



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

## ***Tesis***

***Incertidumbre de familiares con pacientes por Trauma  
Craneoencefálico hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.***

Presenta:

LE. María Esmeralda Damas Ruíz

Tesis Presentada para Obtener el Grado de  
Maestra en Enfermería

Registro de CVU CONACYT: 723863

Enero de 2024.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

## ***Tesis***

***Incertidumbre de familiares con pacientes por Trauma  
Craneoencefálico hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.***

Presenta:

LE. María Esmeralda Damas Ruíz

Tesis Presentada para Obtener el Grado de

Maestra en Enfermería

Director de Tesis:

ME. Brenda Resendiz Maldonado

Enero de 2024.

## **Jurado de Examen de Grado**

---

Presidente MCE. Brenda Resendiz Maldonado

---

DCE. María Claudia Morales Rodríguez  
Secretario

---

MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández  
Vocal

---

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez  
Vocal

---

MCE. Brenda Resendiz Maldonado  
Directora de Tesis

---

MCE. Pérez Noriega Erika  
Directora de la Facultad de Enfermería  
de la Benemérita Universidad de Puebla

---

DCE. Báez Hernández Francisco Javier  
Secretario de Investigación y  
Estudios de Posgrado

**Resumen**

Candidato para el título de Maestra en Enfermería	LE. María Esmeralda Damas Ruíz
No. de páginas	45
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Unidad Académica	Facultad de Enfermería
Título de Tesis	Incertidumbre de familiares con pacientes por Trauma Craneoencefálico hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos

**Objetivo:** Determinar el nivel de Incertidumbre de los familiares de pacientes con traumatismo craneoencefálico hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y conocer si existe una correlación con las características sociodemográficas. **Metodología:** El diseño de estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional; realizado en una muestra conformada por 100 familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de una Institución de Alta Especialidad de Trauma de la Ciudad de Puebla; se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia. Apoyándose en una cédula de datos sociodemográficos y el instrumento de medición empleado fue de Merle Mishel en su Teoría de Incertidumbre en la Enfermedad en versión familiar (PPU-FM). Los datos fueron procesados por el programa estadístico SPSS versión 24. Se empleó estadística descriptiva e inferencial **Resultados:** Se observó mayoritariamente la mujer como generadora de cuidado con el 73%, sobresale el nivel de licenciatura en el grado de estudio del familiar con el 43%, el mayor porcentaje con el 33% se encontró con 5 días de estancia hospitalaria en UCI. El instrumento presenta un alfa de .77 demostrando un nivel de confianza de efecto mediano lo cual es aceptable para realizar la investigación. El nivel de Incertidumbre con respecto al sexo, los hombres presentaron mayor nivel con una  $M= 52.11$  y dentro de la calificación global se concluye con un Nivel de Incertidumbre bajo con promedio entre los ambos sexos de 52 puntos. Dentro de los niveles de acuerdo con los factores en los cuales se divide el instrumento, el factor de claridad obtuvo un mayor puntaje con el 90%. En el análisis de correlación en los datos sociodemográficos se obtuvo un nivel de significancia  $>.05$  aceptando la  $H_0$ , no existe relación del Nivel de Incertidumbre de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de acuerdo con sus datos sociodemográficos. **Discusión:** El nivel de Incertidumbre observado es bajo a comparación de los estudios relacionados en donde la mayoría encontraron un nivel de incertidumbre regular. **Conclusiones:** Se concluye de acuerdo con los datos obtenidos se debe de continuar el apoyo del profesional de salud hacia el familiar para continuar con un nivel bajo de Incertidumbre y de esta manera llegar al proceso de adaptación aceptando la incertidumbre como el ritmo natural de la vida.

Palabras clave: incertidumbre, cuidador familiar, teoría de enfermería, trauma, Unidad de Cuidados Intesivos.

### Agradecimientos

A la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, a los docentes, autoridades académicas y a todo el personal.

A la MCE. Brenda Resendiz Maldonado por su tutoría, por su tiempo, por compartir su conocimiento para conmigo, por ser tan tolerable y empática, muchísimas gracias.

Al Cuerpo Académico por sus enseñanzas en cada seminario y también su tolerancia.

A los familiares de los pacientes que participaron en el proyecto de investigación que aunque se encontraban preocupados accedieron a participar en el proyecto de investigación y que gracias a ellos podemos entender un poco de las necesidades que los acompañan durante la hospitalización de su paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

A mis compañeras de generación 2021-2023, que después se convirtieron mis amigas, gracias por compartir estos dos años.

## Dedicatoria

A mi papá que me brindo la oportunidad de estudiar y mi mamá (Q.E.P.D.), que sé que, aunque no te vea continuas acompañándome y se también que fuiste la primera en aplaudirme en la graduación, sé que esta orgullosa de mí, gracias mamá por decirme cuando era niña que si no estudiaba me pondrías a vender chicles en la esquina, gracias a los dos.

A mis hermanas y mis sobrinos por entender que a veces tenía poco tiempo para acompañarlos, pero que saben que son muy importantes para mí.

A ti Julio por acompañarme en las madrugadas de estudio y no quererte dormir hasta que yo lo hiciera y darme ánimos para continuar. Gracias, amor.

A mis gatitos Pelusa y Coffe, que me acompañaban y no dormían hasta que nos íbamos juntos a la habitación.

A todas las personas que me brindaron un granito de su sabiduría, muchas gracias.

**Tabla de contenido**

	Página
Capítulo I	
1. Introducción	11
1.1 Planteamiento del Problema	11
1.2 Pregunta de investigación	15
1.3 Marco Teórico	15
1.3.1 Modelo de la Teoría de Incertidumbre a la Enfermedad	15
1.4 Estudios Relacionados	20
1.5 Definición Operacional	22
1.6 Objetivo General	23
1.6.1 Objetivo específico	23
1.7 Hipótesis	23
Capítulo II	
Metodología	25
2.1 Diseño del Estudio	25
2.2 Población	25
2.3 Muestreo y Muestra	25
2.4 Criterios de Selección	25
2.4.1 Criterios de Inclusión	24
2.4.2 Criterios de Exclusión	25
2.4.3 Criterios de Eliminación	26

2.5 Instrumento de Medición	25
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos	28
2.7 Ética del Estudio	28
2.8 Plan de Análisis Estadístico	29
Capítulo III	
Resultados	30
3. Resultados	
3.1 Características sociodemográficos de la Prueba Piloto	30
3.2 Confiabilidad del instrumento	32
3.3 Nivel de Incertidumbre	33
3.4 Prueba Normalidad	36
3.5 Estadística Inferencial	37
Capítulo IV	
4. Discusión	39
4.1 Conclusión	40
4.1 Limitaciones y Recomendaciones	41
Referencias	42
Apéndice A. Consentimiento Informado	47
Apéndice B. Cédula de Datos Generales	47
Apéndice C Instrumento de medición Incertidumbre frente la enfermedad de Merle Michel versión familiar (PPU-FM)	50

## Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel versión familiar (PPU-FM)	16
Figura 2. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica	19

## Lista de Tablas

Contenido	Página
Tabla 1. Características Sociodemográficos	30
Tabla 2. Días de estancia hospitalaria en la UCI	32
Tabla 3. Confiabilidad del instrumento	33
Tabla 4. Nivel de Incertidumbre de acuerdo con el sexo	33
Tabla 5. Nivel de Incertidumbre de acuerdo con el grado de estudios	34
Tabla 6. Nivel de Incertidumbre de acuerdo con el factor I ambigüedad	34
Tabla 7. Nivel de Incertidumbre de acuerdo con el factor II claridad	35
Tabla 8. Nivel de Incertidumbre de acuerdo con el factor III información	35
Tabla 9. Nivel de incertidumbre de acuerdo con el factor IV imprevisibilidad	36
Tabla 10. Prueba de Normalidad	36
Tabla 11. Análisis de correlación	37

## Capítulo I

### 1. Introducción

#### 1.1 Planteamiento del Problema

En el mundo a lo largo de la historia, el ser humano se ha encontrado con múltiples probabilidades de sufrir accidentes que ponen en riesgo su vida, algunos son prevenibles y otros son inevitables. Anualmente existen 3.5 millones de muertes causadas por algún tipo de traumatismo, entre estas lesiones se encuentra el Traumatismo Craneoencefálico (TCE), el cual es un gran problema de salud ya que anualmente mueren 1.5 millones de personas por este tipo de trauma (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Datos reportados por Borjas, Plúas, Vintimilla y Rodríguez (2021) investigaron que el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en el año 2017 realizó una estimación en Estados Unidos donde se reportó 2.9 millones de visitas al departamento de urgencias, hospitalización y muertes relacionadas con TCE, entre ellas 224 mil hospitalizaciones y 61 mil muertes.

En América Latina la situación no es diferente, por ejemplo México, tiene un índice de mortalidad de 38.8 fallecimientos por cada 100 mil habitantes, esto lo convierte en la tercera causa de muerte, que destaca en las edades de 15 a 45 años de edad, principalmente el sexo masculino características que afectan a una población sana y económicamente activa, que genera altos costos para el sistema de salud y los que sobreviven presentarán secuelas importantes y muy pocas personas con secuelas neurológicas podrán reincorporarse a su vida laboral (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018; Ricardez, González, Dehesa y Peraza, 2021; García P. 2020; Rubiano et al., Limas, 2018; Palomino, Cruz, Potete, Soto et al., Raidel, 2021).

Mientras que en la Ciudad de Puebla, en un hospital de Traumatología y Ortopedia en el año 2021 se reportaron un total de 547 casos de TCE de estos 74 pacientes requirieron una

craneotomía de manera urgente para poder salvarle la vida, cifras que ya se empezaban a ver reflejadas en el año 2017 colocando a Puebla en el cuarto lugar a nivel nacional con mayor número de lesiones por este tipo de trauma (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI],2018); Diagnóstico Situacional Instituto Mexicano del Seguro Social, 2021).

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) es un evento que envuelve lesiones en el cuero cabelludo, cráneo o cerebro, regularmente los pacientes más graves tienen un estado neurológico deficiente que necesariamente requieren ser hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Alves, Ramos, Nogueira, Oliveira et Góes, 2019).

La UCI es una área prioritaria ubicada dentro de las instalaciones de un hospital, en ella se proporcionan cuidados específicos de alta complejidad, los pacientes que requieren ser ingresados a esta unidad son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida, motivo por el cual necesitan monitorización continua de las constantes vitales y otros parámetros, como el control de líquidos, los pacientes de TCE que por el estado en el que se encuentran son ingresados a este sitio, se sumergen entre equipos médicos y métodos invasivos completamente desconocidos para ellos y para sus familiares (Vera, 2022).

Esta situación percibida por los familiares genera Incertidumbre, la cual es definida como la incapacidad de determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad, en este caso el ingreso a la UCI por TCE, es decir el familiar, es incapaz de crear un esquema cognitivo relacionado con el evento, debido a que no cuenta con la suficiente información que le ayude a interpretar la situación. El esquema cognitivo, el cual precede a la incertidumbre, es la interpretación subjetiva de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización del paciente (Mishel, 1984). La capacidad cognitiva es limitada, la sobrecarga de información que puede

llegar a tener el familiar reducirá la capacidad de percibir el patrón de síntomas, la familiaridad de los eventos y la congruencia de los eventos (Warburton, 1979).

En la UCI se ha podido observar que los familiares de pacientes hospitalizados presentan niveles de incertidumbre que lamentablemente puede llegar a implicar daños psicológicos como estrés, ansiedad y depresión, estas afecciones mentales dañan de manera drástica la calidad de vida de los familiares (Llantá, Hernández y Martínez, 2015).

Entre las diferentes causas que este problema, es la falta de información que el familiar recibe, causando barreras de entendimiento entre el profesional de salud y el cuidador (Gazer y Arsians, 2018), el familiar necesita tener conocimiento de cómo se encuentra su paciente, el diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y la evolución, para así poder tener la certeza de que se les mantendrán informados si hay la presencia de algún cambio (Taboada, 2019).

Mientras tanto a medida que el tiempo pasa y el familiar no conoce lo que sucede dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, esta incertidumbre aumenta y con ello las necesidades de que alguien les aclare sus dudas, esto da como resultado que muchos familiares lleguen a sentirse insatisfechos con el apoyo y la información recibida ( Lavallée J., Grogan S., Austin c., 2019), sumándole a esto el impacto del diagnóstico, los costos financieros, las demandas del tratamiento, la prolongación del tiempo de hospitalización y la zozobra de pronóstico incierto, lo cual implica grandes desafíos para el familiar.

De acuerdo a una investigación realizada por Hernández e Inmaculada (2018) y para entender un poco lo relevante de la familia en el acontecimiento del TCE es necesario definir a la familia, la cual es la unión de dos personas que juntas comparten un mismo proyecto de vida, y con el paso del tiempo pueden o no llegara tener hijos, también se generan fuertes sentimientos de compromiso personal entre los integrantes, y cuando alguien de estos personajes enferman o

se encuentra dentro de una situación difícil, brindan apoyo emocional, en este caso cuidados a su familiar que se encuentra en vuelta en esta situación.

Es aquí donde cobra importancia el uso de modelos teóricos de enfermería, por ejemplo, para identificar la incertidumbre de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI, por trauma craneoencefálico, la teoría de mediano rango de Merle Mishel, parecería la ideal, ya que define la Incertidumbre como; la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad, en este caso el personaje quien no puede comprender este significado y toma la decisión de los tratamientos realizados al paciente convirtiéndose en la voz de éste, es el familiar, quien es incapaz de asignar un valor definido a los procesos del medio ambiente que le rodea a su familiar de forma precisa (Mishel, 1984; Warburton, 1979).

La Incertidumbre es un concepto que de acuerdo con la teórica puede ser multifactorial, por ejemplo, la educación en palabras de Bernuy (2017), concluye en su investigación que realizó en 239 personas, que a mayor nivel de estudios menor es el nivel de Incertidumbre; Muñoz, et al., en su estudio realizado en Chile (2020), en el cual se midió la incertidumbre presentada en madres de hijos hospitalización en la UCI, concluyeron que el parentesco sí influye en el nivel de incertidumbre, provocando sentimientos negativos en las madres. Taboada (2019), en su estudio realizado en Bogotá, Colombia, pudo observar que, de acuerdo con el sexo, la mujer presenta mayor nivel de Incertidumbre esto lo relaciona con el rol que cumple por costumbre la mujer, el de ser proveedora de cuidado.

En síntesis, la literatura muestra que los factores sociodemográficos pueden llegar afectar o no a la incertidumbre, pero no hay claridad en conjunto, cómo es que los factores sociodemográficos pueden llegar afectar el nivel de incertidumbre cuando los familiares que

tiene un paciente hospitalizado en la UCI por TCE, por lo consiguiente se plantea la siguiente pregunta de investigación.

## **1.2 Pregunta de investigación**

- ¿Cuál es el nivel de incertidumbre de los familiares de pacientes con traumatismo craneoencefálico hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y existe una relación con las características sociodemográficas?

## **1.3. Marco Teórico**

Para el presente estudio se tomarán como marco de referencia los conceptos del Modelo de la Teoría de Incertidumbre en la Enfermedad de Merle Mishel en la versión familiar.

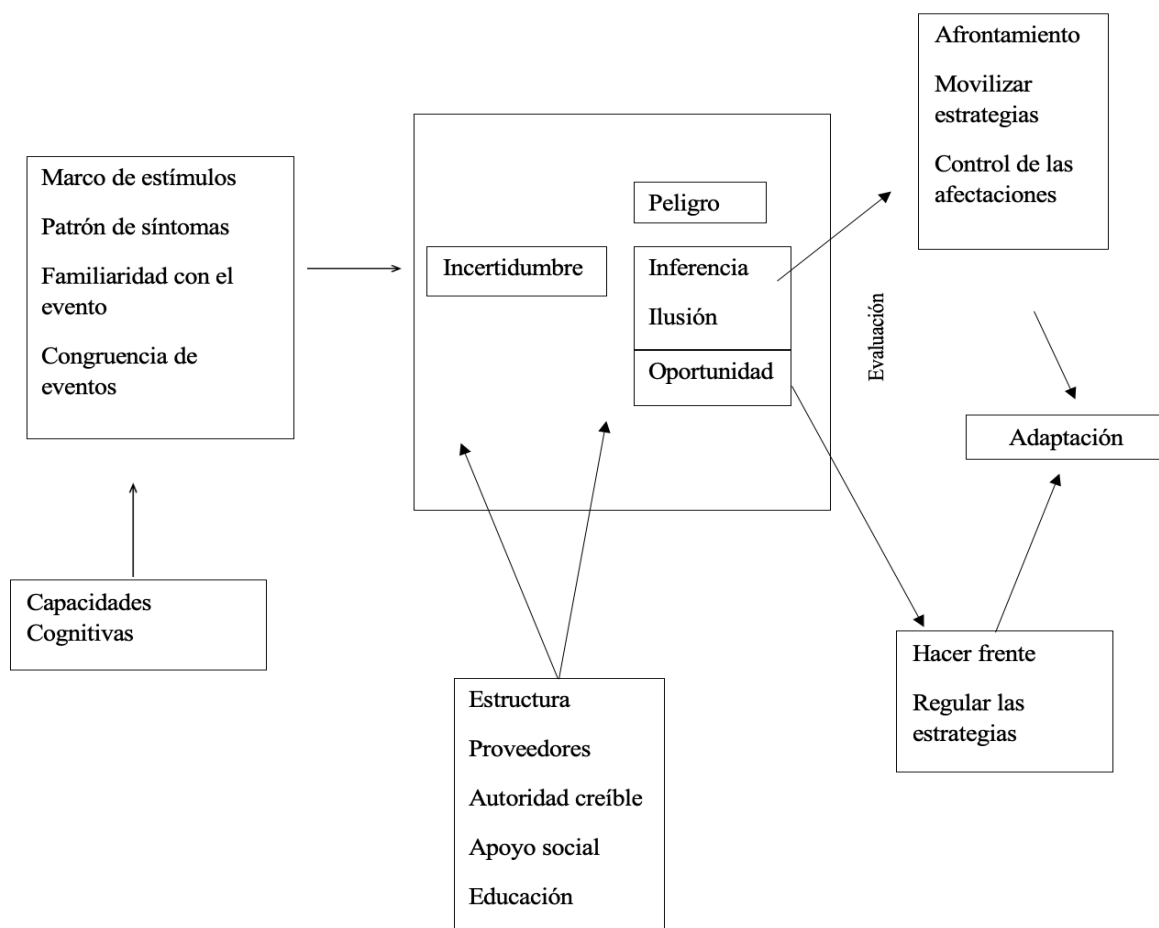
### **1.3.1 Modelo de la Teoría de Incertidumbre a la Enfermedad**

La teoría de la incertidumbre (ITU) en la enfermedad fue desarrollada por Merle Mishel para abordar la incertidumbre durante las fases de diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o una enfermedad con una trayectoria descendente determinada (Mishel, 1988). Posteriormente, Mishel desarrolló una teoría de la incertidumbre reconceptualizada en la enfermedad (RUIT), para abordar la experiencia de vivir con incertidumbre continua en una enfermedad crónica que requiere un tratamiento continuo o una enfermedad con posibilidad de recurrencia (Mishel, 1990).

La incertidumbre se define como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Es un estado cognitivo creado cuando el individuo no puede estructurar o categorizar adecuadamente un evento de enfermedad debido a pistas científicas insuficientes (Mishel, 1988). La teoría explica cómo los pacientes estructuran cognitivamente un esquema para la interpretación subjetiva de la incertidumbre con tratamientos y resultados. Se compone de tres temas principales:

- A. Antecedentes de la incertidumbre
- B. Evaluación de la incertidumbre
- C. Manejo de la incertidumbre

La incertidumbre y el esquema cognitivo son los conceptos principales de la teoría.



*Figura 1.* Incertidumbre en la enfermedad (Mishel, M. H., 1988). Middle Range Theory for Nursing.

La teoría de la incertidumbre de Merle Mishel está conformada por tres constructos de los cuales tomaremos tres conceptos:

Capacidades cognitivas: las cuales son las habilidades de la persona para procesar la información y reflejan tanto las capacidades innatas como las respuestas a situación (Mishel, 1988).

Adaptación: la adaptación refleja el comportamiento psicosocial mostrando dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual (Mishel, 1988).

El marco de estímulos se define como la forma, composición y estructura de los estímulos que la persona percibe. El marco tiene tres componentes: patrón de síntomas, familiaridad con el evento y congruencia del evento. El patrón de síntomas se refiere al grado en que los síntomas están presentes con suficiente consistencia para ser percibidos; la familiaridad con el evento es el grado en que la situación es habitual, repetitiva o contiene señales reconocidas. La congruencia de eventos se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad esperados y experimentados. Los proveedores de capacidad y estructura cognitiva influyen en los tres componentes del marco de estímulos. La capacidad cognitiva es la capacidad de procesamiento de información del individuo. Los proveedores de estructuras son los recursos disponibles para asistir a la persona en la interpretación del marco de estímulos, incluyen educación, apoyo social y autoridad creíble.

El segundo tema principal en la teoría es una evaluación de la incertidumbre, que se define como el proceso de asignar un valor a un evento o situación incierta. Hay dos componentes de evaluación: inferencia o ilusión. La inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando ejemplos relacionados y se basa en disposiciones de personalidad, experiencia general, conocimiento y señales contextuales. La ilusión se refiere a la construcción de creencias formadas a partir de la incertidumbre que tienen una perspectiva positiva.

El resultado de la valoración es la valoración de la incertidumbre como un peligro o una oportunidad. El tercer tema es hacer frente a la incertidumbre e incluye peligro, oportunidad, afrontamiento y adaptación. El peligro es la posibilidad de un resultado dañino. La oportunidad es la posibilidad de un resultado positivo. El afrontamiento de una evaluación de peligro se define como actividades dirigidas a reducir la incertidumbre y manejar la emoción generada por una evaluación de peligro. Hacer frente a una evaluación de oportunidad se define como actividades dirigidas a mantener la incertidumbre.

La adaptación se define como el comportamiento biopsicosocial que ocurre dentro del rango de comportamiento habitual definido individualmente por la persona. La RUIT incluye el tema antecedente en la ITU y añade los dos conceptos de autoorganización y pensamiento probabilístico. La autoorganización es la reformulación de un nuevo sentido del orden, resultante de la integración de la incertidumbre continúa en la propia estructura de uno mismo en la que se acepta la incertidumbre como el ritmo natural de la vida. El pensamiento probabilístico es una creencia en un mundo condicional en el que se abandona la expectativa de certeza y previsibilidad. La RUIT propone cuatro factores que influyen en la formación de una nueva perspectiva de vida: la experiencia de vida previa, el estado fisiológico, los recursos sociales y los proveedores de atención médica. En el proceso de reorganización, la persona reevalúa la incertidumbre mediante aproximaciones graduales, desde una experiencia aversiva a una de oportunidad.

Así, la incertidumbre se convierte en el fundamento de un nuevo sentido del orden y se acepta como el ritmo natural de la vida. Existe la capacidad de concentrarse en múltiples alternativas, elecciones y posibilidades; reevaluar lo que es importante en la vida; considerar la variación en la inversión personal; y apreciar la fragilidad de la vida. La teoría también identifica

las condiciones bajo las cuales se mantiene o bloquea la nueva habilidad. Los conceptos de ambas teorías se relacionan claramente con la enfermería y explican las respuestas humanas a las situaciones de enfermedad. La incertidumbre atraviesa todas las fases de la enfermedad, desde la sintomatología previa hasta el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación; la incertidumbre la experimentan las personas enfermas, pero también los cuidadores y los padres de niños enfermos. El cuidado de enfermería está representado bajo el concepto de estructura proveedora. Debido a que una parte importante de los profesionales de enfermería involucra y proporciona información, se deduce que las acciones son intervenciones para ayudar a los pacientes cuidadores a manejar la incertidumbre.

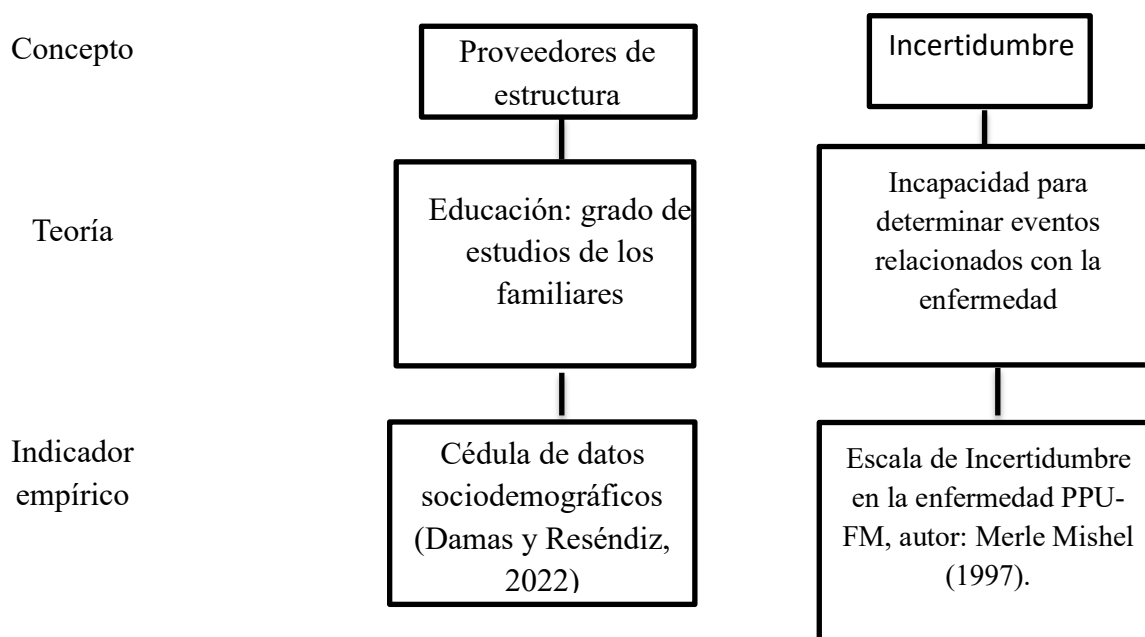


Figura 2. Estructura Conceptual Teórica-Empírica

#### 1.4 Estudios Relacionados

Massa, Torres y Prieto, (2018) llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo transversal con el objetivo de determinar el grado de incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en la UCI. La población estaba conformada por 79 cuidadores familiares de pacientes de las unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena, Colombia. El resultado que obtuvieron fue que predominaron las mujeres como principales cuidadoras con el 78,5%, el 59,5% de los receptores de cuidado fueron mayores que sus cuidadores, el parentesco entre el familiar y el paciente fue madre-padre con el 51,9%. El puntaje global de incertidumbre fue del 59,5% con un nivel regular de incertidumbre, seguido por el 25,3%, en un nivel alto. El presente estudio también analizó de acuerdo con las dimensiones del instrumento, donde se encontró alta incertidumbre frente al diagnóstico, con un 72,2%, y las relaciones entre el cuidador y los proveedores de cuidado, con el 55,7%; el resultado que se pudo observar es la necesidad de diseñar e implementar intervenciones educativas por parte de los profesionales de enfermería hacia los familiares de los pacientes que se encuentran en estado crítico.

Flores, Montalvo y Romero, (2018) hicieron un estudio observacional de corte transversal con el objetivo de determinar la asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en la UCI de Cartagena, Colombia en una muestra que estuvo constituida por 72 pacientes a quienes les fue aplicada la escala de incertidumbre de Merle Mishel. Se estimaron las asociaciones entre el tipo de enfermedad y la incertidumbre mediante la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis. El resultado que obtuvieron fue que la edad promedio de los participantes fue 58.3 años, con predominio del sexo femenino en el 54.2 %, la mediana de estancia hospitalaria correspondió a seis días. El 27.8 % presentó enfermedades cardiovasculares, seguidas de las metabólicas en un 19.4 %. El nivel de incertidumbre fue

regular en el 63.9 % y alto en el 34.7 %. Respecto a la asociación entre variables, no se encontraron diferencias significativas entre los puntajes promedios de la escala según tipo de enfermedad.

Y. Lyu y F. Gao, (2017), hicieron un estudio de tipo descriptivo transversal para conocer el nivel de incertidumbre entre los familiares de los pacientes en la UCI en China y analizar los posibles factores de influencia, en una muestra de 260 miembros de la familia de pacientes hospitalizados en la UCI en un hospital de tercer nivel en Beijing, China. En cuanto los resultados que se pudieron obtener es que la edad media de la muestra fue de 40.9 años. La relación con los pacientes fueron hijos 63,8%, cónyuge 18,8%, nueras o yernos 10,8%, hermanas o hermanos 6,5%, otros 3,8%. La puntuación del nivel de la incertidumbre fue con nivel alto. El presente estudio destaca enfáticamente el alto nivel de incertidumbre sobre la enfermedad entre los familiares chinos de pacientes en UCI. Es necesario que las enfermeras proporcionen apoyo social e intervención psicológica accesibles, especialmente centrados en los miembros de la familia de bajos ingresos, y les ayuden a afrontar la incertidumbre de la enfermedad de forma más positiva.

Flores, Montalvo y Romero, en el año 2016, realizaron un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de determinar el grado de incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en la UCI. Seleccionaron una muestra de 79 cuidadores de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI de la ciudad de Cartagena. Lo que pudieron observar es que predominaron las cuidadoras, en un 78,5%; las dedicadas al rol desde el momento del diagnóstico del familiar. Un 59,5% de los receptores de cuidado son mayores que sus cuidadores, y predominó la relación de parentesco de padre/madre en el 51,9%. Globalmente, el 59,5% de los cuidadores se ubicó en el nivel regular de incertidumbre, seguido por el 25,3%, en alto. Por

dimensiones, se encontró alta incertidumbre frente al diagnóstico, en un 72,2%, y las relaciones entre el cuidador y los proveedores de cuidado, en el 55,7%; regulares niveles se hallaron frente al tratamiento y los síntomas del familiar hospitalizado, en el 63,3% y 51,9%, respectivamente.

Urrutia y Garrido, (2011) hicieron un estudio de tipo prospectivo, observacional, con un enfoque cuali-cuantitativo en la UCI del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. El objetivo del presente estudio fue conocer las creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad de los familiares de pacientes internados en UCI. La población que incluyeron fue de 12 familiares de los pacientes (5 hombres y 7 mujeres). De acuerdo con los datos obtenidos, el 67% de los pacientes presentó un nivel de incertidumbre alto y un 33 % presentó un bajo nivel de incertidumbre. Si comparamos las medias de los factores de incertidumbre, la inconsistencia y la ambigüedad se encuentran sobre la media, siendo mayor esta última. Tras el análisis cualitativo, en cuanto a las creencias de los familiares, la UCI es para los pacientes graves y que se preocupan de él las 24 horas del día, y entre los principales sentimientos se encuentran: la angustia, la preocupación, el miedo a la muerte y la pena. Los elevados niveles de incertidumbre son de gran importancia para enfermería, ya que nos permite implementar medidas para poder disminuirlo, y conocer las creencias y sentimientos, lo que permite establecer intervenciones que contribuyan al proceso de humanización de los cuidados intensivos.

### **1.5 Definición Operacional**

Incertidumbre: se define como la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Es un estado cognitivo creado cuando el individuo no puede estructurar o categorizar adecuadamente un evento de enfermedad La debido a pistas científicas insuficientes (Mishel, 1988). El instrumento con lo cual se medirá será Teoría de la

Incertidumbre frente a la Enfermedad en su forma familiar (PPU-FM), por sus siglas en inglés, el cual obtuvo un alfa .77, lo cual lo hace confiable.

Datos sociodemográficos: Son variables estadísticas con información asociada a una zona geográfica que permiten explicar las características sociales, demográficas y económicas de dicha zona. En este caso, además, incorporan datos del entorno como puntos de interés, datos de inmuebles y datos meteorológicos. El instrumento con lo cual se medirá será con la cédula de datos que se aplicará al inicio de la aplicación del instrumento.

## **1.6 Objetivo General**

- Determinar el nivel de incertidumbre de los familiares de pacientes con traumatismo craneoencefálico hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y conocer si existe una correlación con las características sociodemográficas.

### **1.6.1 Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI con diagnóstico de ingreso de Trauma Craneoencefálico.
- Describir el nivel de incertidumbre de familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de acuerdo con cada factor: ambigüedad, claridad, información e imprevisibilidad que conforma el instrumento.
- Describir la relación entre la incertidumbre de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos con las características sociodemográficas.

## **1.7 Hipótesis**

- H1 Existe una correlación entre el nivel de incertidumbre de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de acuerdo con sus características sociodemográficas.

- H0 No existe una correlación entre el nivel de incertidumbre de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de acuerdo con sus características sociodemográficas.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

#### **2.1 Diseño del estudio**

El diseño de estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional; donde se describe la incertidumbre que es percibida en familiares de pacientes hospitalizados en la UCI y de alcance transversal debido a que se medirá la incertidumbre percibida por familiares hospitalizados en la UCI solo una vez.

#### **2.2 Población**

La población estará conformada por familiares de pacientes hospitalizados en la UCI y que la etiología de ingreso haya sido causada por un trauma craneoencefálico, atendidos en un hospital público en la ciudad de Puebla.

#### **2.3 Población, Muestreo y Muestra**

El muestreo será, no probabilístico por conveniencia.

#### **2.4 Criterios de Selección**

##### **2.4.1 Criterios de inclusión.**

- Familiares de entre un rango de 18 años hasta 50 años.
- Estancia hospitalaria en la UCI mayor a tres días menor a 7 días.
- Etiología de ingreso hospitalario por TCE
- La población de estudio será el familiar que se encuentre con el mayor tiempo del día y de un total como mínimo de tres días consecutivos como cuidador.

##### **2.4.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes que la etiología de ingreso sea diferente a la de un trauma craneoencefálico.

- Que el familiar al que se le aplique el instrumento tenga problemas de comunicación, o que padezcan alguna complicación o patología que le dificulte el responder las preguntas:
- Que no se encuentren dentro del rango de edad establecido.
- Pacientes que se encontrarán previamente hospitalizados en otras unidades del hospital, excepto área de choque.

### **2.4.3 Criterios de Eliminación**

- Participantes que tomarán la decisión de abandonar el estudio, cuestionarios que no fueron contestados en su totalidad o que tenga doble respuesta.

### **2.5 Instrumento de Medición**

El instrumento de valoración que se utilizará para la realización de la presente investigación será el de la escala de incertidumbre en la enfermedad, originalmente llamada “Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A) la cual se ha utilizado para evaluar el nivel de Incertidumbre en pacientes hospitalizados y con enfermedades crónicas, patologías de origen cardiaco, en procedimientos diagnósticos como el cateterismo coronario. Posteriormente en el año de 1997 Mishel muestra interés por medir la incertidumbre ante la enfermedad en el familiar de los pacientes y realiza una adaptación a su instrumento desarrollando una versión familiar (PPUS-FM).

El instrumento PPUS-FM está conformado por 29 ítems y estos a su vez tiene cuatro factores que se describen a continuación:

1. Factor I de ambigüedad: la cual se refiere a la confusión del estado de la enfermedad del familiar, la cual se puede dar a diferentes interpretaciones debido a la falta de información, señales o impresión de la información por parte del profesional de la salud, y se encuentra en los ítems 3,4,8,13,15,18,20,22,24 y 25.

2. Factor II de falta de claridad en el evento: se refiere a recibir o percibir la información sobre el tratamiento y el sistema de cuidado como algo complejo y poco definido, se encuentra en los ítems 2,5,7,9,10,14 y 29.

3. Factor III falta de información: se relaciona con la ausencia de información acerca del diagnóstico y la gravedad de la enfermedad, se encuentra en los ítems 1, 12,26 y 28.

4. Factor IV de imprevisibilidad: se refiere a la imposibilidad de hacer predicciones diarias o futuras respecto a la sintomatología y los resultados de la enfermedad, ítems 11,19 y 23.

El instrumento es evaluado bajo una escala tipo Likert que varía de entre muy de acuerdo con cinco puntos, de acuerdo 4 puntos, muy indiferente (indica opción neutral) tres puntos, en desacuerdo dos puntos y por último muy en desacuerdo con 1 punto, el rango de puntuación oscila entre 29 como mínimo y 145 puntos como máximo, un puntaje de 5 de cada pregunta refleja un nivel alto de incertidumbre en la pregunta correspondiente, salvo para las preguntas 6,7,10,12,21,22,25,27 y 29 donde el puntaje es invertido. La confiabilidad de la escala medida con alfa de Cronbach, en general es de 0.81 a 0.93.

De acuerdo de la sumatoria de los puntajes de cada inciso, el nivel de la incertidumbre se clasifica en nivel bajo incertidumbre de 29-58 puntos, nivel regular de incertidumbre 59 -87 puntos y nivel alto de incertidumbre un puntaje  $> 88$  puntos.

## **2.6 Procedimiento de recolección de Datos**

Para la realización de este estudio se contó con la aprobación por la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y el departamento de enseñanza de un hospital de traumatología y ortopedia, del estado de Puebla.

Una vez que se obtengan las autorizaciones correspondientes se realizarán las siguientes etapas:

Primera etapa: En esta se realizará la recolección de los datos, como son la identificación de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI que cumplieran con los criterios de inclusión, consecutivamente se iniciará con el llenado de la solicitud de consentimiento informado por escrito.

Posteriormente en la segunda etapa se explicará el correcto llenado del instrumento de valoración de PPUS-FM con el apoyo del aplicador y colaborador, así como el llenado de la cédula de datos sociodemográficos, cada ítem será leído a las personas seleccionadas y se aplicará a los familiares que se encontraban en la sala de espera de la UCI, una vez terminada el llenado será verificado, se les dará las gracias por su apoyo y participación, finalmente se resguardaran la información recabada para después hacer el vaciado a la base de datos SPSS.

## **2.7 Ética del Estudio**

El estudio se llevará a cabo de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1983) en el Título Primero, Capítulo Único, referente al Artículo 14, con base en la Fracción I.

De acuerdo con la fracción V, a los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI se les entregó un consentimiento informado por lo que se le solicitó la firma con la que dio su aprobación para participar en la entrevista.

De acuerdo con el Artículo 16 en esta investigación se protegió la privacidad del individuo sujeto de la investigación y se identificó sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autoriza.

Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en la siguiente categoría, de acuerdo al Artículo 17, esta investigación se consideró sin riesgo debido a que se utilizó estudios que empleen técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.

Los participantes que cumplan con los criterios de inclusión fueron informados de manera escrita y verbal, acerca de los objetivos e importancia del trabajo de investigación, de igual manera se protegió los derechos de los participantes aceptando la decisión de abandonar el estudio en el momento que lo crea necesario, así como el respeto a su dignidad a través de la expresión de sus creencias e ideas, beneficios y su autonomía.

## **2.8 Plan de Análisis Estadístico**

Para el tratamiento estadístico se utilizará un software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24 en español, para los datos sociodemográficos la cuales son las variables nominales se utilizaron frecuencias y porcentajes, para determinar el nivel de incertidumbre en la muestra de estudio se utilizará medidas de tendencia central, para describir la distribución de los datos se utilizará estadístico de kolmogorov-Smirnov, con los resultados de significancia estadística ( $p < 0.05$ ) se optara por un estadísticos no paramétrico y cuando el resultado no de significancia estadístico ( $p > 0.05$ ) se optará por un estadístico paramétrico.

## Capítulo III

### Resultados

A continuación, se presentan los resultados de en donde la muestra se conformó por 100 familiares de pacientes de familiares que cumplieran con los datos de inclusión a los cuales se les aplicó el instrumento “Escala de Percepción de la Incertidumbre frente a la enfermedad en su forma familiar PPU-FM”, el tiempo aproximado de llenado fue de 20 minutos, los participantes manifestaron muy pocas confusiones al responder el instrumento, las cuales fueron aclaradas.

En este apartado se describe los resultados en el siguiente orden:

- A) Características sociodemográficas de la Prueba Piloto.
- B) Confiabilidad del instrumento.
- C) Prueba de la normalidad o prueba de hipótesis.
- D) Estadística inferencial.

#### 3.1 Características Sociodemográficas de la Prueba Piloto

Las variables sociodemográficas de interés para este trabajo son edad, sexo, grado de estudios y estado civil, a continuación, se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.

*Características sociodemográficas de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI con diagnóstico de ingreso por TCE.*

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Edad		
19-29	21	21
30-39	31	31
40-49	32	32
50-59	16	16

Sexo		
Mujer	73	73
Hombre	27	27
Grado de estudios		
Primaria	1	1
Secundaria	5	5
Bachiller	32	32
Carrera Técnica	17	17
Licenciatura	43	43
Maestría	2	2
Estado civil		
Soltero	10	10
Casado	55	55
Viudo	9	9
Divorciado	10	10
Concubino	16	16
Fuente: CFSDFPHUCI (Damas y Reséndiz, 2023).		n= 100

La muestra estuvo representada por 100 familiares de pacientes adultos hospitalizados en la UCI con diagnóstico de TCE en un Hospital de tercer nivel de atención del Estado de Puebla, la edad promedio de los cuidadores fue 38.6 +/- (el mayor número de participantes se encuentra entre 30 a 39 años), de una desviación estándar de 9.9 y el rango fue de 39 años. El 73% son mujeres, así mismo sobresale el nivel licenciatura en el grado de estudios de la muestra. Dentro del estado civil la mayoría (55%) son casados.

Tabla 2.

*Días de hospitalización en la UCI de pacientes con TCE.*

Variable: días	<i>f</i>	%
1	4	4
2	10	10
3	22	22
4	16	16
5	33	33
6	11	11
7	4	4

Fuente: CFSDFPHUCI (Damas y Reséndiz, 2023). n= 100

En cuanto la estancia hospitalaria en la UCI, los pacientes con TCE estuvieron mayormente un número de 5 días con el 33%, un rango de 6 y una desviación estándar de 1.4.

### 3.2 Confiabilidad del instrumento

A continuación, se muestra el resultado de Alpha de Cronbach para la confiabilidad del instrumento Escala de Percepción de la Incertidumbre frente a la enfermedad en su forma familiar PPU-FM.

Tabla 3.

*Alpha de Cronbach*

No.	Instrumento	No. de ítems	Alfa
1	PPU-FM	29	.77

Fuente: PPUS-FM (Merle Mishel, 1985) n=100

En la Tabla 3 se muestra el índice de confiabilidad con tamaño de efecto mediano, que de acuerdo con este resultado demuestra que el instrumento PPUS-FM es aceptable para realizar la investigación.

**3.3 Nivel de Incertidumbre**

Tabla 4.

<i>Nivel de Incertidumbre de acuerdo con el sexo de familiares hospitalizados en la UCI</i>		
<i>Sexo</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
<i>Mujeres</i>	<i>51.89</i>	<i>10.00</i>
<i>Hombre</i>	<i>52.11</i>	<i>10.07</i>

Fuente: PPUS-FM (Merle Mishel, 1985) n=100

En la tabla anterior se puede observar que la mayoría de los sujetos de estudio se encuentran en un nivel de Incertidumbre bajo con un promedio de 52 puntos entre hombre y mujeres (29-58 puntos) y una desviación estándar de 10.

Tabla 5.

*Nivel de Incertidumbre de acuerdo con el grado de estudio de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI por TCE.*

<i>Grado de estudios</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
<i>Primaria</i>	<i>62.07</i>	
<i>Secundaria</i>	<i>59.83</i>	<i>9.49</i>
<i>Bachiller</i>	<i>50.27</i>	<i>9.17</i>
<i>Técnico</i>	<i>50.05</i>	<i>8.31</i>
<i>Licenciatura</i>	<i>52.81</i>	<i>11.06</i>
<i>Maestría</i>	<i>51.72</i>	<i>4.88</i>

Fuente: PPUS-FM (Merle Mishel, 1985)

n=100

De acuerdo con el grado de estudios podemos observar que el grado de primaria y secundaria presentaron un nivel regular de incertidumbre (59-87 puntos) y los participantes que contaban con un nivel más alto de estudios: bachiller, técnico, licenciatura y maestría, mostraron un nivel de incertidumbre bajo (29-58 puntos).

Tabla 6.

*Nivel de Incertidumbre de acuerdo con el factor I de Ambigüedad PPU-FM*

<i>Factor Ambigüedad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Bajo</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
<i>Regular</i>	<i>70</i>	<i>70</i>
<i>Alto</i>	<i>15</i>	<i>15</i>

Fuente: PPUS-FM (Merle Mishel, 1985)

n=100

En la tabla 6 se puede observar que la frecuencia con mayor Incertidumbre fue el factor de ambigüedad es en el nivel regular con el 70% y el nivel bajo y alto se encuentran con el mismo porcentaje 15 %.

Tabla 7.

*Nivel de Incertidumbre de acuerdo con el factor II de claridad PPU-FM.*

<i>Factor de claridad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Regular</i>	<i>90</i>	<i>90</i>
<i>Alto</i>	<i>10</i>	<i>10</i>

Fuente: PPUS-FM (Merle Mishel, 1985) n=100

De acuerdo con la tabla 7 se observa que en el factor de claridad no se presentó un nivel bajo si no que solo existió un resultado de regular y alto de nivel de Incertidumbre entre los participantes.

Tabla 8.

*Nivel de incertidumbre de acuerdo con el factor III de información PPU-FM.*

<i>Factor de información</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Bajo</i>	<i>8</i>	<i>8</i>
<i>Regular</i>	<i>73</i>	<i>73</i>
<i>Alto</i>	<i>19</i>	<i>19</i>

Fuente: PPUS-FM (Merle Mishel, 1985) n=100

En la tabla 8 se observa que el 73% dentro del factor III de información se encuentra dentro de un nivel regular de incertidumbre, dejando al nivel regular con un 8% y al nivel alto con un 19%.

Tabla 9.

*Nivel de incertidumbre de acuerdo con el factor IV de imprevisibilidad PPU-FM*

<i>Factor de imprevisibilidad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Bajo</i>	35	35
<i>Regular</i>	53	53
<i>Alto</i>	12	12

Fuente: PPUS-FM (Merle Mishel, 1985) n=100

En la tabla 9 se observa que en el factor de imprevisibilidad obtuvo un nivel de incertidumbre regular ante la enfermedad con un 53%.

### 3.4 Prueba de Normalidad

Tabla 10.

*Prueba de Normalidad*

<i>Índice</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i>	<i>Valor</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
			<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Calculada</i>	
<i>PPU-FM</i>	53.44	9.96	28.45	68.10	.89	.049

Nota: *M*=Media; *DE*=desviación estándar; *K-S*= Kolmogorov-Smirnov; *p*= significancia bilateral.

En tabla 10, se describen los resultados de la prueba de normalidad a la que fueron sometidas las variables numéricas, en virtud de los grados de libertad se eligió la prueba de Kolmogorov-Smirnov dado que se realizó en 100 sujetos de estudio. Los resultados mostraron una  $p < .05$  lo cual indica la pertinencia de utilizar estadística no paramétrica, por lo tanto, se selecciona la utilización de la prueba Pearson.

### 3.5 Estadística Inferencial

Para complementar los resultados de la distribución sin normalidad, se conservaron los siguientes supuestos para aplicar la prueba Pearson: medir la relación o grado de asociación entre dos variables, homoestabilidad de las varianzas ( $p < 0.05$ ).

Tabla 11.

*Análisis de correlación entre la incertidumbre y datos sociodemográficos de la población en estudio*

		Sexo	Estado civil	Edad en años cumplidos	Grado de estudios
Nivel de Incertidumbre	Correlación	.010	-.125	.085	-.019
	p	.923	.214	.398	.855

Nota.  $p$ =significancia bilateral

*Coefficiente de correlación de Pearson entre las variables de sexo, estado civil, edad en años cumplidos y grado de estudios para el nivel de incertidumbre.*

Datos sociodemográficos	Sexo	Estado civil	Edad en años cumplidos	Grado de estudios
Sexo	1			
Estado civil	.052	1		
Edad en años cumplidos	*-.198	-.572	1	
Grado de estudios	.052	.028	-.075	1

\*La Correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

En la tabla 11 se muestra que la significancia bilateral entre los datos sociodemográficos es mayor  $> .05$  lo cual se acepta la  $H_0$  que nos dice que NO existe relación del nivel de Incertidumbre de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de acuerdo con sus características sociodemográficas. En el coeficiente de relación se puede

observar que existe una relación negativa en estado civil y el grado de estudios, la correlación de sexo y edad en años cumplidos es positivo pero un nivel bajo.

## **Capítulo IV**

### **4. Discusión**

El objetivo de este trabajo fue determinar el nivel de Incertidumbre que presentan los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos y que su diagnóstico de ingreso fuera TCE, e identificar si existe alguna relación con sus características sociodemográficas (edad, sexo y grado académico).

Dentro de los datos sociodemográficos en especial el sexo, se pudo observar que predomina la mujer con 73% como cuidadora, resultado que coincide con el estudio realizado en Cartagena, Colombia., por los autores Massa, Torres y Prieto (2018), en el cual de igual manera predominó la mujer con el 78.5% como generadora de cuidado, dentro del análisis del nivel de Incertidumbre a nivel global fue de un nivel de Incertidumbre bajo, con un resultado de 52% que al contrario se encuentra con resultados obtenidos por estos mismos autores, obteniendo un resultado regular de 59.5%.

Así mismo, en contraste con un estudio realizado por Y. Lyu y F. Gao, (2017) la puntuación del nivel de Incertidumbre fue un nivel alto sobre la enfermedad de los pacientes de familiares hospitalizados en la UCI, a comparación con el resultado de la muestra obtenida en este estudio la cual fue un nivel bajo de Incertidumbre, se puede identificar que a pesar de que son países en diferentes continentes se tiene la necesidad de brindar herramientas para poder enfrentar la situación que conlleva tener un familiar en la UCI.

De igual manera los autores Flores, Montalvo y Romero (2016) obtuvieron un nivel de Incertidumbre regular con un 59.5% de la muestra, el sexo que más prevaleció fue el sexo femenino con un 78.5%, enfatizando el rol que ocupa la mujer como cuidadora. Otro estudio realizado por estos mismos autores, pero dos años después (2018) dentro del promedio de días de estancia hospitalaria en la UCI, fue de seis días a comparación del resultado que se pudieron obtener en este estudio fue un promedio de 5 días y dentro de la calificación global del nivel de

incertidumbre fue regular con un 63.9% de la muestra de estudio concluyendo que los días de estancia hospitalaria no modifican el nivel de Incertidumbre.

Urrutia y Garrido (2011), comenta un nivel alto de Incertidumbre dentro de la población estudiada en su artículo con un 67%, dentro de los factores el que mayor puntaje obtuvo fue ambigüedad, a diferencia de este estudio donde el mayor puntaje lo obtuvo el factor de claridad con un promedio de 90 puntos.

#### **4.1 Conclusión**

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede identificar el promedio del nivel de Incertidumbre, el cual es bajo, pero cabe resaltar que la mayor parte de la población estudiada tiene una escolaridad de licenciatura (43%) lo que revela que el grado de estudios es un factor condicionante, como lo menciona en su teoría Merle Mishel, al referirse que la capacidad cognitiva y la educación puede llevar a la Incertidumbre como una oportunidad o un peligro. Lo ideal es que los familiares que obtuvieron este nivel continúen dentro de este, para que de esta manera se logre hacer frente a la situación y llegar al proceso de adaptación aceptando a la incertidumbre como el ritmo natural de la vida.

Los resultados obtenidos de acuerdo con el sexo en todos los estudios que se pudieron revisar se continúan resaltando el papel en la sociedad de la mujer como generadora de cuidado, dato que a lo largo de la historia se ha podido observar ya que se relaciona a su fuerte sentimiento de maternidad.

Así mismo el estudio fue descriptivo el cual crea la oportunidad de continuar planteando mucho más variables de estudio que inciden en este fenómeno y que además se crean en otros estudios a futuro, intervenciones de enfermería en donde se les brinda de igual manera una atención a los familiares como a los pacientes y de esta manera se pueda mejorar la calidad de

vida de estos familiares que fungen como la voz del paciente que se encuentra hospitalizado en UCI y que de acuerdo a su mismo estado no puede tomar decisiones.

#### **4.2 Limitaciones y Recomendaciones**

Una de las principales de las limitaciones del estudio es que no se cuenta con suficiente información de acuerdo a los estudios relacionados, ya que no existen investigaciones que midan la incertidumbre de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI específicamente por diagnóstico de TCE, se requiere realizar más estudios para proponer programas de intervenciones en los familiares para que puedan llegar a la aceptación de la incertidumbre como un proceso, ya que el TCE como lo pudimos observar dentro de la epidemiología es la cuarta causa de muerte en la ciudad de Puebla y las cifras seguirán en aumento.

#### **Referencias**

- Chen, C., Wittenberg, E., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A., & Chang, Y. P. (2021). The experiences of family members of ventilated COVID-19 patients in the intensive care unit: A qualitative study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 38(7), 869-876.
- Dari, T. W., & Bahrudin, M. (2021). Uncertainly Based Critical Nursing Model on Family of Family Needs in Bangil General Hospital, Pasuruan, Indonesia. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 15(4), 2705.
- Diaz-Oviedo, A., & Castro Mata, J. M. (2022). Evaluación de la hoja de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Ciencia Y Cuidado*, 19(1), 19–30.  
<https://doi.org/10.22463/17949831.3114>
- Duque-Ortiz, C., & Arias-Valencia, M. M. (2020). Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios. *Enfermería Intensiva*, 31(4), 192-202.
- Duque-Ortiz, C., & Arias-Valencia, M. M. (2022). La familia en la unidad de cuidados intensivos frente a una crisis situacional. *Enfermería Intensiva*, 33(1), 4-19.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2016). *Sítio web:Depresión* Recuperado de:  
[Depresión \(imss.gob.mx\)](https://www.imss.gob.mx/Depresión)
- Leonel, M. B., García, C. I. H., Mejía, Y. M., & Gómez, C. O. (2020). Niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios con personas de cuidado hospitalizados en servicios restringidos: estudio piloto. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 7.
- Massa, E. R., Torres, I. E. F., y Prieto, A. M. P. M. (2018). Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1). DOI:  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.icfp>

Lyu, Y. y Gao, F. (2017). Incertidumbre por la enfermedad y sus factores que influyen entre los familiares de pacientes en la unidad de cuidados intensivos: un estudio transversal en China. En *la A38. Mejora de la calidad y los resultados de los cuidados críticos* (págs. A1436-A1436). Sociedad Torácica Americana. Recuperado de:

<https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/ajrccm>

Flórez Torres, I. E. D. R., Montalvo Prieto, A., y Romero Massa, E. (2018). Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Avances en Enfermería*, 36(3), 283-291.

Flórez Torres, Inna Elida del R., Montalvo Prieto, Amparo, y Romero Massa, Elizabeth. (2018). Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Avances en Enfermería*, 36(3), 283-291.

<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.66508>

Urrutia, I. B., y Garrido, P. S. (2011). Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Rev Chil Med Inten*, 26.

Recuperado de:

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33276288/INCERTIDUMBRE\\_FAMILIA-libre.pdf?1395403819=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCreencias\\_Sentimientos\\_e\\_Incertidumbre\\_f.pdf&Expires=1705604841&Signature=HzmGeIvaonLdDhbhH8KoiIqbqsvNHCTkJHT5XQYgOTaepBbIbR~dq-hc9OVZCaFjdJ0665xo~JGIM5-z-zioSozZZgLuRu-rDiBaFpAxMdmjkLDapf~E6GNSSYTG2UoptsQNXOb4~3uFSi7aLTXDai1Bm6GgGa8Ygvnyei7BAS8TFKXXtkSnIQxV4Nkyo1jA4E0PneSo~pj3AKOgB92BAzTDbiI30abHYpZdNM-](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33276288/INCERTIDUMBRE_FAMILIA-libre.pdf?1395403819=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCreencias_Sentimientos_e_Incertidumbre_f.pdf&Expires=1705604841&Signature=HzmGeIvaonLdDhbhH8KoiIqbqsvNHCTkJHT5XQYgOTaepBbIbR~dq-hc9OVZCaFjdJ0665xo~JGIM5-z-zioSozZZgLuRu-rDiBaFpAxMdmjkLDapf~E6GNSSYTG2UoptsQNXOb4~3uFSi7aLTXDai1Bm6GgGa8Ygvnyei7BAS8TFKXXtkSnIQxV4Nkyo1jA4E0PneSo~pj3AKOgB92BAzTDbiI30abHYpZdNM-)

[tMl1VmL5gdrnpV4GiinTWiYnfosaz1xhseMhbqmBGXLIN6mX9GHg4p9UPJGJhUanWzpquS1P6Sq5keG5ISUPGaRov-1WuAZD6JVqEzwdhc6JoQ\\_ &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.gob.mx/ssa/documentos/tMl1VmL5gdrnpV4GiinTWiYnfosaz1xhseMhbqmBGXLIN6mX9GHg4p9UPJGJhUanWzpquS1P6Sq5keG5ISUPGaRov-1WuAZD6JVqEzwdhc6JoQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

Piscitello, G. M., Fukushima, C. M., Saulitis, A. K., Tian, K. T., Hwang, J., Gupta, S., & Sheldon, M. (2021). Family meetings in the intensive care unit during the coronavirus disease 2019 pandemic. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 38(3), 305-312.

Secretaria de Salud (SSA, 2020). *Sitio web: Recursos Humanos* Recuperado de: [Recursos en Salud](#)

Sociedad Médica de Cuidados Intensivos (SCCM, 2020). *Sitio web: Society of Critical Care Medicine* Recuperado de: [Society of Critical Care Medicine | SCCM](#)

Suárez, E. F. A., & Blandon, D. A. S. (2021). Percepción sobre actividades de enfermería para satisfacción de necesidades familiares en cuidado intensivo adulto. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 23.

Zapata, C. S., Gómez, M. A., Sanchez, T. E. G., Rúa, M. C. M., Blandón, A. T., & Quintero, A. U. (2021). Depresión mayor en población general de Envigado (Colombia): prevalencia y factores asociados. *Revista CES Psicología*, 14(3), 117-133.

Palomino, A., Cruz, M., Potete, R., Soto, Y., Moreira, L. (2021). Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital General

“Comandante Pinares”. Universidad de Ciencias Médicas, Piñar de Río, 17(3), 1-9.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/6382/638270030010/html/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (15 de noviembre de 2018). Estadística a propósito del día mundial en recuerdo de las víctimas de los accidentes de tráfico (18 de noviembre). Recuperado de:

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/trafico2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/trafico2018_Nal.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (20 de junio 2022). Traumatismos causados por el tránsito.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

Instituto Nacional de Salud Pública. (26 de agosto de 2020). Accidentes en motocicleta.

Recuperado de: <https://www.insp.mx/avisos/3889-accidente-motocicleta.html>

Rubiano, K., Limas, Juan. (2018). Severidad de lesiones Músculo Esqueléticas en pacientes que sufren accidentes de tránsito en motocicleta. Mayo-Noviembre, 2018. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Recuperado de:

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19236/Severidad%20de%20Lesiones%20musculoesqueleticas%20.pdf?sequence=1>

Ramos, C., Araújo, J., Morais, L., Nogueira, C., Oliveira, E., et Góes, Osvaldo. (2019).

Accidente de tráfico: análisis de los casos de traumatismo craneoencefálico. Enfermería Global. (54). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.324751>

Araújo, J. (2019). Traumatismo craneoencefálico admitido en la unidad de terapia intensiva.

Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 5 (5), 54-73. Recuperado de: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/traumatismo-cranioencefalico>

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. Recuperado de:

<https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR42.pdf>

Hernández, R., Inmaculada, M. (2018). La familia y sus modelos. Publicaciones Didácticas.

(100), 496-498. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/235851467.pdf>

Burbano, L., Sánchez. (2017). Traumatismo de la médula espinal e incertidumbre desde la teoría de Merle Mishel. *Enfermería Universitaria*. 14(3). DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.004>

## **Apéndice A.**

### **Consentimiento informado**

## **Justificación y Objetivos de Investigación**

Se ha podido observar, que los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentan niveles de incertidumbre que lamentablemente puede llegar a implicar daños psicológicos como estrés, ansiedad y depresión (Mishel, 1990), los que puede llegar a afectar drásticamente la calidad de vida de los CP (Llantá M., Hernández K., Martínez Y., 2015), es por esta razón que se desarrollará un proyecto de investigación, en el cual ha sido invitado a participar.

Es importante que conozca que su participación es completamente voluntaria y que puedo retirarme cuando en el momento que así lo desee y no habrá ningún tipo de efecto ante ello.

## **Procedimiento**

Entiendo que participaré en el estudio, el cual consiste en dar respuesta a la cédula de datos, donde mencionaré elementos personales; responderé un instrumento con 29 ítems que se calcula que el llenado será de 20 minutos o menos aproximadamente.

## **Riesgos**

No existen riesgos dentro de la participación de este estudio, el cual se realizan con fines científicos y de investigación; sin embargo, si en algún momento se aborda un tema sensible o que pudiera afectarme emocionalmente, **puedo no contestar y retirarme del estudio si así lo deseo**. Asimismo, si se necesita apoyo emocional o ayuda profesional para poder procesar la crisis del momento los estudiantes me brindarán el apoyo necesario para resolver cualquier duda.

## **Beneficios**

Se me informó que este estudio se realiza con la finalidad de identificar el nivel de Incertidumbre en los cuidadores principales de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados. No habrá ninguna retribución económica.

## **Confidencialidad**

La información que proporcione no será exhibida a ningún público, ya que será manejada de manera estrictamente confidencial, mi nombre no será descrito dentro del estudio; sin embargo, una vez realizado el análisis del estudio y posterior a 18 meses, los datos registrados serán eliminados de la base de datos.

## Consentimiento

Se me ha aclarado que puedo realizar preguntas en cualquier momento y obtener respuestas satisfactorias para poder ver los resultados de la investigación realizada.

### H. Puebla de Z., del 2022

Yo, \_\_\_\_\_ acepto de manera voluntaria brindar información y participar en el estudio. He leído la información de este formato y todas mis dudas han sido aclaradas.

Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación en el momento que lo desee.

Si autorizo ( )

No autorizo ( )

---

Firma

### Apéndice B. Cédula de Datos Generales

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

3. Estado civil:

( ) soltero ( ) casado ( ) viudo ( ) divorciado

( ) concubino (a)

4. Diagnóstico de ingreso:

5. ( ) Trauma cráneo encefálico

6. Tiempo de estancia hospitalaria \_\_\_\_\_
7. Tiempo de la enfermedad: \_\_\_\_\_
8. Grado de estudios:
- ( ) Primaria    ( ) Secundaria    ( ) Bachiller    ( ) Técnico
- ( ) Ninguno    ( ) Licenciatura    ( ) Maestría

### **Apéndice C.**

Instrumento de Escala de Percepción de la Incertidumbre frente a la enfermedad en su forma familiar PPU-FM propuesta por Merle Mishel.

Introducción: No hay repuestas buenas o malas solo contesta lo más honesto posible

Elija una respuesta de acuerdo con lo que piense y márkelo con una X

Muy de acuerdo	MA =5
De acuerdo	A= 4
Muy indiferente o intermitente (indica opción neutral)	I=3
En desacuerdo	D= 2
Muy en desacuerdo	MD = 1

Preguntas	Respuestas				
	1 Muy en desacuerdo (MD)	2 En desacuerdo (D)	3 Muy indiferente (opción neutra) (I)	4 De acuerdo (A)	5 Muy De acuerdo (MA)
1.¿Usted está informado de la enfermedad de su paciente?					
2.¿Tiene usted muchas dudas sin respuesta?					
3.¿Sabe si ha mejorado o empeorado su familia?					
4.¿Tiene claro cuánto daño le hace la enfermedad a su familiar?					
5.¿La explicaciones que le dan parecen confusas?					
6.¿La finalidad de cada tratamiento le es clara?					
7.¿Cuándo su familiar tiene dolor sabe lo que significa para la condición de salud?					
8.¿Usted sabe cuándo habrá algún cambio en el tratamiento de su familiar?					
9.¿Los síntomas de su familiar continúan cambiando impredeciblemente?					
10.¿Entiende todo lo que se explica?					
11.¿Los médicos dicen cosas que podrían tener mucho significado?					
12.¿Puede predecir cuánto demora la enfermedad de su paciente?					

13.¿El tratamiento es complejo para entenderlo?					
14.De acuerdo con el equipo de salud que le brinda la atención, le es claro ¿quién es el responsable de la salud de su familiar?					
15.¿Los tratamientos le están ayudando a su familiar?					
16.¿ Puede planear el futuro de su familiar?					
17.¿El curso de la enfermedad se mantiene?					
18.¿Sabe cómo manejar la enfermedad de su paciente después de que deje el hospital?					
19.¿Le han estado entregando diferentes opiniones acerca de cuál es la enfermedad?					
20.¿Usted no tiene claro lo que está sucediendo?					
21.¿Sabe si su paciente tendrá un buen o mal día?					
22.¿ Sabe cuándo se va a sentir mejor su familiar?					
23.¿Le han dicho cómo tratar la enfermedad de su paciente?					
24.¿Es difícil saber cuánto tiempo pasará para que su familiar se cuide por sí mismo?					
25.¿ Puede generalmente predecir el curso de la enfermedad de su paciente?					
26.¿Le entregan demasiada información que no puede decir cuál es la más importante?					
27.¿ Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad?					
28.¿ Le han dado un solo diagnóstico de su paciente?					
29.¿El malestar físico de su paciente es predecible, cuándo está mejorando o empeorando?					