar cambian de un momento a otro.		
Entiendo para qué y por qué está recibiendo ese tratamiento.		
Sé si los cuidados y tratamiento de mi familiar están dando resultado		
Considero que los cuidados y el tratamiento de mi familiar son difíciles de entender.		
Veó que el personal a cargo de su tratamiento sabe lo que hace y/o está capacitado.		
Las explicaciones y orientaciones que me dan sobre la enfermedad de mi familiar me parecen suficientes		

Los médicos y enfermeras utilizan un lenguaje sencillo para que pueda entender lo que están diciendo.		
Sé quién es el responsable de la atención que se le brinda a mi familiar.		
La actitud de los médicos y enfermeras me proporcionan seguridad.		
Conozco cuánto tiempo permanecerá mi familiar en la unidad de shock trauma.		

Fuente: Merle H. Mishel

(https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100201)

Anexo 03: Consentimiento informado

PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: NIVEL DE INCERTIDUMBRE Y ANSIEDAD EN FAMILIAR DEL PACIENTE ADULTO, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL PUBLICO, SUPE 2022.

Nombre de la investigadora principal:

.....

Propósito del estudio: Determinar el nivel de de incertidumbre y ansiedad frente a la enfermedad en familiar del paciente adulto, servicio de emergencia Hospital de Supe

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a, coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al, Presidente del Comité de Ética de la, ubicada en la 4, correo electrónico:

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, de 2022

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....

Firma del participante