

**DISEÑO DE HERRAMIENTA PARA MEDIR EL NIVEL DE INCERTIDUMBRE EN
ACOMPañANTES DE PACIENTES QUE SON SOMETIDOS A ALGÚN PROCESO
QUIRÚRGICO**

**YEIMY FERNANDA SASTOQUE AVILA
LUZ MIREYA RAMIREZ MUÑOZ**

**DOLORES BOLAÑOS
JEFFERSON CONTRERAS**

**ESCUELA COLOMBIANA DE CARRERAS INDUSTRIALES – ECCI
FACULTAD DE ENFERMERÍA
2017**

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	1
2	JUSTIFICACIÓN	3
3	problema de investigación	6
4	OBJETIVOS	8
4.1	Objetivo General	8
4.2	Objetivos Específicos	8
5	MARCO TEÓRICO	9
5.1	Incertidumbre	9
5.2	Enfermedad. Aspectos quirúrgicos	10
5.2.1	Marco estructural de la teoría de la Incertidumbre	11
5.2.1.1	Antecedentes de incertidumbre (Marco de estímulos)	12
5.2.1.2	El proceso de valoración	13
5.2.1.3	Afrontamiento de la enfermedad	14
5.3	Estrés en la Enfermedad y Estrategias de Afrontamiento	14
5.3.1	Estrés	15
5.3.2	Estrategias de afrontamiento	15
5.4	Empatía	16
5.5	Cirugía	18
5.5.1	Quirófano. Concepto y Generalidades	19

6	MARCO CONCEPTUAL	22
7	METODOLOGÍA	24
7.1	Tipo de Investigación	24
7.2	Revision de la literatura	25
7.2.1	Criterios de inclusión	27
7.2.2	Criterios de exclusión	27
7.3	Análisis del Instrumento teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel	27
7.4	Descripción de la Herramienta Propuesta	28
7.4.1	Revisión documental	28
7.1	CONSIDERACIONES ETICAS	29
7.2	RESULTADOS	29
7.3	Herramienta propuesta (ver anexo 1)	29
7.3.1	Evaluación de la herramienta	32
8	CONCLUSIONES	33
9	RECOMENDACIONES	34

1 INTRODUCCIÓN

El objetivo fundamental de la enfermería se orienta principalmente al cuidado del paciente, la familia y la comunidad sin embargo, las últimas tendencias han ampliado este panorama, logrando extender este cuidado, incluyendo a los familiares en su parte no médica, esto es, hacer el abordaje del cuidado desde una visión holística, lo cual permite al profesional de la enfermería tener una mayor comprensión de las dificultades emocionales y afectivas de los cuidadores, familiares o acompañantes del paciente y así les permite orientar un proceso de apoyo más firme durante la situación que se esté viviendo (Vega, 2009).

El cuidado por parte del profesional de la enfermería adquiere especial relevancia en el apoyo y manejo del proceso de incertidumbre tanto en el paciente como en quien lo acompaña. La incertidumbre fue estudiada inicialmente por Mishel (1988) en pacientes con enfermedades crónicas; sin embargo, tras realizar la revisión teórica del tema, se deduce que los acompañantes, cuidadores y familiares, también pueden llegar a experimentarla (la incertidumbre), mediada por los procesos de empatía entre ambos.

En la naturaleza del ser humano está el enfermar y como respuesta a dicha situación, hay infinidad de tratamientos médicos, dentro de los cuales se encuentran los procedimientos quirúrgicos. Estos generan tanto en el paciente como en sus familiares una serie de inquietudes antes, durante y después de este. Es importante que en estas instancias el paciente reciba un acompañamiento por parte del profesional de enfermería y este cuidado debe ser brindado de igual manera a los familiares, pues son momentos en los que se pueden presentar alteraciones de tipo emocional, que, si no se resuelven

de manera adecuada, pueden afectar la calidad del cuidado del familiar, cuidador o acompañante ofrecido al paciente.

En la presente investigación se hace la propuesta de una herramienta enfocada en la incertidumbre experimentada por los acompañantes, cuidadores o familiares de pacientes que se encuentren en algún tipo de procedimiento quirúrgico; lo cual le brinda al profesional de la enfermería la información pertinente para que este sea capaz de ofrecer el apoyo necesario a estos en aras de mejorar la recuperación del paciente.

Para el desarrollo del presente trabajo se realiza la revisión documental –en bases de datos de revistas científicas– y metodológica de los conceptos a desarrollar en la herramienta, los cuales soportarán la construcción de la misma, y que a futuro pueda llegar a estandarizarse y extender su aplicación como instrumento de apoyo a la labor de la enfermería.

2 JUSTIFICACIÓN

La incertidumbre es la capacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparecen cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir precisión qué resultados se obtendrán (Mishel,1988). Siendo así este trabajo tiene como aporte a esta teoría demostrar que la incertidumbre no solo se presenta en la persona que cursa con la enfermedad sino que además existen familiares o acompañantes que también hacen parte de este proceso, en donde estos no pueden predecir resultados, debido a la falta de información y al estrés que genera el tener a un ser querido en un quirófano.

Es de aclarar y reconocer que actualmente en algunas instituciones se realizan diferentes intervenciones por parte del equipo de salud, que abordan las necesidades del familiar o acompañante como lo es la información. Sin embargo no existen procesos organizados y sistematizados que permitan orientar y vincular a todo el personal. Enfermería no está capacitado ni sensibilizado en el reconocimiento de las necesidades del familiar durante la etapa de espera en el tiempo quirúrgico, aunque se involucra al familiar en el proceso, existen muy pocas propuestas concretas que reflejen en qué forma las instituciones impactan en el apoyo para la atención al familiar, (Bautista, 2016).

El ingreso de un paciente a una sala de cirugía es una situación que rompe momentáneamente el vínculo y el contacto con el acompañante. Si bien es cierto que el proceso quirúrgico genera una situación de ansiedad y estrés en un paciente, el

acompañante también se ve expuesto a dichos estímulos, debido a que la información que posee del paciente durante el proceso quirúrgico es poca.

De acuerdo a lo expuesto por Arias, Bautista, & Carreño (2016), el acompañar a un paciente **en** un proceso quirúrgico, implica cambios en la rutina diaria: alimentación, trabajo, tiempo libre, patrones de sueño, entre otros. En vista de lo anterior, el cuidado de enfermería no solo debe estar orientado al paciente, sino ampliar su rango a los acompañantes, cuidadores o familiares como complemento a una labor más holística. Este cuidado debe dirigirse a preservar la salud mental y física del acompañante, mejorar las habilidades de afrontamiento y comunicación. Por lo tanto, una comunicación efectiva facilita la toma de decisiones adecuadas al momento del proceso quirúrgico, así como las estrategias de apoyo al paciente.

Desde lo disciplinar la participación del personal de enfermería adquiere principal relevancia, puesto que es el puente, entre la familia y demás integrantes del equipo de salud; esto debido a su permanencia continua en la institución de salud, la cual le permite brindar un soporte al paciente y a la familia y facilitar la adaptación de los familiares a este momento específico en la vida (Arias, Bautista, & Carreño, 2016).

La presente investigación pretende ahondar en el fenómeno de la incertidumbre desde el punto de vista del cuidador, acompañante o familiar, el cual adquiere relevancia para la labor de enfermería, dado que brinda herramientas conceptuales que desde el campo de la psicología fortalecen la labor del profesional de enfermería y ampliar los horizontes para que las relaciones de enfermería – familiares sean más efectivas en pro de la mejoría del paciente y del bienestar del cuidador o familiar.

Ante la ausencia de una herramienta específica que permita medir el nivel de incertidumbre experimentado por un acompañante en sala de espera quirúrgica, se propone una que pueda explorar dicho aspecto, con el fin de fortalecer la formación que debe recibir el profesional de enfermería y así poder brindar un acompañamiento adecuado al familiar o acompañante en su espera.

3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El sometimiento a cualquier intervención quirúrgica, independientemente de la complejidad de esta, es una situación que siempre va a generar sentimientos relacionados con sus consecuencias. Dentro las consecuencias que generan los peores sentimientos, se encuentran: la muerte del paciente que es una complicación muy rara, pero posible, más relacionada con estados clínicos (patologías o enfermedades) de alto riesgo, que con la anestesia; complicaciones propias del procedimiento y asociadas a patologías previas al paciente y reacciones alérgicas (Mondragón, 2002).

Este cúmulo de sentimientos y situaciones se consolidan como estímulos, que, de acuerdo con características y antecedentes personales, se van a ver reflejados en la incertidumbre experimentada ante el proceso quirúrgico (Trejo, 2012). Esta incertidumbre no solo es experimentada por el paciente, sino que se extiende por empatía hacia sus familiares:

Dicha empatía se entiende como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal (...) o no verbal (...). La empatía, sin embargo, evita realizar un juicio de valor. (Borrell, 2009, p. 390).

Teniendo en cuenta que el objetivo principal de la enfermería está orientado hacia el cuidado, ha de entenderse que este debe ser extendido a los familiares o personas cercanas al paciente. Debe comprender el abordaje de problemas no médicos (situación afectiva y emocional) de familiares y allegados en relación a sus sentimientos

de ansiedad, miedo y soledad. La labor de la enfermería debe tener claro que debe haber un cuidado conjunto, tanto del paciente como de sus familiares en un solo núcleo de cuidado. Lo anterior facilita comprender las dificultades socioemocionales que surgen en el grupo familiar y les permite ofrecer un apoyo decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a situaciones específicas, para este caso, un proceso quirúrgico (Campo & Cotrina, 2011).

Hasta el momento sólo se tienen instrumentos que miden la incertidumbre en pacientes que se enfrentan a una enfermedad crónica (como el diseñado por Merle Mishel); sin embargo, y de acuerdo a la información desarrollada en el marco teórico, se encontró que los instrumentos diseñados están en dos vías: en la primera, se mide la incertidumbre en pacientes con enfermedades crónicas; y en la segunda, se determina la incertidumbre en los familiares de pacientes que se encuentran en Unidad de Cuidados Intensivos.

De acuerdo a lo anterior, los instrumentos mencionados no permiten realizar la recolección de información con adecuados índices de confiabilidad y validez, se hace pertinente proponer el diseño de una herramienta que mida el nivel de incertidumbre en los familiares o allegados de los pacientes que se encuentren en un proceso quirúrgico.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Diseñar una herramienta que permita medir el nivel de incertidumbre en familiares o acompañantes de pacientes que son sometidos a un proceso quirúrgico.

4.2 Objetivos Específicos

- Realizar una revisión exhaustiva de la literatura teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que identifique las características de la incertidumbre en familiares y acompañantes de pacientes.
- Analizar el instrumento que mide el nivel de incertidumbre en el paciente crónico diseñado por Merle Mishel.
- Revisar las definiciones conceptuales del tema a estudiar, las variables y la comprensión de su significado.

5 MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se abordarán los temas importantes que dan el sustento teórico a la investigación: la incertidumbre y aspectos quirúrgicos; los cuales están articulados alrededor de concepciones de la enfermedad, estrategias de afrontamiento y empatía tanto para el paciente como para el allegado.

5.1 Incertidumbre

Sin el ánimo de profundizar en aspectos lingüísticos, pero con el fin de puntualizar en cuanto al significado, la incertidumbre se puede definir por oposición a la certeza, que ha sido definida por la Real Academia Española (2014), como el conocimiento seguro y claro de algo y/o la firme adhesión de la mente a algo conocible, sin temor de errar. Por otra parte, según lo expresado por Abbagnano (2008), la certeza hace referencia a la seguridad subjetiva de la verdad de un conocimiento.

Las anteriores definiciones se pueden complementar con la planteada por Trejo (2012), en la cual la incertidumbre se manifiesta en tener duda sobre la garantía subjetiva que un conocimiento ofrece de su verdad. En consecuencia, hay incertidumbre cuando no hay la seguridad y claridad frente a alguna situación.

En el ámbito médico, Merle Mishel definió y redefinió en 1981 la teoría de Incertidumbre en la Enfermedad y el impacto de esta en la salud del individuo. Esta teoría se elabora a partir de los desarrollos de otros autores, pero el aporte que le brinda Mishel, es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor generador de estrés en el contexto de la enfermedad. Su propuesta teórica al respecto es: “la incapacidad de la

persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados” (Mishel, 1988), citada por (Brevis & Silva, 2011).

5.2 Enfermedad. Aspectos quirúrgicos

Para hablar de enfermedad, es importante tener claro el concepto de salud, el cual, de acuerdo con la World Health Organization (1986) se define como: “... un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; así mismo, hace una definición de enfermedad: “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. Estas definiciones fueron promulgadas en el Premámbulo de la Constitución de la O.M.S, y se adoptaron en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada el 22 de julio de 1946 en Nueva York. Dicha definición empezó a aplicarse el 7 de abril de 1948 y desde ese entonces no ha tenido ningún cambio.

No se puede hablar de enfermedad o de salud por separado, ambas están ligadas en un proceso denominado salud – enfermedad, que bajo las concepciones del modelo biopsicosocial, está mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales. La interacción de dichos factores es la que determina el estado de salud de un individuo (Vega, 2009).

El modelo biopsicosocial ofrece flexibilidad en la aproximación para la comprensión del proceso salud – enfermedad, y aunque carece de una estructura

consolidada de factores o dimensiones, permite la libertad para la exploración de las múltiples causas presentes en las afecciones o en los problemas de salud (Juárez, 2011).

De acuerdo a lo planteado por Bernabeu & Rodríguez, Marín (2015), la aparición de una enfermedad genera una situación de crisis, puesto que causa gran afectación de tipo físico, psicológico y social; por lo tanto, esto se ve reflejado en la ruptura del comportamiento y modo de vida habituales del paciente, generando situaciones de desequilibrio en lo personal, familiar y social. El carácter estresante de una enfermedad depende de factores como: duración, forma de aparición, intensidad y gravedad, y etapas del proceso de la enfermedad.

Por otra parte, la enfermedad no solo genera estrés en quien la padece, sino que también tiene efectos estresantes en mayor o menor grado en los familiares del enfermo. La dinámica de las relaciones personales intrafamiliares se ve afectada por esta, generando cambios en la ejecución de los roles habituales, situación que por sí misma es una fuente de estrés que se suma al propio padecimiento del enfermo (Bernabeu & Rodríguez-Marín, 2015).

5.2.1 Marco estructural de la teoría de la Incertidumbre

Mishel sustentó su teoría en tres elementos principales a saber:

5.2.1.1 Antecedentes de incertidumbre (Marco de estímulos)

Estos establecen la forma, composición y estructura de los estímulos percibidos por el paciente, los cuales son estructurados dentro de un esquema cognitivo. Trejo (2012) En este marco se encuentran conceptos como la tipología de los síntomas (referentes al grado de presentación de estos), la familiaridad con los hechos (que determina el grado en que la situación se manifiesta habitual y repetitiva o el grado en que las pistas o señales sean reconocibles de la enfermedad y finalmente, la coherencia de los hechos (que hace referencia entre lo existente, lo esperado y lo vivido en los eventos que resultan de la enfermedad) (Gómez, 2010).

De acuerdo con, los elementos anteriormente mencionados se relacionan inversamente con el nivel de incertidumbre y están a su vez mediados por las siguientes variables:

- a. Capacidad cognitiva, definida como la capacidad de procesamiento de información por parte de la persona; tanto el exceso o escasez de información, la
- b. familiaridad con el evento y la congruencia con el mismo, favorecen la aparición de la incertidumbre. (Gómez et.al 2010)
- c. Proveedores de estructura, entendidos como los recursos disponibles que tiene la persona y que le facilitan la interpretación del marco de estímulos, los cuales disminuyen el estado de incertidumbre directa o indirectamente. La reducción de la incertidumbre se da de manera indirecta cuando los proveedores de estructura facilitan a la persona a determinar su patrón de síntomas, la familiaridad con los

eventos y la coherencia de sus experiencias. La confiabilidad de estos está determinada por el nivel educativo y apoyo social. (Gómez et.al 2010)

Para finalizar este punto, y continuando con el desarrollo teórico de Trejo (2012), ha de tenerse en cuenta que, debido al procesamiento del esquema cognitivo de la enfermedad, la incertidumbre tiene cuatro formas de presentarse:

- a. Ambigüedad, relacionada con el estado de la enfermedad.
- b. Complejidad. Hace relación al cuidado y sistema de tratamiento.
- c. Falta de información acerca del diagnóstico y seriedad de la enfermedad.
- d. Falta de predicción sobre el curso y pronóstico de la enfermedad.

5.2.1.2 El proceso de valoración

Cuando la incertidumbre aparece, no se le da una connotación ni positiva ni negativa, más bien es neutral. Para darle un valor, se debe partir de la forma en cómo el paciente procesa los estímulos recibidos y los eventos relacionados con la enfermedad; estos deben ser: específicos, familiares, consistentes, completos, claros y limitados en número. También deben estar relacionados con un marco de referencia previo, consecuentes con las expectativas de la persona en un ámbito físico y temporal. Al haber carencia de estos, se presentan fallas en el proceso cognitivo y la incertidumbre pasa a ser un estado permanente (Trejo, 2012).

5.2.1.3 Afrontamiento de la enfermedad

Para hacer una valoración de la incertidumbre se parte de inferencias o ilusiones en las cuales, si se percibe la incertidumbre como peligro, se desarrolla el afrontamiento basado en estrategias de movilización y control efectivo; si es percibida como oportunidad, el afrontamiento se desarrolla a través de sistemas de choque. Finalmente, ambas conducen a un proceso de adaptación (Gómez, 2010).

Es importante resaltar que la teoría de la incertidumbre tiene su sustento más consistente entre los individuos que experimentan la fase aguda de la enfermedad, o en aquellos que se encuentran en una fase crónica con un deterioro lento y progresivo de su cuerpo. Dicha teoría no se ha aplicado en pacientes con incertidumbre específica de una enfermedad en una fase aguda y tratable y con una eventual recurrencia (Sanhueza & Triviño, 2005).

5.3 Estrés en la Enfermedad y Estrategias de Afrontamiento

Teniendo claridad en los conceptos planteados por Mishel 1988 en cuanto a la incertidumbre, es importante destacar que dicha sensación viene mediada por el estrés, frente al cual la persona involucrada, debe desarrollar estrategias de manera sana, a fin de que no genere afectaciones serias durante el proceso salud – enfermedad.

5.3.1 Estrés

El estrés se ha considerado de forma general como la experiencia mediante la cual se anticipan o perciben los esfuerzos orientados a la obtención de una meta; esto implica, que se estén evaluando las situaciones cotidianas, con el fin de decidir si son amenazas, si existe la capacidad de afrontarla y qué recursos se deben utilizar para esto (Ricarte-Trives, 2015).

5.3.2 Estrategias de afrontamiento

Lazarus & Folkman (1984) citados por Martínez, Piqueras, & Inglés (S.F.), afirman que, el afrontamiento se refiere al esfuerzo cognitivo y conductual que realiza un individuo para el manejo de demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son evaluadas como algo que va más allá de los recursos de la persona.

De acuerdo con Ricarte-Trives (2015), el afrontamiento hace alusión al proceso de percepción de amenaza y de movilización de los recursos cognitivos y conductuales para combatir el estrés. Expertos en el tema manifiestan que existe una variación considerable en la manera como las personas responde a un mismo estresor; la forma en que cada persona interpreta y le da valor a un estresor y sus consecuencias, contribuye a la variabilidad observada en la respuestas fisiológicas y psicológicas ante el estrés.

El afrontamiento se centra en el problema y en la emoción; cuando se centra en el problema se hace énfasis en la búsqueda de cambios conductuales o situacionales. Mientras que el afrontamiento centrado en la emoción, se dirige hacia el manejo de las emociones internas y las percepciones cognitivas (Ricarte-Trives, 2015).

De acuerdo a lo identificado por Peña (2012), la teoría planteada por Lazarus y Folkman también se ha aplicado al afrontamiento de la enfermedad y se han establecido dos estilos para afrontar un problema: uno va dirigido al afrontamiento del problema y el otro al afrontamiento de la emoción. Estas se sintetizan y evalúan en un grupo de estrategias específicas. Tres se enfocan en el afrontamiento del problema: confrontación, búsqueda de apoyo y búsqueda de soluciones; y otras cinco enfocadas en la emoción: autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, escape y evitación.

5.4 Empatía

Hasta el momento los temas abordados hacen referencia a la situación del paciente, sin embargo, estas son susceptibles de manifestarse en el familiar o acompañante. Su nivel de afectación depende en gran parte del grado de empatía existente entre el paciente y el familiar, razón por la cual, a continuación, se aborda el tema de la empatía. Hojat (2012)

A lo largo de la historia, varios teóricos han intentado definir el concepto de empatía. Hojat (2012), recoge las elaboraciones de las teorías de empatía a través de un recorrido histórico, resaltando a los autores más importantes, los cuales se enuncian a continuación:

- En un principio menciona a Carl Rogers, quien, en 1959, afirma que la empatía se presenta como la capacidad de “percibir el marco de referencia interno de otra persona con exactitud, como si uno fuese la otra persona pero sin perder la condición de **como si jamás**”.
- Por su parte, la definición de Geroge Herbert Mead, en 1934, afirma que la empatía es “la capacidad de asumir la función de otra persona y adoptar perspectivas alternativas”. También definió la empatía como un elemento de la inteligencia social, y se asemeja a la noción de inteligencia emocional desarrollada en 1990 por Salovey y Mayer y posteriormente en 1995, por Goleman; en este punto se afirma que la empatía está dada por la capacidad de reconocer las emociones en otros y es dominio de la inteligencia emocional.
- También se menciona aquí el concepto desarrollado en 1958 por Charles Arling, quien la define como el acto o capacidad de apreciar sentimientos de otras personas, sin compartir dichos sentimientos.
- Finalmente, se destaca la definición propuesta por Levasseur y Vance, en 1993, quienes la definen como “un modo de cuidado”, y agregan que esta no es para quienes se encuentran en un momento de progreso y prosperidad en sus vidas, sino para aquellos que atraviesan por un sufrimiento o por una lucha.

Las anteriores definiciones destacan la importancia de la empatía en situaciones en las cuales otros padecen tristeza o se encuentran agobiados, razón por la cual, son notables las relaciones empáticas en los encuentros con los pacientes (cuidadores).

5.5 Cirugía

Para iniciar con el tema pertinente a la cirugía, se acude inicialmente al concepto emitido por la Real Academia Española de la lengua (RAE) quien la define como: Especialidad médica que tiene por objeto curar mediante incisiones que permiten operar directamente la parte afectada del cuerpo (Real Academia Española, 2014).

Según lo planteado por Suárez (2016), la cirugía representa una rama de la medicina con suma importancia en la curación de los enfermos, que etimológicamente deriva de la palabra griega cheirurgia: cheir de mano y ergon, trabajo manual. Por lo tanto, se puede definir como el procedimiento que “trata las enfermedades por medio de operaciones realizadas con las manos y/o ayuda de instrumentos”.

La intervención quirúrgica es solo un paso del proceso total de la lucha por la recuperación o conservación de la salud, ofreciendo esperanzas a personas de todas las edades en sus padecimientos. El cuidado dentro de la sala de operaciones se constituye como una parte integral del servicio de enfermería y complementa y satisface necesidades que no pueden ser satisfechas por el paciente y su familia (Suárez, 2016).

Son muchas las razones por las cuales un paciente es sometido a un proceso quirúrgico, los cuales pueden aliviar o prevenir el dolor, disminuir un síntoma de alguna condición o mejorar alguna función del cuerpo; también se hacen con el fin de detectar alguna patología, como es el caso de las biopsias.

5.5.1 Quirófano. Concepto y Generalidades

Los quirófanos son áreas de los hospitales que pertenecen al bloque quirúrgico¹– en los que se realizan intervenciones quirúrgicas. Son espacios cerrados que deben estar completamente independientes del resto del hospital (Flores, 2004). Además, requieren una gran interacción logística en la cual deben confluír cuatro elementos, tanto de lugar como de tiempo: paciente, el personal, el material y el equipo quirúrgico; la ausencia de cualquiera de estos cuatro elementos, o la deficiencia de sus condiciones, será razón suficiente para la no realización de la cirugía (Velásquez-Restrepo, Rodríguez-Quintero, & Jaén-Posada, 2013).

En la Guía de Buenas Prácticas para la Circulación en el Bloque Quirúrgico (Martínez L. , 2014) se identifican tres zonas de acuerdo a restricciones progresivas en el quirófano, las cuales se han establecido con el fin de proporcionar seguridad de higiene al paciente y equipo quirúrgico y de este modo, mantener calidad y eficacia en el procedimiento:

- Zona Negra: es la primera zona de restricción, la cual actúa como zona amortiguadora de protección. Abarca oficinas, baños y vestidores. En esta zona es permitido el acceso con bata blanca y es donde el personal se reviste con el atuendo quirúrgico.
- Zona Gris: en esta zona las restricciones aumentan, deben seguirse normas estrictas de asepsia. Sus anexos son: central de equipos y esterilización, y central de anestesia. Aquí se encuentra la sala de recuperación anestésica, donde los pacientes

¹ El bloque quirúrgico se conforma por antequirófanos, quirófanos y cuartos de lavado prequirúrgicos de manos y brazos.

permanecen hasta lograr su estabilización fisiológica. Para el ingreso a esta zona, se debe vestir pijama quirúrgico.

- Zona Blanca: esta área es la que tiene mayor restricción, ya que es el área estéril donde se encuentran las salas de cirugías o quirófano.

Dentro de las anteriores zonas, se puede encontrar los siguientes espacios (Flores, 2004):

- Sin limitación de acceso: se permite ropa de calle. Esta zona está aislada por puertas del corredor o zona de acceso al hospital, de los ascensores y de otras zonas del departamento.
- Zona de intercambio: en esta se encuentran los vestidores y salas de personal médico y multidisciplinario.
- Vestidores: En esta zona se encuentran lugares de espera para los enfermos ambulatorios y personal del hospital. Allí se procede al cambio de ropa de calle por el atuendo quirúrgico correspondiente para entrar a la zona semilimitada. Aquí se debe contar con armarios suficientes para guardar la ropa de calle, uniformes y objetos personales. También debe tener vitrinas donde se ubica la ropa quirúrgica por tallas. Debe tener acceso a duchas y servicios sanitarios. A los vestidores solo se podrá entrar desde el exterior por la zona quirúrgica y salir de ella a través de los mismos.
- Sala de estar o de descanso: lugar destinado al descanso de los profesionales de la salud.
- Zona semilimitada: en esta se requiere el uso de uniforme quirúrgico de trabajo de dos piezas, calzado específico para el quirófano, gorro que cubra el pelo y tapabocas.

- Zonas limitadas o prohibidas: aquí se requiere usar mascarilla obligatoriamente como complemento del atuendo quirúrgico. En estos espacios se llevan a cabo procedimientos estériles.

En los quirófanos deben tenerse en cuenta factores determinantes para la planificación de cualquier procedimiento: número y especialidad del quirófano, estado de los pacientes y tipo de cirugía. Estas variables generan poca certeza que afecta directamente tiempos y capacidad de los quirófanos que pueden traer en consecuencia, retardos en las intervenciones quirúrgicas, mayores tiempos de espera para los pacientes, cancelaciones de las cirugías y trabajo extra para el personal quirúrgico (Velásquez-Restrepo, Rodríguez-Quintero, & Jaén-Posada, 2013).

6 MARCO CONCEPTUAL

En el presente apartado se mencionan algunos conceptos de gran importancia que aparecen con frecuencia en el desarrollo del documento, por lo tanto, es importante tenerlos claros.

Incertidumbre. Es una expresión que manifiesta el grado de desconocimiento acerca de una condición futura, pudiendo implicar una previsibilidad imperfecta de los hechos, es decir, un evento en el que no se conoce la probabilidad de que ocurra determina situación (Trejo, 2012).

Incertidumbre en la enfermedad. La incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad (Trejo, 2012).

Afrontamiento. Se considera que el afrontamiento comprende la capacidad y todas las conductas instrumentales, técnicas y los conocimientos que la persona ha adquirido para la resolución de problemas (Mechanic, 1978).

Cirugía. La cirugía es una especialidad dentro de la Medicina cuya misión es curar las enfermedades o malformaciones, según corresponda, mediante intervenciones quirúrgicas (MedlinePlus, 2017).

Proceso quirúrgico. Se compone de tres etapas: prequirúrgico, tranquirurgico y postquirúrgico.(Zuaso, 2015).

Acompañante. Que acompaña a otra persona (Lengua española, 2005)

Cuidador. Un cuidador es alguien que proporciona asistencia a una persona que ha perdido la autonomía o que necesita cuidados. Este cuidador familiar no es

necesariamente un miembro de la familia, pero es de gran importancia para el seguimiento médico del paciente y también a nivel psicológico para la persona que ayuda (López, y otros, 2009).

Herramienta. Conjunto de instrumentos que se utilizan para desempeñar un oficio o un trabajo determinado. (Lengua española, 2005)

Cuestionario. Conjunto de preguntas o afirmaciones respecto de una o más variables que se van a medir (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Empatía. Es saber ponerse en el lugar del otro, poseer un sentimiento de participación afectiva en la realidad que afecta a otra persona, saber “leer” al otro (De Vicente, 2014).

Enfermedad. Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (World Health Organization, 1986).

Estrés. Experiencia emocional molesta que venga acompañada de cambios bioquímicos, fisiológicos y conductuales predecible (American Psychological Association, 2017).

Incertidumbre en la enfermedad. La incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad (Trejo, 2012).

Paciente. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. Persona que es o va a ser reconocida médicamente (Real Academia Española, 2014).

7 METODOLOGÍA

7.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de carácter descriptivo, puesto que “busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014,).

Los estudios descriptivos sólo pretenden recoger información de manera independiente o conjunta de dichos conceptos o variables. Su objetivo no es indicar cómo se relacionan ellas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Adicionalmente, en estos estudios también se pueden diseñar productos, modelos y prototipos sin dar explicación alguna de dichos fenómenos (Bernal, 2010).

La investigación descriptiva está orientada por las preguntas de investigación formuladas por el investigador; en los casos donde se plantean hipótesis para estudios descriptivos, estas se formulan a nivel descriptivo y se prueban esas hipótesis. La investigación descriptiva se soporta principalmente en técnicas como la encuesta, la entrevista, la observación y la revisión documental (Bernal, 2010).

El presente estudio se basa en el enfoque cuantitativo, el cual es una forma estructurada de recolección y análisis de datos obtenidos de diversas fuentes. En este, se acude al uso de herramientas informáticas, estadísticas y matemáticas para la obtención de los resultados. Es concluyente en su propósito, puesto que trata de cuantificar el fenómeno y entender su grado de generalización a través de la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor (SIS International Research, 2017).

7.2 Revisión de la literatura

Consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para los procesos del estudio, de donde se deben extraer y recopilar la información relevante y necesaria para la investigación. (Sampieri, 2013). Se realiza una revisión exhaustiva de bases de datos científicos tales como Redalyc, Scielo, Dialnet, Intramed, Medline Plus, entre otra.

Tabla 1 Base de datos literarios Excel.

	INCERTIDUMBRE	FORMATO	LINK (Si aplica)
	NOMBRE DOCUMENTO		
1	Diccionario de Filosofía	Libro	
2	Comprendiendo el estrés crónico	Blog APA	http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico.aspx
3	Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional	Revista digital	doi: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330_2016
4	Enfermedades crónicas y terminales	Libro	
5	Metodología de la investigación	Libro	
6	Empatía un valor troncal en la práctica clínica	Revista digital	doi: 10.1016/j.medcli.2009.06.032
7	Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a la UCI	Revista digital	http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=80288&id_seccion=3379&id_ejemplar=7939&id_revista=161
8	Relación de ayuda familiar del paciente en situación crítica	Revista digital	http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/docencia3.pdf
9	Psicología online de calidad	Blog	http://www.psicologoonlinedevicente.com/empatia-definicion-significado-de-empatia/
10	Manual de quirófano	Documento web	http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32781/1/floresperezcarlos.pdf
11	Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2	Revista digital	http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/1/539496.2010.pdf
12			
13	Metodología de la investigación	Libro	
14	Empatía en el cuidado del paciente	libro	
15	El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud	Revista digital	https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3699537.pdf
16	Stress , appraisal and coping	Libro	
17	El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud	Revista digital	http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf
18	Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés	Revista digital	http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf
19	Guía de buenas prácticas para la circulación en el bloque quirúrgico	Documento web	http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_bloque_quirurgico.pdf
20	Medline Plus Información de salud para usted	Documento web	https://medlineplus.gov/spanish/surgery.html
21	Uncertainly in illness. Image	Revista digital	http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x/e.pdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.co&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
22	Formatos para consentimiento informado	Revista digital	http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v53n3/v53n3a03.pdf
23	Netquest. Muestreo no probabilístico: muestreo por conveniencia	Blog	https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-por-conveniencia
24	Afrontamiento del cuidador, familiar ante la enfermedad oncológica en uno de sus hijos	Revista digital	http://ribuc.ucp.edu.co:8080/ispui/bitstream/handle/10785/2197/CDMP/S163_Art%C3%A0culo%20L%C3%A0nea_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1
25	Diccionario de la lengua española	Documento web	http://dle.rae.es/?w=CIRUG%C3%8DA
26	El estrés y su afrontamiento	Libro	
27	Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería	Revista digital	http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a03.pdf
28	SIS Internacional	Blog	https://www.sisinternational.com/que-es-la-investigacion-cuantitativa/
29	GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE HERIDAS POSTQUIRÚRGICA, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA #40 IESS QUEVEDO	Revista digital	http://dSPACE.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4772/1/PIUAMEQ005-2016.pdf
30	Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis	Revista digital	http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/533/1/9788484397991.pdf
31	Incertidumbre ante la enfermedad	Revista digital	http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf
32	Cuidado Holístico, mito o realidad	Revista digital	http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/2011/cuidado_holistico_mito_o_realidad.pdf
33	Aproximación metodológica a la planificación y a la programación de las salas de cirugías: una revisión de la literatura	Revista digital	http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a15.pdf
34	World Health Organization	Documento web	http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/#

Con el fin de evitar los sesgos al momento del análisis de la información, en futuras fases del desarrollo de la presente herramienta, se han de tener en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

7.2.1 Criterios de inclusión

- Artículos científicos relacionados con la incertidumbre-.
- Artículos publicados entre el 2002 al 2017.
- Teorías relacionadas con incertidumbre.

7.2.2 Criterios de exclusión

- Artículos que no correspondan a las fechas entre el 2002 al 2017.
- Artículos no científicos que superen los 15 años de publicación.
- Teorías que no correspondan con el tema de investigación.

7.3 Análisis del Instrumento teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel

Es importante resaltar que, al ser Mishel quien en principio estudia la incertidumbre en pacientes con enfermedades crónicas, vale la pena mencionar el instrumento planteado inicialmente por ella. El instrumento conocido como “La escala comunitaria de incertidumbre en la enfermedad de Mishel”, consta de 23 ítems que miden el nivel de acuerdo con una afirmación, utilizan una escala de tipo Likert que va de 1 a 5 (siendo: 5 completamente de acuerdo, 4 de acuerdo, 3 indeciso, 2 no estoy de acuerdo, 1 no estoy de acuerdo en absoluto). El resultado total de la escala se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems; a mayor puntuación, mayor nivel de incertidumbre. Esta escala puede

ser autoadministrada o heteroadministrada² (Torres, 2013) y se realiza su aplicación posterior al diligenciamiento del consentimiento informado.

7.4 Descripción de la Herramienta Propuesta

Teniendo en cuenta que se propone una nueva herramienta que mida el nivel de incertidumbre en familiares o acompañantes de pacientes que se encuentran en proceso de cirugía, y siguiendo la línea teórica propuesta por Mishel, el desarrollo de la herramienta se hace de la siguiente forma:

7.4.1 Revisión documental

En la elaboración del presente documento como de la herramienta propuesta, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática de artículos, tesis, libros y demás documentos de carácter científico. Dicha búsqueda se realizó en bases de datos como: Redalyc, Scielo, Dialnet, Intramed, Medline Plus, entre otras. Con base en la información obtenida, se procedió a la elaboración del documento y al soporte teórico para la propuesta de la herramienta.

² Autoadministrado: significa que el cuestionario se entrega directamente a los participantes y son ellos quienes lo contestan sin algún tipo de intermediario. Heteroadministrado (entrevista personal): implica que una persona calificada o entrevistador hace las preguntas a cada entrevistado y toma nota de las respuestas. El papel del entrevistador es crucial pues resulta ser una especie de filtro (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

7.1 CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación no utilizara población por ende se tendrá en cuenta la por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.(Resolución 8430, 1993)

7.2 RESULTADOS

7.3 Herramienta propuesta (ver anexo 1)

La herramienta propuesta consta de dos secciones fundamentales. En la primera, se consigna de manera anónima, información sociodemográfica tanto del paciente como del acompañante (Edad, género, parentesco entre acompañante y paciente y nivel educativo del acompañante) y el tipo de procedimiento al que se somete el paciente.

La segunda sección está encabezada por las instrucciones y descripción de la misma, que puede ser autoadministrada o heteroadministrada. Consta de 14 ítems frente

a los cuales, la persona encuestada deberá responder (basada en su situación en ese momento) teniendo en cuenta la escala creada para esta herramienta (5 Completamente cierto, 4 Cierto, 3 Ni falso ni cierto, 2 Falso y 1 Completamente falso). Las afirmaciones están planteadas de manera positiva y relacionadas con la certeza o certidumbre, pero su valoración se hace de manera inversa, es decir, que, a menor puntuación, mayor grado de incertidumbre.

Ya que lo que se busca medir con la herramienta son actitudes, se empleará el escalamiento Likert, que, aunque fue diseñado por Rensis Likert en 1932, aún es un enfoque vigente y popularizado. Consiste en un grupo de ítems que se presentan en forma de afirmación o juicio. Ante estos, se pide la reacción de los participantes, es decir, en cada afirmación se le solicita al sujeto que manifieste su reacción escogiendo solamente uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico, de este modo el participante obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final su puntuación total mediante la suma de puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

Las categorías establecidas para esta herramienta se basan en la revisión teórica de los postulados propuestos por Merle Mishel en su teoría de la incertidumbre, los cuales se encuentran en el marco teórico: incertidumbre, empatía y estrés. A continuación, se presenta la tabla 3, en la cual se explica cada uno de los ítems de la herramienta propuesta, su relación con la categoría de análisis y con el instrumento y la teoría planteados por Mishel; además, el tipo de variable y a forma en que cada una será medida.

Tabla 2 Descripción de la Herramienta

ÍTEM Herramienta	CATEGORÍA DE ANÁLISIS	RELACIÓN CON INSTRUMENTO DE MISHEL	Tipo de variable	Forma de Medición
1	Incertidumbre	Ítems 1 y 2	Las categorías empleadas para el análisis de la presente herramienta: incertidumbre, estrés y empatía, son actitudes y comportamientos que corresponden a variables de tipo cualitativo, es decir, los sujetos no expresan la presencia o ausencia de estas en términos numéricos. Por ejemplo, no es posible que el evaluado manifieste tener X unidades de incertidumbre.	Aunque las variables a medir son de tipo cualitativo y el presente estudio es de tipo cuantitativo, se establece una escala ordinal en donde se asignan valores numéricos a cada una de las respuestas y de esta manera poder determinar el nivel de la variable experimentado por cada uno de los evaluados.
2	Incertidumbre	Ítems 17 y 21		
3	Incertidumbre	Ítems 3, 11 y 19		
4	Incertidumbre	Ítems 6, 8, 10, 17		
5	Incertidumbre y Estrés	Ítems 5, 9, 21 y 23		
6	Incertidumbre, Estrés y Empatía	Ítems 12, 15 y 18		
7	Incertidumbre y Empatía	Ítems 2, 3 y 4		
8	Incertidumbre y Empatía	Ítems 13 y 15		
9	Incertidumbre	Ítems 11, 15 y 17		
10	Incertidumbre y Estrés	Ítems 5, 8, 9 y 23		
11	Incertidumbre	No hay relación		
12	Incertidumbre	No hay relación		
13	Incertidumbre	Ítems 8 y 23		
14	Empatía y Estrés	No hay relación		

Fuente: elaboración propia (2017).

Vale la pena aclarar que la categoría empatía, observada en el ítem 14, no se relaciona directamente con las propuestas teóricas ni con el instrumento de Mishel, ya que estos, explican la incertidumbre desde la experiencia del paciente y no desde sus acompañantes, cuidadores y/o familiares; es la empatía el punto de conexión para que la incertidumbre se genere en ellos. Para los ítems 11 y 12 se encuentra relación con la

teoría mas no con el instrumento (de Mishel), esto debido a que, la herramienta propuesta aborda la incertidumbre desde el punto de vista del acompañante, cuidador y/o familiar y no del paciente.

7.3.1 Evaluación de la herramienta

La puntuación máxima obtenida por un evaluado (PT) es de 70 y la mínima es de 14. Para determinar el nivel de incertidumbre (Alto, Medio y Bajo), se califica mediante el promedio resultante a través de la siguiente fórmula: PT/NT , donde PT es la puntuación de la escala y NT es el número de afirmaciones. Como consecuencia, puntajes promediados entre 1,00 y 1,66 son indicador de alta incertidumbre; puntajes entre 1,67 y 3,32 indican valor de incertidumbre media. Finalmente, puntajes que se encuentren entre 3,33 y 5,00 indican una baja incertidumbre.

8 CONCLUSIONES

La empatía es un factor determinante para que se generen procesos de incertidumbre en familiares o acompañantes de pacientes que están siendo sometidos a algún procedimiento quirúrgico, independientemente de su magnitud. La relación entre empatía e incertidumbre es la que se desea evaluar o medir con la herramienta propuesta, una vez realizados los procesos de validación y estandarización.

De los instrumentos encontrados en la revisión bibliográfica, solamente el planteado por Merle Mishel se encuentra validado y estandarizado, y está orientado a la evaluación de la incertidumbre en pacientes de enfermedades crónicas. Por otra parte, se encontraron instrumentos que no han sido validados y estandarizados, y solo uno de ellos indaga aspectos relacionados con las percepciones del acompañante frente al paciente.

Para el profesional de enfermería es importante conocer el nivel de incertidumbre que presenta el acompañante o familiar del paciente, puesto que solo así es posible brindar el acompañamiento adecuado a ambos y de este modo, facilitar procesos de recuperación en el paciente. Los profesionales de enfermería incluirían a los familiares en el diseño del plan de cuidados de enfermería como un sujeto de cuidado.

Finalmente, después de la revisión bibliográfica, se pudo encontrar que, si bien el tema de la incertidumbre en pacientes ha sido ampliamente abordado, se encontró escasa información relacionada con este aspecto en familiares y/o acompañantes.

9 RECOMENDACIONES

- La herramienta planteada en el presente documento abre el horizonte para su debida validación, de tal manera que pueda ser útil como elemento de apoyo para la labor holística del profesional de la enfermería.
- Es importante que siga creciendo y robusteciéndose hasta lograr el objetivo de ser validada y pueda ser utilizada como apoyo a la labor holística del profesional de la enfermería.
- En el caso de encontrar altos niveles de incertidumbre en familiares, acompañantes o cuidadores, el profesional de la enfermería debe saber discernir hasta qué punto puede llegar su intervención e incluirlos como sujetos de cuidado y en qué momento acudir al apoyo de profesionales entrenados y preparados para la intervención de dichas problemáticas.
- Es importante que la enfermería como profesión procure seguir ahondando en investigaciones relacionadas a la incertidumbre experimentada por familiares, cuidadores o acompañantes de pacientes, no solo en proceso quirúrgico, sino en otras situaciones que comprometan su salud y bienestar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbagnano, N. (2008). *Diccionario de filosofía* (Cuarta ed.). Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado el 1 de Marzo de 2017
- American Psychological Association. (2017). *American Psychological Association*. Recuperado el 19 de Abril de 2017, de Comprendiendo el estrés crónico: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico.aspx>
- Arias, M., Bautista, L., & Carreño, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1297-1309. doi:<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Bernabeu, P., & Rodríguez-Marín, J. (2015). Enfermedades crónicas y terminales. Cuidados paliativos. En D. Díaz, & J. Latorre, *Psicología médica* (págs. 377-387). Barcelona: Elsevier. Recuperado el 23 de 09 de 2016
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación* (Tercera ed.). Bogotá: Prentice Hall. Recuperado el 20 de 08 de 2016
- Borrell, F. (4 de Septiembre de 2009). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina clínica*, 136(9), 390-397. doi:10.1016/j.medcli.2009.06.032
- Brevis, I., & Silva, P. (2011). Creencias, sentimientos e incertumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 26(1), 27-34. Recuperado el 1 de Marzo de 2017, de http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=80288&id_seccion=3379&id_ejemplar=7939&id_revista=161
- Campo, M., & Cotrina, M. (Octubre de 2011). Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enfermería Global*(24), 103-109. Recuperado el 24 de Febrero de 2017, de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/docencia3.pdf>
- De Vicente, B. (13 de Febrero de 2014). *De Vicente Psicología online de calidad*. Recuperado el 19 de Abril de 2017, de Empatía: definición. Significado de empatía: <http://www.psicologoonlinedevicente.com/empatia-definicion-significado-de-empatia/>

- Flores, C. (Noviembre de 2004). "Manual de Quirófano" Trabajo práctico educativo. 5. Veracruz, México. Recuperado el 6 de Marzo de 2017, de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32781/1/floresperezcarlos.pdf>
- Gómez, I. (2010). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo II. 32. Bogotá, Colombia. Recuperado el 2 de Marzo de 2017, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/3921/1/539496.2010.pdf>
- Google Sites. (19 de Abril de 2010). *División Político Administrativa Localidad de Tunjuelito*. Recuperado el 27 de Febrero de 2017, de <https://sites.google.com/site/tunjuelitoenbogota/>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metología de la investigación* (Sexta ed.). México D.F., México: McGraw Hill Education. Recuperado el 26 de 10 de 2016
- Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, desarrollo, medición y resultados*. (Primera ed.). (A. Maltos, Trad.) México D.F., México: Manual Moderno. Recuperado el 6 de Marzo de 2017
- Juárez, F. (3 de Mayo de 2011). El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Reseach*, 4(1), 70-79. Recuperado el 2 de Marzo de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3699537.pdf>.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, U.S.A.: Springer Pub. Co. Recuperado el 3 de Marzo de 2017
- López, M., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F. (Junio de 2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339. Recuperado el 19 de Abril de 2017, de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
- Martínez, A., Piqueras, J., & Inglés, C. (s.f.). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. Murcia, España. Recuperado el 3 de Marzo de 2017, de <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>
- Martínez, L. (2014). *Guía de buenas prácticas para la circulación en el bloque quirúrgico*. Madrid, España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Recuperado el 6 de

Marzo de 2017, de
http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_bloque_quirurgico.pdf

MedlinePlus. (23 de Enero de 2017). *MedlinePlus. Información de salud para usted*. Recuperado el 19 de Abril de 2017, de Cirugía: <https://medlineplus.gov/spanish/surgery.html>

Mishel, M. (15 de Marzo de 1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-231. Recuperado el 1 de Marzo de 2017, de http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.co&purchase_site_license=LICENSE_DENIED

Mondragón, A. (Agosto de 2002). Formatos para consentimiento informado. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 53(3), 227-254. Recuperado el 24 de Febrero de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v53n3/v53n3a03.pdf>

Ochoa, C. (29 de Mayo de 2015). *Net Quest*. Recuperado el 8 de Marzo de 2017, de MUESTREO NO PROBABILÍSTICO: MUESTREO POR CONVENIENCIA: <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-por-conveniencia>

Peña, L. (2012). Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de sus hijos. 14. Pereira, Risaralda, Colombia. Recuperado el 3 de Marzo de 2017, de http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2197/CDMPSI163_Art%C3%ADculo%20L%C3%ADnea_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 1 de Marzo de 2017, de <http://dle.rae.es/?w=CIRUG%C3%8DA>

Ricarte-Trives, J. (2015). El estrés y su afrontamiento. En D. Díaz, & J. Latorre, *Psicología Médica* (Primera ed., págs. 361-375). Barcelona, España: Elsevier. Recuperado el 3 de Marzo de 2017

Sanhueza, O., & Triviño, Z. (Octubre de 2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*, 5(1), 20-31.

- Recuperado el 3 de Marzo de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a03.pdf>
- SIS International Research. (23 de Enero de 2017). *SIS International*. Recuperado el 27 de Febrero de 2017, de Investigación cuantitativa: <https://www.sisinternational.com/que-es-la-investigacion-cuantitativa/>
- Suárez, K. (2016). GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE HERIDAS POSTQUIRÚRGICA, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA #40 IESS QUEVEDO. 14. Ambato, Ecuador. Recuperado el 6 de Marzo de 2017, de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4772/1/PIUAMEQ005-2016.pdf>
- Torres, C. (2013). *ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE LA ESCALA DE INCERTIDUMBRE DE M. MISHEL, EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS*. Jaén, España. Recuperado el 8 de Marzo de 2017, de <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/533/1/9788484397991.pdf>
- Trejo, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enfermería Neurológica*, 11(1), 34-38. Recuperado el 1 de Marzo de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
- Vega, P. (25 de Junio de 2009). CUIDADO HOLÍSTICO, ¿MITO O REALIDAD? *Revista Horizonte*, 81-86. Recuperado el 10 de Abril de 2017, de http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/20-1/cuidado_holistico_mito_o_realidad.pdf
- Velásquez-Restrepo, P., Rodríguez-Quintero, A., & Jaén-Posada, J. (Enero-Junio de 2013). Aproximación metodológica a la planificación y a la programación de las salas de cirugía: una revisión de la literatura. *Revista en gerencia en políticas de salud*, 12(24), 249-266. Recuperado el 6 de Marzo de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a15.pdf>

World Health Organization. (21 de 11 de 1986). *World Health Organization*. Recuperado el 08 de 09 de 2015, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/#>

ANEXOS

Herramienta propuesta.

Nivel de Incertidumbre en acompañantes de paciente en sala de cirugía					
Información Sociodemográfica					
Datos del Acompañante			Datos del Paciente		
Edad	_____		Edad	_____	
Género	F _____	M _____	Género	F _____	M _____
¿Cuál es el tipo de relación que tiene usted con el paciente? (MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE SE AJUSTE A SU PARENTESCO)					
Madre	___	Padre	___	Esposo(a)	___
Hijo(a)	___	Hermano(a)	___	Primo(a)	___
Tío(a)	___	Nieto(a)	___	Abuelo(a)	___
Otro (especifique cuál) _____					
Vive con el paciente (Marque con una X) SI NO					
Nivel educativo del acompañante (MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE SE AJUSTE A SU ÚLTIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO)					
Sin Educación	___	Tecnológico	___		
Primaria	___	Universitario	___		
Bachillerato	___	Especialización	___		
Técnico	___	Posgrado	___		
Nombre del procedimiento que se le practica al paciente					

Nivel de incertidumbre en acompañantes de paciente en sala de cirugía

Instrucciones de la Prueba

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con su nivel de incertidumbre respecto al procedimiento quirúrgico de quien usted está acompañando. No hay respuestas buenas ni respuestas malas. Es totalmente anónima y su uso es de carácter científico y educativo.

Por favor lea cuidadosamente y responda cada una de las afirmaciones con calma, escogiendo una sola de las opciones presentadas, teniendo en cuenta su sensación en este mismo momento, de acuerdo a la siguiente escala:

5. *Completamente Cierto* ()

4. *Cierto* ()

3. *Ni Falso ni cierto* ()

2. *Falso* ()

1. *Completamente Falso* ()

1. Tengo certeza frente al problema de salud que experimenta la persona que acompaño.

- 5. Completamente Cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

2. Tengo certeza frente al procedimiento que se le practica a la persona que acompaño.

- 5. Completamente cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

3. Estoy seguro que, con este procedimiento, la salud de quien acompaño, va a mejorar.

- 5. Completamente cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

4. Tengo conocimiento del procedimiento que se le realiza a la persona que estoy acompañando.

- 5. Completamente cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

5. Me genera tranquilidad el conocimiento de los profesionales que están a cargo de la persona que acompaño.

- 5. Completamente cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

6. Tengo la certeza que después de la cirugía, nuestra relación se mantendrá intacta.

- 5. Completamente cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

7. Tengo claridad de los cuidados posteriores a esta cirugía que se deben brindar a la persona que acompaño.

- 5. Completamente cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

8. Me siento en capacidad, física y emocional, de brindar apoyo a la persona que acompaño, después del proceso de cirugía.

- 5. Completamente Cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

9. A pesar de los riesgos existentes para esta cirugía, tengo la certeza que todo va a salir bien.

- 5. Completamente Cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

10. Estoy recibiendo suficiente información por parte de los profesionales de la salud, sobre la persona que acompaño, durante el proceso de cirugía.

- 5. Completamente Cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

11. Tengo la certeza que el profesional encargado de la cirugía practicada a la persona que acompaño, posee la suficiente pericia médica, para realizar este procedimiento.

- 5. Completamente Cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

12. Este hospital está preparado para atender adecuadamente a la persona que acompaño, en caso de presentarse una emergencia durante su procedimiento.

- 5. Completamente Cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

13. El lenguaje utilizado por médicos y enfermeras durante el proceso quirúrgico es claro para mí.

- 5. Completamente Cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso

14. Me encuentro preparado para manejar cualquier situación adversa que se presente durante el procedimiento.

- 5. Completamente Cierto
- 4. Cierto
- 3. Ni falso, ni cierto
- 2. Falso
- 1. Completamente falso