

Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI

Associação entre o
nível de incerteza e o
tipo de enfermidade
em pacientes
hospitalizados em
UTI

Association
between the level
of uncertainty and
the type of illness in
patients hospitalized
in ICU

• Inna Elida del R. Flórez Torres¹ • Amparo Montalvo Prieto² • Elizabeth Romero Massa³ •

•1• Facultad de Enfermería, Universidad
de Cartagena (Cartagena, Colombia).
Correo electrónico:
iflorezt@unicartagena.edu.co

•2• Facultad de Enfermería, Universidad
de Cartagena (Cartagena, Colombia).
Correo electrónico:
amparo.montalvoprieto@yahoo.com

•3• Facultad de Enfermería, Universidad
de Cartagena (Cartagena, Colombia).
Correo electrónico:
elyroma57@hotmail.com

Recibido: 21/07/2017 Aprobado: 01/06/2018

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



Resumen

Objetivo: determinar la asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo de Cartagena, Colombia.

Materiales y métodos: estudio observacional de corte transversal. La muestra 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.

Resultados: la edad promedio de los participantes fue 58,3 años (DE = 19,4), 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 (Prob. de Kruskal-Wallis > 0,05).

Conclusión: la complejidad de la situación, las expectativas relacionadas con el compromiso de la salud, la presentación de los síntomas y los tratamientos médicos o quirúrgicos instaurados originaron incertidumbre independiente del tipo de enfermedad.

Descriptores: Incertidumbre; Enfermedad Grave; Unidad de Cuidados Intensivos (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: determinar a associação entre o nível de incerteza e o tipo de enfermidade em pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva de Cartagena, Colômbia.

Materiais e métodos: estudo observacional de corte transversal. A amostra esteve constituída por 72 pacientes aos quais se aplicou a escala de incerteza de Merle Mishel. Estimaram-se as associações entre o tipo de enfermidade e a incerteza mediante o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Resultados: a idade média dos participantes foi 58,3 anos (DE = 19,4), com predomínio do sexo feminino em 54,2 %, a mediana de permanência hospitalar correspondeu a seis dias. Entre os participantes 27,8 % apresentaram enfermidades cardiovasculares, seguidas das metabólicas em 19,4 %. O nível de incerteza foi regular em 63,9 % e alto em 34,7 %. Com relação à associação entre variáveis, não foram encontradas diferenças significativas entre as pontuações médias da escala segundo o tipo de enfermidade (teste de Kruskal-Wallis > 0,05).

Conclusão: a complexidade da situação, as expectativas relacionadas com o compromisso da saúde, a apresentação dos sintomas e os tratamentos médicos ou cirúrgicos instaurados originaram incerteza independente do tipo de enfermidade.

Descritores: Incerteza; Enfermidade Grave; Unidade de Terapia Intensiva (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to determine the association between the level of uncertainty and the type of disease in patients hospitalized in intensive care units of Cartagena.

Materials and methods: cross-sectional observational study. The sample consisted of 72 patients to whom the Merle Mishel uncertainty scale was applied. Associations between the type of disease and uncertainty were estimated using the Kruskal Wallis nonparametric test.

Results: the average age of the participants was 58.3 years (SD = 19.4), with a predominance of females in 54.2 %, the median length of hospital stay was 6 days. 27.8 % had cardiovascular diseases, followed by metabolic diseases in 19.4 %. The level of uncertainty was regular at 63.9 % and high at 34.7 %. Regarding the association between variables, no significant differences were found between the average scores of the scale according to the type of disease (Kruskal Wallis prob. > 0.05).

Conclusion: the complexity of the situation, the expectations related to the commitment to health, the presentation of symptoms and the medical or surgical treatments established originated uncertainty independent of the type of disease.

Descriptors: Uncertainty; Catastrophic Illness; Intensive Care Units (source: DeCS, BIREME).

Introducción

Merle Mishel (1) en su teoría de mediano rango de la incertidumbre frente a la enfermedad (UIT, por sus siglas en inglés) y su posterior reconceptualización (RUIT) define este concepto como la inhabilidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Como estado cognitivo la incertidumbre se presenta en situaciones de enfermedad, caracterizadas por ser ambiguas, complejas e impredecibles o cuando la información proporcionada a los pacientes es inconsistente o no está disponible (1).

Esta teoría ofrece un sólido soporte para la investigación en sujetos que experimentan la fase aguda o la trayectoria de una enfermedad. La RUIT direcciona la experiencia de vivir la incertidumbre permanente en situaciones crónicas, las respuestas psicológicas ante la falta de definición de un diagnóstico y tratamiento y la disrupción que causa en el equilibrio del sistema humano como una totalidad (2).

En este sentido, desde su desarrollo la teoría provee un marco de referencia a las enfermeras para comprender la experiencia de pacientes en situaciones como el cáncer, el control de la incertidumbre y su anticipación en la práctica, como el cambio inexplicable de los síntomas, el resultado de una biopsia pendiente, el apoyo social limitado y otros contextos en los que los pacientes y las familias no tienen información suficiente. Asimismo, sustenta la necesidad de intervenciones que faciliten el ajuste a lo largo de la trayectoria de la enfermedad y el afrontamiento a la muerte (3).

La aplicación de la teoría ha sido útil en otras condiciones crónicas como la fibromialgia (4), las enfermedades cardíacas y renales y su asociación con la calidad de vida (5), el afrontamiento, la depresión, entre otras variables (5, 6).

Como un evento agudo que genera incertidumbre, la experiencia de la admisión y hospitalización de pacientes en un escenario complejo como la unidad de cuidado intensivo (UCI), representa un importante impacto físico y emocional, que modifica y pone en peligro la vida; estar críticamente enfermo en el alto ambiente tecnológico produce una disrupción temporal, perturbadora y alienante con efectos duraderos, cargada de incertidumbre frente al futuro (7). Desde la psicología han sido estudiadas las

necesidades emocionales de los pacientes, en las que los temores, la soledad y la pérdida de autonomía son condiciones frecuentes, además de la presencia de estresores biológicos, psicológicos y sociales (8).

Desde la disciplina de enfermería, el abordaje de la incertidumbre en los pacientes hospitalizados en UCI posibilitará la comprobación teórica de Mishel mediante el uso de su indicador empírico; los resultados permitirán valorar las necesidades de cuidado más allá de sus dimensiones físicas.

Teniendo en cuenta el contexto y los antecedentes del estudio, la hipótesis se planteó en los siguientes términos: el nivel de incertidumbre está asociado con el tipo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en UCI; en consecuencia, el objetivo general fue determinar la asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI.

Metodología

Los aspectos éticos de la investigación se respaldaron en la Resolución 008430 de 1983 del Ministerio de Salud de Colombia y en el Código de Ética en Enfermería (9, 10). El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena (Cartagena, Colombia) y por los comités de ética institucionales. El estudio fue clasificado de riesgo mínimo, se contempló el consentimiento informado, la participación voluntaria, el manejo confidencial de la información y el pago de derechos a la autora por el empleo del instrumento.

Se realizó un estudio observacional de corte transversal (11), la población la conformaron todos los pacientes que representaron el promedio de egresos hospitalarios mensuales del primer semestre del año 2012 de tres UCI de la ciudad de Cartagena. Se codificó a cada institución participante como A (60 pacientes), B (35 pacientes) y C (45 pacientes). La muestra la constituyeron 72 pacientes, se calculó considerando una proporción esperada del 20 %, error tipo I de 5 %, poder de 80 % y precisión de 6 %.

Se seleccionaron los pacientes adultos de ambos sexos hospitalizados por primera vez en UCI con cualquier diagnóstico médico o quirúrgico, que se encontraran conscientes y estables en sala de hospitalización, con menos de siete días de egreso de UCI.

Se aplicaron dos instrumentos: una ficha sociodemográfica y clínica diseñada por las investigadoras

y la escala de incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel, versión para el adulto hospitalizado; la cual consta de 29 preguntas agrupadas en cinco subescalas: incertidumbre frente al diagnóstico, síntomas, tratamiento, relaciones con el equipo de salud o proveedores de estructura y frente al pronóstico (12).

Las opciones de respuestas para cada ítem se presentan en una escala tipo Likert, que va desde muy en desacuerdo, desacuerdo, indiferente a, de acuerdo, hasta muy de acuerdo, con valores mínimo de 1 punto y máximo de 5 puntos. La puntuación total de la escala oscila entre 29 y 145 puntos, a mayor puntaje mayor incertidumbre. Para el análisis de los resultados se obtuvo un valor único de la sumatoria de las opciones, muy de acuerdo y de acuerdo, y muy en desacuerdo y desacuerdo.

Se tomaron como referencia los puntos de corte contemplados en el estudio de Gómez y Durán (13), nivel de incertidumbre bajo: menor de 59 puntos; regular: entre 59 y 87 puntos; y alto: mayor de 87 puntos.

Han sido reportadas adecuadas propiedades psicométricas de la escala en estudios hechos con pacientes hospitalizados (14, 15); Gómez *et al.* (16) en pacientes diabéticos de Cartagena, informaron una buena consistencia interna medida por un alfa de Cronbach de 0,81. En este estudio la confiabilidad reportó un alfa de Cronbach de 0,789.

La información la recolectaron las investigadoras y dos auxiliares de investigación previamente entrenadas. Los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel y todos los análisis se condujeron empleando el paquete estadístico IBM SPSS V. 20 para Windows (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Inicialmente se verificó la normalidad de distribución de los datos con la prueba Shapiro-Wilk, luego se aplicó estadística descriptiva a las características sociodemográficas y clínicas, a la puntuación obtenida a nivel global de incertidumbre y por subescalas. Se calcularon proporciones e intervalos de confianza al 95 % a las variables cualitativas y a las cuantitativas media y desviación estándar (12).

Dado que los datos no siguieron una distribución normal y para estimar las diferencias entre los puntajes de incertidumbre y el tipo de enfermedad, se utilizó la prueba Kruskal-Wallis, asumiendo como significancia estadística para todos los resultados un valor de $p < 0,05$.

Resultados

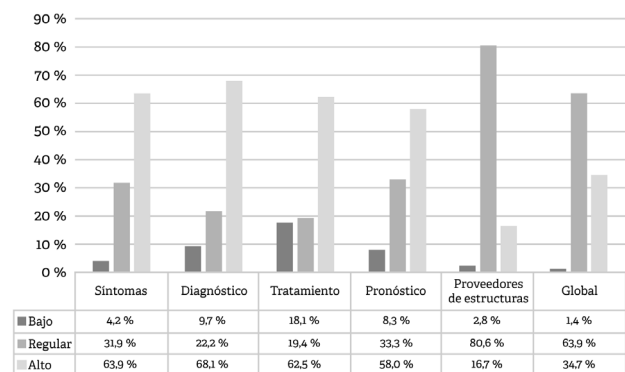
Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados en UCI

El promedio de edad de los participantes fue de 58,3 años (DE = 19,4), 54,2 % correspondió al sexo femenino, 45,8 % de ellos casados, seguidos por un 33,3 % que vive en unión libre. Un 12,5 % es analfabeta, igual porcentaje cursó estudios de primaria y secundaria en el 38,9 % y cerca del 10 % tiene estudios superiores y técnicos, más del 50 % pertenece al estrato socioeconómico 2. Predominaron las enfermedades cardiovasculares en un 27,8 %, y metabólicas en un 19,4 %, hospitalizados por tratamiento médico el 79 % de los pacientes. La mediana de días de estancia hospitalaria fue de seis (rango intercuartílico entre tres y doce días).

Nivel de incertidumbre global y por subescalas

El nivel de incertidumbre global fue regular en el 63,9 % y alto en el 34,7 %. Por subescalas, se encontraron altos niveles de incertidumbre frente al diagnóstico (68,1 %), síntomas (63,9 %), tratamiento (62,5 %) y pronóstico (58,0 %). Niveles regulares de incertidumbre fueron hallados en mayor proporción frente a las relaciones entre el paciente y los proveedores de estructura en un 80,6 % (Figura 1).

Figura 1. Nivel de Incertidumbre global y por subescalas



Fuente: datos del estudio, 2012

Incertidumbre por subescalas

Los ítems que sustentan el alto nivel de incertidumbre frente a los síntomas correspondieron a: no tener claro lo que le está sucediendo en el 80,6 % y cuándo se va a sentir mejor en el 73,6 %, el 70,8 % desconoce el significado del dolor para su condición de salud, informan que su malestar físico es impredecible, no saben cuándo están mejorando o empeorando en el 62,5 % (Tabla 1).

Con respecto al diagnóstico el 73,6 % de los participantes no tiene claridad sobre el daño que le produce la enfermedad, en menor porcentaje los participantes manifestaron desconocerla (Tabla 1).

Con relación al tratamiento, se encontró que el 83,3 % de los participantes no sabe cuándo habrá cambios en el mismo, para el 77,8 % es complejo

entenderlo, el 70,8 % informó no tener la claridad de su finalidad (Tabla 1).

Al valorar la incertidumbre frente al pronóstico, el 84,7 % de los participantes indica no poder determinar el tiempo que pasará antes de cuidarse por sí mismo, el 77,8 % no puede predecir cuánto demorará la enfermedad y el 69,5 % declara imposibilidad para predecir su curso (Tabla 1).

A diferencia de las anteriores subescalas, en el nivel regular de incertidumbre encontrado frente a los proveedores de estructura, los pacientes informaron que las explicaciones recibidas les parecen confusas en el 76,3 %, no entienden las explicaciones el 73,6 % de ellos y el 70,9 % refirió que los médicos no comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad (Tabla 1).

Tabla 1. Incertidumbre por subescalas

Ítems	Muy de acuerdo	%	De acuerdo	%	Indiferente	%	Desacuerdo	%	Muy en desacuerdo	%
Incertidumbre frente a los síntomas										
*¿Cuándo usted tiene dolor sabe lo que significa para su condición de salud?	17	23,6	2	2,8	2	2,8	1	1,4	50	69,4
Usted no tiene claro lo que está sucediendo	27	37,5	31	43,1	6	8,3	3	4,2	5	6,9
*Es claro para usted cuando se va a sentir mejor	16	22,2	3	4,2	0	0,0	0	0,0	53	73,6
*Su malestar físico es predecible, usted sabe cuándo está mejorando o empeorando	23	31,9	4	5,6	0	0,0	3	4,2	42	58,3
Incertidumbre frente al diagnóstico										
¿Usted no conoce cuál es su enfermedad?	7	9,7	14	19,4	0	0,0	2	2,8	49	68,1
¿Tiene usted muchas dudas sin respuesta?	8	11,1	19	26,4	0	0,0	1	1,4	44	61,1
No tiene claro cuánto daño le hace su enfermedad	18	25,0	35	48,6	5	6,9	0	0,0	14	19,4
Incertidumbre frente al tratamiento										
*La finalidad de cada tratamiento le es clara	19	26,4	1	1,4	1	1,4	1	1,4	50	69,4
¿Su tratamiento es complejo de entenderlo?	30	41,7	26	36,1	7	9,7	1	1,4	8	11,1
Usted no sabe cuándo habrá cambio en su tratamiento	27	37,5	33	45,8	2	2,8	2	2,8	8	11,1
Incertidumbre frente al pronóstico										
*¿Usted puede predecir cuánto demorará su enfermedad?	16	22,2	0	0,0	0	0,0	3	4,2	53	73,6
*Usted puede generalmente predecir el curso de su enfermedad	17	23,6	3	4,2	2	2,8	3	4,2	47	65,3
Es difícil determinar cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarse por sí mismo	29	40,3	32	44,4	3	4,2	4	5,6	4	5,6
Incertidumbre frente a los proveedores de estructura										
Las explicaciones que le dan parecen confusas	23	31,9	32	44,4	5	6,9	3	4,2	9	12,5
*¿Usted entiende todo lo que se le explica?	18	25,0	1	1,4	0	0,0	6	8,3	47	65,3
No le han dicho cómo tratar su enfermedad	28	38,9	31	43,1	4	5,6	4	5,6	5	6,9
*Los médicos comparten la misma opinión acerca de cómo tratar la enfermedad	19	26,4	2	2,8	0	0,0	2	2,8	49	68,1

*ítem inverso.

Fuente: datos del estudio, 2012.

Tabla 2. Promedio de puntajes y subescalas de incertidumbre según tipo de enfermedad

Tipo de enfermedad	de incertidumbre	DS	Incertidumbre en las subescalas según tipo de enfermedad				
			Síntomas	Proveedores de estructura	Pronóstico	Tratamiento	Diagnóstico
Respiratoria	81,7	11,9	24,7	24,5	13,9	9,8	9,0
Cardiovascular	81,5	7,9	25,7	21,8	14,7	9,3	10,7
Metabólica	82,1	11,6	24,2	24,5	12,9	10,6	10,6
Infecciosa	86,2	12,4	24,3	26,8	15,0	10,1	11,1
Neurológica	85,6	4,0	25,4	23,4	13,8	10,2	13,8
Trauma	83,0	11,9	24,6	23,0	13,8	10,5	11,7
Otra	89,0	9,6	25,3	25,7	17,3	10,7	11,7
Prob. Kruskal- Wallis			0,923	0,052	0,423	0,650	0,549

$p > 0,05$

Fuente: datos del estudio, 2012.

Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la incertidumbre y el tipo de enfermedad. Los resultados de las asociaciones al desagregar por subescalas fueron: incertidumbre y síntomas ($p = 0,923$), diagnóstico ($p = 0,549$), tratamiento ($p = 0,650$), pronóstico ($p = 0,423$) y proveedores de estructura ($p = 0,052$) (Tabla 2).

Discusión

Frente a la hipótesis planteada, no se encontró aquí asociación estadísticamente significativa entre el tipo de enfermedad y la incertidumbre de los pacientes. En relación con los hallazgos, Cypress (17) hace referencia a la percepción de la incertidumbre del paciente críticamente enfermo, como una consecuencia de la admisión a la UCI y el carácter repentino, inesperado, complejo y potencialmente mortal de las enfermedades graves cualquiera que sea su condición.

Como elemento conceptual que antecede a la incertidumbre, el marco de estímulos alude a las señales externas que el paciente recibe a partir del ingreso a la UCI y al ambiente mediado por la novedad y la complejidad ante el gran número de estímulos experimentados. La familiaridad con el evento se desarrolla con el tiempo dentro del ambiente de cuidado (1).

Por ende, la autovaloración de la incertidumbre (1) en el paciente crítico se ve afectada por factores como la información relacionada con una experiencia de enfermedad previa, la familiaridad con

un profesional del cuidado de la salud y factores culturales y sociales (17), entre estos, las características sociodemográficas.

El promedio de edad de los participantes fue de 58,3 años, por sexo se observaron porcentajes similares; Fernandes *et al.* y Santana *et al.* (18, 19) informan un predominio de pacientes varones (68,7 % y 65,9 % respectivamente) y promedios de edades similares para ambos sexos (50 y 56,7 años). Hallazgos comparables con los de Achury *et al.* (20); quienes reportan una media de edad de 58 años y una estancia promedio en la UCI mayor de 72 horas.

Los niveles de escolaridad predominantes fueron primaria y secundaria en el 77,8 % y el estrato socioeconómico bajo en el 88,8 %, Burbano (21) señaló un 40 % de pacientes con el nivel educativo de primaria, 94 % pertenecía al estrato bajo, el 76 % presentó un nivel regular de incertidumbre, el cual se asoció significativamente con la escolaridad ($p = 0,043$).

Dado el carácter polivalente de las UCI, las primeras causas de hospitalización fueron las enfermedades cardiovasculares y metabólicas seguidas por las infecciosas y traumas, el tratamiento médico predominó en el 79,2 % y el uso de dispositivos mecánicos fue necesario en un 4,2 %. Al respecto Mas *et al.* (22) en su análisis comparativo de pacientes ingresados a UCI exponen como principales motivos de admisión: el médico no coronario (47,1 %), coronario (20,0 %), posoperatorio de cirugía programada (20,2 %) y el motivo urgente en el 12,7 % (22, 23).

La incertidumbre a nivel global fue regular y alta, por subescalas los participantes presentaron en mayor proporción niveles altos frente al diagnóstico, los síntomas y el tratamiento; manifestaron

no tener claro cuánto daño les hace la enfermedad, no conocerla, no saber lo que les está sucediendo y falta de claridad en la finalidad del tratamiento.

A la luz del análisis de los conceptos teóricos, los resultados revelan que la incertidumbre de los pacientes hospitalizados en UCI surge en situaciones ambiguas, complejas e impredecibles (1). Situación similar correspondió a la experimentada por gestantes con trastornos hipertensivos, enfrentadas a hospitalizaciones tempranas por la gravedad de la enfermedad, el desconocimiento de la alteración de salud de ella y de su hijo y el riesgo del nacimiento y hospitalización de un hijo pretérmino (24).

La situación de ambigüedad asociada con el estado de la enfermedad se relaciona con la falta de predicción de su curso, el carácter repentino e inesperado, el pronóstico, los resultados de los tratamientos y la probabilidad de discapacidad o muerte (17).

El patrón de síntomas permite a la persona estructurar un esquema que aminore su incertidumbre y determinar el significado de los mismos (25). En la incertidumbre frente a los síntomas, los participantes los señalan como inconsistentes en la presentación de un patrón que les ayude a tener claridad sobre la enfermedad; informaron un alto nivel frente a la experiencia de sentir dolor y no saber lo que significa para su condición de salud, no tienen claro el curso de la enfermedad y apuntaron lo impredecible de los síntomas. Estos resultados son consistentes con la incertidumbre relacionada con la tipología de los síntomas en pacientes diabéticos tipo 2, quienes presentaron niveles regulares en el 76,1 %, vinculados con la incapacidad para identificar si han mejorado o no en el 86,5 %, de predecir o explicar la causa de un malestar físico en el 76,7 % o el cambio de los síntomas en el 60,1 % (13).

El ambiente complejo de la UCI también se asocia con la incertidumbre, al respecto Alonso (26) expresa que por su estructura física, la gran cantidad de equipos que la conforman y la separación de sus familiares, la UCI provoca en los pacientes temor, soledad y ansiedad por la poca información que poseen para afrontar las posibilidades de sufrimiento y en algunos casos la muerte (26). Flórez (27) al valorar la incertidumbre en pacientes con cardiopatía isquémica hospitalizados en UCI, encontró un alto nivel de incertidumbre, enlazado con el pronóstico, el tratamiento y las relaciones entre el paciente y el personal de salud; anota la poca información que reciben para comprender los síntomas, la enfermedad y su evolución.

De acuerdo con la teoría, los proveedores de estructura, autoridades confiables por su educación y apoyo social reducen la incertidumbre de manera directa e indirecta (1). Burbano (21) encontró un nivel alto de incertidumbre ligada con la insatisfacción con la atención brindada por el equipo interdisciplinario en salud y en especial, con la poca claridad de la información o ambigüedad entre ellos al momento de informar sobre el tratamiento y el pronóstico (21).

Asimismo, Reinoso (28) al evaluar la incertidumbre y los elementos de teoría, advirtió las puntuaciones más altas entre las autoridades del cuidado de la salud y la incertidumbre en pacientes con hepatitis C ($r = 0,725$, $p < 0,001$), señala a los proveedores de estructura como fuentes de información que pueden aumentar o reducir la incertidumbre.

La incertidumbre asociada con la falta de información y conocimiento acerca del ambiente de la UCI, las opciones de diagnóstico y tratamiento, el pronóstico y los resultados, hace que la valoración de la experiencia sea difícil e incierta (17). En consecuencia, las intervenciones de enfermería estarán dirigidas a disminuir la incertidumbre, al brindar información completa y oportuna al paciente y a los familiares, ofrecer apoyo educativo para permitirle expresar sus temores y a través de la enseñanza comprender la situación y el ambiente que les rodea (29).

Conclusiones

La gran vulnerabilidad originada ante la enfermedad grave, el peligro asociado a la muerte inminente y los eventos inesperados generan en los pacientes incapacidad para otorgar significados a la hospitalización en UCI. En los participantes del estudio, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad.

La gravedad de la situación, las expectativas relacionadas con compromiso de la salud, la presentación de los síntomas y los tratamientos médicos o quirúrgicos instaurados suscitaron incertidumbre independiente del tipo de enfermedad.

Los resultados de este estudio contribuyen a la práctica de la enfermería en el contexto del cuidado a pacientes en estado crítico y demuestran la importancia de la valoración de la incertidumbre por parte de las enfermeras como proveedoras de

estructura para favorecer la adaptación, asimismo constituyen una evidencia empírica para la comprobación de la teoría de mediano rango de Mishel, su adecuación y credibilidad. En este sentido, aportan a la academia y a los procesos de formación profesional.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses antes, durante ni después de la realización del estudio.

Fuentes de financiación

Recursos propios de las investigadoras.

Referencias

- (1) Mishel MH. Theories of uncertainty in illness. In: Smith MJ, Liehr PR, editores. Middle range theory for nursing. 3.a ed. Nueva York: Springer Publishing Company; 2014.
- (2) Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. J nurs scholarsh [Internet]. 1990 [citado 2018 abr. 30];22(4):256-62. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>
- (3) Zhang Y. Uncertainty in illness: theory review, application, and extension. Oncol Nurs Forum [Internet]. 2017 [citado 2018 may. 2];44(6):645-9. Disponible en: DOI: 10.1188/17.ONF.645-649
- (4) Martínez AT, Solano-Ruiz MC, Siles-González J. Aplicación del modelo de incertidumbre a la fibromialgia. Aten Primaria [Internet]. 2016 [citado 2018 may. 2];48(4):219-25. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.04.007>
- (5) Caruso V, Giammanco MD, Gitto L. Quality of life and uncertainty in illness for chronic patients. MJCP [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 30];2(2):1-12. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.6092/2282-1619/2014.2.990>
- (6) Giammanco MD, Gitto L, Barberis N, Santoro D. Adaptation of the Mishel Uncertainty of Illness Scale (MUIS) for chronic patients in Italy. J Eval Clin Pract [Internet]. 2015 [citado 2018 abr. 30];21(4):649-55. Disponible en: DOI: 10.1111/jep.12359
- (7) Tembo A, Parker V, Higgins I. Being in limbo: the experience of critical illness in intensive care and beyond. Open J Nurs [Internet]. 2012 [citado 2017 ago. 19];2(3):270-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2012.23041>
- (8) Contreras AM, Palacios X. Contribuciones de la psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 20];46(1):47-60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100006
- (9) Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, octubre 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, Colombia.
- (10) República de Colombia. Tribunal Nacional Ético de Enfermería, TNEE. Ley 911 de 2004, octubre 5. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- (11) Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier-Saunders; 2012.
- (12) Mishel MH. Uncertainty in illness scales manual. Chapel Hill: University of North Carolina, School of Nursing; 1997.
- (13) Gómez IP, Durán-De Villalobos MM. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2. Av Enferm [Internet]. 2012 [citado 2014 jun. 25];30(3):18-28. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39681/42376>
- (14) Lin L, Acquaye AA, Vera-Bolanos E, Cahill JE, Gilbert MR, Armstrong TS-J. Validation of the Mishel's uncertainty in illness scale-brain tumor form (MUIS-BT). Neurooncol [Internet]. 2012 [citado 2017 jun. 25];110(2):293-300. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11060-012-0971-8#/?page=1>
- (15) Torres-Ortega C, Peña-Amaro P. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis. Enferm Clin [Internet]. 2015 [citado 2017 ago. 19];25(1):9-18. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862114001259-S300>
- (16) Gómez IP, Castillo IY, Alvis LR. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. Aquichan [Internet]. 2015 [citado 2017 ago. 19];15(2):210-8. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3969/3865>
- (17) Cypress BS. Understanding uncertainty among critically ill patients in the Intensive Care Unit using Mishel's theory of uncertainty of illness. Dimens Crit Care Nurs [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 20];35(1):42-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26627072>
- (18) Fernandes-Da Cruz Silva L, Machado RC, Fernandes-Da Cruz Silva VM, Salazar-Posso MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enferm Glob [Internet]. 2013 [citado 2017 ago. 20];12(32):88-103. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/154061>
- (19) Santana L, Lorenzo R, Sánchez M, Martín J, Hernández J. Pronóstico de los pacientes médicos según duración de su estancia en la unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva [Internet]. 2014 [citado 2017 ago. 19];38(2):161-5. Disponible en: DOI: 10.1016/j.medint.2013.06.004

(20) Achury-Saldaña DM, Rodríguez-Colmenares SM, Achury-Beltrán LF. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos. *Investig Enferm Imagen Desarr* [Internet]. 2014 [citado 2017 ago. 20];16(1):49-59. Disponible en: DOI: 10.11144/Javeriana.IE16-1.spci

(21) Burbano C, Sánchez L. Traumatismo de la médula espinal e incertidumbre desde la teoría de Merle Mishel. *Enfer Univer* [Internet]. 2017 [citado 2017 ago. 20];14(3):176-183. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.004>

(22) Mas N, Olaechea P, Palomar M, Álvarez F, Rivas R, Nuvials X et al. Análisis comparativo de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas por causa médica y quirúrgica. *Med Intensiva* [Internet]. 2015 [citado 2016 jun. 25];39(5):279-89. Disponible en: DOI: 10.1016/j.medin.2014.07.006

(23) Alvear S, Canteros J, Jara J, Rodríguez P. Costos reales de tratamientos intensivos por paciente y día cama. *Rev Med Chile* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 20];141(2):202-8. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200009>

(24) Ruydiaz KS, Fernández SP. Incertidumbre y apoyo social en gestantes con trastornos hipertensivos. *Index Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 20];24(1-2):67-70. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100015>

(25) Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad: aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf Neurol* [Internet]. 2012 [citado 2017 ago. 20];11(1):34-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>

(26) Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2014 [citado 2016 jun. 25];29(6):325-333. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.11.004>

(27) Flórez I, Ruidiaz RL, González J. Valoración de la incertidumbre en pacientes con cardiopatía isquémica. *Actual Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2015 jun. 25];17(3):15-21. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve173/valoracion-cardiopatia-isquemica/>

(28) Reinoso H. Uncertainty and the treatment experience of individuals with chronic hepatitis C. *J Nurse Pract* [Internet]. 2016 [citado 2017 ago. 19];12(7):445-51. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.01.012>

(29) Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M et al. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2017 ago. 20];22(1-2):60-4. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>