

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LA
ENFERMEDAD DE MERLE MISHEL MUIS-A FRENTE A PROCEDIMIENTOS
DIAGNÓSTICOS**

LEIDY YAZMÍN DÍAZ MORENO



UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CHIA, COLOMBIA

2017

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE INCERTIDUMBRE EN LA
ENFERMEDAD DE MERLE MISHEL MUIS-A FRENTE A PROCEDIMIENTOS
DIAGNÓSTICOS**

LEIDY YAZMÍN DÍAZ MORENO

Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Enfermería

Directora

MARÍA MERCEDES DURAN DE VILLALOBOS

Enfermera, Magister en enfermería

Docente Facultad de Enfermería y Rehabilitación

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CHIA, COLOMBIA

2017

DEDICATORIA

A mi padre Ismael Díaz, en los pocos años que me acompañó, me dio las herramientas necesarias para luchar por mis sueños.

A mi madre Himelda Moreno, por darme una voz de aliento siempre que la necesito.

A mis hermanos, por el apoyo incondicional que me brindan.

A mi profesora María Mercedes Durán, guía y fuente de inspiración durante el desarrollo de esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiarme y acompañarme en todos los momentos de mi vida.

A los pacientes en espera de la realización de un procedimiento diagnóstico y todas las personas que participaron en el desarrollo de esta investigación, gracias por su colaboración, sin ellos no hubiese sido posible este trabajo.

Al Instituto de Diagnóstico Médico S. A. "IDIME" y a la Fundación Clínica Shaio, por reconocer la importancia de la investigación en enfermería, brindándome la posibilidad de desarrollar este trabajo en sus instalaciones.

A mi directora de tesis profesora María Mercedes Durán de Villalobos, por su apoyo incondicional y sabias recomendaciones durante todo este tiempo.

A la Universidad de La Sabana y profesores de la Maestría, quienes con sus valiosos conocimientos me formaron como Magíster en enfermería.

A mi profesor Humberto Mayorga, quien guio de excelente manera todo el proceso estadístico de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	9
1. MARCO REFERENCIAL	
1.1 Descripción del problema.....	11
1.2 Problema.....	18
1.3 Justificación.....	18
1.3.1 Relevancia social.....	19
1.3.2 Relevancia disciplinar.....	20
1.3.3 Relevancia teórica.....	22
1.4 Objetivos del estudio.....	24
1.4.1 Objetivo general.....	24
1.4.2 Objetivos específicos.....	24
1.5 Definición de conceptos.....	25
1.5.1 Incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos.....	25
1.5.2 Instrumento de valoración.....	25
1.5.3 Validez.....	26
1.5.4 Validez de contenido.....	27
1.5.5 Validez facial.....	27

1.5.6	Validez de constructo.....	27
2.	MARCO TEÓRICO	
2.1	Procedimientos diagnósticos.....	28
2.2	Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel.....	29
2.2.1	Escalas de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel....	37
2.2.2	Elementos de la teoría y dimensiones del instrumento.....	42
2.2.3	Incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos.....	43
2.3	Psicometría.....	45
2.3.1	Medición.....	46
2.3.2	Instrumento de valoración.....	47
2.3.3	Validación de un instrumento.....	47
2.3.4	Validez.....	48
2.3.4.1	Validez de contenido.....	49
2.3.4.2	Validez facial.....	51
2.3.4.3	Validez de constructo.....	51
3.	MARCO METODOLÓGICO	
3.1	Tipo de estudio	53
3.2	Población.....	53
3.2.1	Muestra.....	53
3.2.1.1	Validez de Contenido	53
3.2.1.2	Validez Facial.....	54

3.2.1.3 Validez de Constructo.....	56
3.3 Tipo de Muestreo.....	56
3.4 Criterios de Inclusión.....	56
3.5 Criterios de Exclusión.....	57
3.6 Instrumento.....	57
3.7 Procedimiento.....	58
3.7.1 Modificación de la Escala.....	58
3.7.2 Determinar la validez de Contenido.....	58
3.7.3 Determinar la validez Facial.....	60
3.7.4 Determinar la validez de Constructo.....	61
3.8 Socialización de Resultados.....	62
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	63
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	65
5.1 Validez de Contenido.....	65
5.2 Validez Facial.....	74
5.3 Validez de Constructo.....	85
6. DISCUSIÓN.....	93
7. CONCLUSIONES.....	95
8. RECOMENDACIONES.....	96
9. LIMITACIONES.....	98

10. BIBLIOGRAFÍA.....	99
11. ANEXOS.....	112
Anexo 1 Escala de incertidumbre frente a la enfermedad (Merle Mishel 1988)	
Anexo 2 Permiso de la autora para la utilización del instrumento	
Anexo 3 Instructivo utilizado para la validez de contenido de la escala	
Anexo 4 Carta de invitación a expertas	
Anexo 5 Instrumento utilizado para la medición de la validez facial de la escala	
Anexo 6 Consentimiento informado utilizado para la validez facial	
Anexo 7 Permiso de las Instituciones de Salud	
Anexo 8 Instrumento utilizado para la validez de constructo de la escala	

INTRODUCCIÓN

Con los recientes avances en la tecnología biomédica ha llegado por consiguiente un aumento de pruebas diagnósticas (1), que para el personal de salud pueden ser consideradas como procedimientos de rutina; mientras para el paciente la indicación de la realización de un procedimiento diagnóstico, representa una experiencia desagradable y preocupante; es un proceso que genera estrés, evidenciado en la inseguridad de lo que puede suceder en el procedimiento, unido al desconocimiento del mismo, debido a la falta de información (1) y a lo extraño que puede resultar la sala donde se realizan dichos procedimientos; estos son factores que desencadenan temor, miedo, incertidumbre, angustia y mayor inseguridad en los pacientes (2) (3) (4); en la mayoría de los casos el paciente no entiende la naturaleza del procedimiento hasta mucho después de su realización. (5). Estar a la espera de la realización de un procedimiento o entrar a la sala donde realiza, puede resultar intimidante y aterrador para el paciente. (2).

La incertidumbre es un componente común en una situación de enfermedad y probablemente aumenta en el momento pre diagnóstico (1) (6) (7); este trabajo de investigación toma como referente la teoría de la Incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel; quien define la incertidumbre como: “la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad”. (8). Mishel sostiene que es un estado cognitivo, creado cuando la persona no puede estructurar un evento debido a la falta de señales, la incertidumbre se presenta en una situación en la que la persona es incapaz de predecir los resultados con precisión (9) (10); tal como sucede en una persona a la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico; se ha demostrado que estos procedimientos generan una serie de emociones en la persona. (5) (11) (12) (13) (14) (15) (16).

A la luz de la tecnología científica, el impacto de la incertidumbre se debe tener en cuenta y tratar con programas de intervención dirigidos, ya que se ha demostrado

que estos ayudan a disminuir el nivel de incertidumbre en diferentes situaciones de enfermedad (17); la identificación de la incertidumbre en la enfermedad en fases específicas ha hecho que el estudio de este fenómeno sea un área relevante para la investigación de enfermería (1); el personal debe valorar las diferentes necesidades de los pacientes en la fase pre diagnóstica de una enfermedad y responder a estas necesidades psicosociales de los pacientes en situaciones incómodas. (12).

Enfermería presenta la necesidad de reevaluar algunas prácticas de cuidado actuales a la luz de la tecnología científica y cambios sociales existentes (1); para lo cual, cuenta con un amplio cuerpo de conocimientos o teorías que nos proporcionan una perspectiva sistemática y explicativa de los hechos que envuelven a la persona; la teoría es la herramienta fundamental para la práctica. (18).

Merle Mishel desarrolló junto con su teoría una escala, la cual ha posibilitado la medición de diferentes intervenciones que han logrado una reducción de la incertidumbre en muchos pacientes. (19). La escala MUIS –A es un instrumento utilizado ampliamente en investigación en Colombia y el mundo en pacientes con enfermedades crónicas; pero su aplicación en pacientes a la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico es escasa, en Colombia es nula; por tal razón, el propósito de este estudio se basó en la divulgación de la medición de la incertidumbre en la enfermedad, mediante la validación de la escala de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel MUIS-A para pacientes en la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Descripción del problema

Los procedimientos con fines diagnósticos, genera una serie de efectos en la persona, donde el impacto emocional está determinado por respuestas de ansiedad, temor y estrés. (11) (12) (20) (21) (22) (23). Cuando se presenta una enfermedad la persona experimenta un conjunto de alteraciones, al sentir que probablemente algo termino o es el comienzo de algo nuevo, incluso puede llegar a establecer una relación con su propia muerte, esto se convierte en una fuente de tensión emocional y social. (24). Es un duelo que puede generar incertidumbre, inseguridad, ansiedad, miedo, desesperanza e incluso puede desarrollar depresión (25); las personas experimentan dudas acerca de lo que puede llegar a significar su pronóstico y la realización de sus actividades de la vida diaria. El ser humano, integra aspectos biológicos, emocionales, intelectuales y sociales, además desarrolla estrategias necesarias para la supervivencia de sus valores y de su función social. (14) (25) (26) (27).

Cuando una persona se encuentra en situación de enfermedad puede desarrollar una serie de sentimientos al encontrar que su ritmo de vida normal se encuentra alterado y, más aún, cuando se requiere la realización de un procedimiento diagnóstico; se ha encontrado que la incertidumbre experimentada por estos pacientes se encuentra relacionada con los resultados del procedimiento y su futuro desconocido, además, de ser procedimientos en los que generalmente los pacientes se encuentran despiertos. (4) (11) (29).

El tiempo de espera de un diagnóstico es un periodo donde las personas que vivencian una experiencia de enfermedad presenta una enorme tensión (30); es un periodo que se caracteriza por la expectativa que presenta el paciente entre la realización de la prueba diagnóstica, el momento de conocer los resultados y el

consecuente diagnóstico (1) (31); la persona no sabe qué tipo de enfermedad puede tener y los cambios que pueden producirse en sus vidas debido a lo impredecible del diagnóstico y el tratamiento. (31).

Numerosos estudios describen los efectos fisiológicos y psicológicos de emociones como el miedo y la ansiedad en los signos vitales del paciente (32) (33) (34); los cambios fisiológicos son causados por la activación de las catecolaminas, que movilizan el cuerpo durante el estrés mediante la estimulación de la actividad metabólica, lo cual provoca un aumento de la presión arterial entre otros. (35) (36).

Los procedimientos diagnósticos son considerados como de rutina en la detección temprana y prevención de la enfermedad, sin embargo, estos procedimientos son estresantes para los pacientes, debido a la ansiedad, a lo incomodo del procedimiento e incluso a experiencias previas desagradables (37); la ansiedad es una respuesta natural a los sucesos psicológicos y ambientales (32), se ha estudiado mucho acerca del estado de ansiedad en estos pacientes (23) (38) e incluso se han realizado estudios sobre una variedad de intervenciones para lograr un efecto en la reducción de la ansiedad, dolor y estrés (37) (39) (40) (41) (42) (43) (44), pero existen pocos estudios sobre el nivel de incertidumbre en estos pacientes; se ha demostrado que existe una fuerte correlación entre la ansiedad y la depresión (38) (45) y entre la incertidumbre y la ansiedad; a mayor nivel de incertidumbre mayor ansiedad. (6) (46).

La ansiedad tanto en hombres como en mujeres antes de procedimientos diagnósticos, como las colonoscopias, puede deberse a diferentes razones, tales como: lo doloroso que pueda ser el procedimiento, la preocupación e incertidumbre relacionada con el resultado, ya que este puede conducir al diagnóstico de una enfermedad. (32) (40). En una situación de estrés, la capacidad de atención de un paciente se acorta y la capacidad de concentración y de recordar podría verse afectada (32); generalmente el personal de salud se fija más en los aspectos técnicos de un procedimiento, en lugar de evaluar los

temores y necesidades del paciente (47); diferentes situaciones durante el procedimiento pueden afectar la relación médico- paciente y esta repercute en la experiencia de los pacientes con ansiedad, ya que puede afectar la comprensión de los pacientes sobre los síntomas; además, es esencial para la construcción de la confianza por parte del paciente en el procedimiento. (23). Si no existe una relación positiva, los pacientes experimentan una mayor ansiedad en cuanto a su médico, procedimiento y diagnóstico. (23).

En situaciones de enfermedad donde el pronóstico es desconocido y además de esto se requiere la realización de un procedimiento diagnóstico, se ha observado que la incertidumbre aumenta con este tipo de procedimientos, cuando hay un diagnóstico en espera (36) y puede afectar de forma negativa la salud de la persona. En el momento del diagnóstico de una enfermedad la incertidumbre se puede encontrar en un máximo grado (48) (49); estudios de pacientes con cáncer han demostrado que la incertidumbre tiende a ser mayor durante el periodo de diagnóstico y primeras etapas del tratamiento de una enfermedad, que en el periodo de supervivencia (6) (50); estudios adicionales han demostrado que la incertidumbre es mayor cuando existe la espera de un diagnóstico (51); la mayoría de los estudios prestan mayor atención a la incertidumbre generada por una enfermedad después del diagnóstico, dejando de un lado el proceso pre diagnóstico.

Muchas veces el paciente debe esperar un tiempo para la realización de su procedimiento, se ha descrito que durante este tiempo los pacientes experimentan incertidumbre y ansiedad, por lo cual estos trastornos deben evaluarse continuamente independientemente del tiempo que lleven esperando. (52). La incertidumbre trae un efecto negativo y consecuencias psicológicas como son: la ansiedad, depresión, desesperanza y trastornos psicológicos (53), e incluso, algunos estudios nos indican que la depresión y la preocupación constituyen factores de riesgo independientes para los eventos adversos cardiovasculares. (54).

De acuerdo con Lazarus y Folkman los individuos responden de manera diferente en una situación debido a las diferencias en la sensibilidad a los acontecimientos estresantes y al uso de estrategias y recursos de afrontamiento (55); el apoyo social es un recurso psicológico muy importante ya que se ha encontrado que disminuye el estrés y ayuda a los pacientes en el manejo de situaciones estresantes. (56) (57). Una experiencia previa puede contribuir a que el paciente presente menos incertidumbre y posiblemente menos ansiedad. (38).

Un nivel de incertidumbre alto frente al procedimiento diagnóstico de una enfermedad está dado porque aparte de la amenaza de un diagnóstico, las personas no se encuentran familiarizadas con el procedimiento. (6). Existen estudios que indican que los pacientes ante la sospecha de una enfermedad como el cáncer, tienen una mayor necesidad de información sobre el proceso de la enfermedad, el procedimiento diagnóstico, los resultados del diagnóstico y los cuidados post procedimiento, antes que después del procedimiento diagnóstico. (58).

Durante el periodo diagnóstico de enfermedades como el cáncer de mama, las mujeres y sus parejas experimentan una gran angustia psicológica, posiblemente por la incertidumbre ante el diagnóstico se ve afectado el pensamiento de las pacientes y las capacidades de procesamiento de información; además, sus conductas de afrontamiento. (6). El uso del afrontamiento se asocia con una disminución del estado de ansiedad en los pacientes. (38).

Según Laranjeira los pacientes a la espera de un diagnóstico médico presentan incertidumbre y para hacer frente a esta situación reprimen los pensamientos relacionados con el futuro. (31).

En medio de servicios como un laboratorio donde hay un alto volumen de pacientes, enfermería no alcanza a captar las percepciones y el estado emocional de los pacientes (59) y se ha evidenciado que existen inseguridades y conceptos erróneos relacionados con los procedimientos diagnósticos. (23).

Los resultados que pueden emerger de un procedimiento diagnóstico son muchos, existe una posible amenaza seria para la vida de una persona, lo cual lo lleva a reflexionar sobre el sentido que atribuye a la vida. (31).

Cuando una persona se encuentra en una situación de incertidumbre y la considera como un peligro, como es el caso de una enfermedad, esta persona por lo general responde con ansiedad; esta ansiedad puede interrumpir la capacidad para evaluar el patrón de los síntomas y para buscar información relacionada con la enfermedad, lo que conduce directa o indirectamente a una mayor incertidumbre. (6) (60).

Estudios indican que las áreas de enfermería que exigen prestar una atención con alta tecnología, se ha preocupado más por profundizar sus conocimientos en el manejo y utilización de nuevos equipos, y dejan de un lado las necesidades del paciente a quienes se les realiza el procedimiento, se hace más énfasis en la manipulación de equipos y aspectos técnicos para el mantenimiento de la vida, dejando de lado el cuidado de la persona como un todo que necesita la utilización de estos recursos y de nuestros cuidados de enfermería. (3) (22).

Rojas y Eslava sostienen que existe una brecha entre el mundo objetivo de los profesionales y el subjetivo de los pacientes; para el paciente el procedimiento es una experiencia difícil de enfrentar y vivir, para el profesional es una situación que forma parte de su rutina, dejando de percibir las necesidades del paciente. (3).

La literatura sugiere que la fase diagnóstica de la enfermedad está cargada de incertidumbre, por lo que se hace necesario la utilización de escalas que nos ayuden a evaluar el nivel de incertidumbre de los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos tanto para la investigación como para la práctica, para así lograr planificar cuidados para estos pacientes basados en sus necesidades y poder ofrecer una atención con calidad; investigaciones refieren, que la utilización de métodos complementarios en la atención diaria, pueden

conducir a una reducción del estrés y al aumento de la satisfacción del paciente con respecto a los procedimientos clínicos. (37)(39)(59)(61).

En algunas ramas como la psicología se ha ideado diferentes instrumentos para medir incertidumbre; como la escala de intolerancia a la incertidumbre, creada en 1994 por Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur (62); la cual tiene algunas deficiencias psicométricas, debido a que el procedimiento en la generación de ítems fue altamente subjetivo y en su forma final hay muchos factores con escasos ítems. (36).

En el año 2007, Carleton, Norton y Asmundson (63) realizaron una versión abreviada de la escala de Intolerancia a la incertidumbre de 27 ítems de Freeston et al., esta escala ha sido utilizada recientemente en estudios de psicología (64), debido a que esta versión tiene una buena consistencia interna con un $\alpha = 0,91$; esta escala posee 12 ítems que miden la incertidumbre en situaciones ambiguas y el futuro; dejando de un lado la complejidad e inconsistencia, factores importantes a medir en pacientes pre procedimientos diagnósticos.

Otra escala muy utilizada en psicología para medir incertidumbre es la ideada por Greco y Roger en el 2001 denominada “escala de respuesta a la incertidumbre” (65); uno de sus factores que es la respuesta emocional presenta una correlación moderada $r= 0,56$ y se refiere en su dimensión a emociones negativas crónicas como la tristeza, ansiedad, culpa y características asociadas a la baja autoestima, preocupación e inseguridad. (36).

En 1994 Hilton diseñó una escala para medir incertidumbre, esta escala mide la incertidumbre como el resultado del estrés o sentimientos positivos; la escala está acompañada de resultados emocionales (66); los procedimientos diagnósticos son considerados como una experiencia situacional de una posible enfermedad; por tal razón, es adecuado medir la incertidumbre con una escala diseñada para tal fin.

En el contexto Latinoamericano en el año 2015 Rodríguez y Brenlla realizan una adaptación de la escala de intolerancia a la incertidumbre para Buenos Aires (67), esta escala que obtiene buenos valores de validez y confiabilidad, con un valor de consistencia interna de los ítems igual a 0.93; aplica más para identificar trastornos psicológicos, como la ansiedad generalizada.

Los diferentes estudios en Colombia para pacientes en procedimientos diagnósticos han utilizado escalas que miden ansiedad, temor, satisfacción y estrés; pero pocos estudios se centran en mirar el nivel de incertidumbre; las escalas que miden incertidumbre se encuentran diseñadas para ser aplicadas a pacientes después de ser diagnosticada la enfermedad; no existe en Colombia una escala válida, que mida incertidumbre en los pacientes frente a los procedimientos diagnósticos y la fase diagnóstica de la enfermedad.

La escala de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel, está diseñada para medir la incertidumbre en la vida de los pacientes que se enfrentan a una situación de enfermedad, fue creada específicamente para muestras clínicas y mide la incertidumbre con respecto a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento, relación paciente cuidador y la planificación del paciente hacia el futuro. (36). En el contexto Latino Americano la escala MUIS – A fue validada en Chile en 1987 en un estudio realizado para mirar el Nivel de Incertidumbre en pacientes hospitalizados durante el periodo pre- operatorio, donde mostró altos niveles de confiabilidad y correlación de los ítems con los dominios, r de Pearson de 0.76 y coeficiente Spearman – Brown de 0.86. (68).

La escala de la incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel ha demostrado ser un instrumento fiable y válido para la medida de la incertidumbre en diferentes poblaciones de pacientes, esta escala ha sido utilizada ampliamente en el contexto latinoamericano; además ha permitido evaluar diferentes tipos de intervenciones que han conseguido reducir la incertidumbre; sin embargo, está diseñada para ser aplicada a pacientes en la fase pos diagnóstica de una

enfermedad; por tal razón, para la aplicación de la escala en un contexto y ámbito concreto o específico, es necesario realizar una modificación y su respectiva evaluación de las propiedades psicométricas en la población de estudio; tal cual, como lo recomienda su creadora Merle Mishel. (69) (70).

1.2 Problema

Ausencia de un instrumento validado en español que permita valorar la incertidumbre en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos.

1.3 Justificación

Los procedimientos diagnósticos generan en las personas una serie de sentimientos negativos, debido a diferentes factores (6) (38) (71); la labor de enfermería debe estar direccionada al cuidado del ser humano en forma integral; valorando y complementando aspectos técnicos y tecnológicos, con el sentir y vivencia de cada paciente, en un ambiente que es generalmente desconocido para el paciente y rutinario para el profesional de salud. (3).

Por tal razón se hace necesario tener instrumentos válidos que nos ayuden a identificar y tener resultados cuantitativos de fenómenos subjetivos que pueden presentar los pacientes en el momento pre diagnóstico de una enfermedad.

La teoría de la incertidumbre en la enfermedad aplica en las fases pre diagnóstica, diagnóstica y tratamiento de una enfermedad (72); más sin embargo, su escala fue creada para medir incertidumbre después de la fase diagnóstica de una enfermedad; por tal razón, ha sido utilizada ampliamente en investigaciones de pacientes con enfermedades crónicas. La escala original fue validada con una población heterogénea de pacientes, aun así, en diferentes estudios se evidenciaron problemas al ser aplicada a una población específica, ya que en algunos ítems de la escala, los pacientes no se encontraban identificados (69); por

lo cual, Mishel sugiere realizar una adaptación de la escala a las diferentes poblaciones de pacientes a estudiar (69), evitando errores de medición y logrando así una escala más fiable.

Para poder aplicar la escala a pacientes pre procedimientos diagnósticos, se hace necesario realizar algunos cambios en la redacción de los ítems de la escala; por esto es indispensable realizar pruebas de validez (73), para asegurar así sus propiedades psicométricas.

1.3.1 Relevancia Social

Socialmente la práctica de enfermería basada en teoría se considera relevante, ya que identifica fenómenos como la incertidumbre que afectan a los pacientes en situaciones de enfermedad (68) y que van a ser intervenidos por un procedimiento diagnóstico donde el futuro es totalmente incierto, pues el afrontar situaciones de enfermedad trae consigo una serie de sentimientos, donde la incertidumbre representa un papel muy importante y mayor aun cuando se debe ser sometido a un procedimiento diagnóstico, donde se desconoce sus resultados y cuál será su futuro de ahí en adelante; la persona puede tomar estos procedimientos como una oportunidad o como un peligro; puede que muchos pacientes vean la experiencia de estos procedimientos como una oportunidad potencial para la mejora de la función física y el disfrute de la vida, o como un peligro cuando adoptan posiciones de ansiedad y temor frente al procedimiento y su enfermedad; el cuidado brindado a estas personas debe integrar todas las dimensiones que conlleva la experiencia de esta vivencia. (74).

Cuando la incertidumbre es considerada por el paciente como un peligro, el estado psicológico de esta persona se ve amenazado (60); puesto que las emociones negativas tienen un efecto nocivo en los resultados de la salud en las personas con diferentes enfermedades, e influyen en la calidad de vida (27); estas

emociones negativas experimentadas por los pacientes continúan a través del tiempo (23), por lo cual es importante para los pacientes que las enfermeras logren identificar la incertidumbre en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos y puedan realizar acciones para intervenir en este proceso. (14) (27) (32).

Los altos niveles de ansiedad, temor e incertidumbre en pacientes a la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico pueden resultar en una mayor dificultad; además, se puede tornar más doloroso. (34) (75). Se ha demostrado una correlación entre el dolor y la satisfacción en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, a mayor satisfacción menor dolor. (40) (47) (61).

El poco uso de estrategias de afrontamiento adaptativas en los pacientes en procedimientos diagnósticos aumenta su vulnerabilidad a los trastornos psicológicos. (38). Los pacientes pueden beneficiarse al existir una escala validada al español que valore la incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos. La escala de incertidumbre permite incorporar la valoración de aspectos cognitivos poco estudiados en la mayoría de los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos. (70).

1.3.2. Relevancia Disciplinar

La realización de este trabajo aportará al profesional de enfermería estrategias para valorar la incertidumbre en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos, utilizando como referente los conceptos de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel. (60). Es necesario lograr conocer el estado emocional de estos pacientes, ya que es muy útil para que enfermería analice y planifique actividades en la práctica para mejorar la atención al paciente que acude a la realización de procedimientos diagnósticos.

Los procedimientos diagnósticos pueden causar altos niveles de ansiedad en los pacientes; muchas personas presentan miedo a los resultados negativos y a lo incomodo, doloroso o embarazoso que puede llegar a ser el procedimiento. (33) (37) (59) (76). Por esto, la enfermera debe centrar sus actividades en las necesidades emocionales de estos pacientes (59). El profesionalismo y la confianza demostrada por el personal clínico podrían desempeñar un papel importante en la reducción de la ansiedad. (23).

Se ha demostrado que durante el periodo de diagnóstico de una enfermedad la persona presenta un nivel alto de incertidumbre (6). La incertidumbre puede ser considerada como el resultado de un evento de estrés que experimentan las personas a la espera de un procedimiento para un diagnóstico (6); por tal motivo la atención de enfermería debe ser integral, pues esta como líder de un equipo interdisciplinario debe desarrollar y formular estrategias o medidas seguras y eficaces para el cuidado, no solo basta con tener un equipo capacitado y entrenado en el manejo de la tecnología, pues la atención en conjunto necesita también tener conocimientos de las vivencias de estos pacientes durante el proceso, para poder desarrollar habilidades que posibiliten a los pacientes recorrer este camino de manera más segura y tranquila. (3) (20) (26).

Sentimientos como el miedo, la ansiedad y la incertidumbre en los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos, plantean desafíos considerables para el desarrollo de la investigación y la practica en enfermería. Las enfermeras requieren de herramientas que le permitan valorar y evaluar el estado del paciente y así poner en marcha estrategias que ayuden a estar más tranquilos a estos pacientes.

La enfermera es uno de los miembros del equipo de salud que más tiene contacto con los pacientes que se encuentran a la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico, por lo cual, es muy importante que conozca y actúe en los periodos anticipatorios, donde el paciente se prepara para un cambio de rol,

donde se pueden prevenir efectos negativos sobre la persona, como lo es a la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico. (77).

Las intervenciones de enfermería deben estar basadas en la comprensión y condición que el paciente presenta en un momento determinado; para poder promover actividades que conduzcan a restablecer el bienestar a través de cuidados de enfermería congruentes con la experiencia única de la persona. (78).

Los estudios ponen de manifiesto que las enfermeras deben de comprender que algunos pacientes en espera de la realización de un procedimiento diagnóstico no pueden recibir la información correcta sobre lo que ocurre durante el procedimiento (38), debido a que generalmente se encuentra en un momento de angustia donde le es difícil asimilar toda la información, por esto es importante poder saber el estado emocional en el que se encuentran estos pacientes y así generar ideas que permitan garantizar que los pacientes comprendan una práctica estándar en el hospital donde se realiza el procedimiento. (38).

Un conocimiento de la incertidumbre durante el periodo de diagnóstico de una enfermedad puede servir como referencia para la investigación y la atención clínica en el futuro.

1.3.3 Relevancia Teórica

Para Mishel “el propósito de cada teoría es describir y explicar la incertidumbre, de manera que sean base para la práctica y la investigación”. La teoría de la incertidumbre en la enfermedad “UIT se aplica en el pre diagnóstico, diagnóstico y tratamiento de las fases agudas y crónicas de la enfermedad”. (72). A la fecha no se encuentran estudios de adaptación y validación al español de la escala de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos.

La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad brinda al profesional muchas posibilidades de acción y ofrece la libertad de generar intervenciones diseñadas

para disminuir el estrés provocado por una enfermedad o procedimiento, estas intervenciones tienen un carácter humanista ya que retoma todas las dimensiones del ser humano. (79) (80).

La adaptación de la escala puede aportar a la teoría conocimiento de la incertidumbre de los pacientes en la fase pre diagnóstica de la enfermedad, aspecto poco estudiado hasta el momento.

1.4 Objetivos del estudio

1.4.1 Objetivo general

Determinar la validez de la escala de valoración de incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos derivada de la escala de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel –MUIS A.

1.4.2 Objetivos específicos

Determinar la validez facial de la escala de valoración de incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos derivada de la escala de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel.

Determinar la validez de contenido de la escala de valoración de incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos derivada de la escala de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel.

Determinar la validez de constructo de la escala de valoración de incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos derivada de la escala de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel.

1.5 Definición de conceptos

1.5.1 Incertidumbre frente a procedimientos Diagnósticos.

Estado en el que se puede encontrar una persona en espera de la realización de un procedimiento con fines diagnósticos, desde el momento que tiene la indicación del procedimiento hasta su realización y entrega de resultados (31); los procedimientos diagnósticos generan una serie de efectos en la persona, donde el impacto emocional está determinado por respuestas de ansiedad, temor y estrés. (11) (21).

Cuando una persona se enferma, su vida puede cambiar, porque súbitamente se ve enfrentada a una serie de situaciones que interrumpen su ritmo de vida y se genera: miedo, angustia, temor, ansiedad (24); en este caso estos sentimientos se intensifican a consecuencia de la realización de un procedimiento diagnóstico. (6) (51).

Uno de los significados de la Real Academia Española sobre diagnóstico es la determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas; mientras que procedimiento lo define como el método para ejecutar algunas cosas. (81).

Por su parte Merle Mishel define incertidumbre como un estado cognitivo que surge cuando la persona es incapaz de determinar el significado de los acontecimientos relacionados con una enfermedad. (6).

1.5.2 Instrumento de valoración

Herramienta que utiliza el investigador para registrar los datos e información sobre las variables o conceptos que tiene en mente. (82). El instrumento de valoración es aplicado en toda investigación cuantitativa para medir las variables contenidas o no en las hipótesis. Para una medición efectiva el instrumento de valoración o

recolección de datos debe representar las verdaderas variables que se tienen en mente para la investigación. (83).

Un instrumento es utilizado para recoger información y es diseñado con el fin de poder cuantificar y universalizar la información para luego poder conseguir su comparabilidad. (84).

En el proceso de investigación los instrumentos que se utilizan son herramientas fundamentales (85) cuyo objetivo es recoger información real, verdadera y efectiva relacionada con las acciones que tienen las personas, por consiguiente, todo instrumento de recolección de datos debe ser confiable y válido.

Para esta investigación la modificación y validación del instrumento de valoración de incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos, está enmarcada en los conceptos de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel y su escala de incertidumbre frente a la enfermedad versión adulta (MUIS-Adult). Esta escala contiene una serie de preguntas relacionadas con la incertidumbre en pacientes cuando se enfrenta a un procedimiento diagnóstico, donde su futuro es incierto; es aplicado en forma escrita y permite evaluar de forma cuantitativa la incertidumbre en estos pacientes; facilitando a enfermería valorar objetivamente en estos pacientes la incertidumbre y así poder diseñar y ofrecer un cuidado con calidad a los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos, aumentando así las posibilidades de inspección e intervención para lograr un máximo bienestar.

1.5.3 Validez

La validez hace referencia a que el instrumento mide lo que quiere medir; (86) es decir, mide el grado de aquello para lo que ha sido diseñado. (83) (87). Si no mide el fenómeno que quiere medir es inválido. (88). La validez debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica. (83).

Para esta investigación el instrumento que se modificó y validó, mide el nivel de incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos enmarcado en los conceptos de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel.

1.5.4 Validez de contenido

La validez de contenido hace referencia al grado en que un instrumento refleja el dominio específico del contenido de lo que se mide. (83).

En la validez del contenido se realiza el análisis del concepto que se pretende medir realizando énfasis en la definición de las áreas o dimensiones que abarca y sus límites con otros conceptos relacionados. (89).

El constructo medido por el instrumento con el uso que se les dará a las puntuaciones obtenidas son aspectos fundamentales para la estimación y conceptualización de la validez de contenido. (90). En el proceso de evaluación de la validez de contenido se solicita la opinión de un grupo de expertos en el tema, quienes según su concepto determinan si el instrumento diseñado mide lo que quiere medir; para lo cual se verifica que el instrumento tenga la suficiente cantidad de ítems para lograr evaluar el fenómeno de estudio y sus dimensiones.

1.5.5 Validez facial

La validez facial se refiere a la relevancia y evaluación de cada uno de los ítems del instrumento, a la comprensión del lenguaje y evaluación de la claridad utilizada en la redacción de cada uno de estos. (91). Al realizar la evaluación para observar la validez facial se busca que las preguntas que contiene el instrumento guarden relación con lo que el instrumento dice que mide, por lo cual el evaluador puede rechazar un ítem parcial o totalmente. (92).

1.5.6 Validez de constructo

Desde una perspectiva científica es probablemente la más importante, hace referencia a que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto

teórico. (83). Esta validez determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica; este proceso inicia definiendo una dimensión o tema, se indica la estructura interna de sus componentes y su relación teórica con otros instrumentos que midan la misma dimensión. (86).

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Procedimientos diagnósticos

La palabra diagnóstico proviene etiológicamente de gnosis que significa conocer y día que significa a través; por lo cual se puede dar un significado como conocer a través de (93): El diagnóstico es un proceso de inferencia, que se realiza a partir de un cuadro clínico, cuyo fin es definir la enfermedad que tiene un paciente. (94).

Se puede decir que el diagnóstico inició por no existir, en el periodo primitivo el sanador que era quien atendía al enfermo actuaba sin diagnóstico, era puramente terapéutico; años después la sintomatología inicia a ser considerada en sí misma y en la terapéutica se tiene en cuenta las manifestaciones sintomáticas de una enfermedad; y surge un paradigma donde la actividad diagnóstica del médico consiste en combinar de forma metódica la visión de lo que puede verse con una razonable imaginación de lo que podría verse y de hecho no se ve. (95).

En la antigua Grecia surge el método clínico con la escuela Hipocrática de medicina, en el cual la búsqueda del diagnóstico tiene un lugar protagónico. (96). Luego surge la medicina renacentista la cual criticó a la medicina hipocrática y se produce un giro en la concepción de la enfermedad; en el cual el énfasis está puesto en la anatomía y no en la fisiología. (97).

Años más tarde en 1761 el síntoma es considerado como la expresión de un cambio estructural. Nace la pregunta ¿Dónde está la enfermedad? Y es acá donde se da origen a la tecnología médica. (97).

Llegado el siglo XIX, la humanidad inicia a tener acceso a una gran cantidad de descubrimientos científicos y con ellos inicia la aparición de un sin número de elementos médicos que revolucionan la práctica de la medicina. Los éxitos de la Medicina contemporánea tienen su origen en la incorporación del uso de la tecnología en el diagnóstico, terapéutica y rehabilitación. (97).

Con el surgimiento de la tecnología, parece que el hombre tiene que adaptarse a ella y no al contrario (97); Es por esto por lo que se evidencia que en algunos casos el uso de nuevas tecnologías en el momento del diagnóstico de una enfermedad, puede provocar en la persona sentimientos de angustia y temor; una parte por lo desconocido que puede llegar a ser el procedimiento y otra porque el proceso del diagnóstico de una enfermedad es una etapa llena de incertidumbre, que genera en el individuo sufrimiento emocional ya que ocasiona una interrupción de la vida cotidiana. (98).

2.2 Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel

“La utilización de una teoría nos proporciona un amplio marco de referencia y directrices para la investigación” (99), en este estudio fue utilizada la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel; Esta teoría forma parte de lo que se conoce como sistema conceptual teórico-empírico del conocimiento de enfermería. (100).

Esta teoría surgió de la experiencia de Merle Mishel al ser testigo de la batalla que libró su padre contra el cáncer. (101). Mishel inició los estudios sobre la incertidumbre con su tesis doctoral y construyó un instrumento que la mide, el cual fue publicado en 1981. (102). La teoría propuesta por Mishel fue basada en

modelos ya existentes de procesamiento de información de Warburton y en el estudio de la personalidad de Budner (53), pero parte de su teoría original sobre el estrés y la valoración del afrontamiento la atribuye al trabajo de Lazarus y Folkman (103); lo exclusivo de Mishel en la teoría es que considera el marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. (101).

La teoría original (UIT) fue desarrollada para hacer frente a la incertidumbre en la fases de pre diagnóstico, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad con una trayectoria descendente determinada (72) en el año de 1988; pero en 1990 Mishel realiza una reconceptualización de su teoría (RUIT) la cual fue desarrollada para abordar la experiencia de vivir con incertidumbre en una enfermedad crónica, que requiere la dirección de una enfermedad con la posibilidad de repetición (60); la teoría propone que la incertidumbre existe en situaciones de enfermedad que son ambiguas, complejas e impredecibles y cuando la información no se encuentra disponible o es inconsecuente. Mishel define la incertidumbre como la incapacidad para determinar el significado de los acontecimientos relacionados con la enfermedad. La incertidumbre es un estado cognitivo creado cuando la persona no puede estructurar o categorizar un evento de enfermedad debido a señales insuficientes (72); la capacidad cognitiva influencia el marco de estímulos si la persona tiene compromiso en la capacidad cognitiva la claridad del marco de estímulos puede ser reducida y resultar en incertidumbre. (8). Existen estrategias que permiten manipular la incertidumbre en la dirección deseada, si es valorada como una oportunidad entonces se debe mantener, pero si es valorada como un peligro se debe reducir. (104).

La teoría se encuentra compuesta por tres elementos conceptuales (72) muy importantes:

1. Antecedentes de la incertidumbre: Explica como los pacientes procesan cognitivamente los estímulos relacionados a la enfermedad y construyen un

significado en estos eventos; donde encontramos: el marco de estímulos, capacidades cognitivas y fuentes de estructura. (8).

2. Valoración de la incertidumbre: Se encuentra la inferencia y la ilusión. (8).

La inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando ejemplos relacionados que uno puede recordar y se construye en las disposiciones de la personalidad, experiencia general, conocimiento y señales contextuales.

La ilusión se refiere a la construcción de creencias formadas desde la incertidumbre - creencias que generalmente tienen una mirada positiva.

3. Afrontamiento: Tiene como resultado la adaptación, si la incertidumbre es valorada por la persona como un peligro en el afrontamiento se realizan acciones de apoyo psicológico; pero si la incertidumbre es tomada como una oportunidad el afrontamiento se mantiene y se preserva. (8).

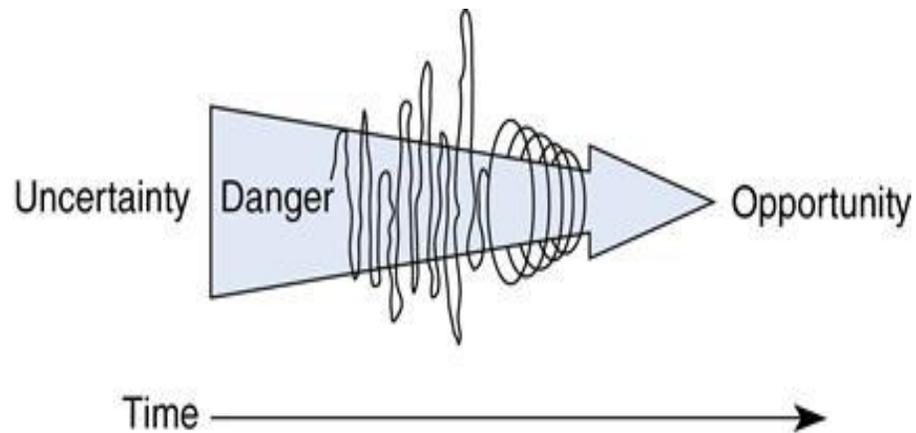
La teoría se publicó por primera vez en 1988, donde Mishel incluyó varios postulados relevantes (9):

1. La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, y su función es de colaborar en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
2. La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra que no se desea ni se desestima hasta que se valora de una u otra forma.
3. La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal de la persona y establece un resultado deseado de los esfuerzos del afrontamiento; es tomada para reducir el nivel de incertidumbre si se ve como un peligro o mantenerla si es vista como una oportunidad. (60).
4. La relación existente entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, la adaptación y sistemas de afrontamiento son lineal y unidireccional, va de las situaciones de incertidumbre a la adaptación. (60).

En 1990 Mishel realiza una reconceptualización de la teoría (10) donde adopta la teoría del caos para explicar el modo en que la incertidumbre prolongada puede servir de catalizador para hacer una persona cambie su perspectiva de vida y de enfermedad. Esta teoría contribuyó con los siguientes postulados (104):

1. Las personas son sistemas biopsicosociales por lo cual normalmente se hallan lejos de un estado de equilibrio.
2. Las fluctuaciones existentes en los sistemas que se encuentran alejados del estado de equilibrio aumentan la receptividad del sistema para que cambie.
3. Las fluctuaciones producen una reestructuración que se repite en todos los niveles del sistema.

Figura 1. Modelo reconceptualizado de la incertidumbre en enfermedades crónicas



Fuente: <https://nursekey.com/28-uncertainty-in-illness-theory/>. Merle Mishel. 1990.

Conceptos de la teoría:

Los conceptos de la teoría son:

1. Esquema cognitivo
2. Marco de estímulos
3. Fuentes de estructura
4. Autovaloración.
5. Afrontamiento.
6. Incertidumbre

1. **ESQUEMA COGNITIVO:** Interpretación subjetiva con respecto a la enfermedad, tratamiento y hospitalización.

2. **MARCO DE ESTÍMULOS:** Forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona. En él encontramos:

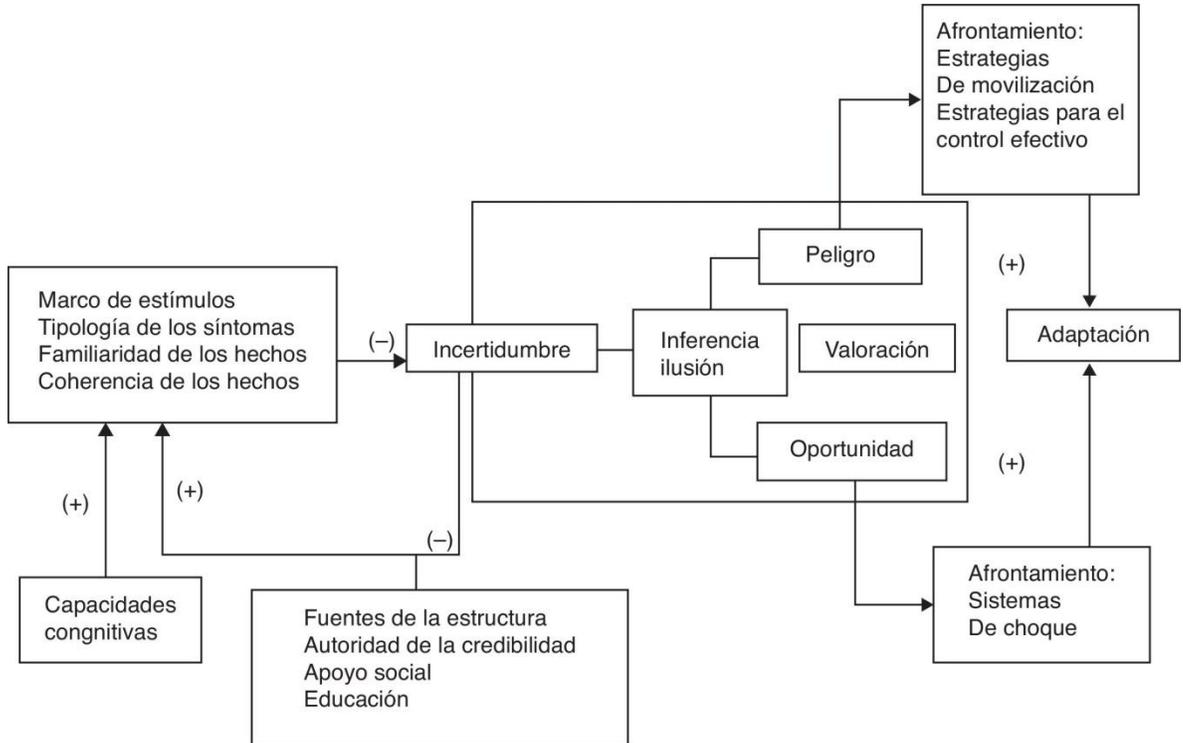
- Tipología de los síntomas: El grado en que los síntomas se presentan.
- Familiaridad de los hechos: Grado en que la situación se vuelve repetitiva.
- Coherencia de los hechos: Coherencia entre lo esperado y lo experimentado.

3. **FUENTES DE LA ESTRUCTURA:** Recursos existentes para atender a la persona en la interpretación de los estímulos. Encontramos:

- Autoridad con credibilidad: El grado de confianza en el personal de salud.
- Apoyo social: Que se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos
- Educación: Puede ayudar a suplir la estructura de los eventos en el marco de estímulos, incrementando la base de conocimientos con los cuales se asocian estos eventos, dándoles así significado y contexto.

4. AUTOVALORACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE: Se encuentra definida por dos procesos:
- Inferencia: Se construye en las disposiciones de la personalidad y tiene relación con las creencias generales acerca de sí mismo y de la relación que tiene uno con el ambiente. Evalúa la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas.
 - Ilusión: Creencias que nacen de la incertidumbre; creencias que son vistas con énfasis en los aspectos positivos.
5. AFRONTAMIENTO: Cualquier actividad que el paciente puede iniciar con el fin de contrarrestar una situación.
- ADAPTACIÓN: Refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual. (Mishel, 1988).
6. INCERTIDUMBRE: Incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán.

Figura 2. Modelo de incertidumbre percibida frente a la enfermedad



Fuente: <https://nursekey.com/28-uncertainty-in-illness-theory/>. Merle Mishel. 1988.

Afirmaciones teóricas (105):

- La incertidumbre surge en el momento en que la persona no puede estructurar o categorizar de forma adecuada la enfermedad, debido a que le faltan suficientes claves.
- La incertidumbre puede presentarse en forma de ambigüedad, complejidad, falta de información, información poco consistente e imprevisible.
- Cuando los componentes del marco de estímulos aumentan el grado de incertidumbre disminuye.

- Las fuentes de estructura disminuyen la incertidumbre de forma directa debido a que fomentan la interpretación de los hechos y de forma indirecta al fortalecer el marco de estímulos.
- La incertidumbre valorada como una oportunidad provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a mantenerla.
- La incertidumbre cuando es valorada como un peligro provoca una serie de esfuerzos de afrontamiento dirigidos a reducirla.
- Cuando la incertidumbre es valorada como un peligro y no puede reducirse, se pueden emplear estrategias de afrontamiento para controlar las respuestas emocionales.
- La influencia que tiene la incertidumbre en las consecuencias psicológicas se ve mediada por la efectividad de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a disminuir la incertidumbre si se ve como peligro o mantenerla si se ve como oportunidad.
- Cuanto más tiempo dure la incertidumbre en el contexto de la enfermedad, más inestable será el modo de funcionamiento de la persona.
- Al hallarse en las condiciones de sufrir incertidumbre, la persona tendría que desarrollar una perspectiva de vida nueva guiada por la probabilidad y en la que aceptaría la incertidumbre como parte natural de la vida.
- El proceso de integrar el estado continuo de incertidumbre en la nueva manera de ver la vida puede detenerse o prolongarse por las fuentes de estructura que no comparten el pensamiento probabilístico.
- Una exposición prolongada de incertidumbre valorada como un peligro puede llevar a trastornos emocionales.

2.2.1 Escalas de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel

La primera escala de incertidumbre en la enfermedad se desarrolló en 1980 y fue publicada en 1981, la escala original fue llamada “Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A)” y se realizó para tratar la incertidumbre en los pacientes hospitalizados; contiene ítems relacionados con el personal del hospital y el tratamiento. (106). Posteriormente se desarrollaron varias escalas que son utilizadas por investigadores en la actualidad; encontramos la forma comunitaria “MUIS_C”, también se encuentra la denominada “Parents Perception of Uncertainty in Illness” (PPUS), esta escala puede ser aplicada a cualquier familiar.

La escala MUIS ha sido utilizada ampliamente en pacientes con cáncer, poblaciones con enfermedades crónicas, patologías de origen cardiaco, fibrosis quística, esclerosis múltiple, en lupus, endometriosis, artritis, diabetes, en procedimientos diagnósticos se ha utilizado en cateterismo cardiaco.

En la actualidad Mishel trabaja en el análisis de intervenciones de enfermería psicoeducativas, basadas en la teoría, en pacientes con cáncer de próstata y mama.

La escala ha sido traducida a varios idiomas como el sueco, alemán, coreano, hebreo, mandarín, cantonés, árabe, tailandés y español; la forma original de la escala se desarrolló en poblaciones heterogéneas pacientes, debido a que su objeto era que fuese aplicable y generalizable a una población heterogénea. Pero algunos estudios mostraron dudas acerca de la aplicabilidad de los resultados a la población específica a la que iban dirigidos (107); por lo cual la escala ha sido modificada adaptada para diferentes tipos de poblaciones. (49) (70) (108) (109).

La escala de valoración de incertidumbre en la enfermedad se utiliza para medir incertidumbre en situaciones específicas de enfermedad, con cuatro factores

fundamentales: ambigüedad, complejidad, inconsistencia o deficiencia de información e imprevisibilidad. (109).

La validación transcultural es esencial para determinar la fiabilidad y validez que mide una emoción o estado cognitivo como es la incertidumbre, el cual puede variar por las diferentes formas de ver la vida, además se puede encontrar influenciado por la cultura la cual representa valores, actitudes y creencias de una persona. (110).

Para el presente estudio se tendrá presente la validación al español del instrumento, en pacientes con enfermedades crónicas como lo fue en el estudio “Power, Uncertainty, Self- Transcendence, and quality of life in breast cancer survivors” en el cual arrojó un alfa cronbach de 89. (111). En el contexto Latino Americano la escala MUIS – A fue validada en Chile en 1987 en un estudio realizado para mirar el Nivel de Incertidumbre en pacientes hospitalizados durante el periodo pre- operatorio, donde mostró altos niveles de confiabilidad y correlación de los ítems con los dominios, r de Pearson de 0.76 y coeficiente Spearman – Brown de 0.86, lo cual demuestra que esta escala mide consistentemente el fenómeno para la cual fue creada (68) (Anexo1). En Colombia Gómez P y Villalobos M, realizaron una validación facial de la escala en su estudio “Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2. (68).

La escala validada contiene 29 preguntas, cada pregunta tiene un puntaje en una escala tipo Likert que tiene cinco posibles respuestas: Muy de acuerdo (5), de acuerdo (4), muy indiferente o intermedia (3), en desacuerdo (2), muy en desacuerdo (1). El puntaje mínimo para cada punto es de 1 y el máximo es de 5, siendo 5 el puntaje más alto que muestra un alto nivel de incertidumbre en la pregunta correspondiente, menos para las preguntas 6, 7,10, 12, 21, 22, 25, 27 y 29 ya que estas presentan el puntaje invertido; para lo cual el máximo puntaje al aplicar la escala es de 145 puntos y el mínimo de 29 puntos. En el estudio “Calidad de Vida y nivel de incertidumbre en mujeres con cánceres prevalentes”

(112), la autora agrupa los ítems del instrumento teniendo en cuenta los conceptos de la teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel.

El instrumento para valorar el nivel de incertidumbre se encuentra basado en una escala tipo Likert, contiene 29 preguntas y se evalúa así (68):

*Puntaje mínimo = 29 puntos.

*Puntaje máximo = 145 puntos.

*Puntaje de corte calificación bajo NI = < 59 puntos

*Puntaje de corte calificación regular NI = 59-87 puntos

*Puntaje de corte calificación Alto = > 87 puntos

En 1989 Merle Mishel realiza una revisión de la escala original MUIS – A, donde surge una escala de 32 ítems subdivididos en cuatro dimensiones o factores, así (106):

Tabla 1. DIMENSIONES DE LA ESCALA DE INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD DE MERLE MISHEL

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Ambigüedad	3, 4, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 23, 24 y 26.
Complejidad	6, 7, 10, 28, 31, 32 Y 33.
Inconsistencia	1, 2, 5, 11, 19, 22 Y 29.
Imprevisibilidad	12, 21, 25, 27 Y 30.

Fuente: Mishel MH. Uncertainty in illness scales manual. University of North Carolina 1997.

1. AMBIGÜEDAD

Las señales sobre el estado de la enfermedad son vagas, confusas, tienden a desdibujarse y se superponen.

2. COMPLEJIDAD

Las indicaciones sobre el tratamiento y el sistema de atención son múltiples y variadas.

3. INCONSISTENCIA

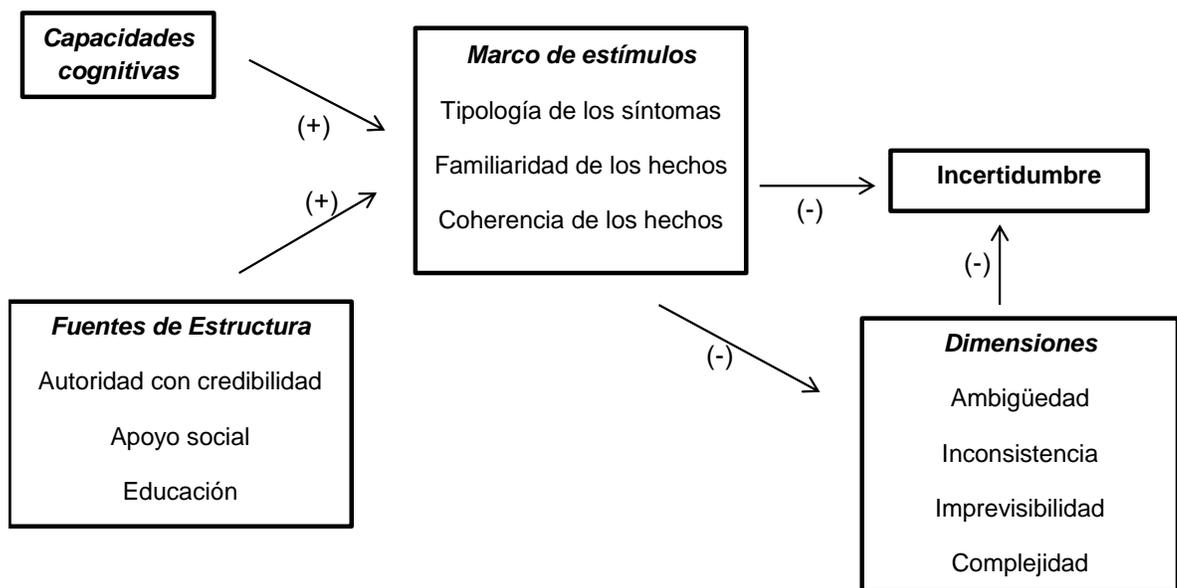
La información cambia con frecuencia o no está de acuerdo con la información recibida previamente.

4. IMPREVISIBILIDAD

Falta de casualidad entre las señales de enfermedad, tratamiento y pronóstico.

2.2.2 Elementos de la teoría y dimensiones del instrumento

Figura 3. Modelo de incertidumbre en la enfermedad con dimensiones del instrumento



Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

La incertidumbre se presenta cuando la persona no tiene suficientes señales para estructurar, clasificar o dar significado a un evento; es un proceso continuo y cambiante durante el periodo de una enfermedad (113) y está influenciado por el marco de estímulos, las capacidades cognitivas y los proveedores de estructura. El marco de estímulos tiene tres componentes: patrón de los síntomas, familiaridad con los eventos y congruencia entre lo esperado y lo real de la enfermedad. Estos tres componentes son influenciados por las capacidades cognitivas y proveedores de estructura como el nivel educativo, el apoyo social y la autoridad con credibilidad. (6).

La incertidumbre tiene cuatro dimensiones: la ambigüedad en cuanto al estado de la enfermedad; la inconsistencia o falta de información acerca de una enfermedad, su tratamiento y el sistema de atención; la imprevisibilidad relacionada con el curso de una enfermedad y el pronóstico de una persona; y la complejidad o falta de claridad en la información existente. (114).

La incertidumbre en el área de imprevisibilidad se genera cuando la congruencia entre la severidad de los síntomas o el estado de la enfermedad son deficiente o cuando las expectativas relacionadas con los proveedores de salud o el sistema de atención de salud no se cumplen. (114).

Los proveedores de estructura como son el apoyo social y la autoridad con credibilidad influencia directa e indirectamente la incertidumbre a través del marco de estímulos. Los proveedores de estructura disminuyen la incertidumbre indirectamente, ayudando a las personas a aclarar o formar un patrón de síntomas. Igualmente un contacto constante con los proveedores de estructura reduce indirectamente la incertidumbre mediante la promoción de la familiaridad con el evento y la congruencia con el evento. El apoyo social y los proveedores de estructura influyen directamente en la incertidumbre, al proporcionar información a la ambigüedad, complejidad, inconsistencia o falta de información e imprevisibilidad. (114) (115).

La capacidad cognitiva puede disminuir durante el proceso de enfermedad, debido a factores fisiológicos, psicológicos o eventos ambientales. Se ha observado que los pacientes tienen dificultades para procesar la información debido a fatiga, ansiedad, medicamentos y algunos tratamientos. (115).

La ambigüedad de la incertidumbre de una persona se refiere a la ausencia de señales o a una incapacidad para colocar señales a un marco interpretable, de manera que la persona pueda formar un patrón de síntomas. (114).

La imprevisibilidad hace referencia a la capacidad para predecir el futuro cercano o lejano, ya que este se relaciona con la enfermedad y sus resultados; en esta dimensión existe una falta de congruencia entre las señales de la enfermedad, el tratamiento y su pronóstico. (106).

La inconsistencia o falta de información hace referencia a la recepción de la información que puede cambiar con frecuencia o no está de acuerdo con la información recibida previamente (106). La inconsistencia se presenta cuando no se conocen los hechos acerca de una enfermedad o no se comparten. (114).

El último aspecto de la incertidumbre en la enfermedad es la complejidad; se define como: Las indicaciones sobre el tratamiento y el sistema de atención son múltiples y variadas (106). La complejidad también es conocida como la falta de claridad; ya que hace referencia a recibir o percibir explicaciones incompletas acerca de los procedimientos, tratamientos y el sistema de atención en salud. En esta dimensión se espera que las personas con bajos niveles educativos, o que experimenten fatiga extrema o estrés, tengan mayores niveles de incertidumbre. (114).

2.2.3 Incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos

Merle Mishel en 1989 sugiere cuatro factores o dimensiones presentes en la medición de la incertidumbre en la enfermedad (106), los cuales se espera estén presentes en la incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos.

Iniciando con el aspecto ambigüedad de la incertidumbre, el cual hace referencia a la ausencia de señales sobre el estado de la enfermedad, o estas señales son vagas y confusas (106), por lo cual no se puede formar un patrón de síntomas; durante la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico, no hay ambigüedad en cuanto si la persona tiene alguna enfermedad que pueda interrumpir su vida cotidiana.

Durante la fase diagnóstica de una enfermedad las señales pueden ser leves; lo que hace difícil determinar un patrón de síntomas. (114).

En cuanto al aspecto de imprevisibilidad, se refiere a la capacidad para predecir el futuro, existe una falta de casualidad entre las señales de la enfermedad, tratamiento y pronóstico. (106). Durante los procedimientos diagnósticos el futuro es totalmente impredecible, en algunos casos las personas no pueden planificar a corto o largo plazo su vida hasta que tengan un diagnóstico; incluso en algunos casos no se puede planificar en las siguientes horas después del procedimiento, ya que algunas veces la persona puede quedar hospitalizada dependiendo su diagnóstico.

Otro aspecto presente en la incertidumbre en el momento pre diagnóstico de una enfermedad es la inconsistencia; la cual se define como el cambio de la información con frecuencia o falta de información (106); la mayoría de los pacientes reciben poca información e instrucción antes del procedimiento (3) (11) (22); la información que el paciente tiene sobre el procedimiento generalmente la adquiere averiguando por sus propios medios, lo cual hace que esta información pueda ser errónea o cambie frecuentemente su opinión sobre el procedimiento.

En esta dimensión aportan de manera importante el apoyo social, como son los miembros de la familia, amigos y conocidos; además, los proveedores de estructura como lo es el personal de salud; ya que los pacientes esperan que durante este proceso estén pendientes de ellos y además proporcionen información sobre el procedimiento para que esta experiencia sea un poco menos traumática. (4).

El último aspecto de incertidumbre en la enfermedad es la complejidad, Mishel la define como las indicaciones sobre el tratamiento y el sistema de atención son múltiples y variadas. (106). Lo cual conlleva a una falta de claridad sobre el procedimiento diagnóstico; como se mencionó en el aspecto anterior, la información que tiene el paciente sobre el procedimiento generalmente es nula, en algunas ocasiones se brinda algo de información minutos antes de ingresar a la sala, incluso algunos pacientes pueden referir que no entienden la información

ofrecida debido alguna terminología utilizada o que el personal de salud se observa muy ocupado para poder aclarar sus dudas sobre el procedimiento. (22) (26).

Mishel refiere que las personas con niveles educativos bajos, con fatiga extrema o estrés pueden tener mayores niveles de incertidumbre en este aspecto; lo que para los pacientes a la espera de un procedimiento diagnóstico puede actuar de forma negativa, debido a que es un momento donde se evidencia temor, ansiedad y estrés (6) (23) (54), lo que puede conllevar a que el paciente no entienda y procese de forma adecuada la información suministrada y genere un mayor nivel de incertidumbre en este aspecto. (6).

Otro factor importante en la complejidad son los antecedentes del paciente frente al procedimiento diagnóstico, ya que un paciente que experimenta por primera vez el procedimiento o el número de experiencias, impacta significativamente en el grado de incertidumbre. (1).

2.3 Psicometría

Este estudio aplicó pruebas psicométricas; por lo cual definiremos la psicometría como la disciplina encargada de diseñar y poner a prueba los instrumentos necesarios para poder asignar a rasgos inobservables de las personas una puntuación numérica a partir de respuestas que son observables. (116). Conceptos, dimensiones y categorías psicológicas las mide la psicometría, mientras la psicología se encarga del diagnóstico del comportamiento humano la psicometría se enfoca en el proceso de medición. En la psicología existen algunas variables que no son observables directamente y por lo cual no pueden ser medidas en absoluto solo se pueden medir de forma aproximada (117); algunos ejemplos de estas variables son el temor, la ansiedad, el estrés, la incertidumbre. Podemos inferir que la psicometría se encarga de medir la conducta de los seres humanos.

La historia de la medición en la psicología ha estado enmarcada por la interrelación en la evolución interna de la psicometría y de la psicología con el deseo de responder a las demandas sociales de cada momento histórico. (118). Los mayores avances en las pruebas psicométricas se iniciaron a finales XIX, pero su uso se extendió en el siglo XX. La psiquiatría inicial contribuyó al movimiento de las pruebas mentales al mostrar que los procedimientos estandarizados pueden ayudar a revelar la naturaleza y grado de los síntomas en pacientes con enfermedades mentales y con lesión cerebral. La consolidación de la psicometría y psicología a las aplicaciones prácticas y avances teóricos se realizó paralelamente.

Las experiencias subjetivas no son sometidas fácilmente a medición, sin embargo, cuando una persona comenta sus emociones, sentimientos, sensaciones, esta conducta si satisface los requisitos de la investigación científica y entonces se hace posible una medición. (119). Es por esto por lo que la incertidumbre en el paciente sometido a procedimientos diagnósticos como una experiencia subjetiva requiere del uso de pruebas psicométricas para lograr su medición.

2.3.1 Medición

Para la Real Academia Española medir significa “Comparar una cantidad con su respectiva unidad, con el fin de averiguar cuantas veces la segunda está contenida en la primera” (120); para Stevens 1951 medir significa “asignar números, símbolos o valores a las propiedades de objetos o eventos de acuerdo con reglas” (83); en síntesis medición es el “proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos”. (83).

La medición de la salud de un individuo puede basarse en test diagnósticos o de laboratorio, o puede centrarse en indicadores sobre los cuales una persona hace una apreciación. Esos indicadores, exámenes o test constituyen instrumentos de medición. (121).

Recopilar información por medio de una serie de preguntas y su medición es un componente básico de todos los diseños empleados en investigación clínica y de campo. (122). La medición es una actividad fundamental dentro del desarrollo del conocimiento; en general cada área de la ciencia desarrolla sus propias formas de medir. (123).

2.3.2 Instrumento de valoración

Los instrumentos son desarrollados generalmente cuando se desea medir un fenómeno que no es directamente observable. Estos instrumentos adquieren una importancia particular cuando la variable que se pretende medir es subjetiva, por lo cual sus componentes y definición tienen un alto nivel de variabilidad. (82).

Para esta investigación el instrumento de valoración de la incertidumbre en pacientes sometidos a procedimientos invasivos diagnósticos puede definirse como una colección de ítems que pretende revelar diferentes niveles de incertidumbre no observables directamente en el paciente.

Dentro de las características que deben estar presentes siempre en un instrumento están: validez, utilidad y reproducibilidad. (82).

La gran mayoría de escalas que podemos utilizar en enfermería se encuentran en inglés u otros idiomas, para lo cual cuando queremos observar directamente en nuestros pacientes un fenómeno que es subjetivo debemos crear una escala o realizar la traducción, adaptación y validación de las escalas ya existentes; para este estudio tomamos la escala de valoración de la incertidumbre en la enfermedad para pacientes adultos (MUIS-A) de Merle Mishel, la cual fue desarrollada en 1980 y se llamó "Uncertainty in Illness scale", fue aplicada en personas hospitalizadas; esta escala contiene ítems referentes a la relación con el personal del hospital y al tratamiento que se recibe durante el ingreso.

2.3.3 Validación de un instrumento

El proceso de medir forma parte de la práctica diaria de los profesionales de salud, la medición es un fenómeno psicosocial que requiere refinar a diario la precisión

de los instrumentos, dado que el objetivo principal es recoger de forma válida y confiable la percepción subjetiva de los pacientes. (124).

La validación de escalas es un proceso habitual de los investigadores en el área de la salud; mas sin embargo, es un proceso complejo donde se debe asegurar y comprobar que se conservan las características psicométricas adecuadas para medir aquello para lo que fue diseñado el instrumento. (86).

Sánchez y Echeverry nos dan unas recomendaciones de cuando validar una escala (125):

1. Cuando se hacen cambios en el formato del instrumento, modo de aplicación, idioma o contenido.
2. Cuando se realiza traducción de una escala de un idioma a otro.
3. Cuando se quiere que dos versiones de una escala en idiomas diferentes sean comparables.

2.3.4 Validez

La validez es la capacidad que tiene un instrumento para medir el constructo que pretende medir y para lo cual fue diseñado. (126). La validez de un instrumento hace referencia al grado en el que el test mide lo que pretende medir (127) (83); según la American Educational Research Association, la American Psicológica Asssociation y la National Council on Measurement in Education la validez es el grado en el que la evidencia y la teoría se apoyan en la interpretación que implica el uso de pruebas o test. (128). La validación es una prueba muy importante que se aplica a un instrumento la cual debe ser observada y aceptada desde diferentes perspectivas.

Para Polit y Hungler la validez es el segundo criterio de importancia para evaluar la idoneidad de un instrumento cuantitativo; ya que denota el grado en que el instrumento mide lo que se supone debe medir. (87).

2.3.4.1 Validez de Contenido

Es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide (83); en esta validez se realiza una revisión sistemática del contenido de un instrumento para determinar si comprende una muestra representativa de la forma de conducta que ha de medirse. (127) La pregunta que corresponde para evaluar adecuadamente la validación de contenido de un instrumento es: ¿La prueba cubre adecuadamente todos los aspectos importantes del dominio que se está midiendo? (129).

La validez de contenido es un proceso en el cual se determina la estructura de la escala, garantizando que sus ítems abarquen todos los dominios del concepto que se quiere medir. (130).

Existen varios procedimientos para evaluar la validez de contenido, como el análisis factorial exploratorio, el cual se utiliza para dar evidencia de las dimensiones que componen el instrumento y que deben corresponder al constructo que se está midiendo; con lo que se busca explicar las correlaciones existentes entre los ítems que compone el instrumento a partir de conjuntos más pequeños llamados dominios o factores. (130).

Otra forma de lograr la validez de contenido es mediante los conocimientos de un panel de expertos, los cuales evalúan la pertinencia de cada ítem de la escala, para definir un índice de validez de contenido (IVC) de cada ítem y posteriormente el IVC global.

El juicio de expertos es una opinión dada por un grupo de personas que tiene una trayectoria en el tema a desarrollar, estas personas pueden dar evidencia, información juicios y valoraciones sobre el tema. (90).

En 1975 Lawshe propone un modelo para determinar de forma cuantitativa un índice para la validez de contenido de un instrumento; Lawshe indica que la validez de contenido debe ser determinada por un acuerdo entre jueces; este

modelo presenta un problema y es que se requiere de un gran número de jueces y con acuerdos muy fuertes entre ellos. (131).

Tristan en el 2008 realiza una revisión al modelo Lawshe y propone una modificación del modelo que puede ser utilizada con un menor número de panelistas y no necesariamente deben tener un consenso unánime. (131). La razón de validez de contenido para cada ítem se calcula mediante la siguiente formula:

$$CVR' = n_e / N$$

Dónde:

- n_e = Número de expertos que tiene acuerdo en la categoría esencial.
- N = Número total de expertos.

Para determinar el índice de validez de contenido (IVC) global de la escala se utiliza la siguiente expresión:

$$CVI = \sum_{i=1}^M CVRi / M$$

Dónde:

$CVRi$ = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe.

M = Total de ítems aceptables de la prueba.

Se considera aceptable el conjunto de los ítems si el IVC es superior a 0.58.

2.3.4.2 Validez Facial

La validez facial es un juicio subjetivo sobre la operacionalización de un constructo. (132). La validez facial mide el grado en que un instrumento mide la variable en cuestión (83); en la evaluación de esta validez se observa que aparentemente el instrumento mide la variable que desea medir. (129).

La relevancia de esta forma de validez se sostiene sobre la aplicabilidad y aceptabilidad desde el punto de vista de quien responde y es evaluado con la escala. (130).

La validez facial al ser altamente subjetiva, puede hacer que las personas rechacen una prueba debido a su aspecto que no les parece aceptable o pueden aceptar una prueba deficiente porque les parece que está muy bien presentada o fue realizada por una agencia de un nombre conocido en el ámbito de la evaluación. (133). Por su carga subjetiva se debe tener un especial cuidado a la hora de interpretar los resultados o respuestas dadas por cada uno de los jueces.

2.3.4.3 Validez de Constructo

Con el fin de explicar los diferentes comportamientos del ser humano, los teóricos elaboran un concepto el cual se denomina constructo. (134).

El término validez de constructo se inicia a utilizar en 1954 en las “Recomendaciones técnicas para las pruebas psicológicas y las técnicas de diagnóstico” (APA); se define como el grado en el que un instrumento puede afirmar que mide un constructo o rasgo teórico. (135). Esta validez debe explicar el modelo teórico empírico que subyace a la variable de interés. (83).

Alarcon y Muñoz nos indican que el propósito de la validez de constructo es ratificar la teoría en la cual está fundamentada la escala o instrumento; Por esta

razón la validez se pregunta qué tan bien la medición refleja la naturaleza del constructo. (124).

La validez de constructo permite establecer una medición de la entidad que se relaciona de manera consistente con las hipótesis planteadas para explicar el constructo teórico que define el fenómeno de interés. (125).

Existen dos clases de validación de constructo que son (124):

1. Validez convergente: En esta se correlaciona la medición obtenida mediante otro instrumento que mida el mismo constructo.

2. Validez concurrente: Para obtener esta validez se utiliza un test que mida un constructo diferente y luego se comparan las respuestas.

Existen varios métodos para determinar esta validez; así como técnicas estadísticas para analizar los datos (134); una de estas técnicas es el análisis factorial, usando inicialmente un análisis factorial exploratorio para verificar la estructura interna de los ítems y factores de la escala; luego se realiza un análisis factorial confirmatorio para dar validez a la estructura factorial que se encuentra soportada en un marco teórico (130). También es posible para calificar esta validez utilizar pruebas de hipótesis donde se comparan grupos teóricamente diferentes y así lograr evidenciar que la escala los discrimina por lo cual el constructo sería válido. (136).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Este estudio fue metodológico psicométrico; los estudios metodológicos abordan el desarrollo, la validación y la evaluación de instrumentos o técnicas de investigación. Con este estudio se buscó modificar el instrumento de incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel MUIS-A, para proponer un instrumento que mida incertidumbre en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos y luego someterlo a pruebas psicométricas de validación de contenido, facial y de constructo; la modificación de dicho instrumento se realizó de acuerdo con el concepto principal de la teoría “incertidumbre”.

3.2 Población

En la investigación se tomaron varios grupos de participantes, teniendo en cuenta las necesidades de cada validez a evaluar.

3.2.1 Muestra:

Para el tamaño de las muestras se tuvo en cuenta las necesidades y exigencias de cada validez a evaluar; así:

3.2.1.1 Validez de Contenido:

Para esta validez los participantes fueron expertos, conocedores de la teoría o con experiencia mayor a cinco años en el desempeño de su labor con pacientes de procedimientos diagnósticos; los participantes tienen una variedad de nivel académico.

En el análisis de la validez de contenido se utilizó el juicio de expertos; según Lawshe el número de expertos debe ser superior a 5, se recomienda que este número sea impar y se encuentre acorde con la existencia de expertos en el área a evaluar (137); para la elección de los jueces se tuvo en cuenta la formación

académica, experiencia y reconocimiento en la comunidad (90); para esta investigación se tomó un número de 9 expertas enfermeras.

La obtención de la validez de contenido cuantitativa se realizó mediante la fórmula de Lawshe en 1975 (137) y modificado por Tristan en el 2007. (131).

Para esta fórmula se realizó un cálculo inicial de la Razón de la validez de contenido, donde es determinante el número de evaluadores empleados para la valoración de la escala.

Los evaluadores realizaron una valoración analizando cada ítem en tres categorías: "Esencial", "Útil pero no esencial" y "No necesario".

Para calcular la validez de contenido para cada ítem se utilizó la siguiente ecuación:

$$CVR1 = n_e / N$$

Dónde:

N = Número total de expertos.

Para el cálculo de validez de contenido global del instrumento, CVR1 = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables según el criterio de Lawshe modificado.

La interpretación de los resultados obtenidos, se compararon con los criterios establecidos por el modelo Lawshe modificado; el cual plantea que si existe un puntaje mayor a 0.5823 se considerara que el ítem presenta un aceptable nivel de validez de contenido.

3.2.1.2 Validez Facial:

Como parte de la evaluación de evidencias que sustenten elementos de la validez facial, se realizó una etapa que versó sobre la comprensibilidad de cada uno de

los ítems en población general. Y la evaluación se basó en la prueba de hipótesis del nivel de comprensibilidad de cada ítem que se denota por π . En términos generales el sistema de hipótesis corresponde a:

$$H_0: \pi < \pi_0$$

$$H_1: \pi \geq \pi_0$$

El tamaño de muestra válido para llevar a cabo esta prueba de hipótesis está dado por la expresión:

$$n = \left\{ \frac{z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}}{2(\arcsen\sqrt{\pi_1} - \arcsen\sqrt{\pi_0})} \right\}^2$$

Siendo

α : probabilidad de error tipo I

β : probabilidad de error tipo II

z_p : percentil p de la distribución normal estándar

π_1 : nivel de comprensibilidad para determinar la probabilidad de error tipo II

π_0 : nivel de comprensibilidad mínimo de aceptación del ítem

\arcsen : la función arcoseno.

La evaluación de la comprensibilidad de la adaptación del instrumento de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel (MUIS-A)", asumió los siguientes valores:

$$\pi_0 = 0,9, \pi_1 = 0,95, \alpha = 0,05, \beta = 0,05$$

El cálculo nos denota una muestra de 293 participantes, los cuales tuvieron diferentes niveles socioeconómicos y educativos.

3.2.1.3 Validez de Constructo:

Para determinar la validez de constructo se procedió a aplicar el instrumento a un grupo de personas en espera de la realización de un procedimiento diagnóstico (endoscopia, colonoscopia, biopsia o cateterismo cardiaco); el número fue determinado de acuerdo con las recomendaciones dadas por Abad, Garrido, Olea y Ponsoda quienes sugieren como mínimo cinco participantes por cada ítem (134); para esta investigación se tomó como muestra 10 personas por ítem; para un total de 270 pacientes en espera de la realización de un procedimiento diagnóstico.

3.3 Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó en la presente investigación es no probabilístico, intencional o por conveniencia dependiendo del análisis de cada validez a evaluar.

3.4 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la validez facial de la escala fueron:

- Ser persona mayor de 18 años que acepte participar libremente en el estudio.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la validez de constructo fueron:

- Persona en la espera de la realización por primera vez de una endoscopia, colonoscopia, biopsia o cateterismo cardiaco.
- Paciente mayor de 18 años en espera de la realización de un procedimiento diagnóstico (endoscopia, colonoscopia, biopsia o cateterismo cardiaco), antes de recibir cualquier tipo de sedación.

- Acudir a la realización del procedimiento diagnóstico al Instituto de diagnóstico médico S. A. “IDIME” o Fundación Clínica Shaio.

3.5 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta en la investigación fueron:

- Tener una discapacidad cognitiva o mental diagnosticada.

3.6 Instrumento

La escala que se validó en la presente investigación es la escala denominada “ Mishel Uncertainty in Illness Scale (MUIS-A)” la cual fue validada por Farren en pacientes con enfermedades crónicas en el estudio “Power, Uncertainty, Self-Transcendence, and quality of life in breast cancer survivors” en el cual arrojó un alfa cronbach de 0. 89. (111). En el contexto Latino Americano la escala MUIS – A fue validada en Chile en 1987 en un estudio realizado para mirar el Nivel de Incertidumbre en pacientes hospitalizados durante el periodo pre- operatorio, donde mostró altos niveles de confiabilidad y correlación de los ítems con los dominios, r de Pearson de 0.76 y coeficiente Spearman – Brown de 0.86, lo cual demuestra que esta escala mide consistentemente el fenómeno para la cual fue creada (68); en Colombia Gomez P y Villalobos M, realizaron una validación facial de la escala en su estudio “Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2 (68).

La escala mide el nivel de incertidumbre de acuerdo con el ítem, utilizando una escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta.

El resultado total de la Escala se obtiene sumando la puntuación de los ítems, a mayor puntuación, mayor nivel de incertidumbre; también se puede obtener una puntuación por factores o dimensiones, sumando la puntuación de las respuestas dadas a cada ítem perteneciente al factor. (106).

La escala se puede heteroadministrada por el entrevistador; pero también puede ser autoadministrada. (70).

3.7 Procedimiento

FASE I

3.7.1 Modificación de la Escala

*Se solicitó permiso a la autora “Merle Mishel” para utilizar y modificar la escala vía correo electrónico (Ver anexo 2).

*Una vez obtenida la autorización de la autora, se realizó una modificación a los ítems de la escala original MUIS-A, guiadas por el trabajo teórico y empírico de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel y una revisión de la literatura sobre la incertidumbre de los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos.

FASE II

3.7.2 Determinar la Validez de Contenido

Para determinar la validez de contenido de la escala, se utilizó la prueba de expertos; el número de expertos fue seleccionado de acuerdo a los lineamientos dados por Lawshe y modificado por Tristan (131); los expertos fueron identificados y seleccionados de acuerdo con los criterios dados por Skjong y Wentwortht (138):

*Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experiencia.

*Reputación en la comunidad.

*Disponibilidad y motivación para participar.

*Imparcialidad.

Se seleccionó un grupo de 9 expertas quienes analizaron cada ítem, calificándolo como “Esencial”, “Útil pero no esencial” y “No necesario”. El proceso se llevó a cabo de la siguiente manera:

*Luego de la modificación de todos ítems de la escala original MUIS-A, se comprobó que los ítems contenían la misma información en todas las dimensiones que propuso Merle Mishel cuando desarrolló la escala.

*Se elaboró un formato que permitía calificar cada uno de los ítems como “Esencial”, “Útil pero no esencial” y “No necesario”, criterios dados por Lawshe, modificados por Tristan (Ver anexo 3).

*Se elaboró una guía, que contenía un resumen de la teoría de la Incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel y las categorías del instrumento (Ver anexo 3).

*Se realizó una carta de invitación, la cual fue enviada vía correo electrónico a cada uno de los expertos elegidos para participar en proceso de validación de contenido de la escala (Ver anexo 4).

*Vía correo electrónico se entregó a cada juez un manual de instrucciones y un documento que contenía los ítems a evaluar.

*Los expertos realizaron la calificación de cada uno de los ítems y enviaron su respuesta.

*Se realizó una base de datos con las respuestas de los expertos, la cual permite realizar un análisis cuantitativo de los datos.

*Las observaciones dadas por los expertos a cada uno de los ítems, se tuvieron en cuenta, realizando un análisis cualitativo que lleva a realizar un ajuste semántico a algunos de los ítems.

*Algunos de los ítems que obtuvieron baja calificación menor a 0.58 según el Modelo Lawshe modificado por Tristan (131), fueron eliminados de acuerdo con la teoría de la incertidumbre en la enfermedad, una revisión de la literatura referente

a la incertidumbre de los pacientes frente a los procedimientos diagnósticos y a la sugerencia de algunos de los expertos, quienes indicaron que estos ítems no eran necesarios o útiles para valorar la incertidumbre de los pacientes frente a los procedimientos diagnósticos.

*Los ítems eliminados fueron: 3, 9, 14, 17, 21 y 30.

*Los ítems que obtuvieron baja calificación y no fueron eliminados, se modifican semánticamente y se envían nuevamente a evaluación con las expertas; estos ítems fueron 7, 22 y 27.

*Se realizó nuevamente una base de datos con estos ítems modificados, realizando un análisis cuantitativo, lo cual permite dejar la escala lista para realizar la validación facial.

FASE III

3.7.3 Determinar la Validez Facial

Para determinar la validez facial de la escala de incertidumbre en la enfermedad de Mishel adaptada para procedimientos diagnósticos se utilizó una muestra de 293 personas con diferentes edades, niveles educativos, económicos y culturales. Este trabajo se llevó a cabo de la siguiente manera:

*Se diseñó un formato que permitía evaluar la comprensión de los ítems de la escala, donde la persona puede evaluar si “comprende”, “comprende poco” o “no comprende” el ítem. También se diseñó un formato de Consentimiento informado, donde se explica a la persona el estudio y sus objetivos (Ver anexo 5).

*Se realizó un acercamiento con población del Municipio de Chipaque (Cundinamarca) y Bogotá.

*Antes de la aplicación del formato se explicó a cada uno de los participantes en qué consistía el estudio y se solicitó la autorización de su participación mediante la firma del consentimiento informado (Ver anexo 6).

*Se colocó un número consecutivo a cada encuesta realizada y se realizó una base de datos con la información recolectada; lo cual permitió un análisis cuantitativo de los datos.

*El análisis de los datos muestra que algunos de los ítems no eran comprendidos en su totalidad; por lo cual se analizaron las sugerencias realizadas por algunas personas participantes en esta parte del estudio y se realizó un ajuste semántico a los ítems 9,11 y 24.

* Estos ítems fueron llevados nuevamente a valoración con 63 personas con diferentes edades, nivel educativo y cultural.

*Se realizó una base de datos con esta información, lo cual permite un análisis cuantitativo, el cual mostró un aumento de la comprensión de los ítems.

*El instrumento quedó listo para realizar su respectiva validez de constructo.

FASE IV

3.7.4 Determinar la Validez de Constructo

Para determinar la validez de constructo de la escala de incertidumbre en la enfermedad de Mishel modificada para procedimientos diagnósticos, se utilizó una muestra de 279 personas en espera de la realización de un procedimiento diagnóstico; tales como: endoscopia, colonoscopia, biopsia o cateterismo cardiaco. Este trabajo se llevó a cabo de la siguiente manera:

*Se solicitó la autorización en las instituciones de salud para realizar la investigación; las instituciones fueron: Instituto de diagnóstico médico S. A. "idime" y Fundación Clínica Shaio; donde se realizó y se socializó con las directivas de cada institución el protocolo del estudio y el consentimiento informado para los participantes del estudio; de acuerdo con los requerimientos de cada institución (ver anexo 7).

*Después de obtener la autorización en las instituciones correspondientes, se realizó un acercamiento con el equipo de salud de cada institución y cada sede; donde se revisó y estableció la parte logística para aplicar la escala a los pacientes.

* Se estableció que la escala debe ser aplicada en los servicios de gastroenterología y toma de biopsias en el caso de IDIME; en la fundación clínica Shaio se aplicó en los servicios de gastroenterología y hemodinámica.

*Se explicó el estudio a cada participante y se realizó la firma del consentimiento informado (ver anexo 8).

*Se realizó la aplicación de la escala a los pacientes en cada servicio, mientras espera el llamado del personal de salud de cada institución, para el ingreso al procedimiento correspondiente (ver anexo 9).

*Se asignó un número a cada escala diligenciada, el cual reemplazó su identificación.

*Se realizó una base de datos, donde se digitalizaron los datos diariamente, realizando doble control para garantizar la confiabilidad de los datos.

* Se realizó un análisis estadístico de los datos para determinar la validez de constructo.

*Se realizó un análisis junto con la asesora de los datos arrojados estadísticamente, logrando comparar la información con la escala original.

3.8 Socialización de Resultados

Los resultados de la presente investigación serán presentados en eventos académicos y se realizará un artículo científico para ser publicado en una revista indexada a nivel nacional o internacional.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

*Para este proyecto de investigación se tuvieron en cuenta los lineamientos dados por las Normas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas en Seres Humanos, dadas por El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), cuyo objetivo es aplicar principios éticos universales a la investigación biomédica en un mundo multicultural, con una multiplicidad de sistemas de salud y una variación considerable de los normas de atención en salud. (139).

*La resolución 008430, donde se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. (140).

*Se tuvieron en cuenta los lineamientos éticos contemplados en el Código de Núremberg y el código de Helsinki. (141).

*Se tomaron consideraciones éticas dadas en los capítulos 3 y 4 de la ley 911 del 2004: Código Deontológico de Enfermería – Colombia. (142).

* ARTÍCULO 29: En los procesos de investigación en que el profesional de Enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales. (142).

*El proyecto de investigación se rigió por los principios de respeto a la autonomía, no maleficencia, justicia y veracidad.

Respeto a la autonomía: Los individuos tienen la libertad de elegir y determinar sus propias acciones, para lo cual se tuvieron en cuenta las normas de la

institución donde se realizó la aplicación del instrumento; se solicitó el consentimiento informado para cada uno de los participantes en el estudio, cuyo contenido fue claro, suficiente y preciso; se dio a conocer al participante los objetivos y procedimientos de la investigación, además sus beneficios y riesgos.

No maleficencia: Este principio se refiere a evitar hacer el daño a otros; de acuerdo a la resolución 008430 de 1993 (140), esta investigación tenía un riesgo mínimo, ya que podía influenciar en personas vulnerables; para esto se estableció que en caso de presentarse se suspendería la entrevista inmediatamente y el participante sería retirado del estudio en caso de ser su voluntad.

En la investigación se tomaron estrategias para proteger la privacidad de los participantes; para esto se estableció colocar un número consecutivo que reemplazó la identificación del participante.

La presente investigación validó la escala de valoración de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel Muis-A frente a procedimientos diagnósticos, lo cual no causó ningún daño a los demás, por el contrario benefició a los pacientes en espera de la realización de un procedimiento diagnóstico, a las instituciones de salud y a todo el gremio de enfermería; quienes podrán combinar las nuevas tecnologías y la parte emocional del paciente para brindar un cuidado basado en las necesidades del paciente.

Veracidad: Se refiere a la obligación de decir la verdad, de no mentir a otros. Durante la investigación se explicó de forma clara a cada participante de que se trataba el estudio, los objetivos del estudio y como se realizaría el manejo de los datos; también se informó sobre la importancia de la información suministrada por cada uno de ellos; los beneficios que puede traer para los pacientes a la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico.

Justicia: Hace referencia a la distribución de los riesgos y beneficios.

Los resultados de esta investigación traen grandes beneficios, que en un futuro pueden impactar de forma positiva la atención al paciente en la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico. Durante el desarrollo del estudio se garantizó un trato respetuoso con cada participante, libre de discriminaciones y se tuvo en cuenta el derecho a la intimidad.

*Se tendrán en cuenta los lineamientos del reglamento de propiedad intelectual de la Universidad de La Sabana.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para realizar el análisis de cada validez de la escala de incertidumbre en la enfermedad de Mishel para procedimientos diagnósticos se tuvieron en cuenta las siguientes pruebas estadísticas:

*Validez de contenido: Índice Lawshe modificado por Tristan y concordancia entre expertos: Kappa Fleiss.

*Validez Facial: Análisis de Comprensibilidad.

*Validez de Constructo: Análisis Factorial.

5.1 Validez de Contenido

La validez de contenido se determinó a través de la prueba de expertos en la cual participaron 9 expertas, las cuales conocen y han empleado la teoría de la incertidumbre en la enfermedad o son expertas en el cuidado de pacientes en procedimientos diagnósticos.

Las expertas seleccionadas fueron profesionales de enfermería con diversa formación académica como: especialista, maestría y doctorado; como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. FORMACIÓN ACADÉMICA DE EXPERTAS

Formación académica	Número expertas	Expertas en la teoría	Expertas en el cuidado del paciente en procedimientos diagnósticos
Especialista	1		1
Maestría	3	3	
Doctorado	5	5	

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno.2017.

Cada experta evaluó uno a uno los ítems que componen la escala de incertidumbre en la enfermedad de Mishel modificada para procedimientos diagnósticos, teniendo en cuenta las tres categorías dadas en el Modelo Lawshe modificado por Tristán: Esencial, útil pero no esencial y no necesario; Lashwe propone que estas categorías se asocien con la habilidad y el conocimiento medidos por el ítem para el cumplimiento de una tarea. (131).

El coeficiente kappa da una medida de acuerdo entre evaluadores; puede tomar valores entre -1 y +1, pero generalmente se encuentra ubicado entre 0 y 1; Cuanto más cercano a +1, mayor es el grado de concordancia y un resultado negativo indica que el acuerdo es menor al esperado dado el azar; un valor $K=0$ Indica que la concordancia observada es la esperada a causa del azar. (90).

TABLA 3. CÁLCULO KAPPA FLEIS CON EVALUADORES 9

ITEM	ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	P _i
1	9	0	0	1
2	9	0	0	1
3	3	3	3	0,25
4	6	2	1	0,444
5	8	1	0	0,778
6	8	1	0	0,778
7	5	3	1	0,361
8	8	1	0	0,778
9	2	3	4	0,278
10	9	0	0	1
11	7	2	0	0,611
12	8	1	0	0,778
13	6	3	1	0,514
14	4	0	5	0,444
15	7	2	0	0,611
16	9	0	0	1
17	1	3	5	0,361
18	8	1	0	0,778
19	6	1	2	0,444
20	9	0	0	1
21	2	1	6	0,444
22	5	1	3	0,361
23	6	3	0	0,5
24	7	1	1	0,583
25	6	3	0	0,5
26	9	0	0	1
27	5	3	1	0,361
28	6	1	2	0,444
29	6	1	2	0,444
30	2	2	5	0,333
31	9	0	0	1
32	9	0	0	1
33	9	0	0	1
P				0,642
Pe				0,185098
K				0,560481

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Teniendo las calificaciones dadas por cada una de las expertas, se realizó un análisis cuantitativo de los datos, determinando la Razón de Validez de Contenido (CVR) para cada ítem.

Para realizar una interpretación del CVR', se tomó la calificación de los expertos de cada ítem en la categoría "esencial".

La expresión para determinar el CVR' dada por Lawshe modificada por Tristan, como proporción de acuerdos en la categoría esencial, respecto del número de panelistas es:

$$CVR' = n_e / N$$

Tabla 4. VALORES DE CVR' DE CADA ÍTEM

AFIRMACIÓN	ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	TOTAL RESPUESTAS	CVR'
1	9	0	0	9	1
2	9	0	0	9	1
3	3	3	3	9	0.33
4	6	2	1	9	0.66
5	8	1	0	9	0.88
6	8	1	0	9	0.88
7	5	3	1	9	0.55
8	8	1	0	9	0.88
9	2	3	4	9	0.22
10	9	0	0	9	1
11	7	2	0	9	0.77
12	8	1	0	9	0.88
13	6	3	1	9	0.66
14	4	0	5	9	0.44
15	7	2	0	9	0.77
16	9	0	0	9	1
17	1	3	5	9	0.11
18	8	1	0	9	0.88
19	6	1	2	9	0.66
20	9	0	0	9	1
21	2	1	6	9	0.22
22	5	1	3	9	0.55
23	6	3	0	9	0.66
24	7	1	1	9	0.77
25	6	3	0	9	0.66
26	9	0	0	9	1
27	5	3	1	9	0.55
28	6	1	2	9	0.66
29	6	1	2	9	0.66
30	2	2	5	9	0.22
31	9	0	0	9	1
32	9	0	0	9	1
33	9	0	0	9	1

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno.2017.

De acuerdo con Lawshe modificado por Tristan, son aceptables los ítems que obtuvieron un valor superior a 0.5823, los ítems con menor calificación deben ser modificados o eliminados de la escala. (131). Por lo cual los ítems 3,7,9,14,17,21,22,27 y 30 deberán ser modificados o eliminados del grupo de ítems; para lo cual se realizó un análisis cualitativo teniendo en cuenta las sugerencias dadas por las expertas, la revisión de la literatura y la teoría de la incertidumbre en la enfermedad se decide eliminar de la escala los ítems 3,9,14,17,21 y 30 y modificar los ítems 7,22 y 27 para ser enviados nuevamente a las expertas para un nuevo dictamen.

Los ítems 3, 9, 14, 17, 21 y 30 son ítems relacionados a la incertidumbre después del diagnóstico, por lo cual se decidió retirarlos de la escala como se ha realizado en estudios anteriores donde es adaptada la escala de la incertidumbre en la enfermedad para ser medida la incertidumbre antes del diagnóstico. (114) (143).

Los ítems 7,22 y 27 fueron revisados, modificados semánticamente y posteriormente enviados nuevamente a las expertas para obtener un nuevo concepto.

Tabla 5. MODIFICACIÓN DE ÍTEMS CON BAJA PUNTUACIÓN

ITEM	MODIFICACIÓN
7. Algunas molestias o dolor le indican que tiene un problema de salud.	Algunas molestias o dolor le indican que tiene un problema de salud que requiere de la realización de este examen.
22. Los resultados de otros de sus exámenes son dudosos.	Los resultados de sus exámenes previos son confusos.
27. Cree que no van a encontrar nada malo con usted en su examen.	Cree que no van a encontrar nada malo en su examen.

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno.2017.

En esta ocasión se obtuvo la colaboración de 7 expertas de las 9 convocadas.

Una vez obtenidas las respuestas se realiza un nuevo análisis para calcular el coeficiente kappa y el CVR' para cada uno de los ítems.

TABLA 6. CÁLCULO KAPPA FLEIS CON 7 EVALUADORES

ÍTEM	ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	Pi
1	7			1,0000
2	7			1,0000
3	6	1		0,7143
4	6	1		0,7143
5	6	1		0,7143
6	7			1,0000
7	6	1		0,7143
8	7			1,0000
9	7			1,0000
10	6	1		0,7143
11	6		1	0,7143
12	7			1,0000
13	7			1,0000
14	6	1		0,7143
15	6	1		0,7143
16	7			1,0000
17	7			1,0000
18	6	1		0,7143
19	7			1,0000
20	6	1		0,7143
21	7			1,0000
22	7			1,0000
23	6	1		0,7143
24	6	1		0,7143
25	7			1,0000
26	7			1,0000
27	7			1,0000
	0,936507937	0,058201058	0,005291005	0,8730
				0,2935
			K=	0,8203

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno.2017.

Tabla 7. VALORES DE CVR' DE ÍTEMS MODIFICADOS

AFIRMACIÓN	ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	CVR'
7	7	0	0	1
22	7	0	0	1
27	7	0	0	1

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno.2017.

Teniendo los valores de CVR' de estos ítem modificados, tenemos una escala de 27 preguntas con los siguientes valores de CVR' e IVC Global:

Tabla 8. VALORES DE IVC GLOBAL Y CVR' CON ÍTEMS MODIFICADOS

AFIRMACIÓN	ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	TOTAL RESPUESTAS	CVR'
1	9	0	0	9	1
2	9	0	0	9	1
3	6	2	1	9	0.66
4	8	1	0	9	0.88
5	8	1	0	9	0.88
6	7	0	0	7	1
7	8	1	0	9	0.88
8	9	0	0	9	1
9	7	2	0	9	0.77
10	8	1	0	9	0.88
11	6	3	1	9	0.66
12	7	2	0	9	0.77
13	9	0	0	9	1
14	8	1	0	9	0.88
15	6	1	2	9	0.66
16	9	0	0	9	1
17	7	0	0	7	1
18	6	3	0	9	0.66
19	7	1	1	9	0.77
20	6	3	0	9	0.66
21	9	0	0	9	1
22	7	0	0	7	1
23	6	1	2	9	0.66
24	6	1	2	9	0.66
25	9	0	0	9	1
26	9	0	0	9	1
27	9	0	0	9	1
IVC GLOBAL					0.861

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno.2017.

Según Lawshe modificado por Tristan se considera aceptable el conjunto de ítems si su Índice de Validez de Contenido “IVC” es mayor o igual a 0.58. (131). La escala nos indica una alta validez de contenido con un IVC de 0.86; cada uno de los ítems alcanza un valor aceptable de validez de contenido superando el valor mínimo dado por Lawshe modificado por Tristan de 0.5823. (131).

La expresión utilizada para calcular el IVC es:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Dónde: CVR_i = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe.

M= Total de ítems aceptables de la prueba.

El valor del Índice de Validez de Contenido para cada factor referidos por Merle Mishel y de acuerdo con los valores calculados del CVR' para ítem es:

Tabla 9. ÍNDICE DE VALIDEZ DE CONTENIDO DE CADA FACTOR DE LA ESCALA.

AFIRMACIÓN	ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	CVR'
FACTOR I: AMBIGÜEDAD				
3	6	2	1	0.66
7	8	1	0	0.88
11	6	3	0	0.66
12	7	2	0	1
13	9	0	0	1
14	8	1	0	0.88
16	9	0	0	1
18	6	3	0	0.66
19	7	1	1	0.77
21	9	0	0	1
IVC				0.851
FACTOR II: COMPLEJIDAD				
5	8	1	0	0.88
6	7	0	0	1
8	9	0	0	1
23	6	1	2	0.66
25	9	0	0	1
26	9	0	0	1
27	9	0	0	1
IVC				0.934
FACTOR III: INCONSISTENCIA				
1	9	0	0	1
2	9	0	0	1
4	8	1	0	1
9	7	2	0	0.77
15	6	1	2	0.66
17	7	0	0	1
24	6	1	2	0.66
IVC				0.87
FACTOR IV: IMPREVISIBILIDAD				
10	8	1	0	0.88
20	6	3	0	0.66
22	7	0	0	1
IVC				0.846
IVC GLOBAL				0.861

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Cada uno de los factores alcanza un valor aceptable de validez de contenido superando el valor mínimo dado por Lawshe modificado por Tristan de 0.5823; donde el IVC para el factor ambigüedad es de 0.851, factor complejidad 0.934, factor inconsistencia 0.87 y para el factor imprevisibilidad es de 0.846. El IVC Global de la escala es de 0.861.

5.2 Validez Facial

Como parte de la evaluación de evidencias que sustenten elementos de la validez facial, se realizó una etapa que versó sobre la comprensibilidad de cada uno de los ítems. Para ello la evaluación se basó en la prueba de hipótesis del nivel de comprensibilidad de cada ítem que se denota por π . En términos generales el sistema de hipótesis corresponde a:

$$H_0: \pi < \pi_0$$

$$H_1: \pi \geq \pi_0$$

El tamaño de muestra válido para llevar a cabo esta prueba de hipótesis está dado por la expresión:

$$n = \left\{ \frac{z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}}{2(\arcsen\sqrt{\pi_1} - \arcsen\sqrt{\pi_0})} \right\}^2$$

Siendo

α : probabilidad de error tipo I

β : probabilidad de error tipo II

z_p : percentil p de la distribución normal estándar

π_1 : nivel de comprensibilidad para determinar la probabilidad de error tipo II

π_0 : nivel e comprensibilidad mínimo de aceptación del ítem

arcsen: la función arcoseno.

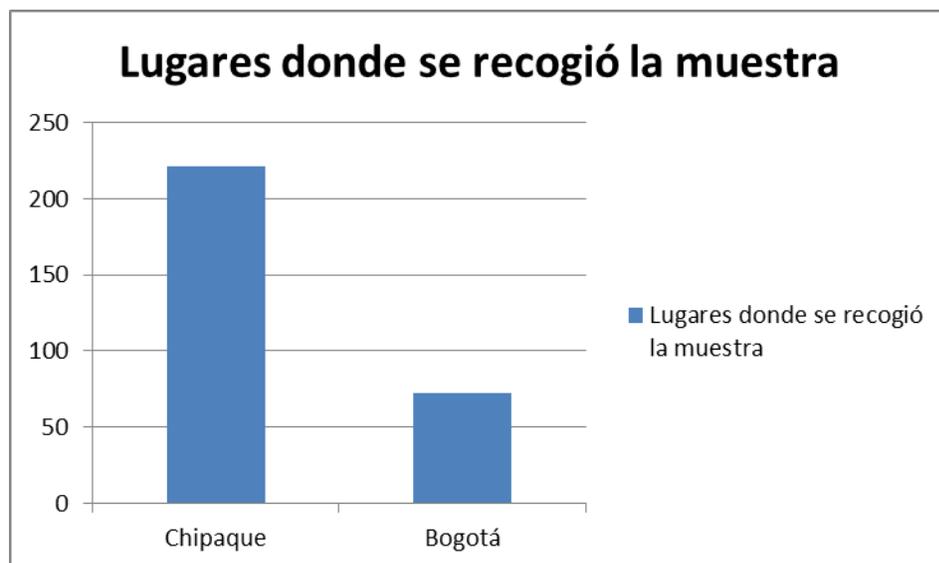
La evaluación de la comprensibilidad de la adaptación del instrumento “Mishel Uncertainty in Illness scale- Adult Form (MUIS-A)” asumió los siguientes valores:

$$\pi_0 = 0.9, \pi_1 = 0.95, \alpha = 0.05, \beta = 0.05$$

En consecuencia, con estos niveles de precisión, el tamaño de la muestra fue de 293 pacientes.

La muestra para esta validación fue recogida en Chipaque (Cundinamarca) y Bogotá, se abordaron personas de diferentes edades, niveles de escolaridad, social, cultural y económico.

Figura 4. Gráfico distribución de lugares donde se recogió la muestra



Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Al recoger la muestra se obtuvieron participantes de diversos Departamentos, por lo cual se evidencia una población diversa.

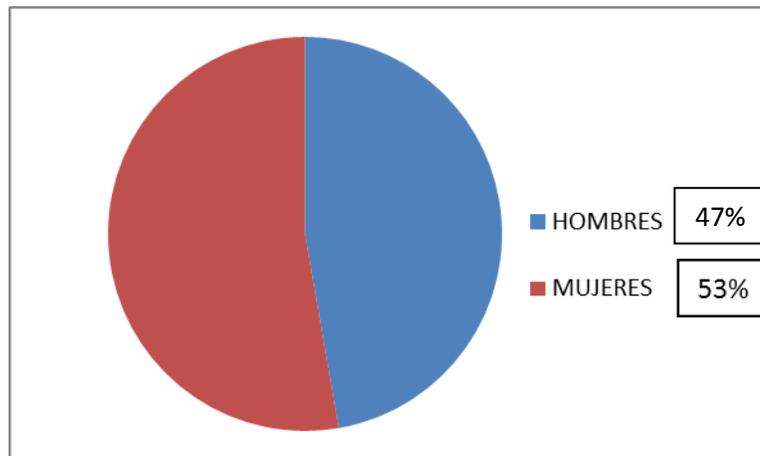
Tabla 10. DEPARTAMENTOS DE PROCEDENCIA DE LOS PARTICIPANTES

Departamento	Número de participantes	Porcentaje
Cundinamarca	183	62%
Meta	25	9%
Casanare	19	7%
Boyacá	18	6%
Tolima	14	5%
Norte de Santander	8	3%
Antioquia	5	2%
Caldas	4	1%
Guajira	3	1%
Sucre	3	1%
Santander	3	1%
Cauca	3	1%
Risaralda	2	1%
Bolívar	2	1%

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

La edad de los participantes estuvo en un rango entre los 18 y 68 años; donde el 53% pertenecía al género femenino y el 47% al género masculino; con se muestra a continuación:

Figura 5. Género de los participantes



Fuente: Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Tabla 11. EDAD DE LOS PARTICIPANTES

RANGO DE EDAD	NÚMERO PARTICIPANTE	PORCENTAJE
18-30 AÑOS	77	26%
31-40 AÑOS	70	24%
41-50 AÑOS	43	15%
51-60 AÑOS	49	17%
MAYOR DE 60 AÑOS	53	18%

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

En cuanto al nivel de escolaridad de los participantes es diverso, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 12. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PARTICIPANTES

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NÚMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Analfabeta	5	2%
Primaria incompleta	43	15%
Primaria completa	101	34%
Bachiller	93	32%
Técnico	32	11%
Universitario	15	5%
Pos Grado	3	1%

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

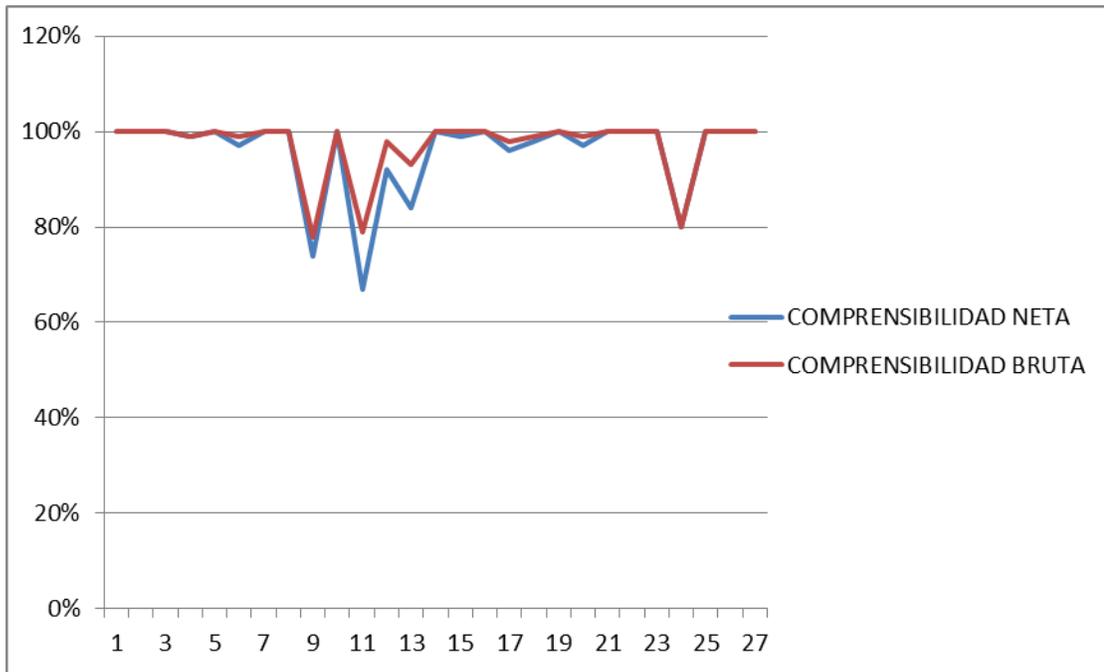
En el desarrollo de esta fase de la investigación, se evaluó la comprensibilidad de cada uno de los ítems; valorando la comprensibilidad bruta y neta de cada uno de los ítems de acuerdo con la valoración que daba cada participante en esta fase. La comprensibilidad Neta fue entendida como el porcentaje de participantes que respondían “comprendo”; y la comprensibilidad bruta fue entendida como el porcentaje de participantes que colocaron como opción de respuesta “comprendo poco” o “comprendo”.

Tabla 13. PORCENTAJE DE COMPENSIBILIDAD NETA Y BRUTA

NÚMERO ÍTEM	PORCENTAJE COMPENSIBILIDAD NETA	PORCENTAJE COMPENSIBILIDAD BRUTA
1	100%	100%
2	100%	100%
3	100%	100%
4	99%	99%
5	100%	100%
6	97%	99%
7	100%	100%
8	100%	100%
9	74%	78%
10	100%	100%
11	67%	79%
12	92%	98%
13	84%	93%
14	100%	100%
15	99%	100%
16	100%	100%
17	96%	98%
18	98%	99%
19	100%	100%
20	97%	99%
21	100%	100%
22	100%	100%
23	100%	100%
24	80%	80%
25	100%	100%
26	100%	100%
27	100%	100%

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Figura 6. GRÁFICO COMPRESIBILIDAD DE LOS ÍTEMS



Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno.2017.

Los ítems 9, 11 y 24, que fueron considerados con un nivel de comprensibilidad menor o igual a 80 %, por lo cual se requirió de hacer una modificación semántica, se calculó nuevamente una muestra esperando un nivel de comprensibilidad mayor de 80 % de cada uno de los ítems por lo cual se estableció un número de 63 personas.

Se realizó un análisis subjetivo a las respuestas y sugerencias dadas por los participantes en cuanto a los ítems 9, 11 y 24; donde se encuentra necesario ajustar semánticamente los tres ítems así:

ÍTEM 9

La información que le da el personal de salud sobre el examen se presta para que sea entendida de diferentes maneras.

MODIFICACIÓN

La información que le da el personal de salud sobre el examen es entendida de diferentes maneras.

ÍTEM 11

El examen es muy complejo para entender que pasará durante su realización.

MODIFICACIÓN

El examen es muy complicado para entender que pasará durante su realización.

ÍTEM 24

Tiene un diagnóstico específico.

MODIFICACIÓN

Conoce su diagnóstico.

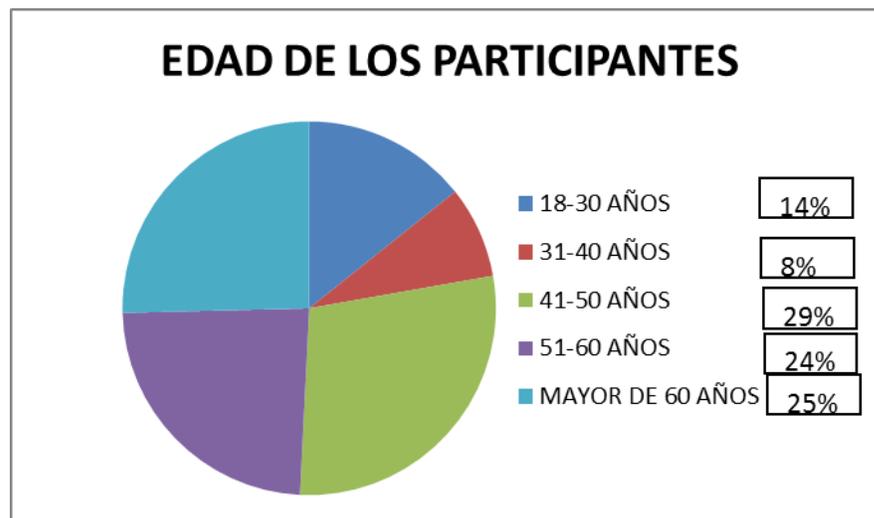
La valoración de estos tres ítems se realizó en Chipaque (Cundinamarca), con un total de 63 personas, los participantes en esta fase estuvieron en un rango de edad de 18 a 70 años, procedentes de diferentes departamentos del país y con un nivel de escolaridad diverso como se muestra a continuación:

Tabla 14. Departamentos procedencia de los participantes

DEPARTAMENTO	NÚMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Cundinamarca	40	6%
Boyacá	9	14%
Meta	9	14%
Casanare	5	8%

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Figura 7. Edad de los participantes



Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

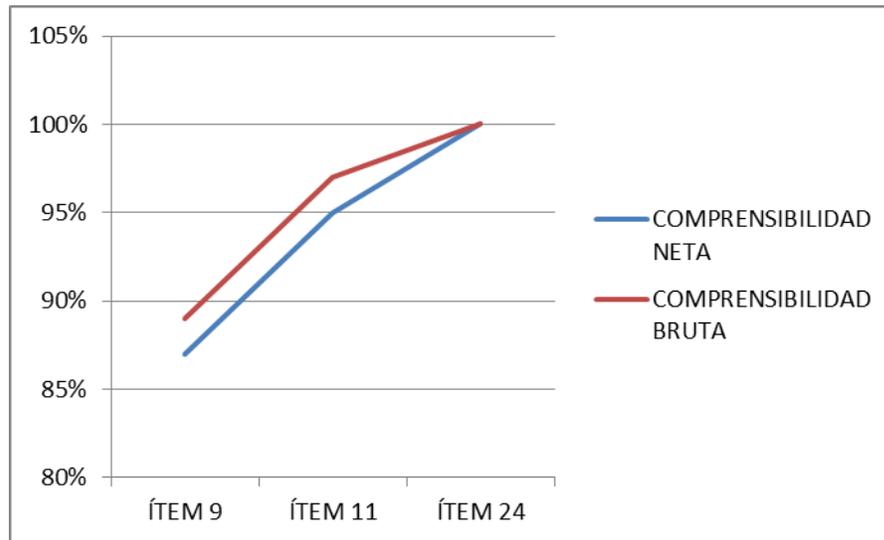
Tabla 15. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PARTICIPANTES

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NÚMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Analfabeta	1	1%
Primaria incompleta	18	29%
Primaria completa	24	39%
Bachiller	15	24%
Universitario	5	8%

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Se realizó un análisis cuantitativo para verificar la comprensibilidad neta y comprensibilidad bruta de los ítems modificados, el cual se presenta en el siguiente gráfico:

Figura 8. Gráfico comprensibilidad ítems modificados



Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Al ser valorados nuevamente los ítems 9, 11 y 24 se observó que el nivel de comprensibilidad neta aumentó consiguiendo ser superior al 80 %; quedando el nivel de comprensibilidad para cada ítem así:

Tabla 16. NIVEL DE COMPRESIBILIDAD DE LOS ÍTEMS

NÚMERO ÍTEM	PORCENTAJE COMPRESIBILIDAD NETA	PORCENTAJE COMPRESIBILIDAD BRUTA
1	100%	100%
2	100%	100%
3	100%	100%
4	99%	99%
5	100%	100%
6	97%	99%
7	100%	100%
8	100%	100%
9	87%	89%
10	100%	100%
11	95%	97%
12	92%	98%
13	84%	93%
14	100%	100%
15	99%	100%
16	100%	100%
17	96%	98%
18	98%	99%
19	100%	100%
20	97%	99%
21	100%	100%
22	100%	100%
23	100%	100%
24	100%	100%
25	100%	100%
26	100%	100%
27	100%	100%

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Se observa que el ítem número 9 paso de un nivel de comprensibilidad neta del 74% a 87 %, el ítem número 11 paso de un nivel de comprensibilidad neta de 67 % a 95 % y el ítem número 24 tenía una comprensibilidad neta de 80 % logrando una comprensibilidad neta del 100 %.

5.3 Validez de Constructo

Se realizó una exploración de la concordancia de la evidencia portada por los datos y la estructura de dimensiones mencionada por Mishel mediante la utilización del análisis de factorial. (134). Para este propósito se utilizaron nueve escenarios de análisis definidos por tres métodos de estimación de los factores y tres métodos de rotación. Los tres métodos utilizados fueron: Componentes principales, Mínimos cuadrados generalizados y Factorización eje principal. Las tres rotaciones empleadas fueron: Rotación con normalización de káiser tipo Varimax, Quartimax y Equamax.

La definición de los nueve escenarios para la exploración de la concordancia mencionada obedece a la recomendación de Johnson y Wichern (144), quienes consideran que es sensato utilizar diferentes métodos con el fin de enriquecer el análisis.

Tabla 17. ACUMULACIÓN DE VARIANZA

Varianza total explicada			
Factores	Autovalores	Porcentaje de varianza	Acumulado
1	7,922	29,342	29,342
2	5,819	21,553	50,896
3	3,393	12,567	63,462
4	2,297	8,509	71,972
5	1,434	5,31	77,282
6	0,954	3,532	80,814

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Tabla 18. PRUEBA KMO Y ESFERICIDAD DE BARTLETT

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,848
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8114,256
	gl	351
	Sig.	0

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Previamente a la presentación de la síntesis del análisis estadístico de cada escenario se presentan algunos resultados que validan la viabilidad del análisis de factores. En efecto, en primer término la tabla 17 muestra que asumiendo cuatro factores elegidos de acuerdo con la estructura dada por Merle Mishel la acumulación de varianza es del 71, 97 %, cifra superior al valor recomendado por Johnson y Wichern (144), en aplicaciones del método para estudios sociales; de igual manera la prueba KMO presentó un valor de 0,848 y una prueba de esfericidad de Bartlett cuyo valor de Chi cuadrado fue de 8114,256 valor muy superior que corresponde a un valor p menor a 0,001, lo cual se observa en la tabla 18.

El análisis de factores para cada uno de los escenarios se sintetiza en una matriz de cargas factoriales que permite identificar los factores estadísticos con los cuales se pueda observar la concordancia con las dimensiones propuestas por Mishel; la tabla número 19 presenta las cargas factoriales de los tres escenarios generados por el método de componentes principales y las tres rotaciones utilizadas.

Tabla 19. CARGAS FACTORIALES DERIVADAS DEL MÉTODO COMPONENTES PRINCIPALES CON SUS TRES ROTACIONES

	ROTACIÓN VARIMAX				ROTACIÓN QUARTIMAX				ROTACIÓN EQUAMAX			
	FACTOR ESTADÍSTICO				FACTOR ESTADÍSTICO				FACTOR ESTADÍSTICO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ITEM 1	0,169	0,101	0,213	0,422	0,179	0,103	0,212	0,417	0,158	0,098	0,213	0,427
ITEM 2	0,002	0,03	0,677	-0,073	-0,003	0,03	0,677	-0,071	0,006	0,029	0,677	-0,074
ITEM 3	0,931	0,002	0,021	0,1	0,934	-0,001	0,024	0,076	0,928	0,004	0,018	0,125
ITEM 4	0,006	0,011	0,794	0,108	0,006	0,013	0,794	0,109	0,006	0,01	0,795	0,106
ITEM 5	0,053	0,95	-0,019	0,076	0,059	0,95	-0,02	0,068	0,048	0,95	-0,018	0,083
ITEM 6	0,076	0,952	-0,066	0,112	0,083	0,952	-0,067	0,103	0,07	0,952	-0,064	0,12
ITEM 7	0,937	0,033	-0,014	0,082	0,939	0,03	-0,011	0,058	0,934	0,036	-0,017	0,107
ITEM 8	-0,015	0,817	0,219	-0,049	-0,014	0,817	0,218	-0,053	-0,016	0,817	0,22	-0,044
ITEM 9	0,003	0,054	0,781	0,021	0,001	0,055	0,78	0,023	0,005	0,053	0,781	0,02
ITEM 10	0,141	0,125	-0,037	0,731	0,16	0,129	-0,039	0,726	0,121	0,121	-0,036	0,735
ITEM 11	0,868	0,043	-0,083	0,161	0,872	0,04	-0,08	0,138	0,863	0,045	-0,086	0,184
ITEM 12	0,031	0,049	0,003	0,787	0,051	0,054	0,001	0,786	0,01	0,044	0,005	0,788
ITEM 13	0,878	0,056	-0,163	0,191	0,883	0,053	-0,16	0,168	0,872	0,058	-0,165	0,215
ITEM 14	0,914	0,042	0,027	0,057	0,915	0,039	0,03	0,033	0,912	0,044	0,024	0,081
ITEM 15	-0,093	0,03	0,736	-0,023	-0,097	0,031	0,736	-0,019	-0,09	0,029	0,737	-0,027
ITEM 16	0,924	0,033	0,003	0,051	0,925	0,029	0,006	0,027	0,922	0,035	0	0,076
ITEM 17	-0,026	0,045	0,752	0,088	-0,026	0,046	0,752	0,091	-0,026	0,043	0,752	0,086
ITEM 18	0,881	0,057	0,04	0,035	0,882	0,054	0,043	0,012	0,88	0,06	0,037	0,058
ITEM 19	0,823	0,076	-0,252	0,22	0,83	0,074	-0,249	0,198	0,816	0,078	-0,254	0,243
ITEM 20	0,139	-0,003	0,027	0,72	0,157	0,002	0,026	0,717	0,12	-0,007	0,028	0,724
ITEM 21	0,87	0,016	0,107	0,031	0,871	0,013	0,11	0,009	0,87	0,019	0,104	0,054
ITEM 22	0,099	0,024	-0,325	0,771	0,12	0,029	-0,327	0,768	0,078	0,02	-0,324	0,775
ITEM 23	0,06	0,943	-0,047	0,111	0,067	0,943	-0,048	0,103	0,054	0,942	-0,046	0,119
ITEM 24	-0,051	0,012	0,536	-0,285	-0,061	0,011	0,536	-0,282	-0,042	0,013	0,535	-0,287
ITEM 25	0,046	0,936	0,031	0,013	0,05	0,935	0,03	0,006	0,043	0,936	0,032	0,02
ITEM 26	0,043	0,931	0,062	0,048	0,048	0,931	0,061	0,041	0,039	0,93	0,063	0,055
ITEM 27	0,04	0,917	0,073	0,077	0,045	0,917	0,072	0,07	0,035	0,916	0,075	0,084

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno.2017.

Como se muestra en la tabla 19 las tres rotaciones utilizadas con el método componentes principales sugieren el mismo esquema.

Los cuatro factores estadísticos están asociados con los ítems de la siguiente manera:

El factor uno está asociado con los ítem del instrumento 3,7,11,13,14,16,18,19 y 21; los cuales pertenecen en su totalidad a la dimensión denominada por Mishel "Ambigüedad" ; el factor dos se encuentran relacionado con los ítems 5, 6, 8,23,25, 26 y 27 los cuales, de igual manera, se encuentran en su totalidad en la dimensión "Complejidad"; los ítem 2,4,9,15,17 y 24, por su parte están asociados con el factor estadístico tres, los cuales se incluye dentro de la dimensión inconsistencia y los ítems 1, 10, 12, 20 y 22 están relacionados con el factor cuatro los cuales pertenecen a la dimensión "imprevisibilidad" a excepción de los ítems 1 y 12; el ítem 1 Mishel lo relaciona en la dimensión "inconsistencia"; mientras el ítem 12 no se encuentra vinculado a ninguna de las dimensiones.

Tabla20. CARGAS FACTORIALES DERIVADAS DEL MÉTODO FACTORIZACIÓN DE EJE PRINCIPAL CON SUS TRES ROTACIONES

	ROTACIÓN VARIMAX				ROTACIÓN QUARTIMAX				ROTACIÓN EQUAMAX			
	FACTOR ESTADÍSTICO				FACTOR ESTADÍSTICO				FACTOR ESTADÍSTICO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ITEM 1	0,164	0,1	0,164	0,327	0,174	0,102	0,164	0,321	0,153	0,098	0,165	0,332
ITEM 2	0,002	0,033	0,591	-0,083	-0,003	0,033	0,591	-0,082	0,006	0,032	0,59	-0,085
ITEM 3	0,926	0,002	0,02	0,11	0,929	-0,001	0,023	0,081	0,922	0,004	0,017	0,139
ITEM 4	0,007	0,013	0,759	0,099	0,007	0,015	0,758	0,101	0,006	0,011	0,759	0,097
ITEM 5	0,052	0,946	-0,016	0,083	0,059	0,946	-0,018	0,073	0,046	0,945	-0,015	0,092
ITEM 6	0,074	0,952	-0,066	0,121	0,082	0,953	-0,067	0,11	0,067	0,952	-0,064	0,131
ITEM 7	0,934	0,034	-0,018	0,087	0,936	0,03	-0,014	0,056	0,931	0,036	-0,021	0,116
ITEM 8	-0,01	0,78	0,218	-0,045	-0,009	0,78	0,217	-0,051	-0,011	0,779	0,219	-0,04
ITEM 9	0,003	0,053	0,733	0,019	0,001	0,055	0,733	0,021	0,005	0,052	0,733	0,017
ITEM 10	0,146	0,122	-0,038	0,631	0,167	0,127	-0,04	0,625	0,125	0,118	-0,037	0,637
ITEM 11	0,847	0,042	-0,084	0,182	0,853	0,04	-0,081	0,154	0,84	0,044	-0,086	0,209
ITEM 12	0,037	0,05	0,005	0,711	0,06	0,055	0,003	0,709	0,015	0,044	0,007	0,712
ITEM 13	0,863	0,054	-0,167	0,213	0,87	0,052	-0,164	0,184	0,855	0,056	-0,169	0,241
ITEM 14	0,904	0,043	0,023	0,061	0,906	0,039	0,027	0,032	0,902	0,045	0,02	0,09
ITEM 15	-0,087	0,031	0,677	-0,03	-0,091	0,032	0,677	-0,025	-0,084	0,03	0,677	-0,034
ITEM 16	0,917	0,034	-0,001	0,054	0,918	0,03	0,002	0,025	0,915	0,036	-0,004	0,084
ITEM 17	-0,024	0,045	0,695	0,077	-0,024	0,047	0,695	0,08	-0,024	0,043	0,696	0,075
ITEM 18	0,86	0,057	0,035	0,051	0,861	0,053	0,038	0,023	0,858	0,059	0,032	0,078
ITEM 19	0,804	0,075	-0,255	0,238	0,813	0,073	-0,252	0,21	0,795	0,076	-0,257	0,264
ITEM 20	0,144	0,007	0,016	0,604	0,164	0,011	0,015	0,599	0,125	0,003	0,017	0,608
ITEM 21	0,849	0,018	0,101	0,042	0,85	0,015	0,104	0,015	0,848	0,02	0,098	0,069
ITEM 22	0,093	0,022	-0,314	0,76	0,118	0,027	-0,316	0,755	0,067	0,017	-0,312	0,763
ITEM 23	0,058	0,938	-0,045	0,12	0,066	0,938	-0,047	0,111	0,051	0,937	-0,044	0,129
ITEM 24	-0,053	0,012	0,457	-0,25	-0,063	0,011	0,457	-0,247	-0,044	0,013	0,456	-0,253
ITEM 25	0,048	0,925	0,035	0,013	0,052	0,925	0,033	0,004	0,044	0,925	0,036	0,021
ITEM 26	0,043	0,918	0,068	0,055	0,048	0,919	0,066	0,046	0,038	0,918	0,069	0,063
ITEM 27	0,039	0,9	0,08	0,087	0,045	0,901	0,078	0,079	0,033	0,899	0,082	0,095

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Como se observa en la tabla 20 las tres rotaciones utilizadas con el método Factorización de eje principal sugieren el mismo esquema dado con el método componentes principales. Debido a la igualdad de los esquemas no se reitera la estructura de cada factor estadístico.

Tabla21. CARGAS FACTORIALES DERIVADAS DEL MÉTODO MÍNIMOS CUADRADOS GENERALIZADOS CON SUS TRES ROTACIONES

	ROTACIÓN VARIMAX				ROTACIÓN QUARTIMAX				ROTACIÓN EQUAMAX			
	FACTOR ESTADÍSTICO				FACTOR ESTADÍSTICO				FACTOR ESTADÍSTICO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ITEM 1	0,182	0,131	0,118	0,237	0,189	0,132	0,121	0,229	0,17	0,129	0,248	0,116
ITEM 2	0,019	0,037	0,254	-0,553	-0,002	0,036	0,25	-0,555	0,048	0,038	-0,548	0,261
ITEM 3	0,948	0,013	-0,096	-0,059	0,946	0,008	-0,09	-0,092	0,949	0,018	-0,014	-0,102
ITEM 4	0,027	0,039	0,544	-0,243	0,014	0,042	0,542	-0,248	0,042	0,037	-0,235	0,547
ITEM 5	0,051	0,948	0,008	0,065	0,057	0,948	0,003	0,06	0,044	0,947	0,074	0,015
ITEM 6	0,078	0,954	-0,025	0,093	0,085	0,954	-0,031	0,087	0,069	0,954	0,103	-0,019
ITEM 7	0,939	0,041	-0,068	-0,055	0,937	0,037	-0,062	-0,088	0,94	0,046	-0,01	-0,073
ITEM 8	-0,005	0,816	0,028	-0,36	-0,015	0,815	0,02	-0,363	0,01	0,818	-0,354	0,039
ITEM 9	0,008	0,069	0,458	-0,272	-0,005	0,071	0,455	-0,276	0,024	0,068	-0,265	0,461
ITEM 10	0,222	0,174	0,016	0,234	0,23	0,174	0,018	0,226	0,209	0,173	0,246	0,013
ITEM 11	0,861	0,049	-0,007	0,272	0,87	0,046	0,002	0,241	0,846	0,05	0,314	-0,015
ITEM 12	0,103	0,106	0,01	0,443	0,119	0,108	0,014	0,439	0,08	0,104	0,448	0,005
ITEM 13	0,864	0,064	-0,073	0,355	0,877	0,061	-0,065	0,324	0,845	0,065	0,396	-0,082
ITEM 14	0,933	0,044	0,095	-0,071	0,93	0,041	0,101	-0,105	0,936	0,048	-0,024	0,09
ITEM 15	-0,081	0,031	0,99	-0,105	-0,092	0,038	0,988	-0,11	-0,07	0,023	-0,098	0,992
ITEM 16	0,928	0,037	0,065	-0,018	0,926	0,033	0,071	-0,052	0,928	0,04	0,028	0,059
ITEM 17	-0,023	0,063	0,609	-0,092	-0,03	0,066	0,607	-0,096	-0,015	0,058	-0,085	0,61
ITEM 18	0,862	0,065	-0,118	-0,047	0,861	0,06	-0,113	-0,077	0,862	0,069	-0,006	-0,123
ITEM 19	0,806	0,089	-0,164	0,389	0,821	0,086	-0,156	0,361	0,785	0,09	0,427	-0,173
ITEM 20	0,227	0,056	-0,086	0,086	0,231	0,055	-0,084	0,078	0,222	0,057	0,096	-0,088
ITEM 21	0,851	0,02	0,138	-0,03	0,848	0,017	0,144	-0,061	0,852	0,022	0,014	0,133
ITEM 22	0,146	0,072	-0,164	0,668	0,171	0,072	-0,157	0,663	0,112	0,069	0,672	-0,171
ITEM 23	0,059	0,942	-0,017	0,096	0,066	0,942	-0,022	0,091	0,05	0,942	0,105	-0,011
ITEM 24	-0,064	0,006	0,145	-0,589	-0,086	0,005	0,14	-0,587	-0,035	0,009	-0,589	0,152
ITEM 25	0,042	0,926	0,084	-0,031	0,044	0,926	0,077	-0,037	0,041	0,925	-0,022	0,091
ITEM 26	0,038	0,921	0,024	0,013	0,042	0,921	0,019	0,008	0,034	0,921	0,022	0,031
ITEM 27	0,037	0,906	0,04	0,033	0,042	0,906	0,035	0,028	0,032	0,905	0,041	0,047

Fuente: Leidy Yazmín Díaz Moreno. 2017.

Las cargas factoriales derivadas del método de Mínimos cuadrados generalizados con las rotaciones utilizadas se presentan en la tabla 21; donde se observa que las tres rotaciones proponen el mismo esquema.

Los cuatro factores estadísticos están asociados con los ítems de la siguiente manera:

El factor uno está asociado con los ítem del instrumento 3,7,11,13,14,16,18,19, 20 y 21; los cuales pertenecen a la dimensión denominada por Mishel “Ambigüedad” a excepción del ítem 20 que según la clasificación dada por Merle Mishel pertenece a la dimensión “Imprevisibilidad” ; el factor dos se encuentra relacionado con los ítems 5, 6, 8,23,25, 26 y 27 los cuales, de igual manera, se encuentran en su totalidad en la dimensión “Complejidad” coincidiendo con los métodos anteriores; los ítem 4,9,15 y 17 por su parte todos están asociados con el factor estadístico tres, los cuales se incluye dentro de la dimensión inconsistencia y los ítem 1, 2,10, 12, 22 y 24 están relacionados con el factor cuatro los cuales pertenecen a la dimensión “imprevisibilidad” a excepción de los ítems 1 , 2, 12 y 24; el ítem 1,2 y 24 Mishel lo relaciona en la dimensión “inconsistencia”; mientras el ítem 12 no se encuentra vinculado a ninguna de las dimensiones; pero de acuerdo con todos los escenarios del análisis el procedimiento estadístico lo vincula con el factor 4 que asocia ítems de la dimensión “imprevisibilidad”.

El ítem 1: “Conoce porqué le hacen el examen”, en todos los escenarios propuestos está asociado a un factor estadístico que incluye en su esencia los ítem de la dimensión “Imprevisibilidad”; por su parte Merle Mishel lo incluye dentro de la dimensión “Inconsistencia”.

INTERPRETACIÓN

La escala de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel para procedimientos diagnósticos presenta en su estructura un total de 27 ítems, subdividida en cuatro factores; se puede obtener una puntuación del nivel de incertidumbre para cada factor o para la escala en total.

Los ítems de la escala tienen opción de respuesta tipo Likert, que va del 1 al 5, siendo: 5: seguro, 4: Casi seguro, 3: Medianamente seguro (indica una opinión neutral), 2: Poco seguro, 1: Inseguro. El valor mínimo para cada ítem es 1 y el máximo es 5; salvo para los ítems 4, 9, 11, 12, 13, 15,17 y 19 donde el puntaje es

invertido. Se obtiene el resultado total de la escala sumando la puntuación de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor nivel de incertidumbre.

El puntaje máximo de la escala es de 135 y mínimo de 27 puntos; con los siguientes puntos de corte:

Puntaje de 54 o menos = Bajo nivel de incertidumbre

Puntaje de 55 – 81 = Moderado nivel de incertidumbre

Puntaje de 82 – 135 = Alto nivel de incertidumbre

6. DISCUSIÓN

La escala de incertidumbre en la enfermedad de Mishel adaptada para procedimientos diagnósticos, es una escala que se soporta en la teoría de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel y de acuerdo con las indicaciones de las propiedades métricas que presentan los resultados de esta investigación tiene los cuatro factores que indica Merle Mishel en la escala de valoración de incertidumbre MUIS-A. (106). La escala debe ser considerada como una modificación de la MUIS-A para ser aplicada en pacientes a la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico; ya que mide incertidumbre en estos pacientes en el contexto colombiano.

La escala fue validada en una población heterogénea de pacientes que incluyó diferentes procedimientos diagnósticos, cómo se hizo en la validación de la versión original, en esta validación se evidenció que cuando se aplicaba a poblaciones específicas, se observaban problemas debido a que los pacientes no se encontraban identificados en algunos ítems de la escala; por tal razón Merle Mishel recomendó la adaptación de la escala a las diferentes poblaciones de pacientes que se estudiaban. (69).

Merle Mishel advirtió que la adaptación de sus escalas a poblaciones específicas, podía representar una reducción de ítems, para lo cual se debe realizar de forma justificada, para evitar una pérdida de información.

La modificación y validación de la escala para pacientes a la espera de un procedimiento diagnóstico nos llevó a realizar una reducción de 6 ítems de la escala original, la cual fue desarrollada de acuerdo con las recomendaciones dadas por Lawshe modificado por Tristan y un análisis cualitativo teniendo en cuenta las sugerencias dadas por las expertas, la revisión de la literatura y la teoría de la incertidumbre en la enfermedad.

Al igual que la escala original los ítems se distribuyeron en cuatro factores: ambigüedad, complejidad, inconsistencia e imprevisibilidad; la cual fue dada según el análisis factorial de acuerdo con la distribución de la escala original dada por Mishel a excepción de los ítems 1 y 12; el ítem 1 que en esta investigación se encuentra en el factor imprevisibilidad y el ítem 12, el cual Merle Mishel no agrupa en ninguno de sus factores, el análisis factorial lo agrupo en todos los escenarios con ítems pertenecientes al factor imprevisibilidad.

La escala MUIS-A no había sido aplicada en Colombia a pacientes en la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico; con este trabajo se valida con éxito la escala, por lo tanto, proporciona a los investigadores un instrumento válido para investigar aspectos emocionales de los pacientes en la fase pre diagnóstica de una enfermedad; dicho instrumento es fácil de aplicar y bien aceptado por los pacientes.

7. CONCLUSIONES

La versión de la escala incertidumbre en la enfermedad de Mishel modificada para procedimientos diagnósticos es una escala útil para medir la incertidumbre en los pacientes colombianos pre procedimientos diagnósticos; ya que es comprensible para esta población, posee un alto nivel de validez de contenido, según criterio de expertas y reconoce en su constructo los cuatro factores dados por Merle Mishel: ambigüedad, complejidad, inconsistencia e imprevisibilidad.

Para la validez facial la escala fue aplicada a una muestra heterogénea de personas, con nivel académico predominante bajo, quienes evaluaron la comprensibilidad de cada uno de los ítems, logrando una comprensibilidad bruta de cada ítem superior a 84 %.

La validez de contenido de la escala de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel para procedimientos diagnósticos, fue valorada por un panel nutrido de expertos, quienes dieron su concepto sobre la importancia de cada uno de los ítems, logrando un índice de validez de contenido global de 0,861.

La validez de constructo de la escala se valoró mediante diferentes métodos de estimación de factores y métodos de rotación, obteniendo cuatro factores de acuerdo con la estructura dada por la escala original, con una acumulación de varianza de 71,97 % y un valor p menor a 0,001.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda la utilización de la escala en los diferentes campos del actuar de enfermería; en etapas de formación académica o en futuras investigaciones donde se desee tener un conocimiento cuantitativo de la incertidumbre de los pacientes frente a procedimiento diagnósticos.

En el desempeño diario, la escala puede ser utilizada como herramienta en la evaluación de la incertidumbre de los pacientes a la espera de la realización de un procedimiento diagnóstico; sin embargo se sugiere para este uso, realizar una versión de la escala que sea más viable en la práctica, debido a que en la actualidad, existe congestión en los diferentes servicios de salud y enfermería requiere de muy poco tiempo para valorar y actuar frente a estos fenómenos emocionales de los pacientes.

La necesidad de dar información al paciente sobre su salud y el procedimiento a realizar es un tema de vital importancia; se ha demostrado que dar información a los pacientes y sus familiares o cuidadores conlleva a mejores resultados, reducción de costos y una mejor experiencia de la atención en salud. (4) (17).

Sin embargo, el dar información aún no está contemplada como parte fundamental de un servicio de salud; además, existe una relación significativa entre la autoridad con credibilidad y la incertidumbre, a mayor relación con el personal de salud o proveedor de atención médica menor incertidumbre (145) (146); por lo cual, se recomienda el diseño de diferentes intervenciones para el manejo de la incertidumbre de los pacientes frente a los diferentes procedimientos diagnósticos, donde se dé información sobre el procedimiento a realizar; en estos casos la escala de valoración de incertidumbre en la enfermedad frente a procedimientos diagnósticos puede ser utilizada para la evaluación de la incertidumbre pre y post intervención.

Existen otras versiones de la escala de valoración de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel, las cuales están dirigidas a familiares y sus cuidadores; para llevar un mejor análisis de la incertidumbre en la enfermedad se puede realizar la adaptación transcultural y validación de estas escalas, así lograr medir el impacto de la enfermedad en familiares o cuidadores de los pacientes.

9. LIMITACIONES

Este trabajo de investigación tiene como limitación el número de procedimientos en el cual fue observada la validez de constructo; debido al sin número de procedimientos diagnósticos existentes en la actualidad, se tomaron cuatro procedimientos que en opinión de la autora y a la revisión de la literatura, son procedimientos que comúnmente causan emociones negativas e incertidumbre en los pacientes.

10. BIBLIOGRAFÍA

- (1)** Sun J, Hsia P, Sheu S. Women of advanced maternal age undergoing amniocentesis: a period of uncertainty. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17: 2829-2837.
- (2)** Chair SY, Thompson DR. Patient teaching prior to coronary angiography on Hong Kong: a pilot study. *Journal of clinical nursing*. 2003; 14 (1):114-115.
- (3)** Rojas C, Eslava D. El cateterismo cardiaco: repensando el cuidado de enfermería. *Actualizaciones en enfermería*; 2002; 5 (4):7-11.
- (4)** Chappy S, Women's Experience with Breast Biopsy. *AORN Journal*. 2004; 80(5): 885-901.
- (5)** Caldwell P, Heather A, Natarajan M, Anand S fears and beliefs of patients regarding cardiac social; *science & Medicine* ; 2007;65(5); 1038-1048.
- (6)** Nan M, Fu M, Cheh S, Ling P. Uncertainty and Anxiety During the Diagnostic Period for Women with Suspected Breast Cancer. *Cancer Nursing*. 2008; 31(4): 274-283.
- (7)** Rubin M, Tripsas C. Perceived Uncertainty, Coping Strategies, and Adaptation in Women with Human Papillomavirus on Pap smear. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2010; 14 (2): 81-89.
- (8)** Mishel M. Incertidumbre en la Enfermedad. Documento escrito Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Material traducido por María Elisa Moreno, Profesor Asociado Universidad de la Sabana. 2010.
- (9)** Mishel, M. Uncertainty in illness. *Image J Nurs Sch*. 1988; 20(4): 225-232.
- (10)** Mishel M. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image* 1990; 22(4): 256-262.
- (11)** Chair S, Chau M, Sit J, Wong E; Chan A, the psychological effects of a videotape educational intervention on cardiac catheterization patients. *Contemporary nurse: a journal for the Australian Nursing Profession*. 2012; 40(2), 225-233.

- (12)** Freitas MC, Oliveira MF. Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 2006; 59(5):642-646.
- (13)** Trotter R, Gallagher R, Donoghue J, Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*.40 (3): 185-192.2011.
- (14)** Damen N, Pelle A, Jan R, et al, Intra-individual changes in anxiety and depression during 12-month follow-up in percutaneous coronary intervention patients, *Journal of Affective Disorders*, 2011; 134, 464-467.
- (15)** Helen P, Arthur H, Natarajan M, Anand S. Fears and beliefs of patients regarding cardiac catheterization. *Social Science & Medicine*; 2007; 65:1038-1048.
- (16)** Bomyea J, Ramsawh T, Taylor M, Paulus A, Lang A, Stein M, Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*; 2015; 33:90-94.
- (17)** Giammanco M, Gitto L, Barberis N, Santoro D. Adaptation of the Mishel Uncertainty of Illness Scale (MUIS) for chronic patients in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2015; 21(4): 649-55.
- (18)** Durán M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? .*Aquichan*.2007; 7(2):161-173.
- (19)** Torres C. Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M.Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. (Tesis Doctoral). España: Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
- (20)** Achury SDM, Achury BLF, Estrada CPA, Gutiérrez SAS. Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco. *Rev Mex Enf Cardiol*. 2012; 20 (3) :112-116).

- (21)** Lima LR, Pereira SVM, Chianca TCM. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pos-cateterismo cardíaco -Contribuição de Orem. Rev Bras Enferm 2006 mayo-jun; 59(3):285-90.
- (22)** Gómez M; Grado de satisfacción del cuidado de enfermería en pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) con Stent; Avances en enfermería; 2006; 24 (1)17-25.
- (23)** Mikocka A, Moulds L, Rollbusch N, Andrews J. "It "is a Tube Up Your Bottom; It Makes people Nervous" The Experience of Anxiety in Initial Colonoscopy Patients. Gastroenterology Nursing.2012; 35(6):392-401.
- (24)** Rivera L, El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte, av.enferm, 2008; XXVI (1): 124-133.
- (25)** Ismail Z, So W, Li W. Preoperative Uncertainty and Anxiety Among Chinese Patients with Gynecologic Cancer. Oncology Nursing Forum. 2010; 37(1): 67-74.
- (26)** Valera R. Apoyo educativo para el autocuidado de personas operadas de bypass aorto coronario. [Http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/112](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/112). 2012. Peru.
- (27)** Astin F, Jones K, Thompson D, Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty.Heart and lung.2005,34(6);393-401.
- (28)** Asilioglu K, Celik S The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient Education and Counseling.2004; 53: 65-70.
- (29)** Taylor-Piliae, Ruth E., Molassiotis, Alexander, An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization. Journal of Advanced Nursing.2001; 33(1):79-88
- (30)** Montgomery M. Uncertainty during breast diagnostic evaluation: state of the science. Oncology Nursing Society. 2010; 37(1): 77-83.

- (31)** Laranjeira C. De la incertidumbre a la aceptación de quien espera un veredicto médico.2011; 27(1): 66-78.
- (32)** Rochelle S, Jenenne N. The Effect of Preprocedure Teaching, Relaxation Instruction, and Music on Anxiety as Measured by Blood Pressure in an Outpatient Gastrointestinal Endoscopy Laboratory.2000; 23(3): 102-110.
- (33)** Hayes A, Buffum M, Lanier E, Roodahl E, Sasso C. A Music Intervention to Reduce Anxiety Prior to Gastrointestinal Procedures.Gastroenterology Nursing.2003; 26(4):145-149.
- (34)** Hoya Y, Matsumura I, Fujita T, Yanaga K. The Use of Nonpharmacological Interventions to Reduce Anxiety in Patients Undergoing Gastroscopy in a Setting with an Optimal Soothing Environment.2008; 31(6):395-399.
- (35)** Mc Cance K, Huether S. Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease in Adults and Children. 2014. 7th Edition.
- (36)** Greco V, Roger D.Uncertainty, stress, and health.2003; 34(6): 1057- 1068.
- (37)** Wang M, Zhang L, Zhang Y, Zhang Y, Xu X, Zhang C.Effect of Music in Endoscopy Procedures:Systematic Review and Meta – Analysis of Randomized Controlled Trials.Pain Medicine; 2014;15: 1786-1794.
- (38)** Rollbusch N, Mikacka A, Andrews J. The Experience of Anxiety in colonoscopy Outpatients.Gastroenterology Nursing.2014; 37(2):166-175.
- (39)** YeoK, Cho D, Oh M, Park S, Park M. Listening to music during cystoscopy decreases anxiety, pain, and dissatisfaction in patients: A Pilot randomized controlled trial. J Endourol; 2013; 27: 459-462.
- (40)** Bjorkman I, Karlsson F, Lundberg A, Frisman G; Gender differences when using sedative music during colonoscopy.Gastroenterology Nursing; 2013; 36: 14-20.
- (41)** Silva L.Humor and music to reduce the stress and pain related to invasive diagnostic and therapeutical procedures in patients with hematological malignancies. Annals of Hematology. 2012; 91: 133-134.

- (42)** Xiaolian J, Xiaolin L, Hui Lan Z. Effects of Visual and Audiovisual Distraction on Pain and Anxiety Among Patients Undergoing Colonoscopy. *Gastroenterology Nursing*.2015; 38(1):55-61.
- (43)** Chan Y, Lee P, Ng T, Ngan H, Wong L. The use of music to reduce anxiety for patients undergoing colposcopy: A randomized trial. *Gynecologic Oncology*.2003; 91: 213-217.
- (44)** Martindale F, Mikocka A, Walus B, Keage H, Andrews J.The Effects of a Desinger Music Intervention on Patients” Anxiety, Pain, and Experience of colonoscopy.*Gastroenterology Nursing*.2014;37(5):338-342.
- (45)** Sukegawa A, Miyagi E, Asai M, Saji H, Sugiura K, Matsumura T, et al. Anxiety and prevalence of psychiatric disorders among patients awaiting surgery for suspected ovarian cancer. *J. Obstet. Gynaecol.* 2008; 34(4): 543-551.
- (46)** Deane K, Degner L. Information needs uncertainty and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. *Cancer Nurs*.1998; 21(2): 117-126.
- (47)** Mueller P, Biswal S, Halpern E, Kaufman J, Lee M. Interventional Radiologic Procedures: Patient Anxiety, Parception of Pain, Understanting of Procedure, and Satisfaction with Medication. *Vascular and Interventional Radiology*.2000; 215(3).
- (48)** Kang Y. Uncertainty in Patients Newly Diagnosed with Atrial Fibrillation. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 2002; 32(7):960-966.
- (49)** Lin L, Acquaye A, Bolanos E, Cahill J, Gilbert M, Armstrong T. Validation of the Michel’s uncertainty in illness scale- brain tumor form (MUIS_BT). *J Neurooncol*.2012; 110: 293-300.
- (50)** Wonghonnngkul T, Moore S, Musil C, Schneider S, Deimling G. The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing.* 2000; 23(6): 422-429.
- (51)** Mishel M, Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research.* 1997;15: 57-80.
- (52)** McCormick K, Naimark B, Tate R. Uncertainty, symptom distress, anxiety, and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery.*Heart&Lung*.2006;35(1):34-45.

- (53)** Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Capitulo 28: Merle H. Mishel: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad, modelos y teorías en enfermería, 6ª ed. Madrid: Elsevier España; p. 627-644
- (54)** Chaudhury S, Srivastava K. Relation of Depression, Anxiety, and Quality of Life with Outcome after Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. *The Scientific World Journal*. 2013; 1-5.
- (55)** Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. 1984. En: Rollbusch N, Mikacka A, Andrews J. The Experience of Anxiety in colonoscopy Outpatients. *Gastroenterology Nursing*. 2014; 37(2):166-175.
- (56)** Taylor S. Health Psychology. Mc Graw-Hill Education. 2014.
- (57)** Gómez I, Castillo I, Alvis L. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. *Aquichan*; 2015(2): 210-218.
- (58)** Liao M, Chen M, Chen S, Chen P. Healthcare and support needs of women with suspected breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60(3):289-298.
- (59)** Muzzarelli L, Force M, Sebold M. Aromatherapy and Reducing Preprocedural Anxiety; *Gastroenterology Nursing*; 2006; 29(6):476-471.
- (60)** Mishel, Merle H; Clayton, Margaret F. Middle Range Theory for Nursing, 2nd. Ed. United States, New York: Springer Publishing Company; 2008.p.55-84.
- (61)** Maslekar S, Hughes M, Gardiner A, Monson J, Duthie G. Patient satisfaction with lower gastrointestinal endoscopy: Doctors, nurse and nonmedical endoscopists. *Colorectal Disease*. 2010; 12: 1033-1038.
- (62)** Freeston M, Rheaume J, Letarte H, Ladouceur R. Why do people worry?. *Personality and individual Differences*. 1994; 17(6): 791-802.
- (63)** Carleton N, Norton P, Asmundson G. Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007; 21(1): 105-17.
- (64)** Bonyea J, Ramsawh H, Ball T, Taylor C, Paulus M, Lang A, Stein M. Intolerance of uncertainty of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015; 33: 90-94.

- (65)** Greco V, Roger D. Coping with uncertainty: The construction and validation of a new measure. *Personality and Individual Differences*. 2001; 31(4): 519-534.
- (66)** Hilton B. The uncertainty stress scale: Its development and psychometric properties. *Canadian Journal of Nursing Research*. 1994; 26(3): 15-30.
- (67)** Rodriguez M, Brenlla M. Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. *Interdisciplinaria*.2015; 32(2).
- (68)** Gomez I, Duran M. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con Diabetes Mellitus tipo II. Tesis. Universidad Nacional.2010.
- (69)** Mishel M. Adjusting the fit: Development of Uncertainty Scales for specific clinical populations. *Western Journal of nursing research*. 1983; 5(4): 355- 370.
- (70)** Torres C, Peña P. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis. *Enfermería clínica*; 2015; 25(1):9-18.
- (71)** Trotter R, Gallagher R, Donoghue J, Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*.40 (3): 185-192.2011.
- (72)** Mishel M, Theories of Uncertainty in Illness. 2014:53-86. En: Smith M, Liehr P. Middle range theory for nursing 3era edición. Springer Publishing. New York.
- (73)** Sanchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*. 2004; 6(3): 302-318.
- (74)** Achury D, Achury L. Aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con cardiodesfibrilador implantable. *Enfermería Cardiológica*.2011; 19(2):62-66.
- (75)** Costa A, Montalbano L, Orlando A, Et al. Music for colonoscopy: A single – blind randomized controlled trial. *Digestive and Liver Disease*. 2010; 42(12): 871-876.
- (76)** Ersoz F, Toros A, Aydogan G, Bektas H, Ozcan O, Arikan S. Assessment of anxiety levels in patients during elective upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy. *Turkish Journal of Gastroenterology*.2010; 21(1): 29-33.

- (77)** Murphy S. human responses to transitions: a holistic nursing perspective. Holistic Nursing Practice. 1990; 4(3): 1-7.
- (78)** Meleis A, Sawyer L, Im E, Messias D, DeAnne K, Schumacher K. Experiencing Transitions : An Emerging Middle – Range Theory. Advanced Nursing Science. 2000; 23(1): 12-28.
- (79)** Trejo F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. enf Neurol (Mex). 2012; 11(1): 34-38.
- (80)** Mast M. Adult Uncertainty in Illness: A Critical Review of Research. 1995; 9(1): 3-24.
- (81)** Diccionario Real Academia Española. Disponible en: <http://www.rae.es/>; Visitado el día 23- 07/2016.
- (82)** Lamprea J, Restrepo C. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios: Validez en la evaluación de escalas. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2007; 36(2); 340-348.
- (83)** Hernandez R, Fernández C, Bautista P, Metodología de la investigación. Quinta edición. Mc Graw Hill. 2010.
- (84)** Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión; 2004; 5(17) ,23-29.
- (85)** Porras C, Molina L. Validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto". Av.enferm; 2010; XXVIII (1):96-106.
- (86)** Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martinez M, Sanz Á; How is an instrument for measuring health to be validated?. An. Sist. Sanit. Navar; 2011; 34 (1); 63-72.
- (87)** Polit D, Hungler B. Nursing research: principles and methods. Philadelphia. JB Lippincott & Co 1999.
- (88)** Fortin M, Nadeau M. La medida de investigación. Fortin MF (Ed). El proceso de investigación de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill Interamericana 1999.

- (89)** Argimon JM, Jiménez J. Validación de cuestionarios. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier 2004.
- (90)** Escobar J, Cuervo A; Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización; Avances en Medición; 2008; 6; 27-36.
- (91)** Herrans LL. Psicología y medición: el desarrollo de las pruebas psicológicas en Puerto Rico. 2 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- (92)** Moscoso L, Díaz L; Diseño, validez aparente y de contenido de un instrumento para la identificación de mujeres con síntomas característicos de enfermedad coronaria.Tesis.2012.
- (93)** Arteaga C, González M. Diagnóstico. En Desarrollo comunitario. México. 2001: 82-106.
- (94)** Capurro D, RadaG. El proceso diagnóstico. Rev Méd Chile. 20017; 135: 534-538.
- (95)** Latín P. Los orígenes del diagnóstico médico.Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarunque Historiam Illustrandam. 1981. 1: 3-15.
- (96)** Cruz J, Hernandez P, Dueñas N, Salvato A. Importancia del Método Clínico. Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 38(3): 422-437.
- (97)** Outomuro D. Impacto de la tecnología en la práctica de medicina. Buenos Aires. 2012.
- (98)** Cáceres M, Ruiz F, Ramón J, Carlota C. Manual para el paciente oncológico y su familia. España: Egraf, S.A.; 2007.
- (99)** Fawcett J, Garity J. Evaluating research for evidence – based Nursing Practice. Ed. Philadelphia, FA Davis Company. Philadelphia 2009.
- (100)** Mejía M. Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. Tesis.Universidad Nacional.2012.
- (101)** Bailey D, StewartJ. Uncertainty in illness. En: Tomey A, Alligood M.Nursing Theorist and their Work.2011:599-617.
- (102)** Mishel M. The measurement of uncertainty in illness.Nursing Research. 1981; 30(5): 258-263.

- (103)** Lazarus R. Psychological stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1974; 5:321-333.
- (104)** Mishel M. Uncertainty in chronic illness. *Annu Rev Nurs Res.* 1999; 17:269-294.
- (105)** Torres C. Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. Tesis, Universidad de Jaén. 2013.
- (106)** Mishel MH. *Uncertainty in illness scales manual.* University of North Carolina 1997.
- (107)** Mishel MH. Adjusting the fit: Development of Uncertainty Scales for specific clinical populations. *Western Journal of nursing research* 1983; 5 (4): 355-370. En: Peña P, Torres. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis. *Enfermería Clínica.* 2015; 25(1):9-18.
- (108)** Giammanco M, Polimeni G, Spadaro L, et al. An initial validation of the Italian Mishel Uncertainty Illness Scale (MUIS) for relapsing remitting multiple sclerosis patients. *Neurol Sci.* 2014; 35: 1447-1452.
- (109)** McCormick K. A Concept Analysis of Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship.* 2002; 34(2): 127-131.
- (110)** Peña P, Torres C. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis. *Enfermería Clínica.* 2015; 25(1):9-18.
- (111)** Farren A. Power, Uncertainty, Self- Transcendence, and quality of life in breast cancer survivors. *Rev. Nursing Science Quarterly.* Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/23/1/63>
- (112)** Torres A. Calidad de vida y nivel de incertidumbre en mujeres con cánceres prevalentes. Tesis. Chile 2005-2006.
- (113)** Mast M. Adult Uncertainty in Illness: A Critical Review of Research. 1995; 9(1): 3-24.
- (114)** Santacrose SH. Measuring Parental Uncertainty During the Diagnosis Phase of Serious Illness in a Child. *Journal of Pediatric Nursing.* 2001; 16(1): 3-12.

- (115) Neville K. Uncertainty in Illness: An Integrative Review. Orthopaedic Nursing. 2003; 22(3): 206-214.
- (116) Garcia E. Introducción a la psicometría. México: Editorial Siglo XXI, 1993. p. 53.
- (117) Nunnally J. Introducción a la medición psicológica. Biblioteca de Psicometría y Psicodiagnóstico. México: Editorial Mc-Graw Hill. 1973, 620 p.
- (118) Ortiz M, Introducción a la historia y conceptos básicos de la psicometría. Disponible en: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401517/TEXTO_UNIDAD_1.pdf. Revisado el: 18-12/2015.
- (119) Martinez M; Hernande zM; Hernandez M. Psicometría. Madrid: Alianza Editorial. 2006. 489 p.
- (120) Diccionario Real Academia Española. Disponible en: <http://www.rae.es/>; Visitado el día 22-12/2015.
- (121) Mcdowel L; Newell C. The theoretical and technical foundations of health measurement. From measuring health, Oxford University Press, 1987.
- (122) Delgado M. Conceptos de medición en investigación clínica. Unidad de epidemiología clínica. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca. 2000, p. 1-12.
- (123) Sánchez R, Gómez C. Conceptos básicos sobre validación de escalas. Rev.Col.Psiquiatría; 1998; 27(2); 121-130.
- (124) Alarcon M, Muñoz N. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Revista médica de Chile. 2008; 136(1): 125-130.
- (125) Sanchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. Revista de Salud Pública. 2004; 6(3): 302-318.
- (126) MokkinkL, Terwee C, Patrick D, AlonsoJ, Stratford P, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. Qual Life Res. 2010; 19(4): 539-49.

- (127) González F. Instrumentos de evaluación psicológica. Ciencias Médicas. La Habana. 2007.
- (128) Soeken K. Validity of Measures. In: Feher C, Strickland O, Lenz E; Measurement in Nursing and Health Research. Chap. 6. Fourth Edition. Springer Publishing Company. New York USA, 2010, p. 163-197.
- (129) Thambirajah M. Psychological Basis of Psychiatry. BMA Awards. 2005.
- (130) Luján J, Cardona J. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Archivos de Medicina. 2015; 11(3).
- (131) Tristan A. MODIFICACIÓN AL MODELO DE LAWSHE PARA EL DICTAMEN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DE UN INSTRUMENTO OBJETIVO. Avances en Medición. 2008; 6: 37-48.
- (132) Drost E. Validity and Reliability in Social Science Research. Education Research and Perspectives. 2011; 38(1): 105-123.
- (133) Vesga L. Validez y Confiabilidad de la Escala de Cuidado Profesional (CPS) de la Doctora Kristen Swanson versión en español. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional. Facultad de Enfermería; 2013.
- (134) Abad F. Garrido J, Olea J. Posonda V. *Introducción a La Psicometría. Teoría Clásica De Los Test Y Teoría De La Respuesta Al Ítem.*, Editado por: Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 2006.
- (135) Mikulic I. Construcción y adaptación de pruebas psicológicas. Universidad de Buenos Aires. Consultado: Enero/2016. Disponible en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f2.pdf
- (136) Montero E. Referentes conceptuales y metodológicos sobre la noción moderna de validez de instrumentos de medición: implicaciones para el caso de personas con necesidades educativas especiales. Actualidades en psicología. 2013; 27: 113-128.
- (137) Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology. 1975; 28: 573-575.

- (138)** Skjong R, Wentworth B. Expert Judgment and Risk Perception. Proceedings of the Eleventh. 2001; 4: 537-544.
- (139)** Penchaszadeh, V. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. In Revista Cubana de Salud Pública; 2002.
- (140)** Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: MinSalud; 1993.
- (141)** Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Arbor, Ciencia, Pensamiento y Cultura. Marzo – Abril del 2008; 184(730): 349 – 352.
- (142)** Congreso Nacional de la República de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá: Congreso de la República; 2004.
- (143)** Sheu S, Hwang SL. Validation of Chinese's version of Michel's uncertainty in illness scale. En: Liao M, Chen M, ChenS, Chen P. Uncertainty and Anxiety during the Diagnostic Period for Women with Suspected Breast Cancer.2008; 31(4): 274-283.
- (144)** JohnsonR, Wichern D.Applied Multivariate Statistical Analysis. Nueva York: PEARSON; 2008.
- (145)** Wallace M. Finding more meaning: the antecedents of uncertainty revisited. Journal of Clinical Nursing. 2005; 14: 863-868.
- (146)** Fishbain D, Bruns D, Disorbio J, Lewis J, Gao J. Exploration of the Illness Uncertainty Concept in Acute and Chronic Patients vs Community Patients. Pain Medicine. 2010; 11: 658- 669.

11. ANEXOS

ANEXO 1. Escala de incertidumbre frente a la enfermedad (Merle Mishel 1988)

ESCALA MISHEL DE INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD. FORMA PARA EL ADULTO						
INSTRUCCIONES:						
Por favor, lea cada enunciado. Tómese su tiempo y piense lo que dice cada enunciado. Después, coloque una X bajo la columna que mide más exactamente la manera en que se está sintiendo HOY. Si está de acuerdo con el enunciado, entonces marque ya sea bajo "Totalmente de acuerdo" o "De acuerdo". Si está en desacuerdo con el enunciado, marque en "Totalmente en desacuerdo" o "En desacuerdo". Si no está decidido acerca de cómo se siente, marque "Indeciso" en ese enunciado. Por favor conteste cada uno de los enunciados.						
					No. <input type="text"/>	
1.	No sé que está mal conmigo.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
2.	Tengo muchas preguntas sin respuestas	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
3.	No estoy seguro de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
4.	No tengo claro qué tan fuerte será el dolor.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
5.	Las explicaciones que me dan sobre mi condición me parecen confusas.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
6.	Tengo claro el propósito de cada tratamiento.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
7.	Cuando tengo un dolor, sé lo que eso significa con respecto a mi condición	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
8.	No sé cuándo esperar que se me hagan cosas.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
9.	Mis síntomas siguen cambiando de manera impredecible	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
10.	Entiendo todo lo que se me explica.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
11.	Los doctores me dicen cosas que podrían tener varios significados.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
12.	Puedo predecir cuánto durará mi enfermedad.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
13.	Mi tratamiento es demasiado complejo para explicarlo	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
14.	Es difícil saber si los tratamientos o medicamentos que tomo están ayudándome.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
15.	Hay muchos tipos de personal; no está claro quien es responsable de cada cosa.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>
16.	Debido a la impredecibilidad de mi enfermedad, no puedo planear el futuro.	Totalmente de acuerdo <input type="text"/>	De acuerdo <input type="text"/>	Indeciso <input type="text"/>	En Desacuerdo <input type="text"/>	Totalmente en desacuerdo <input type="text"/>

ESCALA MISHEL DE INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD. FORMA PARA EL ADULTO

- 17. El curso de mi enfermedad sigue cambiando. Tengo días buenos y malos.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 18. No tengo claro cómo me haré cargo de mi cuidado después de salir del hospital**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 19. Me han dado muchas opiniones diferentes sobre lo que está mal conmigo**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 20. No está claro lo que me está pasando.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 21. Generalmente sé si voy a tener un buen día o un mal día.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 22. Los resultados de mis tests son inconsistentes**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 23. La efectividad del tratamiento no está determinada**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 24. Es difícil saber cuánto tiempo pasará antes de que pueda cuidarme por mí mismo.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 25. Generalmente puedo predecir el curso de mi enfermedad.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 26. Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo es variable.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 27. Estoy seguro de que no encontrarán nada malo conmigo.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 28. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una probabilidad de éxito reconocida**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 29. No me han dado un diagnóstico específico**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 30. Mis molestias físicas son predecibles; yo sé cuándo van a mejorar o a empeorar**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 31. Puedo confiar en que las enfermeras estarán ahí cuando las necesite.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 32. Se ha determinado la gravedad de mi enfermedad.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
- 33. Los doctores y enfermeras utilizan lenguaje cotidiano, para que pueda entender lo que me están diciendo.**
 Totalmente de acuerdo De acuerdo Indeciso En Desacuerdo Totalmente en desacuerdo

ANEXO2. Permiso de la autora para la utilización del instrumento

Request Form: MUIS-Adult

I request permission to copy the Uncertainty in Fitness Scale-Adult for use in my research entitled:

" **UNCERTAINTY, QUALITY OF LIFE AND BODY IMAGE IN WOMEN WITH BREAST CANCER TREATED WITH MASTECTOMY** "

In exchange for this permission, I agree to submit to Dr. Mishel, upon completion of the study, a printout of the uncertainty data on a 3.5 inch disk or CD containing the data with the data dictionary. The data must contain information on each subject's age, sex, education, and diagnosis, along with data on each subject's response to each item on the scale. This data will be used to establish a normative database for clinical populations. No other use will be made of the data submitted. Credit will be given to me in reports of normative statistics that make use of the data I submitted for pooled analyses. Credit will be given to me in any reports referring to my findings.

(date)

Bogetá, 24 de Marzo de 2010 (signature)

Positions and full address of Investigator

Docente Facultad de Salud Escuela de Enfermería Universidad del Valle
Estudiante de Doctorado Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia
Carrera 118 N° 11 - 123 Condominio Villas de Pance, Ciudad Jardín, Cali - Valle del
Cauca - Colombia
Teléfono: 57 - 2 - 5558351
Celular: 3006116731 - 3174090042

EMAIL: maria_elena77@yahoo.com
msarcic_u@hotmail.com

Permission is hereby granted to copy the MUIS for use in the research described above.

Merle H. Mishel 3-25-10
Date

Please send two signed copies of this form to: Merle H. Mishel, PhD, FAAN, School of Nursing, CB 47460 Covington Hall, University of North Carolina, Chapel Hill, NC 27599-7460



Leidy Diaz <leidia86@gmail.com>

Re: Dr. Mishel's Scale and Manual

Staley, Sandy <sstaley@email.unc.edu>

28 de enero de 2016, 12:29

Para: Maria Mercedes Duran de Villalobos <mmvillalobos@gmail.com>, Leidy Diaz <leidia86@gmail.com>

In the near future, these materials are going to be publically available on the UNC School of Nursing Homepage. However, they are not quite ready. In the meantime, I am attaching a copy of the requested scale and manual. This email acts as your permission to use the materials.

Please let me know if any additional information is needed.

Thank you,

Sandy

From: Maria Mercedes Duran de Villalobos [mailto:mmvillalobos@gmail.com]

Sent: Thursday, January 28, 2016 11:37 AM

To: Staley, Sandy <sstaley@email.unc.edu>; Leidy Diaz <leidia86@gmail.com>

Subject: Re: Dr. Mishel's Scale and Manual

[El texto citado está oculto]

2 archivos adjuntos

 **New PDF made 2-25-2009.pdf**
3889K

 **Mishel Uncertainty in Illness Scale-Adult Form Revised 9-16-2013.docx**
23K

ANEXO 3. Instructivo utilizado para la validez de contenido de la escala

INSTRUCTIVO

OBJETIVO: Determinar la validez de contenido de la adaptación del instrumento de valoración de la incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos enmarcado en la teoría de la incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel.

Para esta fase de validez de contenido se evaluará la relevancia de cada ítem, calificándolo como: “Esencial”, “Útil pero no esencial” y “No necesario”, adicionalmente encontrará un espacio de observaciones para que pueda plantear sus aportes, sugerencias o recomendaciones para cada ítem del instrumento. Para mayor claridad se incluye un pequeño resumen sobre los aspectos fundamentales de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel.

TEORÍA DE LA INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD DE MERLE MISHEL

La teoría de la incertidumbre en la enfermedad fue desarrollada en 1988 para hacer frente a la incertidumbre en el **pre diagnóstico, diagnóstico** y tratamiento de una enfermedad con una trayectoria descendente determinada (Mishel, 2014)¹; en 1990 Merle Mishel realiza una re conceptualización de su teoría la cual fue desarrollada para abordar la experiencia de vivir con incertidumbre en una enfermedad crónica.

La teoría propone que la incertidumbre existe en situaciones de enfermedad que son ambiguas, complejas e impredecibles y cuando la información no se encuentra disponible o es inconsecuente y se define como la incapacidad para determinar el significado de los acontecimientos relacionados con el pre diagnóstico, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad. La teoría se encuentra compuesta por tres elementos centrales:

1. ANTECEDENTES DE LA INCERTIDUMBRE: Explica como los pacientes procesan cognitivamente los estímulos relacionados a la enfermedad y construyen un significado en estos eventos; donde encontramos: el marco de estímulos, capacidades cognitivas y fuentes de estructura.

1.1 Marco de estímulos: Forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona. En el encontramos:

- *Tipología de los síntomas:* El grado en que los síntomas se presentan.
- *Familiaridad de los hechos:* Grado en que la situación se vuelve repetitiva.
- *Coherencia de los hechos:* Coherencia entre lo esperado y lo experimentado.

1.2 Capacidades cognitivas: Interpretación subjetiva con respecto a la enfermedad, tratamiento y hospitalización.

1.3 Fuentes de la estructura: Recursos existentes para atender a la persona en la interpretación de los estímulos. Encontramos:

- *Autoridad con credibilidad:* El grado de confianza en el personal de salud.

¹ Mishel M, Theories of Uncertainty in Illness. 2014:53-86. En: Smith M, Liehr P. Middle range theory for nursing 3era edición. Springer Publishing. New York.

- *Apoyo social*: Que se recibe influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación del significado de los hechos
 - *Educación*: Puede ayudar a suplir la estructura de los eventos en el marco de estímulos, incrementando la base de conocimientos con los cuales se asocian estos eventos, dándoles así significado y contexto.
1. **AUTOVALORACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE**: Se encuentra la inferencia y la ilusión.
 2. **AFRONTAMIENTO**: Tiene como resultado la adaptación y se maneja según la valoración de la incertidumbre “peligro u oportunidad”.

En 1989 Merle Mishel realiza una revisión de la escala original MUIS – A, donde surge una escala de 32 ítems subdivididos en cuatro factores, así:

1. AMBIGÜEDAD

Las señales sobre el estado de la enfermedad son vagas, confusas, tienden a desdibujarse y se superponen.

Los ítems correspondientes a este factor son: 3, 4, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 23, 24 y 26.

2. COMPLEJIDAD

Las indicaciones sobre el tratamiento y el sistema de atención son múltiples y variadas. Los ítems correspondientes a este factor son: 6, 7, 10, 28, 31, 32 Y 33.

3. INCONSISTENCIA

La información cambia con frecuencia o no está de acuerdo con la información recibida previamente.

Los ítems correspondientes a este factor son: 1, 2, 5, 11, 19, 22 Y 29.

4. IMPREVISIBILIDAD

Falta de casualidad entre las señales de enfermedad, tratamiento y pronóstico.

Los ítems correspondientes a este factor son: 12, 21, 25, 27 Y 30.

Recuerde que sus aportes son muy valiosos para nuestra investigación.

AFIRMACIÓN	ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
1. Conoce por qué le hacen este examen.				

2. Sus dudas sobre el examen han sido aclaradas.				
3. Tiene molestias o síntomas que han empeorado.				
4. Tiene claro si el examen es incómodo.				
5. Las explicaciones que le han dado sobre el examen le parecen confusas.				
6. Tiene claro el propósito del examen.				
7. Algunas molestias o dolor le indican que tiene un problema de salud.				
8. Conoce los pasos del examen.				
9. Sus molestias o síntomas cambian de manera impredecible.				
10. Entiende todo lo que le han explicado.				
11. Los médicos han dicho cosas sobre el examen que se prestan para diferentes significados.				
12. Sabe cuánto tiempo durará el examen.				
13. El examen es muy complejo para entender que pasará.				
14. Es difícil pronosticar si el examen será de ayuda.				
15. Hay diferentes personas de salud y no es claro quién es responsable del examen.				

16. Debido a lo imprevisible de los resultados del examen se dificulta planear el futuro.				
17. Últimamente tiene días buenos y malos.				
18. Sabe cómo cuidarse después de salir del examen.				
19. Le han dado opiniones diferentes acerca de lo que le sucede.				
20. Tiene claro lo que le pasará después del examen.				
21. Reconoce si tendrá un día bueno o malo.				
22. Los resultados de otros de sus exámenes son dudosos.				
23. No sabe si el examen le ayudará.				
24. Es difícil determinar si después del examen podrá atenderse por sí mismo.				
25. Puede explicar cómo se desarrollará el examen.				
26. Sabe lo que puede y no puede hacer durante el examen.				
27. Cree que no van a encontrar nada malo con usted en su examen.				
28. El examen que le realizarán será exitoso.				
29. Tiene un diagnóstico específico.				

29. Sabe cuando va a tener malestar físico.				
30. Confía en que el personal de salud estará ahí cuando los necesite.				
31. Sabe si su enfermedad es grave.				
32. Los médicos y enfermeras utilizan un lenguaje común y entiende lo que le están diciendo.				

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO4. Carta de invitación a expertas

Bogotá, xx- xx de xx

Enfermera

XXXXXXXXXX

Estimada Enfermera,

Nos encontramos realizando una investigación titulada “Adaptación y validación del instrumento de valoración de incertidumbre MUIS-A frente a procedimientos diagnósticos”; cuyo objetivo es: Adaptar y validar el instrumento de valoración de la incertidumbre frente a la enfermedad en procedimientos diagnósticos enmarcado en la teoría de la incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel.

Este trabajo de investigación aportará al profesional de enfermería una herramienta para valorar la incertidumbre en pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos. El conocimiento de la incertidumbre durante el periodo diagnóstico de una enfermedad puede servir como referencia para la investigación y la atención clínica en el futuro.

Para lograr la validez de contenido de dicho instrumento su criterio como experta es muy útil, dado su conocimiento y experiencia en el tema; por lo cual le solicito comedidamente su colaboración.

Las respuestas serán anónimas y únicamente serán utilizadas para los fines ya mencionados. Agradecemos de antemano su colaboración.

Cordialmente;

LEIDY YAZMIN DÍAZ MORENO

Estudiante de Maestría en Enfermería

Facultad de Enfermería y Rehabilitación

Universidad de La Sabana

MARÍA MERCEDES DURAN DE VILLALOBOS

Docente de Maestría en Enfermería

Facultad de Enfermería y Rehabilitación

Universidad de La Sabana

ANEXO 5. Instrumento utilizado para la medición de la validez facial de la escala.

**ESCALA DE LA INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD ADAPTADA PARA
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

NOMBRE _____ EDAD _____

ESTUDIOS: Primaria ___ Bachiller ___ Técnico ___ Universitario ___ Posgrado ___

Ciudad de procedencia _____

En la siguiente escala usted puede evaluar la comprensión de cada enunciado. Por favor, tómese su tiempo y lea cada enunciado; califique según su criterio, marcando con una **X** en la opción que crea pertinente:

C = Comprendo el enunciado

CP= Comprendo poco el enunciado

NC= No comprendo el enunciado

ITEMS	COMPRENDO	COMPRENDO POCO	NO COMPRENDO	OBSERVACIONES
1. Conoce porqué le hacen este examen.	C	CP	NC	
2. Sus dudas sobre el examen que le practicarán han sido aclaradas.	C	CP	NC	
3. Conoce qué puede llegar a sentir durante el examen.	C	CP	NC	
4. Las explicaciones que le han dado sobre el examen le parecen confusas.	C	CP	NC	
5. Tiene claro el propósito del examen.	C	CP	NC	
6. Algunas molestias o dolor le indican que tiene un problema de salud que requiere de la realización del examen.	C	CP	NC	
7. Conoce los pasos del examen que le realizarán.	C	CP	NC	
8. Entiende todo lo que le han explicado sobre el examen que le van a realizar	C	CP	NC	
9. La información que le da el personal de salud sobre el examen se presta para que sea entendida de diferentes maneras.	C	CP	NC	
10. Sabe cuánto tiempo durará el examen.	C	CP	NC	
11. El examen es muy complejo para entender que pasará durante su realización.	C	CP	NC	

10. En este lugar hay diferentes personas de salud y no es claro quién le realizará el examen.	C	CP	NC	
13. Debido a que no sabe cuáles serán los resultados del examen, se le dificulta planear su futuro.	C	CP	NC	
14. Sabe cómo cuidarse después de salir del examen.	C	CP	NC	
15. Le han dado opiniones diferentes acerca de la realización del examen.	C	CP	NC	
16. Tiene claro lo que pasará después del examen.	C	CP	NC	
17. Los resultados de sus exámenes previos son confusos.	C	CP	NC	
18. Conoce si existe un tratamiento en caso de tener un diagnóstico negativo.	C	CP	NC	
19. Es difícil determinar si después del examen podrá cuidarse por sí mismo.	C	CP	NC	
20. Puede explicar cómo se desarrollará el examen.	C	CP	NC	
21. Sabe lo que puede y no puede hacer durante el examen.	C	CP	NC	
22. Cree que no van a encontrar nada malo en su examen.	C	CP	NC	
23. Cree que el examen que le realizarán será exitoso.	C	CP	NC	
24. Tiene un diagnóstico específico.	C	CP	NC	
25. Confía en que el personal de salud estará ahí cuando los necesite.	C	CP	NC	
26. Los médicos y enfermeras utilizan un lenguaje común y entiende lo que le están diciendo.	C	CP	NC	
27. Sabe que puede hacer preguntas acerca del examen que le realizarán.	C	CP	NC	

ANEXO 6. Consentimiento informado utilizado para la validez facial

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con C.C N° _____ de _____, de manera libre doy mi consentimiento para participar en el estudio “Adaptación y validación del instrumento de valoración de incertidumbre MUIS-A frente a procedimientos diagnósticos”; desarrollado por Leidy Yazmin Díaz Moreno y María Mercedes Duran de Villalobos; estudiante de maestría en enfermería y docente de la Universidad de La Sabana respectivamente. Mi participación en el estudio consiste en opinar sobre la comprensión de las preguntas de un instrumento o cuestionario; cuyo objetivo es “Determinar la validez facial de la adaptación del instrumento de valoración de la incertidumbre frente a procedimientos diagnósticos”.

He recibido información completa sobre el propósito y la forma de desarrollar el estudio y la he comprendido. Entiendo que esta participación es voluntaria y no causara ningún tipo de daño físico. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y durante la encuesta podrá estar presente un acompañante, si así lo deseo. Se me ha informado que se mantendrá respeto en el manejo de la información y que durante el estudio no tendré ningún riesgo. Tendré derecho a no continuar con el desarrollo del cuestionario en cualquier momento, si así lo decido.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza.

Firma del participante;

Fecha:

C.C N°

Firma del investigador;

ANEXO7. Permiso de las Instituciones de Salud

	FORMATO DE AVAL INSTITUCIONAL PARA LA REALIZACIÓN DE PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN	Código: RE-5.2-62
		Versión: 01
		Página: 1 de 2

DATOS DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN AUTORIZADA					
Título del proyecto:	Adaptación y validación del instrumento de valoración de la incertidumbre MUIS-A frente a procedimientos diagnósticos.				
Código institucional:	DIB-17-04	Tipo de investigación:	Institucional	X	No institucional
Fecha de aprobación definitiva por parte del CEI:			22/03/2017	Acta:	245
Fecha de inicio de la investigación:	19/04/2017	Fecha de fin de la investigación:	19/06/2017		

INFORMACIÓN DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y LOS COINVESTIGADORES AUTORIZADOS				
No.	Nombre y apellidos	Tipo de investigador	Vinculación	Documento de identidad
1	Leidy Yasmin Díaz Moreno	Principal	Universidad de la Sabana	C.C 1.018.406.730
2	Norányela López Silva	Coinvestigadora	Institucional	C.C 1.019.021.313

FUENTES DE INFORMACIÓN AUTORIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN	
Fuente de información	Fechas de acceso
<input type="checkbox"/> Consulta de información de pacientes en historia clínica electrónica	
<input type="checkbox"/> Consulta de información de pacientes en historia clínica física	
<input checked="" type="checkbox"/> Entrevista y/o aplicación de instrumentos a pacientes	19/04/2017 – 19/06/2017
<input type="checkbox"/> Entrevista y/o aplicación de instrumentos a familiares	
<input type="checkbox"/> Consulta de información contenida en encuestas de Almera. Especifique cuáles:	
<input type="checkbox"/> Consulta de información contenida en registros, archivos o bases de datos propias de los servicios. Especificar cuáles:	
<input type="checkbox"/> Otros (especificar cuál):	

COMPROMISOS POR PARTE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y LOS COINVESTIGADORES	
(i)	Con mi firma en el presente documento entiendo que la información a la que se me ha autorizado acceder es propiedad de la Fundación Clínica Shaio (FCS) y garantizo que se manejará bajo las condiciones en que fue solicitada y aprobada.
(ii)	Desarrollar la investigación bajo las condiciones con que fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CEI), evitando incurrir en desvíos del protocolo. En caso de presentarse éstos, informaré oportunamente a dicho comité.
(iii)	Cumplir con los plazos establecidos para acceder a la información. En caso de requerir una prórroga de los mismos, solicitarlo por escrito a la Dirección de Investigaciones y Bioestadística (DIB).
(iv)	Cumplir con los procesos y procedimientos de FCS durante el desarrollo de la investigación, velando por la racionalidad de los recursos, el buen uso de los mismos y la privacidad y tratamiento de datos personales.
(v)	Al finalizar el estudio, entregaré en medio magnético los productos generados del desarrollo de la investigación a la DIB.



**FORMATO DE AVAL INSTITUCIONAL PARA LA
REALIZACIÓN DE PROPUESTAS DE
INVESTIGACIÓN**

Código: RE-5.2-62

Versión: 01

Página: 2 de 2

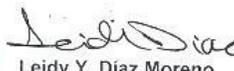
(vi) Acatar las disposiciones de la Dirección de Investigaciones y Bioestadística, Comité de Ética e Investigación o entes superiores sobre los temas de investigación que a mí competen.

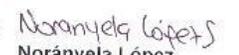
Autorización dada el 12 de abril de 2017.

Espacio de firmas:


Gilberto Mejía Estrada
Director Científico


Fabián Cortés Muñoz
Director de
Investigaciones y
Bioestadística


Leidy Y. Díaz Moreno
C.C. 1.018.406.730
Investigador principal en
representación de los
coinvestigadores


Norányela López
C.C 1.019.021.313
Investigador institucional



Leidy Diaz <leidia86@gmail.com>

PRESENTACION JEFE LEIDY DIAZ APLICACION DE INSTRUMENTO

VIVIANA INES SILVA LOPEZ - GERENTE SEDE <viviana.silva@idime.com.co> 31 de marzo de 2017, 12:20
Para: leidia86@gmail.com, JOHANA ESPINOSA ARTUNDUAGA <johana.espinosa@idime.com.co>, Jhuliet Lopez <jhuliet.lopez@idime.com.co>, NATALIA CRUZ <natalia.cruz@idime.com.co>, WEINZETL YURANI HERRERA PEREZ - ENFERMERA <weinzetl.herrera@idime.com.co>, OSCAR PAVA <oscar.pava@idime.com.co>
Cc: CAROL JOHANA SÁNCHEZ MORALES <carol.sanchez@idime.com.co>, GINA URICOCHEA <gina.uricochea@idime.com.co>

Buen día,

Me permito presentar a la jefe Leidy Diaz quien ya culmino el proceso administrativo ante el comité de ética para la aplicación del instrumento de evaluación " Escala de incertidumbre en la enfermedad adaptada para procedimientos diagnósticos".

La jefe se presentara con cada coordinadora de sede la próxima semana con el fin de ser presentada con los médicos especialistas de biopsias por ecografía y endoscopia digestiva en las correspondientes sedes y conocer el trabajo que ella realizara.

SEDE NORTE: Johanna Espinosa Tel 313 859 0841 Coordinadora sede ; Jhuliet Lopez Tel 321 233 3229 Jefe de enfermería.

SEDE OCCIDENTE: Natalia Cruz Tel 312 588 8034 Coordinadora sede; Weinzetl Herrera Tel 320 498 3082

JEFE LEIDY DIAZ : 301 6457752

Gracias.



Viviana Silva Lopez
Gerente de Sede
Calle 76 No. 13 - 46 Lago (Bogotá)
TEL: 3438770 Ext: 247
Cel: 310 275 51 27
viviana.silva@idime.com.co

ANEXO 8. Consentimiento informado utilizado para la validez de constructo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con C.C N° _____ de _____, de manera libre doy mi consentimiento para participar en el estudio **“Validación de la escala de valoración de incertidumbre en la enfermedad de Merle Mishel MUIS-A frente a procedimientos diagnósticos”**; desarrollado por Leidy Yazmin Díaz Moreno y María Mercedes Duran de Villalobos quienes son enfermeras; estudiante de maestría en enfermería y docente de la Universidad de La Sabana respectivamente.

He recibido información completa sobre el propósito y la forma de desarrollar el estudio y la he comprendido. Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy una persona adulta, tengo voluntad para dar información sobre el cuidado de mi salud y deseo participar. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y durante la encuesta podrá estar presente un acompañante, si así lo deseo. Se me ha informado que se mantendrá respeto en el manejo de la información y que durante el estudio no tendré ningún riesgo. Tendré derecho a no continuar con el desarrollo del cuestionario en cualquier momento, si así lo decido.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, porque reconozco que mis aportes serán de ayuda para mejorar el cuidado de otras personas.

Firma del participante;

Fecha:

C.C N°

Firma del investigador;

C.C N°

ANEXO 9. Instrumento utilizado para la validez de constructo de la escala.



**ESCALA DE INCERTIDUMBRE EN LA ENFERMEDAD DE MERLE MISHEL
PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS**

NÚMERO DE ENCUESTA: _____ EDAD: _____

NIVEL DE EDUCACIÓN: _____ IPS: _____

PROCEDIMIENTO: _____

INSTRUCCIONES:

Por favor, lea cada frase y piense lo que dice cada una; tómese su tiempo para contestar. Después, coloque una X en la columna que mide más exactamente lo que dice la frase de acuerdo con lo que está sintiendo hoy; si está seguro que la frase es adecuada marque en la casilla seguro o casi seguro, si esta inseguro marque en la casilla inseguro o poco seguro y si no está decidido marque medianamente seguro.

Seguro	S = 5
Casi seguro	CS = 4
Medianamente seguro (indica una opinión neutral)	MS= 3
Poco seguro	PS= 2
Inseguro	I = 1

PREGUNTAS	INDICADORES				
	S	CS	MS	PS	I
1. Conoce porqué le hacen este examen.	S	CS	MS	PS	I
2. Sus dudas sobre el examen que le practicarán han sido aclaradas.	S	CS	MS	PS	I
3. Conoce qué puede llegar a sentir durante el examen.	S	CS	MS	PS	I
4. Las explicaciones que le han dado sobre el examen le parecen confusas.	S	CS	MS	PS	I
5. Tiene claro el propósito del examen.	S	CS	MS	PS	I
6. Algunas molestias o dolor le indican que tiene un problema de salud que requiere de la realización del examen.	S	CS	MS	PS	I
7. Conoce los pasos del examen que le realizarán.	S	CS	MS	PS	I
8. Entiende todo lo que le han explicado sobre el examen que le van a realizar	S	CS	MS	PS	I

8. La información que le ha dado el personal de salud sobre el examen, es entendida de diferentes maneras.	S	CS	MS	PS	I
10. Sabe cuánto tiempo durará el examen.	S	CS	MS	PS	I
11. El examen es muy complicado para entender qué pasará durante su realización.	S	CS	MS	PS	I
12. En este lugar hay diferente personal de salud y no es claro quién le realizará el examen.	S	CS	MS	PS	I
13. Debido a que no sabe cuáles serán los resultados del examen, se le dificulta planear su futuro.	S	CS	MS	PS	I
14. Sabe cómo cuidarse después de salir del examen.	S	CS	MS	PS	I
15. Le han dado opiniones diferentes acerca de la realización del examen.	S	CS	MS	PS	I
16. Tiene claro lo que pasará después del examen.	S	CS	MS	PS	I
17. Los resultados de sus exámenes previos son confusos.	S	CS	MS	PS	I
18. Conoce si existe un tratamiento en caso de tener un diagnóstico negativo.	S	CS	MS	PS	I
19. Es difícil determinar si después del examen podrá cuidarse por sí mismo.	S	CS	MS	PS	I
20. Puede explicar cómo se desarrollará el examen.	S	CS	MS	PS	I
21. Sabe lo que puede y no puede hacer durante el examen.	S	CS	MS	PS	I
22. Cree que no van a encontrar nada malo en su examen.	S	CS	MS	PS	I
23. Cree que el examen que le realizarán será exitoso.	S	CS	MS	PS	I
24. Conoce su diagnóstico.	S	CS	MS	PS	I
25. Confía en que el personal de salud estará ahí cuando lo necesite.	S	CS	MS	PS	I
26. Sabe que puede hacer preguntas acerca del examen que le realizarán.	S	CS	MS	PS	I
27. Los médicos y enfermeras utilizan un lenguaje claro y entiende lo que le están diciendo.	S	CS	MS	PS	I