



**Universidad
Norbert Wiener**

Facultad de Ciencias de la Salud

**“Incertidumbre frente a la enfermedad y depresión por muerte
en familiares de pacientes en UCI en un hospital Nacional de
Lima, 2023”**

**Trabajo académico para optar el Título de Especialista
en Enfermería en Cuidados Intensivos**

Presentado por:

Autora: López Diaz, Yissela Rosario

Asesor:

Mg. Werther Fernando Fernández Rengifo


Código ORCID:

Línea de investigación:

Salud y Bienestar

Lima, Perú

2023

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

Yo, ... **LÓPEZ DIAZ YISSELA ROSARIO** egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "....."**“INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD Y DEPRESIÓN POR MUERTE EN FAMILIARES DE PACIENTES EN UCI EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2023”**

Asesorado por el docente: Mg. Werther Fernando Fernández Rengifo DNI ... 05618139 ORCID... <https://orcid.org/0000-0001-7485-9641> tiene un índice de similitud de (17) (diecisiete) % con código __oid:__ oid:14912:276088653 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 1
LÓPEZ DIAZ YISSELA ROSARIO
 DNI:40626967

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



Firma
 Mg. Werther Fernando Fernández Rengifo.
 DNI: 05618139

Lima, ...13...de.....octubre..... de.....2023...

Dedicatoria

Agradecimiento

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente : Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

Secretario : Mg. Yurik Anatoli Suarez Valderrama

Vocal : Mg. Maria Angelica Fuentes Siles

Resumen

La incertidumbre surge cuando las personas son incapaces de predecir el futuro o cuando se enfrentan a un desajuste entre diferentes cogniciones y experiencias o comportamientos.

Asimismo, la depresión es un síndrome clínico; esta patología se caracteriza por presentar los síntomas de estado de ánimo deprimido y la ausencia de placer o interés.

La familia del paciente de la UCI tiene sentimientos de desorganización en respuesta a la enfermedad crítica del paciente y puede experimentar ansiedad, depresión y factor de riesgo de estrés postraumático. El objetivo es Determinar cómo el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de Lima, 2023. El enfoque será cuantitativo, nivel correlacional, de diseño observacional no experimental descriptivo y corte transversal. La población de estudio será 120 familiares de los pacientes que se encuentran en la UCI del Hospital Nacional de Lima. Para medir la variable de incertidumbre será medio por la Escala de Percepción de la Incertidumbre ante la Enfermedad, específicamente en su versión dirigida a los familiares (PPU-FM por sus siglas en inglés), la cual fue introducida por Merle Mishel en 1986. Esta escala consta de 31 afirmaciones y tiene como finalidad medir el grado de incertidumbre experimentado por los miembros de la familia en diversas etapas de la enfermedad del paciente hospitalizado. Cuenta con una escala Likert del 1 al 5; donde 1 = Muy en desacuerdo y 5 = Muy de acuerdo. Además, la sumatoria del puntaje obtenido, resulta en una escala valorativa, siendo de nivel bajo entre 31 a 72 puntos; nivel medio de 73 a 114 puntos y nivel alto de 115 a 155 puntos.

La variable depresión de muerte será medida con el instrumento denominado Escala de Depresión de Muerte, el cual tiene por finalidad cuantificar la presencia de sintomatología depresiva tal como la tristeza o angustia relacionada a la percepción del fallecimiento. Asimismo, el cuestionario estará constituido por 21 ítems, cada uno de los cuales será respondido con una escala Likert del 1 al 5; donde 1 = Muy en desacuerdo y 5 =

Muy de acuerdo. Además, la sumatoria del puntaje obtenido, resulta en una escala valorativa, siendo de nivel bajo entre 21 a 49 puntos; nivel medio de 50 a 78 puntos y nivel alto de 79 a 105 puntos (54).

La Escala de Percepción de la Incertidumbre fue aprobada por el comité de investigadores de la Universidad de Cartagena en la facultad de enfermería, con una validez de contenido y con valor de (V-Aiken > 0,91). Por otro lado, la Escala de muerte fue aprobado por cinco jueces expertos, quienes determinaron valores óptimos en evidenciar la validez de contenido y con un valor de (V-Aiken > 0,80); asimismo, en base a su validez interna por un análisis factorial confirmatorio, el modelo cuatro respespecificado con 14 ítems y cuatro factores mostraron valores óptimos de [$\chi^2= 195$; $gl= 71$; $\chi^2/gl= 2.74$; TLI= .914; CFI= .933; SRMR = 0.72; RMSEA= .083].

La confiabilidad fue medida por Alfa de Cronbach, en la Escala de Percepción de la Incertidumbre presentó una consistencia interna general de $\alpha= 0,89$; y la Escala de muerte evidenció una consistencia interna general equivalente a $\alpha= 0,70$ y $\omega= 0,91$.

Los instrumentos se entregarán de forma presencial, previo consentimiento informado firmado. Se llevará a cabo un análisis estadístico descriptivo y correlacional. Para determinar la relación entre las variables se usará el parámetro estadístico Chi Cuadrado, ya que, por su naturaleza, son variables cualitativas ordinales y para analizar las pruebas del coeficiente de correlación se empleará el estadígrafo Rho de Spearman.

Abstract

Índice de contenido

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vii
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.2.1. Problema General.....	4

1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos De La Investigación.....	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Teórica	5
1.4.2. Metodología	6
1.4.3. Práctica.....	7
1.5. Delimitaciones de la investigación	7
1.5.1. Temporal	7
1.5.2. Espacial	7
1.5.3. Unidad de análisis	7
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas.....	12
2.2.1. Variable 1: Incertidumbre frente a la enfermedad	12
2.2.2. Variable 2: Depresión por muerte	17
2.3. Formulación de hipótesis	22
2.3.1. Hipótesis general.....	22
2.3.2. Hipótesis específicas	22
3. METODOLOGÍA	25
3.1. Método de la investigación	25
3.2. Enfoque de la investigación	25
3.3. Tipo de investigación.....	25
3.4. Diseño de la investigación	25
3.5. Población, muestra y muestreo	26
3.6. Variables y operacionalización	1
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	1
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	3
3.9. Aspectos éticos.....	3
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	5
4.1. Cronograma de actividades	5
4.2. Presupuesto	5
5. REFERENCIAS.....	6

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La hospitalización de un enfermo crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) no sólo se considera una crisis para el paciente, sino también para su familia; en este sentido, una persona que padece una enfermedad aguda o crónica repercute negativamente en los miembros de la familia y puede alterar el funcionamiento y la integridad familiar, ya que, si un miembro de la familia se enfrenta a un acontecimiento estresante, los demás miembros de la familia compartirán la carga y trabajarán colectivamente para hacer frente al acontecimiento; por lo tanto, se producen trastornos psicológicos y emocionales para toda la familia (1).

Tener familiares hospitalizados en UCI podría ser una experiencia traumática para sus cuidadores familiares primarios, ya que estos no solo brindan apoyo físico y emocional a los beneficiarios de sus cuidados, sino que también toman decisiones en nombre de aquellos que son incapaces de hacerlo, por ende, la hospitalización en la UCI podría causar angustia y cargas a los familiares, lo que puede afectar aún más sus actividades diarias y poner en peligro sus estilos de vida saludables (2).

En general, las enfermedades críticas provocan varios millones de muertes al año. Aproximadamente entre el 10% y el 15% de los pacientes mueren en la UCI; en consecuencia, la familia del paciente de la UCI tiene sentimientos de desorganización en respuesta a la enfermedad crítica del paciente y puede experimentar ansiedad, depresión y factor de riesgo de estrés postraumático (3).

A nivel internacional, en este último año 2022, los casos de la pandemia por COVID-19 presentaron síntomas menores entre 5/10 pacientes que requirieron hospitalización y

oxigenoterapia. Además, una gran proporción de pacientes sufrieron insuficiencia respiratoria grave que requerían soporte ventilatorio y hospitalización; anteriormente, en UCI, muchos casos superaron su capacidad y convirtió a la pandemia en un reto único para los sistemas sanitarios (1,2).

La pandemia del coronavirus COVID-19, decretada como emergencia sanitaria por la Organización Mundial de Salud, es la crisis de salud global que define este tiempo y el mayor desafío que enfrenta la humanidad desde la II Guerra Mundial. El efecto nefasto del mismo, ha impactado alrededor de doscientos países dejando consigo una cifra preocupante de más de 6,9 fallecidos en el planeta para el 2023; una situación de gran complejidad a la que se suma la necesidad de asumir protocolos severos ante los decesos, para mitigar el contagio, y con ello los efectos que en materia de salud mental traería consigo no poder acceder a la dinámica convencional del manejo de los cuerpos de los seres queridos (4).

Es importante decir que, la confianza, la comunicación abierta y el alto nivel de comodidad se asocia directamente con los profesionales de la salud como un objetivo de calidad y mejora. De hecho, varias investigaciones advierten que las personas hospitalizadas y sus seres queridos no siempre entienden lo que los médicos intentan decirles. Sin embargo, la falta de comunicación efectiva en los pacientes o familiares se percibe insatisfacción e inconformidad respecto a la atención sanitaria por profesionales del área de salud (5).

Dicho lo anterior, investigadores en España determinaron que, el 48,6% de los familiares de pacientes en UCI algunas veces fueron informados de los cuidados proporcionados diariamente por las enfermeras; además, un 65,8% de los familiares se sentían solos y aislados en la sala de espera, y un 80%, algunas veces, no conocía el nombre del médico y/o enfermera que atendía a su familiar (6). Esto demuestra que, tener un ser querido en la UCI es una experiencia estresante, que puede causar angustia psicológica a los

familia; además, la depresión, el estrés y la ansiedad son las formas comunes de angustia psicológica asociadas con los familiares de la UCI (7).

La pandemia dejó altos índices de contagio, lo que significó contagios rápidos, colapso de hospitales públicos y privados, falta de oxígeno, camas de cuidados intensivos y muchas muertes (8). A nivel nacional, la población ha demostrado que nuestra percepción de la realidad ha incrementado la ansiedad, la depresión y padecimientos que pueden persistir por algún tiempo después de la pandemia (9).

Es más, los pacientes que ingresan en la UCI están gravemente enfermos y la participación de la familia es esencial, aunque se ve obstaculizada por factores exclusivos del entorno de la UCI, incluida la incapacidad del paciente para comunicarse, la falta de espacio en un plan abierto, habitaciones con varias camas, horarios de visita restringidos y la percepción de interrupción del flujo de trabajo (10).

El siguiente aspecto trata de una investigación realizada en un hospital regional de Moquegua, los investigadores determinaron que un 86% manifestó tener un nivel de ansiedad medio, un 10% severa y un 4% leve en los familiares de pacientes de Trauma Shock y UCI; esto refleja la presencia de ansiedad en una relevante cantidad de familiares (11).

En la misma línea, en una clínica particular de Arequipa, se encontraron una prevalencia de ansiedad de estado alta de 54,2% y ansiedad de rasgo medio de 71,4%; esto refleja que la ansiedad de sus familiares sería transitoria y en su mayoría provocada por su familiar hospitalizado (12).

A nivel local, en la UCI, un tema importante es el impacto emocional de la hospitalización en los familiares de los pacientes ingresados, pues además del bienestar psicológico, los familiares son los principales cuidadores del paciente y por ende de ellos.

Por tanto, el bienestar psicológico, la salud es lo más valioso para la calidad de vida de cada integrante de un hogar. Habría que decir, los miembros de la familia podrían ser examinados para detectar síntomas de salud mental en una clínica posterior a la UCI, remitidos a un profesional del área de salud especializado, por ejemplo, un psicólogo clínico, cuando los síntomas están presentes y en aumento (13).

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cómo el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de Lima, 2023?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cómo el nivel de síntomas de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI?
- ¿Cómo el nivel de diagnóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI?
- ¿Cómo el nivel de tratamiento de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI?
- ¿Cómo el nivel de pronóstica de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI?
- ¿Cómo el nivel de relaciones de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI?

1.3. Objetivos De La Investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar cómo el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de Lima, 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar cómo el nivel de síntomas de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI.
- Identificar cómo el nivel de diagnóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI.
- Identificar cómo el nivel de tratamiento de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI.
- Identificar cómo el nivel de pronóstica de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI.
- Identificar cómo el nivel de relaciones de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El presente trabajo pretende dar a conocer conocimientos en este sentido; la presente investigación muestra relevancia debido a que a enfermedad y la hospitalización de un ser querido en la UCI son situaciones altamente estresantes y traumáticas para los familiares. Durante este período, los familiares a menudo se enfrentan a una serie de desafíos

emocionales, cognitivos y prácticos, lo que puede generar un alto nivel de incertidumbre sobre el pronóstico y el curso de la enfermedad; por lo tanto, es importante comprender cómo la incertidumbre frente a la enfermedad puede influir en el desarrollo y la intensidad de la depresión por muerte en estos individuos, ya que esto puede ayudar a identificar estrategias de intervención y apoyo adecuadas.

Además, esta investigación propuesta tiene una justificación teórica sólida, ya se apoya de modelos teóricos referentes a Merle Mishel (14), esto es, sobre la incertidumbre frente a la enfermedad y de Templer et al (15) sobre la medida de la ansiedad de muerte.

La teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad, desarrollada por Mishel, proporciona un marco teórico valioso para comprender y explorar la relación propuesta. Según esta teoría, la incertidumbre se experimenta cuando los individuos enfrentan una enfermedad o una situación de salud amenazante y no pueden atribuir significado a los eventos o comprender plenamente el curso de la enfermedad (14).

Al aplicar la teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad en el contexto de los familiares de pacientes en UCI, se puede explorar cómo la incertidumbre influye en la depresión por muerte. La teoría sugiere que cuando los familiares se enfrentan a una alta incertidumbre en relación con la enfermedad y el pronóstico del paciente, es más probable que experimenten niveles más altos de estrés y ansiedad, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar depresión; asimismo, la teoría también proporciona una base para comprender los mecanismos psicológicos y los procesos de adaptación que pueden influir en la relación entre la incertidumbre y la depresión.

1.4.2. Metodología

La investigación tendrá la aportación de instrumentos totalmente validados y confiables para medir la incertidumbre y la ansiedad de muerte; además, la metodología

estará representado por ser transversal de enfoque cuantitativo. Es decir, se acudirá a la encuesta que será necesaria para la recolección respectiva de datos y posteriormente cuantificados y determinados en tablas y gráficos descriptivos.

1.4.3. Práctica

Esta investigación contribuirá información esencial y fundamentada acerca de la incertidumbre y ansiedad de muerte percibida por el familiar de paciente en la UCI. A futuro, los resultados obtenidos tendrán sustento de evidencia a presentar a la muestra destinataria intervenciones preventivas acerca de las afecciones de salud que genera la incertidumbre y ansiedad de muerte por las noticias recibidas por las enfermeras o médicos de la UCI.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Se realizará en el mes de octubre y diciembre del 2023

1.5.2. Espacial

Será realizado en un hospital nacional situado en Lima; específicamente, al interior de la UCI.

1.5.3. Unidad de análisis

Población de familiares de pacientes hospitalizados en UCI.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

En Portugal, en el estudio de Lobato et al. (16), en el año 2022 se propuso “Evaluar los niveles de los trastornos de depresión y ansiedad por muerte presentados por los parientes de las personas que se encuentran hospitalizadas en la UCI”. De metodología transversal de nivel descriptivo, trabajada con una muestra de 164 cuidadores familiares. Resultados, el 61,6% de los familiares relató antecedentes personales de ansiedad, depresión, insomnio u otro trastorno psiquiátrico, y el 39,0% de la muestra informó usar medicación psiquiátrica; además, en cuanto a la ansiedad presentaron un 60,4% y depresión un 81,8% de los familiares tenían una puntuación en el rango normal. En conclusión, la angustia emocional, manifestada en los síntomas de ansiedad y/o depresión, es un marcador potencial.

En los Países Bajos, en el estudio de Grahl (17), en el año 2021 se buscó “Analizar los síntomas de depresión por muerte en familiares de expacientes que fueron internados en la UCI y el apoyo social recibido”. De metodología transversal de nivel descriptivo correlacional, trabajada con una muestra que comprendió a 129 cuidadores familiares. Resultados, se hubo evidencia alguna que demostrara un vínculo significativo entre el tiempo de alta hospitalaria con un nivel de depresión; pero el apoyo social si se relacionó positivamente con el nivel de depresión de ($r= ,360$; $p < ,000$). En conclusión, mencionan que es importante investigar los efectos de ingreso de un familiar en UCI acerca del nivel de depresión de adultos jóvenes.

En Suiza, en el artículo de Naef et al. (18), en el año 2021, se propuso “Determinar los factores que tiene cierto nivel de incidencia en el malestar psicológico y depresión por

muerte en los familiares post UCI”. De metodología transversal de nivel descriptivo y secuencial mixto, trabajada con una muestra de 214 cuidadores familiares. Resultados, el 22,4% de los familiares presentó un nivel de depresión alta; el 38,9% tuvo niveles leves o graves de ansiedad. Además, la muerte del paciente se asoció con un nivel de depresión alto en un 95% de los casos. En conclusión, los familiares de los pacientes más jóvenes y de los que fallecen parecen tener mayor riesgo de sufrir trastornos psicológicos y requieren un apoyo específico, mientras que los aspectos de los miembros de la familia pueden tener menos relevancia.

En Corea del Sur, en la investigación de Kang et al. (19), en el año 2020 se estableció como objetivo “Determinar si las rondas multidisciplinarias centradas en la familia podrían aliviar la ansiedad y la incertidumbre en la enfermedad y satisfacer las necesidades que presentan las familias de aquellos pacientes que se encuentran en estado crítico”. De metodología transversal de nivel descriptivo y secuencial mixto, trabajada con una muestra de 50 cuidadores familiares. Resultados, los participantes informaron que las rondas multidisciplinarias centradas en la familia proporcionaron una sensación de alivio, la oportunidad de escuchar al personal médico y la oportunidad de brindar al personal médico información integral sobre la atención del paciente. En conclusión, los familiares de las personas registradas como pacientes en estado crítico percibían el ingreso en la UCI en sí mismo como un evento traumático y lo asociaban con la posibilidad de muerte, lo que es consistente con los hallazgos de estudios previos.

En Colombia, en el estudio de Flórez et al. (20), en el año 2018 se planteó “Determinar el grado de incertidumbre que muestran los cuidadores familiares destinados a cuidar a los pacientes que han sido hospitalizados en la UCI”. De metodología transversal de nivel descriptivo, trabajada con una muestra compuesta por 79 cuidadores familiares. Resultados, en general, se identificó que el 59,5% de los cuidadores se situó en un nivel de

incertidumbre considerado como regular, mientras que el 25,3% experimentó niveles elevados de incertidumbre. Al examinar las diferentes dimensiones, se observó una incertidumbre significativamente alta en lo que respecta al diagnóstico, afectando al 72,2% de los cuidadores. Por otro lado, en relación a las interacciones entre el cuidador y los proveedores de atención, un 55,7% reportó un nivel elevado de incertidumbre. En cuanto al tratamiento y los síntomas del familiar hospitalizado, se encontraron niveles regulares de incertidumbre, afectando al 63,3% y al 51,9% de los cuidadores, respectivamente. En conclusión, los resultados sugieren que las enfermeras deben planificar e implementar intervenciones como cuidadoras dirigidas a las familias de pacientes críticos.

Antecedentes Nacionales

En Chachapoyas, Cobeñas (21) en el año 2022 planteó “Determinar cuáles son las necesidades que existen en los familiares de las personas que han sido registradas como pacientes críticos de un hospital por la COVID-19”. De metodología transversal de nivel descriptivo, trabajada con una muestra de 30 cuidadores familiares. Resultado, los familiares consideraron un 96,7% de necesidades de información, 100% de seguridad, de 63,3% de accesibilidad y proximidad y 26% de soporte y confort en cuanto a la incertidumbre que pasan en el área de la UCI. Conclusión, se advierte que las necesidades que ha asumido un nivel de importancia significativo en los familiares son la información, seguridad y accesibilidad; en una menor relevancia se halla la necesidad de comodidad.

En Arequipa, Pareja (22) en el año 2021 propuso “Determinar los niveles de estrés, depresión y ansiedad por muerte en familiares de aquellas personas que han sido registrada como pacientes y que están internados en la UCI”. De metodología transversal de nivel descriptivo, trabajada con una muestra de 50 cuidadores familiares. Resultado, los familiares presentaron, el 34% tuvo un nivel de ansiedad leve, el 42% presentó un nivel de estrés

moderado y el 46% presentó un nivel de depresión mínimo. Conclusión, el ingreso de un individuo que padece de alguna enfermedad a esta clase de servicio requiere el establecimiento de una barrera psicológica y física en la dinámica de la relación familia-paciente, lo que conlleva afecciones psicológicas que de alguna forma afectan la salud mental del familiar.

En Chíncha, el estudio de Osorio et al. (23) en el año 2021 planteó el objetivo de “Determinar la relación que se evidencia entre el apoyo de la familia y los niveles de depresión por muerte de las personas en calidad de pacientes de la UCI de la Clínica San Gabriel”. De metodología transversal de nivel descriptivo correlacional, trabajada con una muestra de 32 pacientes y familiares. Resultados, identificaron una correlación moderada de ($r = ,669$; $p < ,000$) entre el nivel de depresión y el apoyo de la familia; además, evidenciaron una prevalencia de nivel medio de 46,9% de apoyo afectivo, 87% de apoyo medio, 46,9% de apoyo instrumental. Conclusión, existe una asociación directa y significativa entre el nivel de depresión y el apoyo de la familia percibidos por los pacientes de sus familiares.

En Tacna, en el estudio de Cohaila y Villena (24) en el año 2019 se buscó “Describir las vivencias por las que los familiares pasan y las estrategias para afrontar la situación de incertidumbre respecto al cuidado de la personas registrada como paciente crítico en la UCI”. De metodología a un enfoque cualitativo y una trayectoria fenomenológica, trabajando una muestra de 7 familiares saturada en los primeros grados de la UCI. Resultado, encontraron cinco unidades con mayor convergencia, enfatizan la vivencia familiar de ansiedad, desesperación, dolor en los primeros momentos de la llegada del paciente a terapia intensiva, lo que evoca momentos de incertidumbre sobre posibles complicaciones y el pronóstico de la afección. Conclusión, este trabajo revela la importancia de que enfermeras intensivistas sean conscientes de las necesidades planteadas por la familia

cuando el paciente ingresa a UCI, con el fin de brindar ayuda, apoyo y consejo de manera que alivie el sufrimiento de los seres queridos.

En Lima, en el estudio de Zamora et al. (25) en el año 2019 se propuso “Determinar el efecto que tiene un programa de educación en el nivel de conocimiento e incertidumbre en familiares de las personas registrada como pacientes en la UCI en riesgo de muerte”. De metodología transversal de cuasi experimental, trabajada con una muestra que comprendió 60 cuidadores familiares de los individuos que fueron ingresados en UCI materna. Resultado, en los resultados del pretest los familiares indicaron un nivel de conocimiento e incertidumbre de 38,8%; después en el posttest presentaron un nivel de conocimiento de 73,3% en los familiares. En conclusión, es necesario implementar programas educativos para familiares de pacientes de cuidados intensivos como una estrategia efectiva para aumentar el conocimiento y la incertidumbre cuando están expuestos a entornos de alta tecnología y procedimientos que parecen sangrientos y amenazantes a ellos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Variable 1: Incertidumbre frente a la enfermedad

2.2.1.1 Definiciones conceptuales

La incertidumbre es experimentar algo desconocido relacionada con la imprevisibilidad, la ambigüedad y la falta de familiaridad; además, la incertidumbre surge cuando las personas son incapaces de predecir el futuro o cuando se enfrentan a un desajuste entre diferentes cogniciones y experiencias o comportamientos (26). En consecuencia, en caso de incertidumbre, los individuos no pueden estar seguros de cómo actuar y qué anticipar del contexto físico y sociocultural en el que se encuentran (27)

Por otro lado, la incertidumbre es una sensación omnipresente en el mundo, y se manifiesta en diversos ámbitos; por lo tanto, las personas suelen expresarla regularmente en

la vida cotidiana; además, el sentimiento de incertidumbre se relaciona con la inseguridad (28). Otra perspectiva es que la incertidumbre afecta nuestra capacidad para prepararnos y responder a eventos futuros, lo que contribuye a la ansiedad, la preocupación e incluso el miedo (29).

2.2.1.2. Implicancias de la incertidumbre frente a la enfermedad

Las personas con alto nivel de intolerancia a la incertidumbre interpretan negativamente las situaciones inciertas, se perciben a sí mismas como incapaces de afrontar la incertidumbre y experimentan angustia emocional (30). Además, el desarrollo de una enfermedad suele manifestarse junto con otras afecciones, a nivel psicológico como consecuencia de esta. Debido a que, en muchos casos, la enfermedad progresa y requieren cuidados paliativos por agresividad de la enfermedad, diagnóstico tardío o fallas en el tratamiento, lo que desenlaza sentimientos de incertidumbre hacia la enfermedad de la persona (31).

Asimismo, los familiares de los individuos en calidad de pacientes en la UCI presentan mayores episodios de ansiedad y depresión; a esto se suman las particularidades que presenta el contexto, pues se encuentran cerca de la muerte respecto a la persona que se encuentra a su cuidado, lo cual es un factor que aumenta la incertidumbre ante la enfermedad (32). Como complemento, la incertidumbre ante la muerte se refiere a los sentimientos negativos y amenazantes que uno tiene cuando piensa en la muerte y en el proceso que esta conlleva, y está acompañados de miedo, inquietud, preocupación y aprehensión relacionados con la muerte y la fatalidad (33).

Finamente, la incertidumbre relacional desempeñar un papel en el comportamiento de búsqueda de tranquilidad y de retroalimentación negativa de las personas con síntomas depresivos (34).

2.2.1.3. Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad

La teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad fue desarrollada por Merle H. Mishel, una destacada enfermera e investigadora en el campo de la psicología de la salud. Esta teoría proporciona un marco para comprender cómo las personas enfrentan la incertidumbre relacionada con su enfermedad y cómo esta incertidumbre puede afectar su experiencia emocional y su capacidad para hacer frente a la enfermedad (35).

Según la teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad, la incertidumbre se refiere a la falta de información clara y predecible sobre un evento futuro, en este caso, la enfermedad y su curso. Cuando las personas se enfrentan a una enfermedad o situación de salud amenazante, experimentan una serie de estímulos cognitivos, físicos y emocionales que generan incertidumbre, estos estímulos pueden incluir la falta de conocimiento sobre el diagnóstico, el pronóstico incierto, la falta de información sobre el tratamiento o las complicaciones potenciales (36).

La teoría propone que la incertidumbre genera una respuesta cognitiva y emocional en las personas. Esta respuesta incluye una serie de esfuerzos cognitivos para reducir la incertidumbre, como buscar información, interpretar señales y buscar significado en la situación, al mismo tiempo, la incertidumbre también provoca una respuesta emocional, como ansiedad, estrés y preocupación; además, sugiere que las personas desarrollan ciertas creencias y expectativas sobre su enfermedad y su curso para reducir la incertidumbre. Estas creencias pueden incluir esperanzas, temores y percepciones sobre el control personal. Por ejemplo, una persona puede tener la esperanza de una recuperación completa, el temor de sufrir complicaciones graves o la percepción de que su destino está fuera de su control. Estas

creencias y expectativas influyen en cómo las personas manejan la incertidumbre y cómo se sienten emocionalmente frente a la enfermedad (18).

Por otra parte, la teoría también destaca que la incertidumbre puede tener efectos tanto positivos como negativos en la adaptación de las personas a la enfermedad. Por un lado, la incertidumbre puede ser motivadora y desencadenar comportamientos de búsqueda de información y búsqueda de apoyo. Estos esfuerzos pueden ayudar a las personas a comprender mejor su enfermedad, tomar decisiones informadas y participar activamente en su cuidado. Por otro lado, la incertidumbre también puede generar estrés y ansiedad, dificultando la toma de decisiones y afectando negativamente la calidad de vida y el bienestar psicológico (35).

2.2.1.4. Dimensiones de la incertidumbre frente a la enfermedad

Síntomas

La incertidumbre frente a los síntomas se refiere a la medida en que ocurren de manera lo suficientemente consistente como para que se perciba que tienen un patrón o configuración que le permite al individuo estructurar un plan para reducir la incertidumbre (20)

Diagnóstico

La incertidumbre frente al diagnóstico del familiar, la gravedad que evidencia la enfermedad, la dificultad de comprensión del tratamiento, su eficacia y finalidad, y la información que se recibe de los tratamientos; o sea, todos estos aspectos de la experiencia del enfermo demuestran cuán relevante es la enfermería para asistir las necesidades en las situaciones críticas, que brinden información, seguridad y un momento de cercanía a los parientes con sus familiares críticamente enfermos (20).

Tratamiento

La incertidumbre frente al tratamiento es la dificultad para comprender el pronóstico, la respuesta y el beneficio de médico a paciente; en tal sentido, la información entregada al familiar debe mantener una continuidad acerca de los procedimientos y tratamientos que se realizan al paciente (20).

Pronóstico

Frente al pronóstico de la enfermedad que el paciente presenta, se resalta que es necesario y muy importante confirmar ciertos datos a los familiares; es decir, las estructuras o proveedores de atención médica son instituciones de confianza para los pacientes y sus familias porque reducen la incertidumbre al proporcionar información y generar confianza (20).

Relaciones

La incertidumbre frente a las relaciones con el equipo que conforma el cuerpo médico se basa en el enfrentamiento a las instalaciones desde el ingreso se debe de cumplir el acercamiento en lograr lo que requiere el ser querido; el familiar tiene todo el derecho de estar al margen de la información del tratamiento en base a las normas del servicio de los establecimientos de salud (20).

2.2.1.5. Instrumento para medir la incertidumbre frente a la enfermedad

La incertidumbre será medida por la escala en que se percibe la incertidumbre ante la enfermedad respecto al familiar (PPU-FM); además, cuantifica la incertidumbre que se genera en los familiares durante el proceso que demanda la enfermedad del paciente hospitalizado, esto es, los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y las relaciones dadas entre el proveedor de cuidado y el familiar (20).

En la actualidad, se cuentan con diferentes herramientas para evaluar el nivel de incertidumbre experimentado por los familiares. Una de estas herramientas es la escala de la incertidumbre en la enfermedad formulario para miembro de la familia versión en español (PPU-FM). Esta escala consta de 31 ítems diseñados para medir la percepción de incertidumbre en relación a la enfermedad de los miembros de la familia, como esposo(a), hermanos, hijos y amigos. Utiliza una escala tipo Likert que va desde "muy de acuerdo" hasta "muy en desacuerdo". Esta escala se ha utilizado en investigaciones que involucran a familiares en unidades de cuidados críticos, así como en familiares de personas con cáncer u otras enfermedades (37).

En 2015, Arias et al. llevaron a cabo la adaptación cultural de esta escala, creando el Instrumento "Escala de incertidumbre en la enfermedad formulario para miembro de la familia (PPUS-FM)" en su versión en español. Este instrumento explora todas las dimensiones relacionadas con la teoría de la incertidumbre en la enfermedad (20).

2.2.2. Variable 2: Depresión por muerte

2.2.2.1. Definiciones conceptuales

El concepto moderno de depresión es básicamente es de un síndrome clínico; esta patología se caracteriza por presentar los síntomas de estado de ánimo deprimido y la ausencia de placer o interés, además de la reducción de energía o fatigabilidad (38). Cabe destacar que, los trastornos depresivos se relacionan con un estado emocional doloroso; además, el dolor psicológico "insoportable" es una de las quejas más frecuentes asociadas a la depresión grave, y su presencia puede conducir al suicidio (39). En otras palabras, la depresión está relacionada con el nivel de ansiedad y el sufrimiento producido por la muerte (40).

Otro punto importante, la depresión por muerte incluye actitudes depresivas relacionadas con la muerte en términos de desesperanza por la muerte, además de la soledad,

miedo, tristeza, depresión y el duelo, todo esto, es relación con la muerte (41). Asimismo, los trastornos depresivos pueden estar asociados o exacerbados por la desesperación pensar en temas relacionados con la muerte puede causar síntomas depresivos como desesperación, desesperanza, soledad y tristeza existencial y la falta de sentido (40).

Para complementar, el concepto emocional, actitudinal y cognitivo de la depresión ante la muerte hace referencia a la desesperación, la soledad, el pavor y la tristeza relacionados con la muerte de un allegado, la muerte de los demás y el concepto general de la muerte (42).

2.2.2.2. Implicancias y patogenia

La depresión por muerte puede tener implicaciones significativas en el bienestar emocional, físico y social de la persona afectada. Puede dificultar la capacidad para llevar a cabo actividades diarias, mantener relaciones sociales y cumplir con las responsabilidades laborales o académicas. La depresión por muerte también puede aumentar el riesgo de desarrollar otros trastornos mentales, como trastornos de ansiedad, abuso de sustancias o trastornos de estrés postraumático. Además, la depresión por muerte puede prolongarse en el tiempo y convertirse en una depresión crónica si no se aborda adecuadamente (43).

Por otra parte, en referencia a la patogenia de la depresión por muerte es compleja y multifactorial, involucrando tanto factores genéticos como ambientales. Se ha demostrado que existe una predisposición genética a la depresión en general, y la depresión por muerte no es una excepción. Los factores ambientales, como el estrés y la falta de apoyo social, también desempeñan un papel importante en el desarrollo de la depresión por muerte (44).

Desde el punto de vista neurobiológico, se ha encontrado que la depresión por muerte se asocia con alteraciones en los sistemas neurotransmisores, especialmente la serotonina. Se ha observado una disminución en los niveles de serotonina en el cerebro de

las personas con depresión, lo que puede contribuir a los síntomas depresivos. Además, la depresión por muerte puede estar relacionada con cambios en el sistema de respuesta al estrés, incluyendo la activación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HPA). La exposición prolongada al estrés y la angustia emocional asociada a la pérdida pueden desencadenar una respuesta inflamatoria en el organismo, que se ha relacionado con la aparición o exacerbación de la depresión (45).

2.2.2.3. Modelo teórico de depresión por muerte

El modelo teórico se basa en concepto de depresión por muerte, el cual fue introducido por Templer y colaboradores en 1990 para describir la evidencia de los síntomas depresivos, el sufrimiento y la tristeza relacionados con la propia muerte del individuo, la muerte de otros y en general. Asimismo, la teoría mantiene la aportación de Kubler-Ross, 1969, quienes sostienen que la angustia y los pensamientos sobre la propia muerte se presentan en quienes se están muriendo o atraviesan una situación estresante provocada por el mundo social, se expresa del siguiente modo: (a) el sujeto se pregunta si sufrir la muerte le acarrearía un dolor físico o psíquico muy fuerte; (b) el pensamiento constante sobre la muerte provoca cierta dependencia con quienes lo rodean y tiene poca discreción para resolver problemas; c) los pacientes sienten miedo a la soledad y miedo a lo desconocido (46) (47).

2.2.2.4. Dimensiones de la depresión por muerte

Anergia y anhedonia

Tanto la anergia como la anhedonia son síntomas de la depresión (48). Ambos sentimientos contribuyen a este estado: la anergia desalienta el movimiento en sí mismo, mientras que la anhedonia reduce el incentivo para realizar lo que de otro modo podrían ser comportamientos beneficiosos (49). Llegando a este punto, la anergia es un mecanismo de

auto tolerancia en el que el sistema inmunológico muestra falta de respuesta después de un encuentro con antígenos reconocidos por el receptor (50).

En este contexto, la anergia o baja excitación es el principal síntoma fisiológico de la tristeza; es decir, cuando se está triste, el ritmo cardíaco disminuye y la respiración es más lenta y superficial. Se observan niveles reducidos de epinefrina, norepinefrina, acetilcolina y serotonina, junto con un incremento de los niveles de las hormonas presentes en el estrés cortisol y prolactina (49).

Por otra parte, la anhedonia es un síntoma clave del trastorno depresivo mayor (TDM) y comprende déficits conductuales en tres subtipos de procesamiento de recompensas: agrado de recompensas, deseo de recompensas y aprendizaje de recompensas (49). Por tanto, la anhedonia es uno de los dos síntomas clave requeridos para un diagnóstico de TDM en él y se define como el interés o placer marcadamente disminuido en todos o en la mayoría de las labores que se realizan en casi todo el día o todos los días, por lo que representa un déficit en el procesamiento de recompensas (51).

En definitiva, los sentimientos de tristeza o depresión parecen incrementar la eficacia de respuesta del sistema inmune al desalentar la competencia por los recursos metabólicos, principalmente a través de los sentimientos de anergia y anhedonia (49).

Tristeza de muerte

El duelo es la experiencia tras la pérdida de un ser amado, es la respuesta natural a esta pérdida siendo intensamente doloroso y disruptivo y, a menudo, se siente abrumador e inmanejable; en tal sentido, la tremenda conmoción creada por la pérdida de un ser querido generalmente produce una serie de sentimientos encontrados y pensamientos confusos (52).

La conmoción dramática causada por la muerte de un ser querido a menudo desencadena sentimientos y pensamientos inquietantes del anhelo y la tristeza, la mayoría

de las personas sienten ansiedad, culpa o ira; es decir, las personas en duelo tienden a protestar por la muerte y tienen una tendencia natural a imaginar escenarios alternativos en los que su ser querido no muere (52).

Otra muerte

El proceso de muerte no solamente es vivido cuando uno se enferma, sino también cuando se vive en situaciones estresantes que llevan a pensar en la muerte propia o ajena, lo que provoca mucho daño a nivel psicológico. porque pensar constantemente en la muerte te impide disfrutar de la vida misma (52).

Vacío existencial y de muerte

El vacío se describe como un sentimiento que se instala en el ser, provocado por el sinsentido de la vida, dejándolo en un profundo aburrimiento y con la sensación de que la vida no tiene valor (53). Por tanto, el vacío existencial es un ciclo de irracionalidad que proviene de identificarse como alguien que ve el mundo desde un diferente punto de vista debido a las inconsistencias percibidas, o como alguien cuya búsqueda del placer evita el sufrimiento (52).

2.2.2.5. Instrumento para evaluar la depresión por muerte

La depresión a la muerte será medida por la escala de depresión por muerte DDS; además, mide la anhedonia, anergia, tristeza de muerte, vacío existencia y de muerte, otra muerte. Este se basa en el instrumento Escala de Depresión de Muerte, planteado inicialmente por Templer et al. en 1990 y adaptado posteriormente por Ortiz (2020) (54).

La Escala de Depresión por Muerte Revisada (DDS-R) es un cuestionario de autoinforme con 21 ítems que utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos y se basa en un modelo de autoinforme. escala Likert de cinco puntos y también puede aplicarse utilizando

un formato dicotómico verdadero/falso. El DDS-R resultó ser un instrumento válido y fiable para medir los síntomas de la depresión por fallecimiento. El DDS-R tiene un coeficiente de Cronbach de 0,92, con correlaciones razonables entre la ansiedad ante la muerte y la depresión general y la ansiedad general, una estructura factorial significativa y una correlación de 0,85 entre los formatos Likert y verdadero-falso (46).

El DDS-R ha sido traducido al persa, árabe y español debido a su buena fiabilidad y validez en diferentes poblaciones con diferentes contextos culturales en todo el mundo, debido a que, diferentes culturas se relacionan de manera diferente con la noción de muerte, pero el conocimiento consciente de la propia mortalidad genera depresión por muerte, independientemente del trasfondo cultural o creencias religiosas (55).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Hi: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

2.3.2. Hipótesis específicas

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de síntomas de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Hi¹: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de síntomas de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de diagnóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Hi²: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de diagnóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre nivel de tratamiento de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Hi³: Si existe relación estadísticamente significativa entre nivel de tratamiento de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre nivel de pronóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Hi⁴: Si existe relación estadísticamente significativa entre nivel de pronóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre nivel de relaciones de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

H₁⁵: Si existe relación estadísticamente significativa entre nivel de relaciones de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

La investigación seguirá un método hipotético – deductivo, el cual se caracteriza por derivar de una inferencia a partir de un análisis que va de lo general a lo particular; este emplea la lógica deductiva, que es el proceso de razonar a partir de una o varias premisas para llegar a la conclusión esperada (56).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque que manejará el estudio será uno cuantitativo; esto debido a que se pretende estimar la frecuencia y prevalencia de las variables para validar la hipótesis mediante conteos números y métodos matemáticos y estadísticos (57). Además, permitirá llevar a cabo la recopilación de datos de manera objetiva, ya que estará validada por cifras numéricas (58).

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación correspondiente es uno aplicada porque busca la aplicación o aprovechamiento de los saberes obtenidos, mientras que otros se obtienen tras la aplicación práctica y la sistematización basada en la investigación (59).

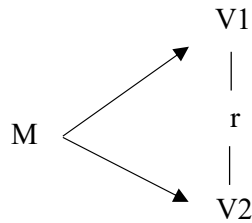
3.4. Diseño de la investigación

Se utilizará un diseño no experimental, el cual se desarrolla sin realizar alteración ni variación de las variables de estudio; esto quiere decir, se les mide y analiza tal cual se encuentran (60). De manera particular, será un diseño no experimental transversal, puesto que la recolección de información será realizada en un periodo temporal determinado (57).

Asimismo, la investigación presentará un nivel descriptivo, puesto que busca registrar, analizar e interpretar múltiples factores que se muestran en una determinada

población de estudio (57). Por ende, se propone proveer una descripción de las características visibles y comprobables que sean de interés para la investigación (61). Además, tendrá un nivel correlacional, puesto que pretende facilitar y explicar la relación de las variables de estudio (62).

Donde el diseño es:



M= Muestra

V1= Incertidumbre

V2: Ansiedad de muerte

3.5. Población, muestra y muestreo

Población, muestra y muestreo

El concepto de este término hace referencia al conjunto de cada unidad en la que se aplicará los resultados derivados por la investigación (63). Es decir, la población reúne al grupo de elementos que poseen alguna característica en común que ha sido considerada como variable de estudio y para las cuales se puede generalizar los resultados (64).

Por ende, para la ejecución de este estudio se considerará a todos los familiares de los pacientes que se encuentren en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cifra que corresponde a un estimado de **120 familiares**.

Criterios de inclusión

- Familiares mayores de 18 años
- Familiares de pacientes de la UCI
- Familiares disponibles para participar

Criterios de Exclusión

- Familiares menores de 18 años
- Familiares que no pertenezca de la UCI.
- Familiares que no deseen participar

Muestra

Por otro lado, la muestra consta de una parte de la población la cual es representativa de esta (65). Por ende, las unidades escogidas al azar dentro de la población deben presentar todas las características de cada unidad de la población (66).

Muestreo

Se define como el proceso mediante el cual se seleccionará una muestra que será extraída de la población, considerando que la población muestral deberá ser estadísticamente representativa del total (63). Este método se utiliza para representar a la población de interés tomando las consideraciones pertinentes de tamaño para que sea lo suficientemente representativa, por lo tanto, es de suma importancia en toda investigación (67).

Se utilizará un muestreo de tipo NO probabilístico y se tomara a las unidades de estudio de forma intencional o por convicción, el cual permite conocer cuál es la probabilidad existente para que todos los elementos que conforman la población puedan ser

incluidos dentro de la población muestral mediante una selección al azar (66). Este tipo de muestreo asegura que cada parte que constituye la población posea igual posibilidad para ser incluida en la muestra de estudio (67).

Lo mencionado anteriormente, deriva de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 * p * q}{d^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

α = Alfa (máximo error tipo I)

$1-(\alpha) /2$ = Nivel de confianza

Z (1- α /2) = Z de (1- α /2)

p = probabilidad de éxito (Se asume p = 0.50).

q = probabilidad de fracaso (Se asume q = 0.50).

d = precisión (se asume 0.50)

Al reemplazar valores se obtiene:

Tamaño de la muestra n = 92

Se determinó que **la muestra** de familiares de pacientes que se encuentran en UCI corresponderá a un total de **92**.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Incertidumbre frente a la enfermedad	La incertidumbre es la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad, como el estado cognitivo creado cuando el individuo no puede estructurar o categorizar adecuadamente un evento de la enfermedad por falta de señales suficientes, de información y conocimiento (68).	La incertidumbre será medio por la escala de percepción de la incertidumbre frente a la enfermedad en su forma para el familiar PPU-FM; además, mide la incertidumbre generada en los miembros de la familia durante los distintos procesos de la enfermedad del familiar hospitalizado: síntomas, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y las relaciones entre el familiar y los proveedores de cuidado (20).	Síntomas	Severidad	Ordinal:	Bajo [31-72 puntos] Medio [73-114 puntos] Alto [115-155 puntos]
				Naturaleza errática		
				Ambigüedad		
			Diagnóstico	Seguridad		
				Información		
				Cercanía de los familiares		
			Tratamiento	Dificultad del tratamiento		
				Dificultad de finalidad		
				Dificultad de efectividad		
				Dificultad de información reciba		
			Pronóstico	Dificultad en la comprensión		
				Efectos del tratamiento		
				La imprevisibilidad de los síntomas		
Relaciones	Tratamiento del familiar					
	Síntomas del familiar hospitalizado					
Depresión por muerte	Depresión es un síndrome clínico; esta patología se caracteriza por presentar los síntomas de estado de ánimo deprimido y la ausencia de placer o interés, además de la reducción de energía o fatigabilidad (38).	La depresión a la muerte será medida por la escala de depresión por muerte DDS; además, mide la anhedonia, anergia, tristeza de muerte, vacío existencial y de muerte, otra muerte (54).	Anergia y anhedonia	Pérdida del interés hacia cosas importantes	Ordinal:	Bajo [21-49 puntos] Medio [50-78 puntos] Alto [79-105 puntos]
			Tristeza de muerte	Pensamientos sobre la muerte de uno mismo		
			Otra muerte	Pensamientos sobre la muerte de otros		
			Vacío existencial y de muerte	Sentir que nada tiene sentido		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La técnica que será elegida para aplicar y recoger datos necesarios se corresponderá con la encuesta. Esta consta en una investigación por medio de las opiniones o experiencias manifestadas por un grupo de personas, las cuales deberán responder un listado de preguntas (69). Dichas preguntas se corresponden al instrumento de la encuesta, y para los fines de esta investigación se utilizará un cuestionario (69).

En el caso de esta investigación, el instrumento a utilizarse para la población elegida estará basado en lo planteado por Flórez et al., (2018), para la variable incertidumbre (20). Mientras que, para la variable depresión de muerte, se basará en el instrumento Escala de Depresión de Muerte, planteado inicialmente por Templer et al. en 1990 y adaptado posteriormente por Ortiz (2020) (54).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Incertidumbre

La incertidumbre será medio por la Escala de Percepción de la Incertidumbre ante la Enfermedad, específicamente en su versión dirigida a los familiares (PPU-FM por sus siglas en inglés), la cual fue introducida por Merle Mishel en 1986. Esta escala consta de 31 afirmaciones y tiene como finalidad medir el grado de incertidumbre experimentado por los miembros de la familia en diversas etapas de la enfermedad del paciente hospitalizado, incluyendo aspectos como los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y las interacciones entre el familiar y los proveedores de cuidado, cada uno de los cuales será respondido con una escala Likert del 1 al 5; donde 1 = Muy en desacuerdo y 5 = Muy de acuerdo. Además, la sumatoria del puntaje obtenido, resulta en una escala valorativa, siendo

de nivel bajo entre 31 a 72 puntos; nivel medio de 73 a 114 puntos y nivel alto de 115 a 155 puntos (20).

Depresión por muerte

La variable depresión de muerte será medida con el instrumento denominado Escala de Depresión de Muerte, el cual tiene por finalidad cuantificar la presencia de sintomatología depresiva tal como la tristeza o angustia relacionada a la percepción del fallecimiento. Este presenta como dimensiones: la anhedonia y anergia, tristeza de muerte, vacío existencial y de muerte, otra muerte. Asimismo, el cuestionario estará constituido por 21 ítems, cada uno de los cuales será respondido con una escala Likert del 1 al 5; donde 1 = Muy en desacuerdo y 5 = Muy de acuerdo. Además, la sumatoria del puntaje obtenido, resulta en una escala valorativa, siendo de nivel bajo entre 21 a 49 puntos; nivel medio de 50 a 78 puntos y nivel alto de 79 a 105 puntos (54).

3.7.3 Validación

La Escala de Percepción de la Incertidumbre fue aprobada por el comité de investigadores de la Universidad de Cartagena en la facultad de enfermería, con una validez de contenido y con valor de (V-Aiken > 0,91). Por otro lado, la Escala de muerte fue aprobado por cinco jueces expertos, quienes determinaron valores óptimos en evidenciar la validez de contenido y con un valor de (V-Aiken > 0,80); asimismo, en base a su validez interna por un análisis factorial confirmatorio, el modelo cuatro respecificado con 14 ítems y cuatro factores mostraron valores óptimos de [$\chi^2= 195$; $gl= 71$; $\chi^2/gl= 2.74$; TLI= .914; CFI= .933; SRMR = 0.72; RMSEA= .083].

3.7.4 Confiabilidad

El Alfa de Cronbach es una ecuación utilizada para estimar qué tan confiable es un instrumento en el cual se tiene respuestas dicotómicas o de más de dos valores para los ítems

(70). Asimismo, la Escala de Percepción de la Incertidumbre presentó una consistencia interna general de $\alpha= 0,89$; y la Escala de muerte evidenció una consistencia interna general equivalente a $\alpha= 0,70$ y $\omega= 0,91$.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

En primer lugar, se presentará un consentimiento informado al hospital nacional a donde irá dirigida la aplicación de los instrumentos; lo cual permitirá el ingreso y libre participación con los familiares en la aplicación de la encuesta. Luego, se presentará un consentimiento informado a los participantes en decisión de participar libremente a la investigación.

Después de ello, una vez obtenido los datos recopilados en las encuestas, se trasladarán los datos a una hoja de Excel para el sumatorio total de las variables como dimensiones. En segundo lugar, se aplicará los instrumentos en el total de la muestra seleccionada, para poder realizar el análisis estadístico pertinente, se ejecutará la consolidación de la data por medio del programa SPSS v25.

Esto conducirá al análisis estadístico para determinar si la distribución de los datos es normal o no normal obtenidas por la prueba de Kolmogorov Smirnov, quien identificar si es que se trabajará con la estadística paramétrica de Pearson o la estadística no paramétricas de Rho de Spearman; y finalmente con el cual obtendremos los resultados correspondientes y posteriores a responder las hipótesis establecidas en la investigación.

3.9. Aspectos éticos

Principio de autonomía, este principio se aplicará a lo largo de la realización de este estudio, porque cuando contactas a un familiar, tienes en cuenta su voluntad y respetas siempre su decisión, puesto que, tienen derecho a elegir libremente si participar o no.

Además, se les proporcionará información correcta y veraz sobre el estudio, tras lo cual pudieron firmar un consentimiento informado.

Asimismo, el principio de beneficencia, este principio en la investigación se realizará de acuerdo con pautas éticas, con el compromiso de no dañar a ningún participante en la investigación en curso.

Asimismo, el principio de beneficencia, este principio en la investigación se realizará de acuerdo con pautas éticas, con el compromiso de no dañar a ningún participante en la investigación en curso.

También, el principio de no maleficencia, este principio se será explicado a cada uno de los participantes de la presente investigación, que la misma no los expondrán de ninguna manera a algún tipo de riesgo o peligro.

Finalmente, el principio de justicia, este principio, surgirá a medida que cada uno de los participantes, se les tratará en todo momento con mucho respeto, cordialidad e igualdad.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Actividades	TIEMPOS									
	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Redacción del título										
Planteamiento del problema										
Objetivos										
Justificación										
Presentación de marco teórico										
Presentación de la metodología										
Redacción de informe final										
Presentación de proyecto de investigación										

4.2. Presupuesto

Recursos humanos	Unidad de medida	Cantidad	Monto (soles)
Estadista	Servicio	01	S/. 300.00
Asesor	Servicio	01	S/. 600.00
Sub total			S/. 900.00
Bienes			
Libreta de apuntes	01	Unidad	S/ 5.00
Papel Bond A4, paquete 500 hojas	01	Unidad	S/ 30.00
Lapicero negro o azul	01	Unidad	S/ 3.00
Sub total			S/ 38.00
Servicio			
Agua	Mes	01	S/ 40.00
Luz	Mes	01	S/ 40.00
Internet	Mes	01	S/ 120.00
Sub total			S/ 200.00

Así el total de los recursos a emplearse en el proyecto asciende a S/ 1138.00.

5. REFERENCIAS

1. Abdul A, Tang LY, Chong MC, Ibrahim NA, Abdullah KL. Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2022;31(5–6):497–507. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.15962>
2. Beer J, Brysiewicz P. The experiences of family members during critical illness of a loved one admitted to an intensive care unit. *Afr J Nurs Midwifery*. 2018;19(1):56–68.
3. Chang P, Wang H, Chang T, Yu J, Lee S. Stress, stress-related symptoms and social support among Taiwanese primary family caregivers in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2018;49(1):37–43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.002>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. WHO.int. 2023. Available from: <https://covid19.who.int/>
5. Hirsch E. Ibalizumab in Multidrug-Resistant HIV — Accepting Uncertainty. *N Engl J Med*. 2018;379(7):605–7.
6. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2016;40(9):527–40.
7. Abdul A, Tang L, Chong M, Ibrahim N, Abdullah K. Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2022;31(5–6):497–507.
8. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de

importancia internacional. 2020.

9. Carrero Y. Preocupación por el contagio de la COVID 19. Revisión teórica. Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2022.
10. Levido A, Clement P, Gregory B, Morrey H, Kirrane M, Stott A, et al. Virtual Engagement of Families in the Intensive Care Unit During COVID-19: A Descriptive Survey of Family Members of Patients and Health Care Workers. *Telemed e-Health*. 2022;1(2):1–7.
11. Quispe C, Mamani M. Factores relacionados con la ansiedad en familiares de pacientes críticos en un hospital regional de Perú. *Investig e Innovación*. 2021;2(1):13–23.
12. Soncco A. Prevalencia y factores asociados a la ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en una clínica particular, Arequipa en el año 2021. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021.
13. Heesakkers H, Van der Hoeven J, Corsten S, Janssen I, Ewalds E, Burgers-Bonthuis D, et al. Mental health symptoms in family members of COVID-19 ICU survivors 3 and 12 months after ICU admission: a multicentre prospective cohort study. *Intensive Care Med*. 2022;48(3):322–31.
14. Mishel MH. Uncertainty in Illness. Vol. 20, *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1988. p. 225–32.
15. Templer D, Lavoie M, Chalgujlan H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. 1990;46(6):834–9.
16. Lobato C, Camões J, Carvalho D, Vales C, Dias C, Gomes E, et al. Risk factors associated with post-intensive care syndrome in family members (PICS-F): A prospective observational study. *J Intensive Care Soc*. 2022;0(0):1–11.

17. Grahl J. Bachelor Thesis Positive Psychology and Technology Behavioural, Management and Social Sciences. Tesis de licenciatura, Universidad de Twente; 2021.
18. Naef R, Von Felten S, Ernst J. Factors influencing post-ICU psychological distress in family members of critically ill patients: a linear mixed-effects model. *Biopsychosoc Med.* 2021;15(1):1–9.
19. Kang J, Cho Y, Choi S. State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study. *PLoS One.* 2020;15(6):1–14.
20. Inna F, Montalvo A, Romero E. Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro.* 2018;20(1):1–13.
21. Cobeñas J. Necesidades de los familiares de pacientes críticos hospitalizados por COVID-19, Chachapoyas 2021. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Yoribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2022.
22. Pareja J. Ansiedad, estrés y depresión en familiares de pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos de hospitales. Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María; 2021.
23. Osorio M, Alvila F. Apoyo familiar y su relación con el nivel de depresión en pacientes del área UCI de la Clínica San Gabriel. Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Ica; 2021.
24. Cohaila El, Villena C. Vivencias de los familiares en el cuidado del paciente crítico de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Hopólito Unanue, Tacna, 2018. Tesis de especialidad, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019.

25. Zamora M, Meza O, Juárez E, Salazar M. Efecto de un programa educativo en el conocimiento y la incertidumbre de los familiares de pacientes en unidad de cuidados intensivos materna. *Assiut Sci Nurs J*. 2019;8(20):105–12.
26. Gu Y, Gu S, Lei Y, Li H. From uncertainty to anxiety: How uncertainty fuels anxiety in a process mediated by intolerance of uncertainty. *Neural Plast* [Internet]. 2020;2020(8866386):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1155/2020/8866386>
27. Bulut M. Relationship between COVID-19 anxiety and fear of death: the mediating role of intolerance of uncertainty among a Turkish sample. *Curr Psychol* [Internet]. 2022;41(6):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03281-x>
28. Van Der Bles A, Van Der Linden S, Freeman A, Mitchell J, Galvao A, Zaval L, et al. Communicating uncertainty about facts, numbers and science. *R Soc Open Sci* [Internet]. 2019;6(5):1–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.181870>
29. Grupe D, Nitschke J. Uncertainty and anticipation in anxiety: An integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2013;14(7):488–501. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrn3524>
30. Bottesi G, Marchetti I, Sica C, Ghisi M. What is the internal structure of intolerance of uncertainty? A network analysis approach. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2020;75(102293):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102293>
31. Arias M, Carreño S, Chaparro L. Incertidumbre ante la enfermedad crónica. Revisión integrativa. *Rev Latinoam Bioética* [Internet]. 2018;36(1):93–106. Available from: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3575%0Aa>
32. Arias M, Carreño S, Rojas J. Uncertainty towards the disease of family caregivers of patients in palliative care: A scoping review. *Aquichan*. 2020;20(3):1–13.

33. Upenieks L. Uncertainty in Faith, Fear of Death? Transitions in Religious Doubt and Death Anxiety in Later Life. *OMEGA - J Death Dying* [Internet]. 2021;0(0):1–26. Available from: <https://doi.org/10.1177/00302228211029475>
34. Knobloch L, Knobloch-Fedders L, Durbin E. Depressive symptoms and relational uncertainty as predictors of reassurance-seeking and negative feedback-seeking in conversation. *Commun Monogr*. 2011;78(4):437–62.
35. Fernandez A, Gomez J, Giaquinta A, Verde Z, Torres C. Mishel’s model of uncertainty describing categories and subcategories in fibromyalgia patients, a scoping review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(11):3756. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17113756>
36. Reinken D, Reed S. Mishel’s uncertainty in illness theory: Informing nursing diagnoses and care planning. *Int J Nurs Knowledge*. 2022;
37. Taboada J. Intervención de enfermería fundamentada en la comunicación sobre la incertidumbre de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI adultos. Colombia: Universidad de la Sabana; 2019.
38. Paykel E. Basic concepts of depression. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2022;10(3):279–89. Available from: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.3/espaykel>
39. Conejero I, Olié E, Calati R, Ducasse D, Courtet P. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2018;20(33):1–9. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-018-0893-z>
40. Dadfar M, Lester D. Cronbach ’ s a reliability , concurrent validity , and factorial

- structure of the Death Depression Scale in an Iranian hospital staff sample. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2017;4(2):135–41. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.02.007>
41. Mohammadzadeh A, Ashouri A, Vahedi M, Asgharipour N. Death distress dimensions : Death anxiety , death depression , and death obsession. *J Fundam Ment Heal* [Internet]. 2018;20(6):395–403. Available from:
https://jfmh.mums.ac.ir/article_11754.html?lang=en
 42. Rajabi GR, Begdeli Z, Naderi Z. Psychometric Properties of the Persian Version of Death Depression Scale Among Nurses. *Death Stud* [Internet]. 2015;39(6):342–6. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.951495>
 43. Menzies R, Menzies R. Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *Cogn Behav Ther* [Internet]. 2020;13(e19):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000215>
 44. Appel C, Frederiksen K, Hjalgrim H, Dyregrov A, Dalton S, Dencker A, et al. Depressive symptoms and mental health-related quality of life in adolescence and young adulthood after early parental death. *Scand J Public Health* [Internet]. 2019;47(7):782–92. Available from: <https://doi.org/10.1177/1403494818806371>
 45. Sbolli M, Fiuzat M, Cani D, O'Connor C. Depression and heart failure: the lonely comorbidity. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2020;22(11):2007–17. Available from: <https://doi.org/10.1002/ejhf.1865>
 46. Wang L, Cheng J, Xu Z, Zhao Q. Transcultural adaptation and psychometric properties of Chinese version of Death Depression Scale-Revised among nursing students. *Death Stud* [Internet]. 2022;46(3):658–65. Available from:
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1753851>

47. Kubler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan; 1969.
48. Beglyankin N, Burygina L, Levin M, Bardenshteyn L. Features of Depressive Episode with Onset in Adolescence and the Risk of Developing Bipolar Depression. *Neurosci Behav Physiol* [Internet]. 2020;50(1):13–5. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11055-019-00865-2>
49. Huron D. On the Functions of Sadness and Grief. In: Lench H, editor. *The Function of Emotions: When and Why Emotions Help Us* [Internet]. Springer Nature; 2018. p. 59–91. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-77619-4_5
50. Mueller D. *Anergy* [Internet]. AccessScience. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1036/1097-8542.033880>
51. Borsini A, Wallis A, Zunszain P, Pariante C, Kempton M. Characterizing anhedonia : A systematic review of neuroimaging across the subtypes of reward processing deficits in depression. *Cogn Affect Behav Neurosci* [Internet]. 2020;20:816–41. Available from: <https://doi.org/10.3758/s13415-020-00804-6>
52. Goveas J, Shear M. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *Focus (Madison)* [Internet]. 2021;19(3):374–8. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.19303>
53. Freitas R, Menezes T, Santos L, Moura H, Sales M, Moreira F. Spirituality and religiosity in the experience of suffering, guilt, and death of the elderly with cancer. *Rev Bras Enferm*. 2020;3(3):1–7.
54. Ortiz M. Adaptación de la escala de depresión de muerte (DDS) en policías peruanos expuestos al virus Sar-Cov2, Lima Metropolitana [Internet]. Universidad César Vallejo; 2020. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/74780>

55. Postolică R, Enea V, Dafinoiu I, Petrov I, Azoicăi D. Association of sense of coherence and supernatural beliefs with death anxiety and death depression among Romanian cancer patients. *Death Stud* [Internet]. 2019;43(1):9–19. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1430083>
56. Coccia M. *Methods of Inquiry in Social Sciences: An Introduction*. Work Pap CocciaLab [Internet]. 2018;27:1–17. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3123662
57. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. *Metodología de la investigación: Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta*. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México; 2018.
58. Firdaus F, Zufadilla Z, Caniago F. Reaserch methodology: types in the new perspective. *MANAZHIM* [Internet]. 2021;3(1):1–16. Available from: <https://doi.org/10.36088/manazhim.v3i1.903>
59. Cordero ZRV. La Investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Rev Educ*. 2009;33(1):155–65.
60. Asenahabi B. Basics of Research Design : A Guide to selecting appropriate research design. *Int J Contemp Appl Res* [Internet]. 2019;6(5):76–89. Available from: <http://ijcar.net/assets/pdf/Vol6-No5-May2019/07.-Basics-of-Research-Design-A-Guide-to-selecting-appropriate-research-design.pdf>
61. Guevara G, Verdesoto A, Castro N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Rev Científica Mundo la Investig y el Conoc* [Internet]. 2020;4(3):163–73. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/860/1363>

62. Seeram E. An Overview of Correlational Research. RadiologicTechnology [Internet]. 2019;91(2):176–9. Available from:
<http://www.radiologictechnology.org/content/91/2/176.full>
63. Etikan I, Babatope O. A Basic Approach in Sampling Methodology and Sample Size Calculation. MedLife Clin [Internet]. 2019;1:50–4. Available from:
<https://www.medtextpublications.com/open-access/a-basic-approach-in-sampling-methodology-and-sample-size-calculation-249.pdf>
64. Shukla S. Concept of population and sample. In: How to Write a Research Paper? [Internet]. 2020. p. 1–7. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/346426707_CONCEPT_OF_POPULATION_AND_SAMPLE
65. Yadav S, Singh S, Gupta R. Sampling Methods. In: Biomedical Statistics: A beginner's guide [Internet]. Springer; 2019. p. 71–83. Available from:
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-32-9294-9_9
66. Majid U. Research Fundamentals : Study Design , Population , and Sample Size. URNCST J [Internet]. 2018;2(1):1–7. Available from:
<https://doi.org/10.26685/urncst.16>
67. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017;35(1):227–32. Available from:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
68. Smith M, Liehr P. Middle range theory for nursing [Internet]. 4th ed. New York: Springer; 2018. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/book/978-0-8261-5992-2#:~:text=Middle range theory can be,in the discipline of nursing.>

69. Nayak M, Narayan K. Strengths and Weakness of Online Surveys. IOSR J Humanit Soc Sci [Internet]. 2019;24(5):31–8. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/333207786_Strengths_and_Weakness_of_Online_Surveys
70. Rodríguez J, Reguant M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. REIRE Rev d’Innovació i Recer en Educ [Internet]. 2020;13(2):1–13. Available from:
<https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cómo el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de Lima, 2023?</p>	<p>Objetivo general Determinar cómo el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de Lima, 2023.</p>	<p>Hipótesis general Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023. Hi: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.</p>	<p>Incertidumbre frente a la enfermedad</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Síntomas Diagnóstico Tratamiento Pronóstico Relaciones 	<p>Tipo de investigación: Aplicada</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Método: Hipotético deductivo</p> <p>Nivel: Descriptivo correlacional</p> <p>Diseño: No experimental, corto transversal</p>
<p>Problemas específicos ¿Cómo el nivel de síntomas de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI? ¿Cómo el nivel de diagnóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI? ¿Cómo el nivel de tratamiento de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI? ¿Cómo el nivel de pronóstica de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI? ¿Cómo el nivel de relaciones de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la</p>	<p>Objetivos específicos Identificar cómo el nivel de síntomas de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI. Identificar cómo el nivel de diagnóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI. Identificar cómo el nivel de tratamiento de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI. Identificar cómo el nivel de pronóstica de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI. Identificar cómo el nivel de relaciones de la incertidumbre frente a la enfermedad se relaciona con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI.</p>	<p>Hipótesis específicas Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de síntomas de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023. Hi¹: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de síntomas de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023. Hi²: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de diagnóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023. Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de tratamiento de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.</p>	<p>Depresión por muerte</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tristeza de muerte Miedo la muerte Depresión ante la muerte Soledad ante la muerte 	

depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI?

de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Hi³: Si existe relación estadísticamente significativa entre nivel de tratamiento de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre nivel de pronóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Hi⁴: Si existe relación estadísticamente significativa entre nivel de pronóstico de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre nivel de relaciones de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Hi⁵: Si existe relación estadísticamente significativa entre nivel de relaciones de la incertidumbre frente a la enfermedad con la depresión por muerte en familiares de pacientes en UCI en un hospital nacional de EsSalud, 2023.

Anexo 3: Instrumentos

Escala de Percepción de la incertidumbre frente a la enfermedad en su forma para el familiar PPU-FM

No existe respuestas correctas ni incorrectas, sino solo se desea conocer su opinión.

Edad: _____

Sexo: _____

1. Masculino
2. Femenino

Responda con una cruz (+) o un aspa (x) para conocer la respuesta que considere más oportuna de acuerdo con los siguientes niveles:

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
	Dimensión 1: Incertidumbre de los cuidadores frente a los síntomas de pacientes hospitalizados en la UCI					
1.	No estoy seguro de si su enfermedad está mejorando o empeorando.					
2.	No está claro lo fuerte que será su dolor.					
3.	Sus síntomas continúan cambiando impredeciblemente.					
4.	El curso de su enfermedad se mantiene cambiando, tiene días malos y buenos.					
5.	Usualmente sabe si él/ella va a tener un buen o mal día.					
6.	Su aflicción física es predecible; yo sé cuándo va a mejorar o empeorar.					
	Dimensión 2: Incertidumbre de los cuidadores frente al diagnóstico de pacientes hospitalizados en la UCI					

7.	No sé qué le está ocurriendo.					
8.	Tengo muchas preguntas sin responder.					
9.	Los resultados de sus exámenes son inconsistentes.					
10.	No le han dado un diagnóstico específico a él/ella.					
11.	Su diagnóstico es definitivo y no cambiará.					
12.	La seriedad de su enfermedad ha sido determinada.					
Dimensión 3: Incertidumbre de los cuidadores UCI frente al tratamiento de pacientes hospitalizados en la UCI						
13.	Entiendo el propósito de cada uno de sus tratamientos.					
14.	Su tratamiento es muy difícil de entender.					
15.	Es difícil saber si está ayudando el tratamiento o el medicamento que le están suministrando.					
16.	La efectividad del tratamiento esta indeterminada.					
17.	Por el tratamiento se mantiene cambiando lo que él/ella puede y no puede hacer.					
Dimensión 4: Incertidumbre de los cuidadores frente al pronóstico de pacientes hospitalizados en la UCI						
18.	No sé cuándo esperar las cosas que se harán con él/ella.					
19.	Puedo predecir el tiempo que tomará su enfermedad.					
20.	Por la incertidumbre de su enfermedad no puedo planear el futuro.					
21.	Es incierto para mi cómo manejaré su cuidado después de que él/ella salga del hospital.					
22.	No está claro qué va a ocurrir con él/ ella					
23.	Es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo					
24.	Generalmente puedo predecir el curso de su enfermedad					
25.	Tengo la certeza de que no le encontrarán algún otro problema a él/ella.					
Dimensión 5: Incertidumbre frente a las relaciones entre el cuidador y los proveedores de cuidado en la UCI						

26.	Las explicaciones que dan de él/ella me parecen confusas					
27.	Entiendo todo lo que se me explica					
28.	Los doctores me dicen cosas que pueden tener muchos significados					
29.	Hay tantos tipos de personal que no está claro quién es el responsable					
30.	Puedo contar con que las enfermeras estén ahí cuando las necesite.					
31.	Los médicos y enfermeras usan todos los días un lenguaje que yo puedo entender lo que estén diciendo.					

Escala de depresión por muerte (DDS)

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
	Dimensión 1: Anergia y anhedonia					
1.	Cuando pienso en la muerte, pierdo interés en las actividades de la vida.					
2.	Pierdo interés en cuidarme cuando pienso en la muerte.					
3.	Cuando la muerte está en mi mente, mi cuerpo parece perder energía y disminuir la velocidad.					
4.	El pensamiento de la muerte agota mi energía.					
5.	Es difícil concentrarme cuando la muerte está en mi mente.					
6.	Cuando pienso en la muerte, incluso la tarea más fácil se vuelve difícil.					
7.	La muerte me hace sentir desanimado sobre el futuro.					
	Dimensión 2: Tristeza de muerte					
8.	Morir siempre debe ser un proceso infeliz.					
9.	Nada me entristece más que saber que mis amigos y parientes eventualmente morirán.					
10.	El proceso de morir seguramente será el momento más triste de mi vida.					
11.	El pensamiento de la muerte me pone triste.					
12.	La muerte es un asunto solitario.					
13.	La idea de la muerte hace que sea difícil experimentar el placer.					
	Dimensión 3: Otra muerte					
14.	Velar y estar en funerales son deprimentes.					

15.	Es imposible superar la muerte de un ser querido o un amigo cercano.					
16.	Estoy muy molesto(a) por lo breve que es la vida.					
17.	Me da miedo pensar en la muerte de amigos y seres queridos.					
	Dimensión 4: Vacío existencial y de muerte					
18.	Cuando pienso en la muerte, me siento vacío.					
19.	Pensar en la muerte me hace llorar.					
20.	Por qué intentarlo en la vida si solo vas a morir.					
21.	La muerte me hace sentir desesperado.					