



# VALORACIÓN DEL NIVEL DE INCERTIDUMBRE EN USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Autor:

Oscar Agustín Abreu Trujillo

Tutora:

Josefina Castañeda Suardáz

Curso

2015/2016

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de La Laguna

Junio 2016

## **Resumen**

Definimos la palabra incertidumbre como tener duda sobre algo o falta de seguridad, pero cuando queremos referirnos a ella, en el ámbito sanitario, debemos relacionarla con la calidad de vida y el bienestar de los pacientes. Merle Mishel, en su teoría de la incertidumbre, valora el nivel de incertidumbre en los pacientes y lo relaciona con el desarrollo de su enfermedad.

El objetivo principal de este estudio es medir el nivel de incertidumbre de pacientes y acompañantes en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, y establecer cuáles son las variables que generan un mayor nivel de incertidumbre. Se realiza una encuesta a un total de sesenta usuarios y se emplea como instrumento una adaptación de la escala original de Merle Mishel para el Servicio de Urgencias. El estudio estadístico se desarrolla mediante el Programa SPSS, empleando herramientas descriptivas y analíticas.

Entre los resultados cabe citar una relación significativa entre la edad y un mayor nivel de incertidumbre, siendo ésta además mayor en los acompañantes que en los pacientes. También es significativo como el mayor o menor tiempo de espera en la información recibida genera, respectivamente, una mayor o menor incertidumbre. La incertidumbre afecta directa e indirectamente en la recuperación de los pacientes y en el bienestar de los familiares. No cabe duda que una adecuada información resulta necesaria en orden a una conveniente percepción del cuadro y evitar la incertidumbre que pueda generarse como usuario del Servicio de Urgencias.

**Palabras clave: Incertidumbre, Enfermería, Calidad de vida, Urgencias**

## **Abstract**

We define the word uncertainty, as to have doubts about something or to have no certitud, but if we want to concern it about health scope we may relate with the life quality and wellness of the patients. Merle Mishel in her uncertainty teory, measured the level of uncertainty in patients and related it with the illness development to set up that the lack of information on patients is directly related with a high level of uncertainty and a delayed illness development.

The main target of this study is to measure the level of uncertainty for patients and companions in the Emergency Department of the University Hospital of the Canary Islands, and establish which variables bring out a higher level of uncertainty. We use a survey that includes a total of sixty users and we take as a tool an adaptation of the original scale of Merle Mishel for the Emergency Department. The statistical study was developed through the program SPSS using descriptive and analytical tools.

As results, we could mention the significant relation between the age and a higher level of uncertainty, being this more important in the companion's side. Moreover is remarkable how a higher or lower waiting time about the information gotten, generate respectively a higher or lower level of uncertainty. Uncertainty affects directly and indirectly in the recovery of patients and wellness of companions. It's no doubt that a properly information, results necessary in order to a proper perception of the clinical picture and avoid the uncertainty which could be generated as a user of the Emergency Department.

**Key words: Uncertainty, nursing, Health scope, Urgency**

## ÍNDICE

1. PLANTEAMIENTO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN.....	1
1.2. OBJETIVOS.....	3
1.2.1. Objetivo general.....	3
1.2.2. Objetivos específicos.....	3
2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES.....	4
2.1. TEORIA DE LA INCERTIDUMBRE.....	4
2.1.1. Evolución general de calidad de vida.....	4
2.1.2. Concepto de incertidumbre.....	7
2.1.3. Marco estructural de la teoría.....	9
2.1.3.1. Antecedentes de incertidumbre.....	9
2.1.3.2. Proceso de valoración.....	9
2.1.3.3. Enfrentamiento a la enfermedad.....	10
2.1.4. Escalas de medición de la incertidumbre.....	11
2.1.4.1. Escala de la incertidumbre de Mishel Uncertainty in illness Scale.....	11
2.1.4.2. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis.....	12
2.2. ATENCIÓN SANITARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.....	12
2.2.1. Aspectos generales.....	12
2.2.2. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias...	13
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
3.1. Diseño del estudio.....	15
3.2. Población y muestra.....	16
3.3. Variables.....	17
3.4. Métodos estadísticos.....	18

4. RESULTADOS.....	20
4.1. Análisis variables generales.....	20
4.1.1. Sociodemográficas.....	20
4.1.2. Generales del Servicio de Urgencias.....	22
4.2. Percepción de la información recibida.....	24
4.3. Medición de la Incertidumbre.....	25
4.4. Análisis comparativo de variables.....	26
5. DISCUSIÓN.....	32
6. CONCLUSIONES.....	35
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	37
8. ANEXOS	
8.1 Anexo I: Escala de la incertidumbre de Mishel Uncertainty in illness Scale .....	40
8.2 Anexo II: Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis.....	41
8.3 Anexo III: Adaptación de la Escala de Incertidumbre al ámbito de la Urgencia Hospitalaria tanto para paciente como acompañantes.....	42
8.4 Anexo IV: Cuestionario para pacientes y acompañantes.....	43

## 1. PLANTEAMIENTO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

### 1.1 Planteamiento y justificación

De forma general, todos los pacientes que acuden al médico presentan una serie de dudas y cuestiones sobre su propia enfermedad. A groso modo, esta falta de conocimiento provoca la incertidumbre en los propios pacientes, lo que puede generar ansiedad y un agravamiento incluso de su patología.

Está comprobado en diversas investigaciones<sup>1</sup> que las personas enfrentadas a situaciones de enfermedad física aguda o crónica viven una incertidumbre como peligro o como oportunidad, llegando incluso a desarrollar una nueva perspectiva de vida. En este sentido, la incertidumbre que se experimenta, según el propio autor, respecto al concepto de tiempo, "sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables", según la forma en la que se construye la cotidianidad moderna. Las experiencias se constituyen, así, en fuente de posibilidad permanente para que la persona busque adaptarse y potenciarse en cada situación que vive.

La teoría de la incertidumbre de Mishel se ha aplicado a muchas enfermedades<sup>1</sup>, a diversos tipos de pacientes y en múltiples situaciones, y sin embargo su desarrollo en el ámbito de las Urgencias sanitarias ha sido escaso a pesar del gran impacto físico y psicológico de estas situaciones. Este autor analiza el nivel de incertidumbre en enfermedades crónicas como en el caso de la Diabetes Mellitus, la Insuficiencia Renal Crónica, en pacientes Oncológicos, en enfermedades degenerativas como la Esclerosis Múltiple, en pacientes sometidos a diversas intervenciones como mastectomías, angioplastia, diálisis peritoneal, en pacientes que han sufrido problemas cardiovasculares como Infartos de miocardio, o en pacientes con problemas de Salud Mental como la esquizofrenia, entre otros. Mediante la investigación científica es posible dar respuesta a los interrogantes que rodean a los pacientes en el ámbito sanitario. Un aumento del conocimiento en cualquier campo del ámbito sanitario, ayudará a mejorar la

atención a los pacientes, a su pronta recuperación y reducir los tiempos de ingreso hospitalarios y así, reducir los costes socio-sanitarios.

Uno de los factores influyentes en la calidad de vida de los pacientes, es el nivel de incertidumbre respecto a la enfermedad<sup>2</sup>. Y para enfermería el conocimiento de la calidad de vida y su asociación con el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad, adquiere gran importancia, lo cual permitiría indagar en las necesidades de atención que requieren los pacientes para mejorar así el nivel de calidad de vida. De este modo, los profesionales de enfermería que tienen a su cargo pacientes con alto grado de incertidumbre sobre su enfermedad, podrían incorporar estos aspectos a la valoración y la intervención en enfermería en su plan de cuidados; al mismo tiempo, podrán elaborar estrategias cuya labor puede extenderse, ya sea tanto en la clínica hospitalaria, como en la atención de enfermería en domicilio, en la rehabilitación, en la orientación en salud y el consejo familiar para la adaptación a la enfermedad. Todo ello contribuirá no sólo al mejoramiento de la calidad de vida del paciente y familia, sino al de la propia comunidad.

La enfermería está comprometida con los cuidados y sano desarrollo de la vida humana, por lo que desde esta rama se realizan diversos estudios de rigor científico los cuales buscan resultados que contribuyan al fortalecimiento de la enfermería y de la calidad de vida, a mejorar los criterios del cuidado a la persona, a suministrar tranquilidad y salud a la familia y la sociedad. Desde esta perspectiva se ha venido trabajando, y se ha transformado a la enfermera en una gestora de cuidado integral, y a la enfermería en una disciplina ejemplar.

Los profesionales sanitarios están incluidos en la teoría de Mishel<sup>1</sup>, como un elemento más que influye en el individuo ya que tanto el paciente como la familia los considera como expertos y una fuente de información fiable. La literatura clínica apoya la entrega de información como el principal método utilizado para ayudar a los pacientes a manejar la incertidumbre. Conocer las fuentes de incertidumbre del paciente puede ayudar a la enfermera a planificar la información que debe dar al paciente, y con ello ayudarle a controlarla o reducirla.

La teoría de la incertidumbre ofrece a los profesionales muchas posibilidades de acción y ofrece la libertad de generar una amplia abanico de posibilidades para intervenir para disminuir el estrés provocado por la enfermedad<sup>3</sup>, prestando atención a las múltiples de dimensiones que un individuo posee. Esto suscita que las intervenciones tengan un carácter humanista, lo cual es parte de la esencia de la profesión enfermera.

Este trabajo está encaminado a buscar las variables que generan incertidumbre a los pacientes ingresados en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canaria. Este nivel de incertidumbre produce un malestar en los pacientes, perjudicando así su calidad de vida. A través de esta investigación se relacionarán las variables que generen incertidumbre para que los profesionales enfermeros puedan introducir en sus valoraciones, patrones para evaluar este nivel de desconocimiento en los pacientes, realizando un plan de cuidados enfocados a eliminar esta situación para que los pacientes se adapten a la enfermedad. Con respecto a los familiares nos enfocaremos a reducir el nivel de estrés que se genera al desconocer la situación de su familiar. La incertidumbre afecta directamente a la calidad de vida de pacientes y familiares y su solución podrá ayudar a reducir los niveles de estrés y de ansiedad.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1. Objetivo general**

El objetivo general de este trabajo es valorar el nivel de incertidumbre en los pacientes y familiares del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC).

### **1.2.2. Objetivos específicos**

Como objetivos específicos inicialmente se ha planteado:

- Conocer la cantidad, claridad, tiempo de espera y percepción global de la calidad de información recibida en pacientes y familiares.



- Determinar el conocimiento del problema de salud del propio paciente en cuanto a naturaleza y evolución.
- Utilización del lenguaje apropiado por parte de profesionales en orden a su asimilación correcta.

## **2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES**

### **2.1. TEORÍA DE LA INCERTIDUMBRE**

#### **2.1.1 Evolución general de la calidad de vida**

Durante los últimos 100 años en nuestra sociedad<sup>2</sup>, se ha producido un importante cambio a nivel económico y social, que ha repercutido de distinta forma en nuestra salud, provocando un impacto significativo en nuestra “calidad de vida”. La esperanza de vida es mayor y prevalecen las enfermedades degenerativas. La aparición del concepto de “calidad de vida” como tal, y la preocupación por su evaluación sistemática y científica se inicia alrededor de la década de los 60, cuando la atención de la salud es influenciada por los cambios sociales y nuevos modelos epidemiológicos de salud y enfermedad. Con este nuevo concepto se empieza a dar una mayor importancia al alivio de síntomas de la enfermedad, mejorar el nivel de dependencia, valoración del impacto de la enfermedad, tratamientos en función del bienestar y satisfacción de los pacientes, etc.

La OMS define calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

El concepto de calidad de vida en salud y enfermedad no se separa mucho del anterior<sup>4</sup>, ya que el desarrollo de la cultura moderna presiona cada vez más, para que se amplíe el concepto de salud en dirección al bienestar y a la felicidad; por tanto debe tener en cuenta las decisiones y los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida con libertad, equidad, moral y felicidad. Lo específico para la salud y la enfermedad es crear condiciones para la vida y las acciones médicas que favorezcan la regulación psico-biológica, la protección de la salud y la vivencia de bienestar.

Cuando se habla de calidad de vida relacionada con la salud<sup>4</sup>, se entiende que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Existen numerosos estudios señalando que en la medida que la enfermedad progresa, se desarrollan una serie de ajustes internos que hacen que los pacientes preserven la satisfacción que sienten por la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena.

La calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. Sin embargo es frecuente que las investigaciones sobre este tema, dejen de lado estos aspectos antropológicos y culturales, asumiendo un sistema único globalizado de valores.

Además su carácter integrador, el concepto calidad de vida permite armonizar la información obtenida por diversas disciplinas e investigaciones que se realizan con objetivos, metodología y técnicas diferentes. Además, en él se pueden incluir todas las enfermedades y manifestaciones que afecten la salud, constriñan la libertad y dañen la felicidad de las personas. Así como una actividad de promoción y prevención que no solo estén basadas en el temor a la enfermedad y a la muerte, sino en el placer y la motivación por la salud. Por tanto, satisface las exigencias de las más elaboradas definiciones de salud.

Se puede resumir planteando que, el concepto calidad de vida es una categoría que se puede desglosar en niveles de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo. Y esto es posible porque la calidad de vida no se mide, sino se valora o estima a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual previamente educada, porque cuando no lo está el individuo puede hacer, desear o disfrutar actividades que pueden arruinar su salud o la de los demás como ocurre en el caso de las adicciones y conductas relacionadas con la salud reproductiva. Por esta razón, cada comunidad y cada individuo debe determinar qué entienden por calidad de

vida, siempre que no se viole la ley, los intereses de la mayoría o del otro, ni la moral vigente.

Hoy en día la sociedad está experimentando el proceso de globalización en todos los ámbitos<sup>1</sup>, pero sobre todo a nivel tecnológico donde las fuentes de información están al alcance nuestra mano de una forma increíblemente asombrosa. Esto ha significado un importante cambio e nuestras vidas, ya que esta accesibilidad ha permitido una mejora de nuestro conocimiento en todos lo campos de nuestra vida cotidiana.

Actualmente en el ámbito sanitario, esta apareciendo un nuevo tipo de paciente, un paciente mejor informado sobre su enfermedad que quiere opinar, preguntar, y participar de forma activa en el tratamiento de su enfermedad. Pero aun así, también nos encontramos el caso opuesto, pacientes que por uno u otros factores, son incapaces de informarse y sufren la impericia para determinar los significados relacionados con su enfermedad y que en algunos de los casos están incapacitados para tomar decisiones en su proceso patológico. Esto puede ser debido a la escasez de información y conocimiento o por su propia patología. ¿Qué pasa cuando la información que requieren los pacientes no llega con la claridad, cantidad, calidad y/o prontitud a la que estamos acostumbrados? ¿Qué sensación/percepción, produciría en nosotros? Aquí es cuando entra en juego “La Teoría de La Incertidumbre” desarrollada por Merle Mishel (1988), para responder a éstas cuestiones.

Merle H. Mishel, nació en Boston, 1939. Enfermera, Universidad de Boston, 1961. Máster en Enfermería especializada en Atención Psiquiátrica, en Universidad de California (1966). Doctorado en psicología social en la Claremont Graduate School (1980). Teoría sobre la incertidumbre de la enfermedad (1988). Actualmente se desempeña como directora de programas doctorales y posdoctorales de la escuela, del T-32 del Institutional National Research Service Award Training Grant (Intervenciones para la prevención y el control de enfermedades crónicas).

### **2.1.2 Concepto de incertidumbre**

El Diccionario Enciclopédico Norma define la palabra “incertidumbre” como: *tener duda sobre algo; falta de seguridad*. El Diccionario de la Real Academia Española la define como: *la falta de certidumbre*.

La Dra Mishel relaciona en la incertidumbre con la teoría enfermera<sup>5</sup>, estableciendo la siguiente relación: *La incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad*. Esto hace referencia al significado que posee la persona para percibir de cierta manera la enfermedad y los elementos para evaluar dicho proceso. Esta percepción permite la emisión de dos respuesta: La oportunidad y la amenaza.

En la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Mishel<sup>6</sup>, publicada por primera vez en 1988, se incluyeron varios postulados relevantes. Los dos primeros reflejaban la conceptualización inicial de la incertidumbre dentro de los modelos de procesamiento de información de la psicología:

- La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar a la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
- La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente que se valora de una u otro forma.

En esta teoría, se destaca que la incertidumbre surge cuando la persona no puede estructurar de forma adecuada la enfermedad debido a la falta de información suficiente. Esta incertidumbre puede presentarse bajo la forma de: Ambigüedad, complejidad o falta de información, información nada consistente e imprevisibilidad. Cuando la tipología, la familiaridad y la coherencia de las circunstancias aumenta, disminuye el grado de incertidumbre, además se corrobora que las fuentes de información estructurada (autoridad con credibilidad, apoyo social y educación) disminuye la incertidumbre al fomentar la interpretación de los hechos de una forma directa. Cuando la incertidumbre es valorada por parte del paciente como un peligro, se registran una serie de esfuerzos para el afrontamiento dirigidos a reducirla y a controlar la excitación emocional que se produce. La influencia que tiene la incertidumbre en las consecuencias

psicológicas se ve mediada por la eficacia de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a disminuir la incertidumbre valorada como peligro o a mantenerla valorada como una oportunidad, sin embargo, cuando la incertidumbre se valora como un peligro que no puede reducirse, se pueden emplear las estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales. Una exposición prolongada a la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos, a la anulación y a trastornos emocionales.

Cuanto más tiempo dure la incertidumbre en el contexto de la enfermedad<sup>7</sup>, más inestable será el modo de funcionamiento emocional del individuo. Mishel en su teoría afirma que al hallar bajo las condiciones de sufrir incertidumbre, el individuo, tendría que desarrollar una perspectiva de vida nueva regida por la probabilidad que interpreta la incertidumbre como forma y proceso natural de la vida. Dicho proceso puede detenerse o prolongarse por las fuentes de la estructura que no comparten dicho pensamiento, es decir que se trata de un proceso reversible.

Antes de que Mishel empezara a investigar<sup>4</sup>, el concepto de incertidumbre no había sido abordado en el contexto de la salud y la enfermedad; ella se basa, para definir algunos conceptos, en la teoría de Lazarus y Folkman, y luego aplica este marco estresante de la incertidumbre a la enfermedad con lo que hace el concepto pertinente a la enfermería.

Después de 1990, Mishel realiza una reconceptualización de su teoría inicial, lineal y determinista, tras una serie de descubrimientos contradictorios a partir de la aplicación de su teoría inicial a enfermos crónicos, es decir, luego de analizar las "reacciones frente a la incertidumbre con respecto al concepto del tiempo, en personas con enfermedades crónicas" o mortales. Posteriormente, y tras múltiples estudios cualitativos, llega a la conclusión que "las reacciones de las personas ante la incertidumbre cambiaban a lo largo del tiempo".

### **2.1.3 Marco estructural de la teoría**

El *marco estructural* de la teoría se compone de tres elementos principales<sup>8</sup>: antecedentes de incertidumbre, el proceso de valoración, y

enfrentamiento de la enfermedad. Así pues:

### **2.1.3.1. Antecedentes de incertidumbre**

Hace referencia a la forma, composición y estructura de los estímulos que percibe la persona. El marco de estímulos tiene, a su vez, tres componentes:

- El patrón de síntomas: Grado en el que los síntomas se presentan, para determinar así la consistencia del patrón.
- La familiaridad con el evento: Es el grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves reconocidas.
- Congruencia con el evento: Se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad, esto produce un carácter de confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión.

Estos componentes del marco de estímulos están inversamente relacionados con la incertidumbre; ellos reducen la incertidumbre. A su vez, estos elementos del marco de estímulos están influenciados por dos variables.

A. La capacidad cognitiva: Es la capacidad del paciente para procesar la información recibida y comprenderla de forma adecuada

B. Proveedores de estructura: Son los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos, éstos reducen el estado de incertidumbre, tanto directa como indirectamente

Estos tres elementos proveen los estímulos que son estructurados por la persona en un esquema que crea menos incertidumbre

### **2.1.3.2. El proceso de valoración**

Cuando un paciente presenta incertidumbre, quiere decir que las tareas perceptuales de reconocimiento y clasificación no se han complementado y no se ha formado el esquema cognitivo para el reconocimiento y la clasificación de los eventos relacionados con la enfermedad que ocurrirán o que está padeciendo. Además debe de corresponder con un esquema de referencia ya previamente formado para su correcto entendimiento. Los estímulos deben ser específicos, familiares, consistentes, completos, claros y limitados en número.

El estado de incertidumbre tiene que ser el resultado de la naturaleza de los estímulos. Cuando un evento se percibe como incierto, opera una de las siguientes tres situaciones:

- a) El evento no es reconocido.
- b) El evento es reconocido, pero no clasificado.
- c) El evento es reconocido, pero clasificado incorrectamente.

El estado de incertidumbre es un estado neutral, hasta que no se valoran los eventos no se trata de una experiencia valorada ni deseada. La valoración de la incertidumbre comprende dos procesos principales:

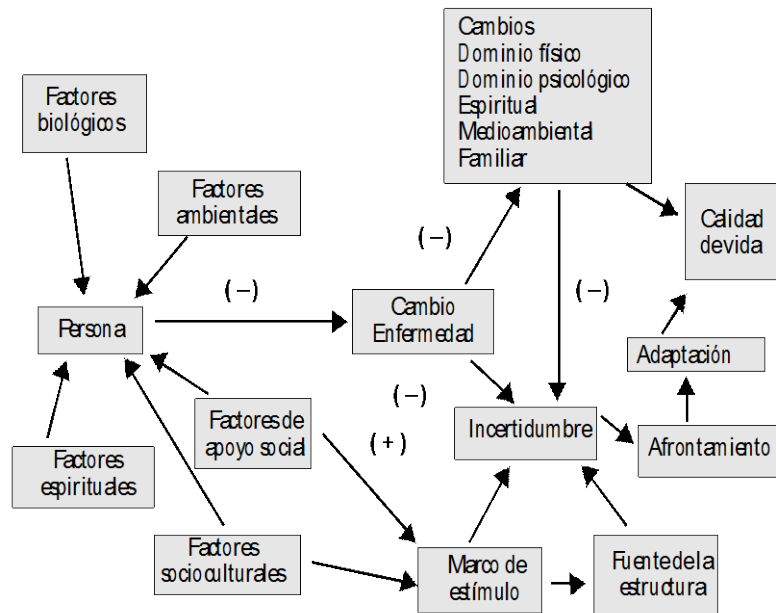
- La inferencia: pensamiento construido a partir de la personalidad y las creencias sobre uno mismo y la relación con el ambiente
- La ilusión: Creencia construida sin incertidumbre.

### **2.1.3.3. Enfrentamiento de la enfermedad**

Basado en la valoración. La incertidumbre puede ser vista como un peligro o una oportunidad. Cuando la incertidumbre se considera un peligro la posibilidad de un resultado perjudicial viene determinada por la inferencia, por ejemplo cuando una valoración es peligrosa quiere decir que nuestra inferencia nos dice que un evento es desconocido o ajeno a nosotros (no hemos sido capaces de reconocer). Los métodos de enfrentamiento se dirigen a reducir la incertidumbre y a manejar las emociones generadas por este peligro.

Esta teoría enfermera elaborada por Mishel<sup>3</sup>, la Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad nos, ayuda a comprender la explicaciones de los factores estresantes para el paciente a la hora de afrontar la enfermedad (figura 1). La incertidumbre provocada por la enfermedad provoca una evaluación inadecuada de las situaciones estresantes. La aplicación de la Teoría de Mishel conducirá al profesional sanitario en la identificación de los primeros datos de incertidumbre para elaborar un plan de cuidados que pueda eliminar esta situación que producirá un mayor estrés tanto a los pacientes como a los familiares.

**Figura1. Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad (Mishel, 1998)**



**Fuente:** Magdalena Aimar, AN. *El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas*<sup>3</sup>

## 2.1.4. Escalas de medición de la incertidumbre

### 2.1.4.1. Escala de la incertidumbre de Mishel Uncertainty in illness Scale

Merle Mishel, en 1980, desarrolló una escala para conocer la ambigüedad percibida por los pacientes frente a la enfermedad que se conoce como la escala de Mishel de la incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel Uncertainty in Illness Scale, MUIS)<sup>3</sup>. Aunque la versión original de la escala fue validada en una población heterogénea de pacientes que incluyó diferentes patologías<sup>1</sup>, se observó que cuando se aplicaba en poblaciones específicas, las enfermeras encontraban problemas, ya que los pacientes no se encontraban identificados en algunos ítems de una escala tan general. Ante estos problemas, fue la propia Mishel la que recomendó la adaptación de la escala de la incertidumbre a las diferentes poblaciones de pacientes que se estudiaban, para evitar el error de medición adquirido debido a las diferencias de grupo, convirtiendo así la escala en un instrumento más fiable y útil para este tipo de estudios. En el ANEXO I se expone la Escala de la incertidumbre de Mishel Uncertainty in illness Scale, en castellano; consta de 23 ítems.



#### **2.1.4.2. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis**

Dado que la versión original de la escala fue validada en una población heterogénea de pacientes que incluía diferentes patologías, la propia Mishel recomendó la adaptación de la escala a las diferentes poblaciones de pacientes que se estudiaban, para evitar el error de medición adquirido debido a las diferencias de grupo, convirtiendo así la escala en un instrumento más fiable.

Mishel advirtió que la adaptación de escalas a poblaciones específicas<sup>9</sup>, podía suponer una reducción de ítems con respecto a la escala original. Pero lejos de suponer un problema, si este proceso se realizaba utilizando un método científico y justificado, no suponía una pérdida de información. Este hecho, resolvió una de las preocupaciones de Mishel, que era la de obtener escalas con un formato razonable para poder ser usados en la práctica clínica diaria. Una escala compuesta por menos ítems y dimensiones, pero que sería más fácil de entender y administrar en la práctica clínica.

La adaptación de la escala al contexto español y a la población renal conllevó una reducción de 6 ítems con respecto a la escala original. Dicha reducción se realizó mediante técnicas estructuradas de consenso entre el grupo de expertos y el análisis factorial confirmatorio. Al igual que en la escala original los ítems se distribuyeron en dos dimensiones, ambigüedad y complejidad, siendo la adscripción de los ítems a una u otra dimensión igual en las dos versiones, a excepción del ítem 16 que se encontraba en la dimensión de complejidad en la versión adaptada. Esta escala se incluye en el ANEXO II.

## **2.2 ATENCIÓN SANITARIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

### **2.2.1. Aspectos generales**

En primer lugar<sup>10</sup>, antes de hablar del servicio de urgencias vamos a definir lo que se entiende por urgencias. Según la Organización Mundial de la Salud

(OMS) definimos el concepto de urgencia como *“la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que los sufre o de su familia”*. Según la Asociación Médica Americana (AMA) una urgencia es *“toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata”*.

El Servicio de Urgencias<sup>11</sup>, se define como una estructura donde están organizados los profesionales sanitarios para ofrecer una asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital cumpliendo unos funcionales, estructurales y organizativas, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a las urgencias y las emergencias. El objetivo principal de un Servicio de Urgencias es atender a cualquier ciudadano que demanda asistencia sanitaria urgente, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia. Para ello, se deberá adaptar, por un lado, la cartera de servicios para proveer aquellas prestaciones sanitarias con rentabilidad social para que sean eficaces, efectivas y eficientes, y por otro, su organización interna para que esté centrada en el ciudadano como cliente y en la comunidad como referente.

El Servicio de Urgencias, debe formar parte de un sistema de atención integral a la urgencia. Un sistema integral de urgencias se puede definir como un conjunto de unidades funcionales (recursos de varios niveles asistenciales), que actúan en un espacio geográfico definido y desarrollan actividades organizadas y secuenciales de un proceso coordinado, para lograr un objetivo final como es aminorar las secuelas y reducir la mortalidad de un conjunto determinado de procesos. Un Servicio de urgencia debe garantizar la continuidad asistencial, por ello la integración funcional de las instituciones de diferentes niveles que intervienen en la atención urgente.

### **2.2.2. Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias**

El Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) está organizado según la normativa de funcionamiento del Servicio de Urgencias del HUC<sup>12</sup>, que aborda el procedimiento general de actuación.

Los pacientes serán valorados en el triage por los enfermeros y médicos<sup>13</sup>. Tras la valoración de los pacientes por el médico de urgencias, el paciente podrá seguir uno de los siguientes procesos: Alta (o exitus), Observación en Urgencias, Solicitud de interconsultas a especialistas de guardia en presencia localizados / consultas externas, Ingreso en Unidades de Críticos, Ingreso en Planta. La historia clínica de los pacientes debe ser lo suficientemente explícita para asegurar la especificidad de todo el proceso asistencial que éstos siguen en el Servicio de Urgencias.

Cuando se tenga la intención de ingresar al paciente<sup>12</sup>, se firmará dicho ingreso con la mayor prontitud posible, aunque no estén todas las pruebas solicitadas aún realizadas. Se realizarán en Urgencias las pruebas complementarias imprescindibles para el ingreso, con el fin de no saturar el Servicio de Urgencias, no sobrecargar al personal de guardia de los servicios centrales y no incrementar las cargas de trabajo del personal de enfermería del mismo.

El Servicio de Urgencias del HUC dispone de varias salas de observación, cada una con más de 10 camas, y dado que no está dimensionada en medios ni personal como una unidad de críticos, los pacientes que requieran una vigilancia o cuidados intensivos deberán ser ingresados en las unidades a tal efecto existentes en el HUC (Unidad de Vigilancia Intensiva, Unidad de cuidados intensivos, Unidad de cuidados semi-intensivos, Unidad de reanimación post-anestésica, por ejemplo). El periodo de observación de los pacientes asignados a especialidades en Urgencias será como máximo de 24 horas, siempre y cuando no tenga criterios de ingreso inmediato. Cualquier incremento de este intervalo de tiempo deberá ser coordinado con el jefe de servicio.

Los pacientes que sean valorados para ingreso por especialidades del HUC, según la fórmula que cada uno de ellos determine y que debe comunicar al Servicio de Urgencias, serán responsabilidad de los servicios correspondientes. En caso de urgencia vital los médicos de urgencias podrán tomar medidas terapéuticas sobre los mismos informando a los médicos responsables.

Los pacientes a los que se les realicen procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos (como cirugía, marcapasos) ingresarán inmediatamente después del mismo en las camas de la planta/unidad de críticos correspondiente. Las pacientes ingresados en planta que presenten un cuadro agudo que precise su traslado a una cama de críticos, serán admitidos en las Unidades correspondientes, pero no en el Servicio de Urgencias.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1 Diseño del estudio**

Se realiza un estudio descriptivo transversal en el ámbito de las Urgencias Hospitalaria, tanto para pacientes como para sus acompañantes. Este estudio se realiza a través de la adaptación de la escala “Mishel Uncertainty in illness Scale - community form” (ANEXO I) y la escala “Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis” (ANEXO II). La adaptación de la escala se concreta en una escala validada en un reciente trabajo de Fin de Máster de Urgencias y Emergencias y paciente crítico de la Universidad Europea de Canarias; dicho trabajo lleva por título “Validación de la Escala de Incertidumbre en los Servicios de Urgencias, en pacientes y acompañantes”. Esta última escala consta de 12 ítems (ANEXO III) con preguntas específicamente relacionadas con la medición de la incertidumbre, y se engloba en un cuaderno de campo (ANEXO IV) de manera que en su conjunto se valoran 25 preguntas, que se adaptan para ser realizadas tanto a pacientes como a acompañantes.

En definitiva, el instrumento ya utilizado en un trabajo previo de Fin de Máster, consta de un total de 25 ítems organizados en cuatro grupos de variables:

- Sociodemográficas, con ítems de sexo, edad y nivel de estudios, para detectar y controlar los elementos de aquellos factores que puedan afectar a las valoraciones realizadas por los sujetos.
- Preguntas generales sobre el servicio de urgencias, como la causa de acudir, número de veces que ha acudido y cuantas en su caso, tiempo de espera desde la última información recibida, o si ha obtenido información previa de su trastorno,

- Percepción de la información percibida: mediante 4 ítems como cantidad, claridad, tiempo de espera y una percepción global de la calidad de dicha información, con una medición tipo Likert del 1 al 5 (Muy Mala, Mala, Regular, Buena y Muy Buena).
- Medición de la incertidumbre: mediante 12 ítems con una valoración tipo Likert con 5 categorías de respuestas (Nada de acuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo, Muy de acuerdo).

### **3.2. Población y muestra**

La población objeto de estudio está formada por todos los usuarios, pacientes y acompañantes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias. Los participantes fueron seleccionados de forma aleatoria entre las personas tanto acompañantes que se encontraban en la sala de espera como entre los pacientes dentro del Servicio de Urgencias, que voluntariamente accedieron a participar en el estudio. Concretamente entre los días 1 de febrero y 1 de abril del 2016.

La selección de la muestra se realizó de manera aleatoria (muestreo aleatorio simple) entre los pacientes y acompañantes allí presentes. En el estudio se incluye 30 pacientes que se encontraban dentro del servicio de urgencias que tuvieran o hubieran recibido tratamiento médico y otros 30 acompañantes que se encontraban en la sala de espera del servicio. Como criterios de inclusión y/o exclusión:

#### Criterios de inclusión:

- Edad (mayores de edad)
- Con tratamiento médico administrado.
- Acompañantes cuyos familiares hayan recibido tratamiento médico

#### Criterio de exclusión:

- Con deterioro cognitivo.
- Nivel de castellano insuficiente como para responder a las preguntas del cuaderno de campo.
- Patología grave que impidiera su participación.

Por otro lado, para evitar los sesgos:

- Sesgo de selección: La estrategia utilizada para evitar el sesgo de selección fue realizar un muestreo aleatorio, en el que todos los individuos que formaban parte de la población, tuvieron la misma probabilidad de ser incluidos en el estudio, a excepción de los que no cumplieran los criterios de inclusión.
- Sesgo del observador o Sesgo del Entrevistador: Para evitar, en lo posible, el sesgo del observador, intentamos que los cuestionarios fueran autoadministrados en la medida de las posibilidades de cada participante. El cuestionario fue autoadministrado en todos los participantes del grupo de acompañantes, mientras que en el grupo de pacientes, por diversos motivos como no estar en condiciones de leer o escribir ya que algunos estaban acostados en camillas, o por tener dificultades al tener una vía venosa periférica en el brazo dominante, fue heteroadministrado.
- Sesgo de la Respuesta Invariable se intentó evitar, cambiando el sentido en el enunciado de 3 ítems del cuestionario (ítems invertidos 5, 10 y 11, señalados con un \*).

Por último, en ningún momento de la recogida de datos, se nombró la palabra “Incertidumbre” para evitar así su posible asociación e influencia sobre sus respuestas.

### 3.3 Variables

En nuestro estudio se recogieron, y posteriormente analizaron, un total de 25 variables:

- Grupo (Paciente o acompañante): Categórica Cualitativa dicotómica.
- Sexo (Hombre o Mujer): Categórica Cualitativa dicotómica.
- Edad (Intervalos): Cuantitativa.

Intervalos comprendidos entre: 18 a 30 años, 31 a 40 años, 41 a 50 años, 51 a 60 años y mayores de 60 años.

- Nivel de estudios: Categórica Cualitativa

Categorías: Sin Estudios/Estudios Primarios/Estudios Secundarios-FP/Estudios Universitarios.

- Causa por la que acude a urgencias: *Categórica Cualitativa*.

Agrupamos las causas a posteriori en: Problemas Respiratorios/P. Cardiovasculares/P. Digestivos/P. Neurológicos/P. Traumatológicos/P. Hematológicos/P. Renales/P. Osteomusculares/P. Urológicos/P. Reumatológicos.

- Consulta por Internet (Si/No): *Categórica Cualitativa dicotómica*.

- Visitas previas a urgencias (Si/No): *Categórica Cualitativa dicotómica*.

- Nº de Visitas en los últimos 6 meses: *Cuantitativa Discreta*.

- Tiempo de espera desde la última información recibida (Intervalos): *Categórica Cuantitativa*.

Intervalos comprendidos entre: 0-3 h, 3-6 h, 6-12 h y mayor de 12 h.

- Percepción de la información (4 Ítems): Escala Tipo Likert: 1- Muy Mala 2- Mala 3- Regular 4- Buena 5- Muy Buena.

Cantidad: Ordinal Cuantitativa. (1-5)

Claridad: Ordinal Cuantitativa. (1-5)

Tiempo de espera: Ordinal Cuantitativa. (1-5)

Calidad Global Percibida: Ordinal Cuantitativa. (1-5)

- Escala de la incertidumbre (12 ítems): Ordinal Cuantitativa. Escala Tipo Likert (1-5): 1- Nada de Acuerdo 2- En Desacuerdo 3- Indeciso 4- De Acuerdo 5- Muy de Acuerdo.

### 3.4. Métodos Estadísticos

El tratamiento de los datos se realizó mediante el Programa SPSS, versión 21, empleando herramientas descriptivas y analíticas.

Para el análisis estadístico básico (descripción de la muestra) obtendremos las frecuencias en porcentajes, las medias, la mediana, la desviación estándar, los percentiles, mientras que para buscar la relación entre las diferentes variables utilizaremos las pruebas Chi-cuadrado, T de Student, ANOVA y Correlación de Pearson.

**Variables Cualitativas:**

- Grupo: Análisis de Frecuencia (%)
- Sexo: Análisis de Frecuencia (%)
- Nivel de estudios: Análisis de Frecuencia (%)
- Causas por la que acude al Servicio: Análisis de Frecuencia (%)
- Consultas por Internet: Análisis de Frecuencia (%)
- Visitas previas a Urgencias: Análisis de Frecuencia (%)

**Variables Cuantitativas:**

- Edad: Intervalos (Análisis de Media y Desviación Estándar).
- Nº de Visitas en los últimos 6 meses: Análisis de la Mediana.
- Tiempo de espera desde la última información recibida: Intervalos (Análisis de Frecuencia).
- Percepción de la información (4 Ítems): Análisis de Media y Desviación Estándar.

Puntuación mínima en Percepción de la información recibida = 4

Puntuación máxima en Percepción de la información recibida = 20

Puntuación de corte Percepción Mala = < 9

Puntuación de corte Percepción Regular = 9- 12

Puntuación de corte Percepción Buena = > 12

- Escala de la incertidumbre (12 Ítems): Análisis de Media y Desviación Estándar.

Puntuación mínima de la escala = 12



Puntuación máxima de la escala = 60

Puntuación de corte calificación Bajo Nivel de Incertidumbre = < 25

Puntuación de corte calificación Medio Nivel de Incertidumbre = 25-36

Puntuación de corte calificación Alto Nivel de Incertidumbre = >36

Indican Ítems invertidos \*

## 4. RESULTADOS

### 4.1. ANÁLISIS DE VARIABLES GENERALES

#### 4.1.1. Sociodemográficas:

El análisis de las variables sociodemográficas abarca sexo, grupos de edad, y nivel de estudios.

- **Sexo:** Tras los datos obtenidos de la muestra podemos observar que existe un mayor porcentaje de mujeres en el grupo de acompañantes, mientras que ocurre lo contrario en el grupo de pacientes, en el que es más numeroso el número de hombres que mujeres (figura 2).

**Figura 2. Distribución según sexo**

Grupo Pacientes/Familiares			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pacientes	Válidos	Hombre	19	63,3	63,3	63,3
		Mujer	11	36,7	36,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Acompañante	Válidos	Hombre	6	20,0	20,0	20,0
		Mujer	24	80,0	80,0	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

- **Grupos de edad:** En cuanto a la edad de los participantes, el grupo de pacientes mayoritario es el comprendido entre los de mayores de 60 años, con el 43,3%. En el grupo de acompañantes, el grupo mayoritario es el comprendido entre 41-50 años, con el 43.3% (figura 3).

**Figura 3. Grupos de edad en Pacientes y familiares**

Grupo Pacientes/Familiares		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pacientes	Válidos	18-30	3	10,0	10,0
		31-40	1	3,3	3,3
		41-50	6	20,0	20,0
		51-60	7	23,3	23,3
		Mayor de 60	13	43,3	43,3
		Total	30	100,0	100,0
Acompañante	Válidos	18-30	3	10,0	10,0
		31-40	3	10,0	20,0
		41-50	13	43,3	63,3
		51-60	6	20,0	83,3
		Mayor de 60	5	16,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0

- Nivel de estudios: En lo referente al nivel de estudios, en el grupo de pacientes el grupo mayoritario es los que tienen un nivel primario de estudios, con un porcentaje del 33,3%. En el grupo de acompañantes, el 36,7% de los encuestados poseían estudios secundarios, siendo el grupo mayoritario (figura 4).

**Figura 4. Nivel de estudios pacientes/familiares**

Grupo Pacientes/Familiares		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pacientes	Válidos	Sin estudios	7	23,3	23,3
		Primarios	10	33,3	83,3
		Secundarios/FP	8	26,7	50,0
		Universitarios	5	16,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0
Acompañante	Válidos	Sin estudios	3	10,0	10,0
		Primarios	9	30,0	40,0
		Secundarios/FP	11	36,7	76,7
		Universitarios	7	23,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0

**4.1.2. Generales del Servicio de Urgencias:**

Estas variables engloban visitas previas al Servicio de Urgencias, tiempo de espera desde la última información recibida, consulta a internet, y motivo de la consulta, tanto en pacientes como en familiares acompañantes.

- *Visitas previas al Servicio de Urgencias en los últimos seis meses:* Existe una diferencia notable en el grupo de pacientes, puesto que la mayoría no había visitado previamente urgencias; en el grupo de acompañantes la diferencia no es tan marcada, con porcentajes muy similares. La figura 5 muestra estas diferencias.

**Figura 5. Visitas previas al Servicio de Urgencias (6 meses)**

Grupo Pacientes/Familiares			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pacientes	Válidos	Sí	11	36,7	36,7	36,7
		No	19	63,3	63,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
Acompañante	Válidos	Sí	16	53,3	53,3	53,3
		No	14	46,7	46,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

- *Tiempo desde la última información:* En cuanto al tiempo de espera desde la última información recibida, en el grupo de pacientes, el porcentaje mayor se observa entre 0-3 horas, mientras que en el grupo de acompañantes, el porcentaje mayor es el de 6-12 horas. Los acompañantes esperan más tiempo entre una información y otra que los pacientes, tal y como se aprecia en la figura 6.

**Figura 6. Tiempo desde última información clínica (pacientes/familiares)**

Grupo Pacientes/Familiares			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pacientes	Válidos	0 a 3 horas	19	63,3	63,3	63,3

		3 a 6 horas	3	10,0	10,0	73,3
		6 a 12 horas	1	3,3	3,3	76,7
		Más de 12 horas	7	23,3	23,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
		0 a 3 horas	10	33,3	33,3	33,3
		3 a 6 horas	5	16,7	16,7	50,0
Acompañante	Válidos	6 a 12 horas	11	36,7	36,7	86,7
		Más de 12 horas	4	13,3	13,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0	

- *Consulta previa a Internet:* La mayoría de los entrevistados no consultaron por internet la información referida al problema de salud que los llevó a acudir al Servicio de Urgencias, tanto en pacientes como en acompañantes (figura 7).

**Figura 7. Consulta previa a internet**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí	19	31,7	31,7	31,7
No	41	68,3	68,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

- *Motivo de consulta a urgencias:* En lo relativo al motivo de consulta, en el grupo de pacientes, los porcentajes mayores se encuentran en los problemas neurológicos con un 26,7%, seguido de problemas digestivos con un 20% y problemas cardiológicos, con un 16,7%. En el grupo de acompañantes, los principales motivos de consulta son los problemas neurológicos con un 26,7%, los problemas digestivos con un 20% y los problemas respiratorios y cardiológicos con un 13,3% cada uno. En La figura 8 se representa el porcentaje de los distintos tipos de trastornos en ambos grupos de estudio.

**Figura 8. Motivo visita a urgencias**

Grupo Pacientes/Familiares		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Pacientes	Válidos	P. respiratorios	1	3,3	3,3	3,3
		P. cardiológicos	5	16,7	16,7	20,0
		P. digestivos	6	20,0	20,0	40,0
		P. neurológicos	8	26,7	26,7	66,7
		P. traumatológicos	2	6,7	6,7	73,3
		P. Hematológicos	2	6,7	6,7	80,0
		P. Renales	3	10,0	10,0	90,0
		P. Osteomusculares	1	3,3	3,3	93,3
		P. Urológicos	2	6,7	6,7	100,0
		Total	30	100,0	100,0	
		Acompañante	Válidos	P. respiratorios	4	13,3
P. cardiológicos	4			13,3	13,3	26,7
P. digestivos	6			20,0	20,0	46,7
P. neurológicos	8			26,7	26,7	73,3
P. traumatológicos	2			6,7	6,7	80,0
P. Hematológicos	1			3,3	3,3	83,3
P. Renales	1			3,3	3,3	86,7
P. Osteomusculares	1			3,3	3,3	90,0
P. Urológicos	2			6,7	6,7	96,7
P. Reumatológicos	1			3,3	3,3	100,0
Total	30			100,0	100,0	

#### 4.2. PERCEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

En cuanto a la percepción de la calidad global de la información recibida se puede observar que en el grupo de los pacientes, la mayoría tienen una percepción buena de la información recibida, siendo el porcentaje de un 47% de la totalidad de los encuestados. Por otro lado, en el grupo de los acompañantes el 43,3% poseen una percepción regular de la información recibida. En consecuencia, los pacientes se sienten mejor informados que los acompañantes (figura 9).

**Figura 9. Percepción global calidad información recibida**

Grupo Pacientes/Familiares		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pacientes	Válidos	Muy buena	2	3,0	6,0
		Buena	13	47,0	93,3
		Regular	7	23,3	43,3
		Mala	6	20,0	20,0
		Muy mala	2	6,7	100,0
		<u>Total</u>	30	100,0	100,0
Acompañante	Válidos	Muy buena	3	10,0	10,0
		Buena	7	23,3	33,3
		Regular	13	43,3	76,7
		Mala	5	16,7	93,3
		Muy mala	2	6,7	100,0
		<u>Total</u>	30	100,0	100,0

### 4.3 MEDICIÓN DE LA INCERTIDUMBRE

Para las variables cualitativas (sexo, nivel de estudios, causas por la que acude al Servicio de Urgencias, consulta por internet y visitas previas a urgencias) se ha empleado análisis de frecuencia. En las variables cuantitativas como la edad y percepción de la información, análisis de media y desviación estándar, para el número de visitas en los últimos seis meses, análisis de la mediana, y para el tiempo de espera desde la última información recibida, análisis de frecuencia.

La percepción de la información recibida abarca las siguientes puntuaciones:

- Puntuación mínima en Percepción de la información recibida = 4
- Puntuación máxima en Percepción de la información recibida = 20
- Puntuación de corte Percepción Mala = < 9
- Puntuación de corte Percepción Regular = 9 - 12
- Puntuación de corte Percepción Buena = > 12

Para realizar el análisis de los resultados de incertidumbre se ha utilizado el análisis de media y desviación estándar, valorando cada ítem con una puntuación del 1 al 5. Teniendo en cuenta que la escala de percepción de la incertidumbre tiene 12 ítems, la puntuación mínima sería de 12 puntos y la mayor de 60 puntos. Para la puntuación de corte se utiliza un criterio proporcional. Así pues:

- Puntuación mínima de la escala = 12
- Puntuación máxima de la escala = 60
- Puntuación de corte calificación Bajo Nivel de Incertidumbre = < 25
- Puntuación de corte calificación Medio Nivel de Incertidumbre = 25-36
- Puntuación de corte calificación Alto Nivel de Incertidumbre = >36
- Indican Ítems invertidos\*.

#### 4.4. ANÁLISIS COMPARATIVO DE VARIABLES

- *Variables sexo y nivel de incertidumbre:* En esta relación de variables,  $P > 0,05$  por lo que es no significativa, esto demuestra que las mujeres no tendrán un mayor nivel de incertidumbre que los hombres, tanto en el grupo de los pacientes como en el de sus acompañantes. En la figura 10 vemos dicha relación.

**Figura 10. Tabla de contingencia sexo y nivel de incertidumbre**

			Categoría Incertidumbre			
			Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Sexo	Hombre	Recuento	7	12	6	25
		% del total	11,7%	20,0%	10,0%	41,7%
Sexo	Mujer	Recuento	9	19	7	35
		% del total	15,0%	31,7%	11,7%	58,3%
Total		Recuento	16	31	13	60
		% del total	26,7%	51,7%	21,7%	100,0%

- *Variables nivel de estudios y nivel de incertidumbre:* En esta relación,  $P > 0,05$  así que la relación de las variables resulta ser no significativa, por lo que no podremos relacionar un mayor nivel de estudios con un menor nivel de incertidumbre, tanto en los pacientes como en sus acompañantes (figura 11).

**Figura 11. Tabla de contingencia nivel de estudios y categoría incertidumbre**

			Categoría Incertidumbre			Total
			Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Nivel de estudios	Sin estudios	Recuento	1	5	4	10
		% dentro de Nivel de estudios	10,0%	50,0%	40,0%	100,0%
	Primarios	Recuento	6	8	3	17
		% dentro de Nivel de estudios	35,3%	47,1%	17,6%	100,0%
	Secundarios/FP	Recuento	7	8	6	21
		% dentro de Nivel de estudios	33,3%	38,1%	28,6%	100,0%
	Universitarios	Recuento	2	10	0	12
		% dentro de Nivel de estudios	16,7%	83,3%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	16	31	13	60
		% dentro de Nivel de estudios	26,7%	51,7%	21,7%	100,0%

- *Variables grupo de edad y nivel de incertidumbre:* En esta relación de variables,  $P < 0,05$  por lo que es significativa. Es decir, se puede establecer que, a mayor edad mayor es el nivel de incertidumbre, tanto en pacientes como en acompañantes, tal y como se desprende de la figura 12.



**Figura 12. Tabla de contingencia Grupos de edad \* Categoría Incertidumbre**

		Categoría Incertidumbre			Total	
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto		
Grupos de edad	18-30	Recuento	2	3	1	6
		% dentro de Grupos de edad	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%
	31-40	Recuento	0	3	1	4
		% dentro de Grupos de edad	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	41-50	Recuento	8	5	6	19
		% dentro de Grupos de edad	42,1%	26,3%	31,6%	100,0%
	51-60	Recuento	4	9	0	13
		% dentro de Grupos de edad	30,8%	69,2%	0,0%	100,0%
	Mayor de 60	Recuento	2	11	5	18
		% dentro de Grupos de edad	11,1%	61,1%	27,8%	100,0%
	Total	Recuento	16	31	13	60
		% dentro de Grupos de edad	26,7%	51,7%	21,7%	100,0%

- *Variables grupo Pacientes/Familiares y nivel de incertidumbre:* La  $P < 0,05$  en esta relación por tanto es significativa. Se acepta que el nivel de incertidumbre generado en los acompañantes es mayor que en los pacientes (figura 13).

**Figura 13. Tabla de contingencia Grupo Pacientes/Familiares y Categoría Incertidumbre**

			Categoría Incertidumbre			Total
			Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Grupo Pacientes	Recuento		9	17	4	30
	% dentro de Grupo	Pacientes/Familiares	30,0%	56,7%	13,3%	100,0%
Grupo Pacientes/ Familiares	Recuento		7	14	9	30
	% dentro de Grupo	Acompañante	23,3%	46,7%	30,0%	100,0%
Total	Recuento		16	31	13	60
	% dentro de Grupo	Pacientes/Familiares	26,7%	51,7%	21,7%	100,0%

- Variables tiempo de espera desde última información clínica y nivel de incertidumbre: En esta relación  $P < 0,05$  por lo que se establece que existe una relación significativa entre el tiempo de espera y el nivel de incertidumbre, tanto en pacientes como en acompañantes. A mayor tiempo de espera desde la última información recibida mayor nivel de incertidumbre, y a menor tiempo de espera desde la última información recibida menor nivel de incertidumbre (figura 14).

**Figura 14. Tabla de contingencia tiempo desde última información clínica y categoría Incertidumbre**

		Categoría Incertidumbre			Total	
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto		
Tiempo desde última información clínica	0 a 3 horas	Recuento	9	17	3	29
		% dentro de Tiempo desde última información clínica	31,0%	58,6%	10,3%	100,0%
	3 a 6 horas	Recuento	6	1	1	8
		% dentro de Tiempo desde última información clínica	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%
	6 a 12 horas	Recuento	1	6	5	12
		% dentro de Tiempo desde última información clínica	8,3%	50,0%	41,7%	100,0%
	Más de 12 horas	Recuento	0	7	4	11
		% dentro de Tiempo desde última información clínica	0,0%	63,6%	36,4%	100,0%
	Total	Recuento	16	31	13	60
		% dentro de Tiempo desde última información clínica	26,7%	51,7%	21,7%	100,0%

- Variables Percepción de la calidad de la información recibida y nivel de incertidumbre: En la relación de estas dos variables, la  $P < 0,05$  por lo que observamos que existe una relación significativa entre una peor percepción en cuanto a claridad, cantidad y tiempo de espera de la información recibida y el nivel de incertidumbre, tanto en pacientes como en acompañantes. A peor percepción de la información recibida mayor nivel de incertidumbre y a mejor

percepción de la información percibida menor nivel de incertidumbre (figura 15).

**Figura 15. Tabla de contingencia Percepción global calidad información recibida \*  
Categoría Incertidumbre**

			Categoría Incertidumbre			Total
			Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Percepción Global Calidad Información Recibida	Muy buena	Recuento	4	0	0	4
		% dentro de Percepción Global Calidad Información Recibida	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Buena	Recuento	9	11	0	20
		% dentro de Percepción Global Calidad Información Recibida	45,0%	55,0%	0,0%	100,0%
	Regular	Recuento	3	16	1	20
		% dentro de Percepción Global Calidad Información Recibida	15,0%	80,0%	5,0%	100,0%
	Mala	Recuento	0	4	9	13
		% dentro de Percepción Global Calidad Información Recibida	0,0%	30,8%	69,2%	100,0%
	Muy mala	Recuento	0	0	3	3
		% dentro de Percepción Global Calidad Información Recibida	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	16	31	13	60
		% dentro de Percepción Global Calidad Información Recibida	26,7%	51,7%	21,7%	100,0%

- Con los coeficientes de Spearman podemos buscar las correlaciones que existen entre dos variables cualitativas.

**Correlaciones**

			PERCEPCION GENERAL MEDIA	Nivel numérico de incertidumbre
Rho de Spearman	PERCEPCION GENERAL MEDIA	Coefficiente de correlación	1,000	-,824**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	60	60
	Nivel numérico de incertidumbre	Coefficiente de correlación	-,824**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	60	60

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

## 5. DISCUSIÓN

En estudios realizados a enfermos que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2<sup>13</sup>, se establece que las fuentes de información, las capacidades cognitivas para interpretar la información, y la falta de apoyo social, de educación y de credibilidad del personal de salud, son ejes críticos en la incertidumbre frente a la enfermedad. Por ello los pacientes que revelaron un nivel regular de incertidumbre sobre la enfermedad, dicen tener un alto nivel de incertidumbre en la sintomatología debido a la falta de conocimiento acerca de su padecimiento, además de no lograr identificar los signos o síntomas, e ignorar cuándo están mejorando o empeorando. También podemos destacar, que cuando la autoridad tiene una alta credibilidad, la incertidumbre disminuye. La información fiable y consistente, reducen la incertidumbre y la ansiedad derivada, ayudando en la interpretación de la sintomatología, a comprender la situación y a predecir mejor su evolución.

En relación a nuestro trabajo de investigación en pacientes y acompañantes del Servicio de Urgencias, podemos afirmar que las fuentes de información son pieza clave en la percepción del estado de salud, tanto en los pacientes como en sus acompañantes, ya que existe una relación inversamente

proporcional entre la percepción de la información y el nivel de incertidumbre generado. Esta percepción, como bien menciona Gómez-Palencia<sup>13</sup>, se ve influenciada por la credibilidad del equipo sanitario. Por otro lado, nuestro estudio establece que la edad está relacionada de una forma directamente proporcional y, por tanto, a medida que aumenta la edad en pacientes y acompañantes aumenta la incertidumbre, pudiendo englobarse factores como la experiencia o la capacidad interpretativa de los acontecimientos sobrevenidos.

Entendemos, de acuerdo con otros estudios<sup>13</sup>, que es indispensable el apoyo a pacientes a partir de un equipo interdisciplinario, donde el profesional de enfermería es una pieza clave en las intervenciones para asumir la incertidumbre positivamente, y convertirla en una oportunidad para el paciente y su familia.

En otros estudios sobre incertidumbre en pacientes con cáncer de mama<sup>14</sup>, existe un importante cambio en la calidad de vida en periodos donde la información recibida es menor. La reducción de información puede incrementar la susceptibilidad de los pacientes para subestimar sus capacidades así como malinterpretar las sensaciones físicas. La separación o distanciamiento del control sanitario, así como la falta de información después del tratamiento administrado en este tipo de paciente, aumenta la angustia psicológica en general, así como la incertidumbre sobre el futuro, y puede reflejar la reducción de apoyo social. Además, la investigación establece que a los pacientes a los que no se les resuelve las dudas o preguntas sobre su enfermedad desarrollan una mala calidad de vida a lo largo de las fases de la enfermedad. En resumen, el nivel de incertidumbre en pacientes con cáncer de mama es un indicador funcional del bienestar físico del paciente durante el tratamiento y en el periodo después de que el tratamiento haya acabado.

En nuestra investigación se establece que la falta de información, al igual que la mala percepción de la misma, desarrolla un mayor nivel de incertidumbre en pacientes y acompañantes afectando incluso a su calidad de vida. La falta de atención por parte del equipo profesional sanitario genera una angustia que puede provocar que los pacientes y familiares desarrollen estrés, afectando a su bienestar físico y social. No cabe duda que se requiere una mayor continuidad y

acercamiento al paciente y acompañante con objeto resolver las inquietudes y dudas generadas por los signos y síntomas desarrollados, al igual que la evolución de los mismos tras el alta, alcanzando así un mayor bienestar físico y mental de pacientes y acompañantes.

Otros autores señalan que en relación a la calidad de información recibida<sup>15</sup>, los pacientes que son seguidos regularmente a través de consultas y que encuentran proximidad con los profesionales sanitarios, están más expuestos a encontrar respuestas a sus dudas con los profesionales de salud; además, consideran que la información que les es brindada sobre la enfermedad, su condición de salud y sobre su tratamiento es verdadera, lo que se traduce en un muy bajo grado de incertidumbre. Por ello, la ausencia de información es precursora de incertidumbres, pues permite al paciente la construcción de un cuadro de referencia propio. No obstante, esta es la única situación de incertidumbre pasajera y que es fácil de poder corregir. Para lo cual sólo será necesario que el profesional de la salud muestre su disposición para informar correctamente y aclarar eventuales incertidumbres a sus pacientes.

Con respecto a nuestro trabajo de investigación, se puede observar la relación que existe entre el tiempo que transcurre desde la última información recibida por parte de pacientes y acompañantes y el nivel de incertidumbre, relacionando un mayor tiempo de espera con un mayor nivel de incertidumbre. Por ello, si extrapolamos los resultados de los estudios mencionados anteriormente con los hallazgos en nuestro estudio, podría recomendarse que, para la reducción de un nivel de incertidumbre, se debería llevar a cabo un seguimiento más estrecho con los pacientes y familiares a la hora de dar información y resolver dudas sobre su enfermedad.

Algunos autores<sup>16</sup> defienden que los elevados niveles de ansiedad, dados por la ambigüedad e inconsistencia de la información entregada a la familia, son de gran importancia para enfermería, ya que nos permite implementar intervenciones para disminuir el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad de los familiares de nuestros pacientes afectados por dicho estrés. Este nivel de conocimiento que genera situaciones de estrés, se basa en la experiencia previa,

la búsqueda de información en los medios y en sus mecanismos de afrontamiento normal.

Ahondando en nuestros hallazgos, podemos fundamentar que el nivel de incertidumbre en los acompañantes se debe a la mala percepción de la información recibida y al amplio margen temporal existente entre el periodo de información, por lo que podemos afirmar que el estrés puede ser prevenido con una mejor atención en cuanto a información se refiere por parte de médicos y enfermeros, contribuyendo a mejorar el bienestar de los acompañantes que es tan importante como el de los pacientes.

## **6. CONCLUSIONES**

1. El mayor número de pacientes pertenece al sexo masculino, siendo mayor entre los acompañantes el sexo femenino. En la variable sexo de ambos grupos, pacientes y acompañantes, no se establece una relación significativa con el nivel de incertidumbre. No obstante, a mayor edad en ambos grupos si se comprueba un mayor nivel de incertidumbre, por lo que la experiencia acumulada o la capacidad cognitiva puede ser clave para interpretar la información y cuestionar posibles cuadros evolutivos.
2. El nivel de estudios primarios es mayoritario en el grupo de pacientes, y en el de los acompañantes el de estudios secundarios, siendo mayor el nivel de estudios universitarios en los acompañantes. Llama la atención que la muestra sin estudios presenta un nivel medio y alto similar de incertidumbre, en tanto que el nivel de estudios universitarios refleja sobre todo un nivel medio de incertidumbre. Aunque no pueda establecerse una relación significativa, es probable que un mayor conocimiento permita afrontar la situación con mayor realidad.
3. En relación al motivo de consulta en urgencias, existe concordancia entre los pacientes y acompañantes a la hora de determinar los problemas neurológicos y digestivos como principal tipo de dolencia.
4. El nivel de incertidumbre es significativamente mayor en acompañantes



que en pacientes, lo cual puede relacionarse con el hecho que los pacientes reciben información en periodos de tiempo más cortos que sus acompañantes.

5. Tanto en el grupo de pacientes como en el de acompañantes se advierte que el mayor o menor tiempo de espera para la última información recibida genera, respectivamente, una mayor o menor incertidumbre. Es evidente que dotar de información al paciente y/o acompañante resulta necesario y aconsejable en orden a evitar el estrés o angustia generada ante la dificultad en la comprensión de su enfermedad.
6. En cuanto a la percepción de la calidad global de la información recibida, en el grupo de pacientes la mayoría declara una buena percepción, mientras que en el grupo de acompañantes expresan sobre todo una percepción regular. Por tanto, puede entenderse que los pacientes se sienten mejor informados que los acompañantes.
7. El nivel de incertidumbre en acompañantes, al igual que en los pacientes, se expresa mediante periodos de angustia y malestar, pudiendo afectar así a su bienestar físico y mental. Esto puede deberse a la inconsistencia de la información y su carácter, en ocasiones ambiguo o de lenguaje impreciso, que genera una disconformidad o malestar en los acompañantes por la gran cantidad de dudas que poseen respecto a la enfermedad de sus familiares.
8. El nivel de incertidumbre en usuarios del Servicio de Urgencias es tanto menor cuanto menor sea el tiempo de espera entre una información y otra, y mejor sea la adecuada percepción global de la información recibida.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartzmann L. *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Ciencia y enfermería. [En línea]. Publicado en Diciembre de 2003 [Citado el 1 de abril de 2016] Volumen 02. Pag 09-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
2. Torres A, Sanhueza O. *Modelo estructural de enfermería De calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad*. Ciencia y Enfermería [en línea]. 2006 junio [Citado 10 de marzo de 2016] Volumen 12. Pag 9-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532006000100002>.
3. Magdalena Aimar ÁN. *El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas*. Index Enfermería [En línea]. Publicado Junio 2009. [Citado 18 Marzo de 2016] Volumen 18. Pag 111-115. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009&lng=es).
4. González Pérez U. *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud*. Revista Cubana Salud Pública [En línea]. Publicado Diciembre 2002 [Citado el 25 Marzo de 2016] Volumen 28. Pag 157-175. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es).
5. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M. *Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel*. Index Enferm [En línea]. Publicado en Jun 2013 [citado 1 de Abril 2016] Volumen 22. Pag 60-64. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013&lng=es).
6. Moreno Romero D, Parra Naffah I. *Incremento De La Cultura Del Reporte Del Evento Adverso, Incidentes Y Fallas Basado En La Teoria De La*

*Incertidumbre De Merle Mishel*. Universidad de la Sabana. [En línea] Publicado en 2015 [Citado el 25 de abril 2016] Volumen 11. Página: 32. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>

7. Olano M, Vivar G. *Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática*. Anales Sis San Navarra [En línea]. Publicado Abril 2012 [citado 14 de abril de 2016] Volumen 1. Pag 53-67. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137)  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100006>.

8. Trejo Martínez F. *Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero*. Enfermería Neurológica [en línea]. Publicado en 2012. [Citado el 14 de Marzo de 2016] Volumen 11. Pag 33-38. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>

9. Torres Ortega CM, *Adaptación Transcultural de la Escala de la Incertidumbre de M. Mishel, en personas con IRC en tratamiento con Hemodiálisis* [tesis doctoral]. Jaén. Universidad de Jaén. Facultad de ciencias de la Salud; 2013.

10. Ministerio de sanidad y política social. *Unidad Urgencias Hospitalaria Estándares y Recomendaciones*. 2010. Madrid; Ministerio de sanidad y política social.

11. Servicio Canario de Salud, Hospital Universitario de Canarias. *Normativa del funcionamiento del servicio de urgencias del HUC*. Diciembre de 2007. Canarias.

12. Servicio Canario de Salud. Hospital Universitario de Canarias. *Funciones de los D.U.E en Urgencias*. Diciembre 2007. Servicio Canario de Salud. Canarias.

13. Gómez-Palencia IP, Castillo-Ávila IY, Alvis-Estrada LR. *Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel*. Aquichan. [En línea] Publicado en 2015. [Consultado el 1 de mayo 2016]. Volumen 15. Pag 210-218. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3969/html>
14. Garofalo J.P, Choppala S, PhD, Hamann H.A, PhD, Gjerde J. *Uncertainty During the Transition From Cancer Patient to Survivor*. Cáncer Nursing. [on line] Published in 2009 [Consulte on 14 May 2016]. Vol 32. Page E8–E14. Available on: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19444082>
15. Alves Apóstolo JL, Castro Viveiros CS, Ribeiro Nunes HI, Raquel Faustino Dominguez R. *La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2*. Enfermagem [En línea] Publicado en 2007 [Consultado el 10 de Mayo de 2016]. Volumen 15. Pag 12-21. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000400009&script=sci\\_abstract&tlnq=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000400009&script=sci_abstract&tlnq=es)
16. Brevis Urrutia I, Silva Garrido P. *Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI*. Revista médica chilena. [En línea] Publicado en 2011 [Consultado el 20 de Mayo 2016] Volumen 26. Pag 27-34. Disponible en: [http://medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2011/26-1-2011/full\\_4\\_5.pdf](http://medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/2011/26-1-2011/full_4_5.pdf)

**Anexo 1: Escala de la incertidumbre de Mishel Uncertainty in illness Scale.**

1. *No sé lo que me pasa.*
2. *Tengo muchas preguntas sin respuestas.*
3. *Desconozco si mi enfermedad va a mejor o a peor.*
4. *Me preocupa tener dolores o síntomas desagradables.*
5. *Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas.*
6. *Entiendo para qué y por qué estoy recibiendo este tratamiento.*
7. *Mis síntomas cambian de un día para otro.*
8. *Entiendo todo lo que me explican.*
9. *Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras.*
10. *Mi tratamiento es demasiado complicado para entenderlo.*
11. *Es difícil saber si este tratamiento mejora mi enfermedad.*
12. *No puedo hacer planes para el futuro porque no sé cómo evolucionara mi enfermedad.*
13. *Mi enfermedad cambia por momentos, tengo días buenos y días malos.*
14. *Me han dado opiniones diferentes sobre mi enfermedad.*
15. *Desde que tengo esta enfermedad, no sé lo que me va a ocurrir.*
16. *Los resultados de las pruebas se contradicen.*
17. *La efectividad del tratamiento no es segura.*
18. *Debido a mi tratamiento no sé como estaré mañana, ni lo que podré hacer.*
19. *Estoy seguro de que no me encontrarán ningún problema más.*
20. *El tratamiento que recibo está demostrando que funciona.*
21. *No me han dicho exactamente la enfermedad que tengo.*
22. *Se ha identificado la fase en que se encuentra mi enfermedad.*
23. *Los médicos y enfermeros utilizan un lenguaje sencillo para que pueda entender los que me están explicando.*

**Anexo 2: Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis.**

1. *Tengo muchas preguntas sobre mi enfermedad.*
2. *Desconozco si mi enfermedad va a mejor o a peor.*
3. *Me preocupa tener dolores o síntomas desagradables.*
4. *Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas.*
5. *Entiendo por qué estoy recibiendo este tratamiento.*
6. *Mis síntomas cambian de un día para otro.*
7. *Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras.*
8. *Mi tratamiento es demasiado complicado para entenderlo.*
9. *Es difícil saber si este tratamiento mejora mi enfermedad.*
10. *No puedo hacer planes para el futuro porque no sé cómo evolucionará mi enfermedad.*
11. *Mi enfermedad cambia por momentos, tengo días buenos y días malos.*
12. *Me han dado opiniones diferentes sobre mi enfermedad.*
13. *Desde que estoy enfermo no sé lo que va a ocurrir.*
14. *Los resultados de mis pruebas se contradicen.*
15. *Debido a mi tratamiento no sé como estaré mañana, ni lo que podré hacer.*
16. *El tratamiento que recibo está demostrado que funciona.*
17. *Los médicos y enfermeras utilizan un lenguaje sencillo para poder entender lo que me están explicando.*

**Anexo 3: Adaptación de la Escala de Incertidumbre al ámbito de la Urgencia Hospitalaria tanto para paciente como acompañantes.**

1. *Tengo muchas preguntas sobre mi problema de salud.*
2. *Desconozco si voy a ir a mejor o a peor.*
3. *Mi preocupa si voy a tener dolores o síntomas desagradables.*
4. *Las explicaciones que me dan sobre mi problema me parecen confusas.*
5. *Entiendo porque estoy recibiendo éste tratamiento.\**
6. *Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras.*
7. *Me han dado opiniones diferentes sobre mi problema de salud.*
8. *Desde que estoy aquí no sé lo que va a ocurrir.*
9. *La información recibida sobre los resultados de mis pruebas me resultan confusas.*
10. *El tratamiento que recibo está demostrado que funciona.\**
11. *Los médicos y las enfermeras utilizan un lenguaje sencillo para poder entender lo que está pasando.\**
12. *No sé si cuando salga de aquí va a estar resuelto mi problema.*

**Anexo IV: Cuestionario para pacientes y acompañantes**

Sexo  Mujer  Hombre

Edad  Entre 20 - 30 años  Entre 31 - 40 años  Mayor de 60 años  
 Entre 41 - 50 años  Entre 51 - 60 años

Nivel de estudios

Sin estudios  Estudios secundarios/FP  
 Estudios primarios  Estudios Universitarios

Causa por la que acude al Servicio de Urgencias:

Ha visitado recientemente éste servicio:  Cuántas veces ha acudido en los últimos 6 meses?

¿Ha consultado por internet información referente al problema de salud que le ha traído aquí?

Tiempo aproximado de espera, desde la última información recibida:

Percepción global de la información recibida:

**Cantidad**



**Claridad**



**Tiempo de espera**



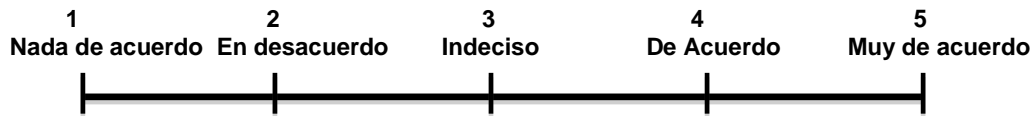
**Percepción Global de la calidad**





### Escala de Incertidumbre

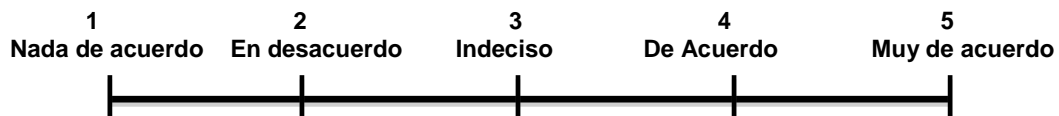
1- Tengo muchas preguntas sobre mi problema de salud.



2- Desconozco si va a ir a mejor o a peor.



3- Me preocupa si voy a tener dolores o síntomas desagradables



4- Las explicaciones que me dan sobre mi problema me parecen confusas.



5- Entiendo porque estoy recibiendo éste tratamiento \*.



6- Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras.



7- Me han dado opiniones diferentes sobre mi problema de salud.



8- Desde que estoy aquí no sé lo que va a ocurrir.



9- La información recibida sobre los resultados de mis pruebas me resultan confusas.



10- El tratamiento que recibo está demostrado que funciona \*.



11- Los médicos y los enfermeros utilizan un lenguaje sencillo para poder entender lo que está pasando \*.



12- No sé si cuando salga de aquí va a estar resuelto mi problema.



- Los datos recopilados serán totalmente anónimos.
- Con este estudio pretendemos mejorar aquellos aspectos de la práctica profesional que requieran de esa mejora para así poder ofrecer un mejor servicio a los usuarios.
- Las preguntas del cuestionario se adaptará oralmente a la hora de preguntar a los acompañantes.