



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
ÉNFASIS EN CUIDADO QUIRÚRGICO

TESINA

**“Cuidado humanizado de enfermería en pacientes con
incertidumbre durante la etapa preoperatoria”**

PRESENTA:

Licenciada en Enfermería

Maria Dolores Alvizo Alvizo

DIRECTORA DE TESINA:

Gregoria Patricia Muñoz Carreón. MCA

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con énfasis en Cuidado Quirúrgico.



[Cuidado humanizado de enfermería en pacientes con incertidumbre durante la etapa preoperatoria](#) © 2026 by [Maria Dolores Alvizo Alvizo](#) is licensed under [Creative Commons AttributionNonCommercialShareAlike 4.0 International](#)

San Luis Potosí, S.L.P; México

Abril, 2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
ÉNFASIS EN CUIDADO QUIRÚRGICO



Título:

**“Cuidado humanizado de enfermería en pacientes con
incertidumbre durante la etapa preoperatoria”**

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Quirúrgico

Presenta:

Lic. Enf. Maria Dolores Alvizo Alvizo

Directora:

Gregoria Patricia Muñiz Carreón. MCA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
ÉNFASIS EN CUIDADO QUIRÚRGICO



Título:

**“Cuidado humanizado de enfermería en pacientes con
incertidumbre durante la etapa preoperatoria”**

Tesina

Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Quirúrgico

Presenta:

Lic. Enf. Maria Dolores Alvizo Alvizo

Sinodales:

Dra. Yolanda Terán Figueroa.
Presidente

Firma

MCE. Luis Antonio Martínez Gurrión.
Secretario

Firma

MCA. Gregoria Patricia Muñiz Carreón.
Vocal

Firma

DEDICATORIA.

A Dios, por haber sido siempre mi guía en el camino de la vida, iluminando mis pasos en los momentos difíciles, brindándome la fortaleza necesaria para superar las pruebas y dificultades que se presentaron en este trayecto. Gracias por enseñarme a enfrentar las adversidades con certeza, sin perder nunca la fe ni la esperanza, y por darme la confianza de que cada esfuerzo tendría su recompensa.

A mi familia, pilar fundamental en mi vida y razón principal de mi superación, porque gracias a ellos soy la persona que hoy me presento ante el mundo.

A mis padres, con profundo amor, respeto y gratitud, dedico el fruto de este esfuerzo, pues en cada palabra de aliento y en cada consejo encontré la motivación para continuar, quienes en todo momento estuvieron presentes en mi desarrollo académico y personal, acompañándome con su cariño y apoyo incondicional durante esta importante etapa de mi formación profesional.

A mis hermanas, quienes con su comprensión, paciencia y respaldo constante me brindaron fuerza y ánimo en los momentos más difíciles, haciéndome sentir que nunca estuve sola en este proceso.

Este logro no es únicamente mío, sino el reflejo del amor, la fe y el apoyo de todos ellos, quienes han sido parte esencial en la culminación de este sueño.

AGRADECIMIENTOS.

Principalmente al Consejo Nacional de Secretaria de Ciencia, Humanidades y Tecnología e Innovación (SECIHTI) por considerarme como una candidata a la beca y así continuar con la preparación académica.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, a la Facultad de Enfermería y a la Coordinación de Posgrado, por permitirme continuar aprendiendo, fortaleciendo el gremio y por ser siempre ser una excelente casa de estudio.

A mi directora de tesina, que fue parte fundamental en este proceso, quien me guio con su conocimiento y estuvo en la mejor disposición para fomentar mi aprendizaje.

Por su tiempo y dedicación, muchas gracias.

A mi familia, que fue parte fundamental y un pilar solido en este proceso.

RESUMEN.

Introducción: El cuidado constituye la esencia de la enfermería; no obstante, en el ámbito quirúrgico, humanizar la atención implica trascender el enfoque técnico para abordar de manera integral la experiencia del paciente. La cirugía, especialmente en el periodo preoperatorio, es un evento estresante que genera ansiedad e incertidumbre debido a la ambigüedad diagnóstica, la complejidad del procedimiento y la imprevisibilidad de los resultados. Según la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad de Merle Mishel, esta surge cuando el paciente no logra otorgar significado claro a los acontecimientos relacionados con su salud, afectando su afrontamiento y evolución clínica. En este contexto, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson proporciona un marco ético y práctico basado en la comunicación terapéutica y el acompañamiento emocional.

Objetivo: Realizar una revisión de literatura sobre la relación entre el cuidado humanizado de enfermería y el manejo de la incertidumbre en pacientes durante la etapa preoperatoria

Metodología: Estudio desarrollado en tres fases: delimitación y aprobación del tema; diseño cuantitativo no experimental y transversal con alcance psicométrico en pacientes preoperatorios; e integración teórica para el análisis. Se realizó búsqueda en PubMed, SciELO, Google Académico y Redalyc (2020–2025), incluyendo artículos en español e inglés con rigor metodológico.

Conclusiones: El cuidado humanizado es fundamental en enfermería, en el periodo preoperatorio, donde la ansiedad y la incertidumbre afectan la recuperación del paciente. Mediante la empatía, la comunicación clara y el acompañamiento emocional, el profesional de enfermería fortalece seguridad y adaptación del paciente al proceso quirúrgico. Asimismo, el trato digno y el respeto a la dignidad humana constituyen bases esenciales de la atención ética y de calidad. El indicador “Trato Digno” permite evaluar cuidados humanizados que favorecen el bienestar y disminuyen incertidumbre.

Palabras clave: Humanización de la atención, incertidumbre, enfermedad y periodo preoperatorio.

ABSTRACT.

Introduction: Care constitutes the essence of nursing; however, in the surgical setting, humanizing care implies going beyond a purely technical approach to comprehensively address the patient's experience. Surgery, particularly during the preoperative period, is a stressful event that generates anxiety and uncertainty due to diagnostic ambiguity, procedural complexity, and unpredictable outcomes. According to Merle Mishel's Theory of Uncertainty in Illness, uncertainty arises when patients are unable to assign clear meaning to events related to their health status, affecting their coping processes and clinical outcomes. In this context, Jean Watson's Theory of Human Caring provides an ethical and practical framework grounded in therapeutic communication and emotional support.

Objective: To conduct a literature review on the relationship between humanized nursing care and the management of uncertainty in patients during the preoperative stage.

Methodology: This study was developed in three phases: delimitation and approval of the topic; a quantitative, non-experimental, cross-sectional design with psychometric scope in preoperative patients; and theoretical integration for analysis. A literature search was conducted in PubMed, SciELO, Google Scholar, and Redalyc (2020–2025), including methodologically rigorous articles published in Spanish and English.

Conclusions: Humanized care is essential in nursing, especially during the preoperative period, where anxiety and uncertainty affect patient recovery. Through empathy, clear communication, and emotional support, nursing professionals strengthen patient safety and adaptation to the surgical process. Likewise, dignified treatment and respect for human dignity constitute essential foundations of ethical and quality care. The "Dignified Treatment" indicator makes it possible to evaluate humanized care practices that promote well-being and reduce uncertainty.

Keywords: Humanization of assistance, uncertainty, illness, preoperative period

ÍNDICE.

I.	GLOSARIO.	1
II.	INTRODUCCIÓN.	2
III.	JUSTIFICACIÓN.	6
IV.	OBJETIVOS.	9
V.	METODOLOGÍA.	10
VI.	MARCO TEÓRICO.	13
	6.1. Cuidado	13
	6.1.1 Cuidado humanizado.	14
	6.1.2 Percepción del cuidado de enfermería.	15
	6.1.3 Dimensiones del cuidado	16
	6.1.4 Comportamientos de cuidado	18
	6.1.5 Percepción de los comportamientos de cuidado	22
	6.1.6 Teorías del cuidado humanizado	23
	6.1.7 Aporte teórico J. Watson: Teoría del cuidado transpersonal	25
	6.1.8 Diez procesos de caridad	27
	6.1.9 Watson y sus investigaciones	29
	6.2 Incertidumbre	31
	6.3 Merle Mishel	34
	6.3.1 Teorías de enfermería	36
	6.3.2 Teoría de rango medio	38
	6.4 Dificultad para afrontar los síntomas	41
	6.4.1 Incertidumbre respecto al diagnóstico	43
	6.4.2 Incertidumbre sobre la complejidad del tratamiento	44

6.4.3 Como afrontar la incertidumbre	45
6.5 Afrontamiento del apoyo social y familiar	47
6.5.1 Afrontamiento a través de profesional de enfermería	49
6.5.2 Afrontamiento del apoyo entre pares	51
6.6 Procedimiento quirúrgico	52
6.7 Paciente en el periodo preoperatorio	54
6.8 Escala de incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel..	55
VIII. CONCLUSIONES.....	64
IX. REFERENCIAS.....	67
X. APÉNDICES Y ANEXOS.....	74
Tabla 1. Factores de cuidado y procesos de caridad.....	74
Tabla 2. Bases teóricas de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad,	75
Tabla 5. Bases epistemológicas de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad.	76
Tabla 6 Conceptos centrales de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad.	77
Escala original de incertidumbre MUISC.....	79

I. GLOSARIO.

Periodo preoperatorio: La fase preoperatoria abarca desde la decisión de realizar la cirugía hasta la entrada del paciente en el quirófano; incluye una evaluación clínica exhaustiva, así como la preparación física y emocional del paciente y su familia (4).

Incertidumbre: la incapacidad del individuo para interpretar o dar sentido a los acontecimientos relacionados con su enfermedad (5).

Ambigüedad: se refiere a señales físicas difusas o variables que generan confusión sobre el estado de salud (6).

Complejidad: implica la dificultad para entender los tratamientos o el funcionamiento del sistema sanitario (6).

Inconsistencia: se manifiesta a través de mensajes cambiantes o contradictorios por parte del equipo médico.

Imprevisibilidad: surge cuando la experiencia actual de la enfermedad no coincide con experiencias previas o esperadas (6).

Cuidado humanizado: implica una conexión profunda y significativa entre el profesional de salud y el paciente, más allá de la atención médica técnica. Al reconocer al individuo en su totalidad y respetar sus creencias y valores, se fomenta una relación de empatía y comprensión que mejora la experiencia del paciente y promueve su bienestar integral (10).

Trato digno: derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información.

II. INTRODUCCIÓN.

El cuidado es la base científica y la esencia de enfermería, pero el cuidado humanizado en quirófano es trascender.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la humanización como un proceso fundamentado en la comunicación y el apoyo recíproco entre las personas, orientado a la transformación y comprensión del sentido esencial de la vida. En este marco, ha impulsado políticas de formación dirigidas a los profesionales de la salud con el propósito de salvaguardar los derechos de los usuarios mediante un trato digno y humanizado, independientemente de su condición de salud (1).

En concordancia con esta perspectiva, Jean Watson sostiene que el cuidado humanizado exige un compromiso moral por parte del profesional sanitario, orientado a mejorar la calidad de vida de cada individuo, ya sea sano o enfermo. Este compromiso implica integrar la educación en cada intervención de cuidado, promoviendo una percepción positiva del paciente respecto a la atención recibida.

Watson plantea que el cuidado debe poseer una dimensión profunda, sustentada en acciones intersubjetivas y transpersonales basadas en valores humanos. Desde esta visión, el paciente puede resignificar su experiencia de enfermedad al reconocer y expresar sus emociones, mientras el profesional de enfermería actúa como facilitador en el manejo emocional y en el fortalecimiento del estado de salud (2).

A lo largo del tiempo, la enfermería ha experimentado una evolución constante. En sus orígenes, estuvo influenciada por principios religiosos y centrada en el acompañamiento integral del ser humano, otorgando relevancia tanto a la

dimensión espiritual como a la física. Actualmente, desde una visión filosófica y disciplinar, el cuidado humanizado se compone de atributos esenciales como el reconocimiento del ser humano como una unidad biológica y psicoespiritual, la relación enfermera–paciente, el acto ético del cuidado, la comunicación terapéutica y el enfoque holístico (1).

Para las personas, la enfermedad y el proceso de hospitalización representan experiencias complejas; sin embargo, la cirugía se configura como un evento particularmente estresante, ya que no solo implica modificaciones corporales, sino también cambios en las respuestas cognitivas, emocionales y sociales, influyendo significativamente en la forma en que el individuo enfrenta un problema de salud (3).

El período preoperatorio constituye una etapa de especial vulnerabilidad.

La proximidad de la intervención quirúrgica, la información insuficiente sobre el procedimiento, la ambigüedad diagnóstica y la imprevisibilidad de los resultados pueden generar elevados niveles de ansiedad, miedo y estrés. Estos estados emocionales influyen negativamente en el afrontamiento, la toma de decisiones y la evolución clínica. Asimismo, la falta de claridad en la información, las dudas no resueltas y la incertidumbre respecto al futuro pueden intensificar las alteraciones psicosociales del paciente (4,5).

Diversos estudios han demostrado una asociación significativa entre altos niveles de incertidumbre y ansiedad preoperatoria con resultados clínicos desfavorables, tales como mayor percepción del dolor, recuperación postoperatoria más lenta y prolongación de la estancia hospitalaria, lo que repercute tanto en la calidad de vida del paciente como en la carga para el sistema de salud (4).

En el contexto preoperatorio, la incertidumbre adquiere especial relevancia debido a las características propias de esta etapa. La información proporcionada sobre el procedimiento quirúrgico no siempre es comprendida en su totalidad, existen interrogantes no expresadas y temores respecto a los posibles resultados, lo que incrementa el malestar emocional (7).

Desde la disciplina de enfermería especializada, la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad de Merle Mishel ofrece un marco conceptual para comprender las respuestas emocionales y cognitivas que experimentan los pacientes ante situaciones de enfermedad propia o de un familiar cercano. Mishel define la incertidumbre como la incapacidad de atribuir significado claro a los eventos relacionados con el estado de salud cuando la información es incompleta, ambigua, compleja, inconsistente o impredecible (8).

Esta condición impide anticipar los resultados del proceso patológico o del tratamiento, generando angustia.

La autora considera que la incertidumbre no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico (9) que puede interpretarse como amenaza o como oportunidad de crecimiento y adaptación. El resultado dependerá de las estrategias de afrontamiento empleadas. Cuando los eventos relacionados con la enfermedad logran evaluarse y comprenderse adecuadamente, el proceso salud–enfermedad puede desarrollarse de manera más favorable.

En este escenario, el profesional de enfermería quirúrgico desempeña un papel fundamental como proveedor de cuidado integral durante el preoperatorio. Un enfoque holístico orientado a la educación preoperatoria, la transmisión de información clara, coherente y oportuna, así como el apoyo emocional al paciente y su familia, contribuye significativamente a disminuir la percepción de incertidumbre (14).

La relación entre la Teoría de la Incertidumbre de Mishel y la Teoría del Cuidado Humano de Watson radica en que el cuidado humanizado actúa como un modulador de la incertidumbre. Mientras Mishel describe el proceso emocional que atraviesa el paciente ante la ambigüedad y lo desconocido, Watson proporciona el sustento ético y práctico para intervenir de manera terapéutica. La incertidumbre representa la respuesta natural del individuo frente a una situación incierta, mientras que el cuidado humanizado constituye la estrategia profesional orientada a disminuir dicha respuesta.

En enfermería quirúrgica, esta integración teórica adquiere especial relevancia. Acciones como brindar información clara y oportuna, practicar la escucha activa, mantener una presencia auténtica y respetar la dignidad del paciente contribuyen a reducir la ambigüedad percibida. Cuando el paciente recibe orientación comprensible y apoyo emocional, logra resignificar la experiencia quirúrgica con mayor seguridad, favoreciendo un afrontamiento adaptativo.

Asimismo, la relación terapéutica enfermera–paciente, elemento central del cuidado humanizado, fortalece la confianza y la percepción de control, factores que, según Mishel, influyen directamente en la disminución de la incertidumbre. De esta manera, el profesional de enfermería quirúrgica se posiciona como mediador entre el evento quirúrgico y la experiencia subjetiva del paciente.

III. JUSTIFICACIÓN.

La humanización del cuidado constituye un principio ético y profesional fundamental en la enfermería quirúrgica, orientado a fortalecer la calidad asistencial y la formación especializada del personal de salud.

El proceso quirúrgico suele generar en los pacientes emociones complejas como miedo, ansiedad e incertidumbre, debido a la ambigüedad diagnóstica, la complejidad del procedimiento y la imprevisibilidad de los resultados. Estas experiencias pueden ocasionar repercusiones físicas y psicológicas que afectan significativamente la calidad de vida; sin embargo, con frecuencia las dimensiones psicosociales son subestimadas frente a las consecuencias clínicas (2).

En este contexto, el personal de enfermería especializado desempeña un papel fundamental al brindar información clara, apoyo emocional y acompañamiento terapéutico, lo que permite al paciente comprender su situación y reinterpretar la incertidumbre, transformándola de una experiencia ansiosa en una oportunidad de afrontamiento y esperanza (10). Desde la perspectiva profesional, la incertidumbre forma parte inherente de la práctica clínica, ya que el ejercicio sanitario rara vez se basa en certezas absolutas, implicando la dificultad para interpretar síntomas, anticipar resultados y tomar decisiones en contextos de ambigüedad (10).

Las causas de la incertidumbre incluyen la complejidad de la información clínica, la variabilidad de los resultados y características personales del profesional, como su tolerancia al riesgo y a lo desconocido (11).

En este sentido, la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad de Merle Mishel describe este fenómeno como un estado cognitivo en el que el paciente no logra organizar ni atribuir significado claro a los eventos relacionados con

su salud, lo cual dificulta su capacidad para evaluar o predecir su situación, como ocurre frecuentemente en el contexto quirúrgico.

A nivel global, se estima que alrededor del 30% de los pacientes requieren algún tipo de procedimiento quirúrgico; sin embargo, aproximadamente dos tercios no tienen acceso seguro a estos servicios, situación que incrementa la incertidumbre asociada al proceso quirúrgico. En México, pese a la existencia de programas de salud orientados a la prevención y detección oportuna de enfermedades, el abordaje quirúrgico aún no recibe la prioridad suficiente como problema sanitario, lo que contribuye a mantener estados de incertidumbre en los pacientes (12).

Asimismo, diversas investigaciones evidencian que, aunque los modelos de cuidado de enfermería incorporan el concepto de humanización, en la práctica clínica aún existen dificultades para integrarlo plenamente. En muchos casos, el cuidado humanizado se confunde con la atención técnica, lo que conduce a prácticas mecanizadas centradas en procedimientos y alejadas del enfoque humanístico de la profesión (2).

No obstante, la enfermería, como disciplina científica y humanista, tiene el compromiso ético de integrar el conocimiento técnico con una atención centrada en la persona, promoviendo la reflexión profesional sobre la importancia del cuidado humanizado.

El periodo preoperatorio representa una etapa de especial vulnerabilidad para el paciente, caracterizada por temor e incertidumbre ante lo desconocido, lo que puede generar ansiedad, estrés y dificultades de afrontamiento. Se ha demostrado que niveles elevados de incertidumbre se asocian con resultados clínicos desfavorables, como mayor percepción del dolor, recuperación prolongada y menor satisfacción con la atención (4).

En este sentido, el cuidado humanizado en enfermería quirúrgica adquiere una relevancia particular al atender no solo las necesidades físicas, sino también

las dimensiones emocionales y sociales del paciente. La comunicación clara, la empatía y el respeto por la dignidad humana contribuyen a disminuir la ambigüedad percibida y fortalecer la confianza en el proceso de atención.

La integración de la Teoría de la Incertidumbre de Mishel con la Teoría del Cuidado Humano de Watson permite comprender cómo el paciente interpreta su experiencia de salud y cómo el cuidado enfermero puede intervenir terapéuticamente para modular dicha incertidumbre. Por ello, abordar la incertidumbre desde un enfoque de cuidado humanizado no solo responde a una necesidad clínica, sino también a un compromiso ético que favorece una atención integral y fortalece la calidad del cuidado durante el periodo preoperatorio.

IV. OBJETIVOS.

1.1 GENERAL.

Realizar una revisión de literatura sobre la relación entre el cuidado humanizado de enfermería y el manejo de la incertidumbre en pacientes durante la etapa preoperatoria.

1.2 ESPECÍFICOS.

1. Construcción de un marco teórico sobre la incertidumbre en los pacientes preoperatorios.
2. Identificar factores que generan incertidumbre en el paciente quirúrgico.
3. Examinar cómo la teoría de la incertidumbre de Merle Mishel puede guiar la práctica del profesional de Enfermería en Cuidado Quirúrgico.

V. METODOLOGÍA.

Primeramente, se eligió el tema central, el cual fue sometido, validado y aprobado por el comité de la especialidad.

Posteriormente se investigó y estudió el tema, desarrollando el marco teórico y conceptual y estructurando con la supervisión de la directora de tesis. Finalmente se entrelazan las dos teorías para culminar con la conclusión.

Palabras clave	Descriptores DeCS	Descriptores Mesh	Sinónimos
Humanización de la atención	Cuidado humanizado	Humanization of Assistance	Humanización de la Atención Hospitalaria Humanización de los Servicios
Incertidumbre	Incertidumbre	Uncertainty	Incertidumbre
Enfermedad	Enfermedad	Disease	Afecciones Dolencia Evolución del Concepto de Enfermedad
Preoperatorio	Periodo preoperatorio	Preoperative Period	Periodo preoperatorio Cuidados Preoperatorios

Estrategia de búsqueda:

Español: Cuidado humanizado OR incertidumbre AND Merle Mishel, ante AND enfermedad AND la tapa prequirúrgica.

Inglés: Humanization of Assistance OR uncertainty AND Merle Mishel, AND disease AND the Preoperative Period.

Criterios de inclusión:

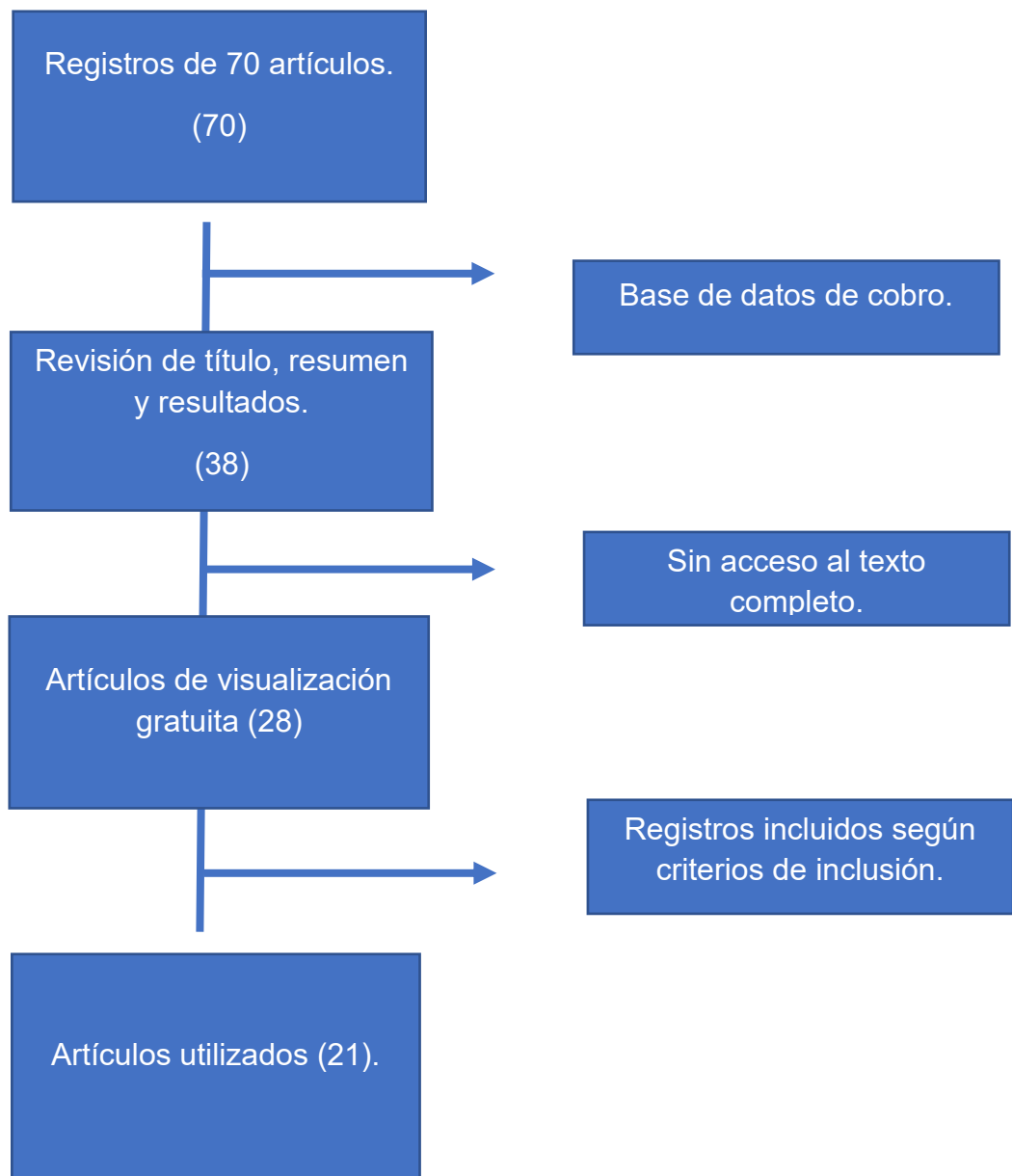
- Estudios elaborados de enero 2020 y septiembre de 2025.
- Artículos divulgados publicados en idioma español, e inglés.
- Artículos cuya publicación se encuentre en la base de datos Pubmed, Scielo, Google académico, Redalyc.

Criterios de exclusión:

- Artículos de revistas que no estén en fuentes confiables.
- Artículos de revisión.

Criterios de eliminación:

- Artículos sin relación entre título, objetivos y resultados.
- Artículos que no tengan lógica en el título y los resultados.
- Artículos que no tengan congruencia en los resultados.



VI. MARCO TEÓRICO.

6.1. Cuidado

El cuidado constituye la esencia y razón de ser de la disciplina de enfermería. Se define como la acción orientada a realizar por la persona aquello que no puede ejecutar por sí misma en relación con la satisfacción de sus necesidades básicas; asimismo, implica educar para fortalecer la salud mediante la enseñanza de lo desconocido, facilitar la expresión de sentimientos y promover la mejora de la calidad de vida del paciente y su familia frente a la experiencia de la enfermedad (1).

En este sentido, el cuidado especializado representa el eje central en la evolución y transformación de la profesión, ya que atender al ser humano exige un compromiso científico, filosófico y ético orientado a la protección de su dignidad y a la preservación de la vida. De esta manera, el término “cuidado” sintetiza y da significado a la esencia misma de la enfermería como profesión (1).

6.1.1 Cuidado humanizado.

El cuidado humanizado se define como el conjunto de acciones sustentadas en una relación interpersonal, integradas con el dominio técnico-científico, orientadas a comprender al individuo dentro del contexto en el que se desarrolla. Este enfoque reconoce al paciente como un ser integral, cuyas necesidades trascienden lo biológico e incluyen dimensiones emocionales, sociales y espirituales (2).

En esta misma línea, Ernestine Wiedenbach fundamentó su propuesta en el ejercicio profesional de enfermería centrado en las necesidades del paciente. Señaló que la práctica enfermera requiere no solo conocimientos sobre los estados normales y patológicos, sino también una comprensión profunda de la psicología humana, habilidades clínicas para la planificación del cuidado y una actitud ética y comprometida. Estos elementos permiten brindar una atención orientada a satisfacer las necesidades de ayuda de la persona, concibiendo a la enfermería como una disciplina de carácter holístico (5,6).

6.1.2 Percepción del cuidado de enfermería.

La percepción es un proceso mental inherente al ser humano que le permite organizar e interpretar de manera significativa la información que recibe del entorno, facilitando la comprensión consciente de lo que lo rodea. En la relación enfermera–cuidado especializado, la percepción se refiere a la impresión que emerge de esta interacción durante el acto de “cuidar al otro”, así como a la forma en que se interiorizan y clasifican las acciones intencionadas tanto de quien recibe el cuidado como de quien lo brinda (2).

Se trata de un proceso cognitivo mediante el cual se reconocen, interpretan y otorgan significados a las experiencias derivadas del ambiente físico y social. En este proceso intervienen funciones psíquicas como el aprendizaje, la memoria y la simbolización, que influyen en la construcción de juicios y valoraciones sobre el cuidado recibido.

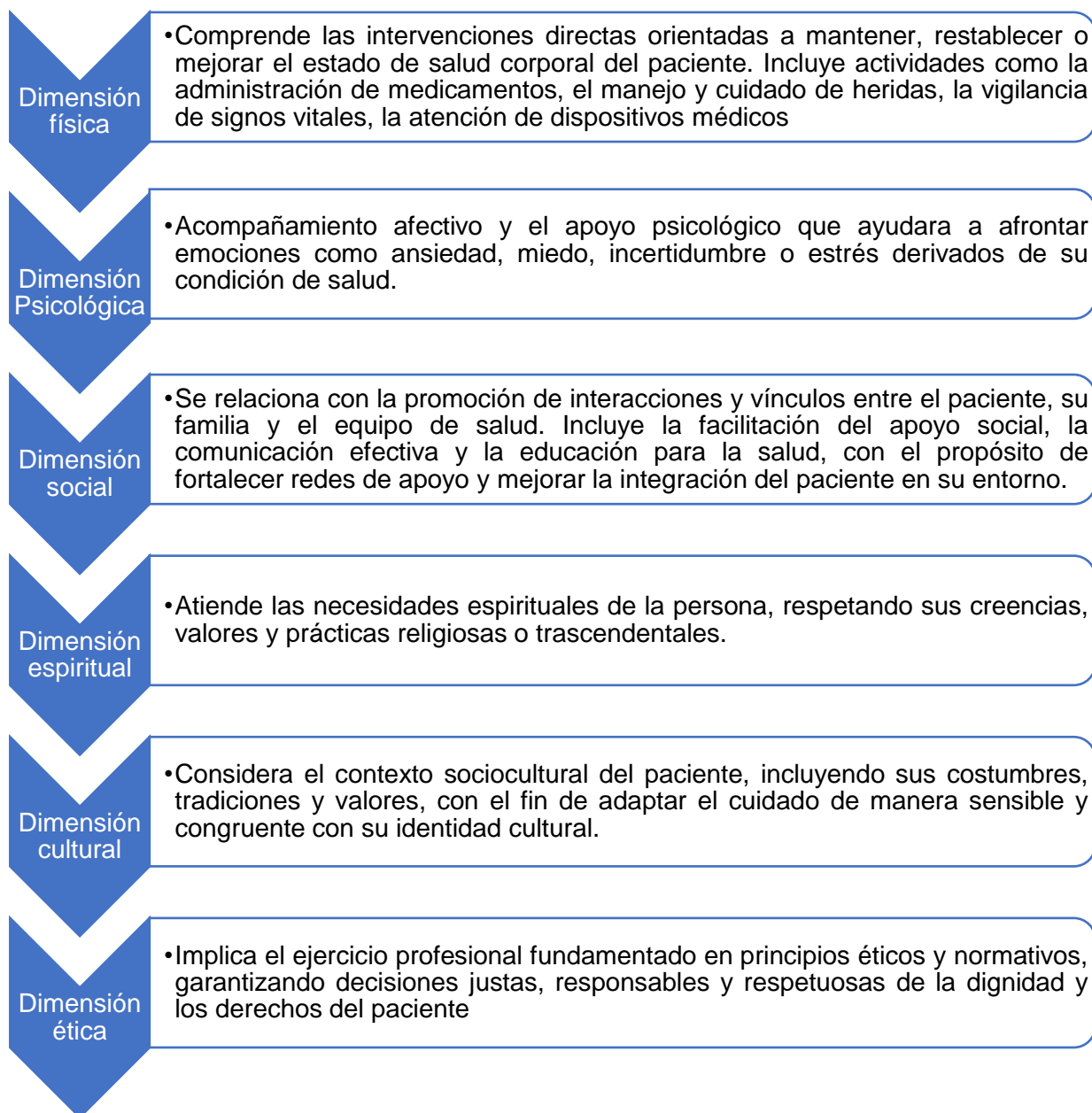
En el marco de esta investigación, las dimensiones analizadas comprenden: el arte del cuidado, la calidad y técnica del cuidado, la disponibilidad, la continuidad y los resultados del cuidado (2).

6.1.3 Dimensiones del cuidado

Las 6 dimensiones del cuidado de enfermería hacen referencia a los distintos componentes que integran la atención brindada al paciente, los cuales permiten abordar sus necesidades de manera integral (2).

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson otorga un papel central a la dignidad de la persona, incorporando principios como la humanización del cuidado, la vivencia de valores, el desarrollo de la sensibilidad y la construcción de una relación de ayuda auténtica entre individuos. Este enfoque destaca la capacidad del profesional de enfermería para manifestar interés genuino por el ser humano en todas sus dimensiones, favoreciendo la sanación, el afrontamiento de la enfermedad y la búsqueda de equilibrio y armonía interior.

Asimismo, la teoría orienta la práctica profesional especializado al proporcionar un marco conceptual que fortalece la toma de decisiones y promueve resultados positivos en la atención. Bajo esta perspectiva, el personal de enfermería puede organizar de manera sistemática la información del paciente, identificar las intervenciones prioritarias y brindar cuidados con una intención terapéutica clara y fundamentada (2).



6.1.4 Comportamientos de cuidado

Los comportamientos de cuidado influyen directamente en la forma en que el profesional de enfermería especializada brinda atención y en la manera en que el paciente responde a ella, Jean Watson identificó diversos factores que intervienen en el acto de cuidar, destacando especialmente los valores humanos y espirituales como elementos esenciales en la práctica del cuidado.

En Colombia, el Grupo de Cuidado en Enfermería ha realizado importantes aportes al estudio de los comportamientos de cuidado mediante investigaciones desarrolladas en el ejercicio profesional (6). A partir de estos estudios, se identificaron cuarenta y siete comportamientos característicos, muchos de los cuales enfatizan la comunicación terapéutica y la relación interpersonal con el paciente. Entre ellos se encuentran:

COMPORTAMIENTO	CUIDADO QUIRÚRGICO
✓ Atender oportunamente a quien lo requiere.	La atención oportuna constituye un elemento esencial en el cuidado quirúrgico, ya que permite identificar y resolver de manera inmediata las necesidades del paciente, disminuyendo el riesgo de complicaciones y eventos adversos. Asimismo, favorece la seguridad clínica, optimiza los resultados postoperatorios y contribuye a una recuperación más rápida y eficaz (7).
✓ Mostrar calidez y autenticidad	La demostración de calidez y autenticidad en el trato fortalece el

	vínculo terapéutico entre el profesional de enfermería y el paciente. Este tipo de interacción humanizada reduce la ansiedad, genera confianza y mejora la percepción de la calidad del cuidado durante todo el proceso quirúrgico (8).
✓ Comprender al otro.	Comprender al paciente implica reconocer sus dimensiones emocionales, sociales y culturales, lo cual permite brindar un cuidado integral e individualizado. Esta comprensión favorece la adaptación del paciente al proceso quirúrgico y mejora su participación en el cuidado (9).
✓ Generar seguridad.	La generación de seguridad en el paciente es fundamental para disminuir la incertidumbre y el estrés asociados al procedimiento quirúrgico. Un entorno seguro y una comunicación clara favorecen la estabilidad emocional y promueven una mayor cooperación del paciente (10).
✓ Mantener cercanía profesional.	Mantener una cercanía profesional permite establecer una relación empática sin transgredir los límites

	éticos. Este equilibrio favorece un cuidado humanizado, respetuoso y centrado en el paciente, garantizando a su vez la objetividad en la atención (11).
✓ Respetar los sentimientos.	El respeto hacia los sentimientos del paciente es esencial para su bienestar psicológico, ya que valida sus emociones y fortalece su dignidad. Esto contribuye a mejorar la experiencia del paciente y la calidad percibida del cuidado (12).
✓ Responder a las expresiones emocionales.	Responder de manera adecuada a las expresiones emocionales permite identificar oportunamente estados como ansiedad, miedo o angustia, facilitando intervenciones que favorezcan el equilibrio emocional y el bienestar del paciente (13).
✓ Practicar la escucha activa.	La escucha activa es una herramienta clave en la comunicación terapéutica, ya que permite comprender las necesidades del paciente, generar confianza y disminuir la ansiedad, especialmente en el periodo preoperatorio (14).
✓ Anticiparse a las necesidades.	La capacidad de anticiparse a las necesidades del paciente permite prevenir complicaciones y ofrecer un

	cuidado oportuno, eficiente y seguro, lo que repercute positivamente en los resultados clínicos (15).
✓ Comunicarse también a través de gestos y contacto físico.	La comunicación no verbal, mediante gestos y contacto físico adecuado, complementa la comunicación verbal, transmitiendo empatía, apoyo y seguridad, especialmente en situaciones de vulnerabilidad (16).
✓ Actuar con coherencia y continuidad.	Actuar con coherencia y continuidad en el cuidado garantiza consistencia en las intervenciones, fortalece la confianza del paciente y contribuye a mejorar los resultados en salud (17).
✓ Participar activamente en el diálogo.	La participación activa en el diálogo fomenta la toma de decisiones compartida, promueve la autonomía del paciente y fortalece su implicación en el proceso de cuidado quirúrgico (18).

Fuente: elaboración propia, basado en Factores que influyen en el cuidado humanizado de enfermería: teoría de Jean Watson.

Estos comportamientos se entienden como acciones intencionales orientadas a promover el bienestar físico y emocional, la seguridad y la satisfacción de necesidades en la interacción enfermera–paciente. En la propuesta de Wolf, dichas conductas se agrupan en dimensiones como: deferencia respetuosa hacia la persona, asistencia segura, interacción positiva, preparación y competencia profesional, así como consideración de la experiencia del otro (2).

6.1.5 Percepción de los comportamientos de cuidado

Desde los aportes del movimiento Gestalt, la percepción se concibe como un proceso inicial de la actividad mental, un estado subjetivo mediante el cual el individuo abstrae e interpreta el mundo externo y los acontecimientos relevantes. La Gestalt sostiene que la percepción implica la selección y organización de información significativa, generando un estado de claridad y conciencia que posibilita actuar con racionalidad y coherencia frente al entorno. En primer lugar, la percepción permite el ingreso de información; posteriormente, facilita la elaboración de abstracciones, juicios, categorías y conceptos que dan sentido a la experiencia.

Como dimensión del cuidado, la percepción se vincula con necesidades de afecto, protección y bienestar, y se encuentra influenciada por el contexto sociocultural, los hábitos y las costumbres, elementos que deben considerarse al brindar atención. El fenómeno de la percepción de los comportamientos de cuidado ha sido abordado por diversos investigadores, entre ellos McDaniel (1990), Newman (1990), Mark (1990), Morales (1992), Meleis (1992) y Larson (1997), quienes destacan la influencia de factores históricos, sociales y culturales, así como la interacción enfermera–paciente en la construcción de dicha percepción.

Desde la perspectiva filosófica y teórica propuesta por Wolf (1986), la percepción de los comportamientos de cuidado se define como un proceso cognitivo mediante el cual el sujeto contrasta su experiencia con hechos significativos, contruidos a partir de vivencias tanto de quien recibe el cuidado como de quien lo proporciona, en respuesta a determinados estímulos.

6.1.6 Teorías del cuidado humanizado

Las teorías y los resultados derivados de la investigación en enfermería constituyen pilares fundamentales para la práctica profesional, ya que su finalidad es generar un impacto positivo en la salud de las personas, en la calidad de los servicios y en la efectividad del cuidado. La investigación representa, en este sentido, un proceso dinámico de construcción y fortalecimiento teórico que impulsa el desarrollo disciplinar y orienta la práctica clínica basada en evidencia (2).

Las teorías de enfermería permiten describir, explicar, predecir y guiar el abordaje de los fenómenos relacionados con el cuidado, aportando fundamentos que perfeccionan la intervención profesional. La presente tesis se sustenta en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, la cual plantea que el ejercicio enfermero debe trascender la ejecución de procedimientos y técnicas, destacando que la esencia de la profesión reside en la relación terapéutica enfermera–paciente. Este vínculo interpersonal, fundamentado en valores éticos y humanos, posibilita un efecto genuinamente terapéutico en la atención (2).

En esta misma línea, Paterson y Zderad conciben el cuidado como una experiencia existencial basada en un encuentro auténtico entre dos seres humanos. Desde esta perspectiva, el proceso de cuidar implica un llamado y una respuesta recíproca: el paciente busca comprensión y apoyo, mientras que la enfermera responde desde su compromiso humano y profesional, trascendiendo el enfoque meramente biomédico para situar el cuidado en el ámbito de los valores humanos.

Asimismo, Leininger y McFarland, al retomar los planteamientos de Watson, describen el cuidado humano como la práctica de la bondad amorosa y la ecuanimidad, sustentada en una presencia auténtica y en la integración

mente–cuerpo–espíritu. Este enfoque respeta la identidad, los valores y la singularidad del individuo, promoviendo su autonomía y el desarrollo de su máximo potencial.

Watson introduce el concepto de Caritas como un proceso consciente que fomenta relaciones de cuidado basadas en la confianza, la compasión y la responsabilidad ética hacia el otro. Este modelo transforma el rol del profesional en un compromiso moral superior, orientado a la sanación, la integridad y el crecimiento humano. En consecuencia, la enfermería fundamentada en el enfoque Caritas fortalece la relación enfermera–paciente–familia y favorece una experiencia compartida y significativa del cuidado (2).

6.1.7 Aporte teórico J. Watson: Teoría del cuidado transpersonal

«Somos la luz en la oscuridad institucional y en este modelo conseguimos volver a ser la luz de nuestra humanidad.»

La Teoría de Jean Watson, denominada Filosofía y Teoría del Cuidado Transpersonal, ha sido descrita como filosofía, paradigma, modelo conceptual, marco de referencia e incluso como tratado ético. En 1988, Watson definió la teoría como «una agrupación imaginativa de conocimientos, ideas y experiencias representadas simbólicamente que buscan iluminar un fenómeno específico». Retomando el significado latino de teoría como “ver”, sostuvo que la ciencia humana es teoría en la medida en que permite “ver” con mayor amplitud y claridad la realidad del cuidado (2).

Su propuesta reconoce una orientación fenomenológica, existencial y espiritual, integrando aportes de las ciencias humanas y sociales. Asimismo, se sustenta en fundamentos filosóficos e intelectuales provenientes del feminismo, la metafísica, la fenomenología, la física cuántica, las tradiciones de sabiduría ancestral, la filosofía perenne y el budismo, configurando un enfoque amplio y transdisciplinario.

Entre las influencias teóricas que Watson reconoce se encuentran importantes figuras de la enfermería como Florence Nightingale, Virginia Henderson, Madeleine Leininger, Hildegard Peplau, Martha Rogers y Margaret Newman, además de los aportes éticos de Gadamer en el ámbito del cuidado. De igual manera, atribuye a Carl Rogers y a autores de la psicología transpersonal su énfasis en cualidades interpersonales como la congruencia, la empatía y la calidez. Watson destaca que el enfoque fenomenológico de Rogers influyó profundamente en su pensamiento, al plantear que el profesional no debe manipular ni controlar al paciente, sino comprenderlo desde su experiencia

subjetiva, postura que contrastaba con la tendencia a la “clinicalización” predominante en ciertos contextos asistenciales.

En su obra *Caring Science as Sacred Science*, Watson reconoce la influencia de los filósofos Emmanuel Levinas (1969) y Knud Løgstrup (1995), cuyas reflexiones éticas fundamentan conceptos centrales de su teoría, como el momento de cuidado, la ocasión de cuidado, las modalidades de curación–cuidado, la conciencia del cuidado y la conciencia unitaria del fenómeno. Posteriormente, amplió los factores de cuidado incorporando el concepto de Caritas, transformándolos en procesos clínicos de cuidado, concebidos como caminos abiertos y flexibles para la práctica profesional.

6.1.8 Diez procesos de caridad

Jean Watson fundamentó su teoría de la práctica de enfermería en diez factores de cuidado, posteriormente reformulados como procesos Caritas, incorporando de manera explícita la dimensión espiritual y el amor como esencia del cuidado. La transición del concepto de “cuidado” al de “Caritas” implica una conciencia intencional y ética del acto de cuidar, entendida como la base del ejercicio profesional humanizado.

Los diez procesos Caritas comprenden:

1. Cultivo del amor-bondad y la ecuanimidad, hacia uno mismo y hacia los demás, como fundamento de valores humanistas y altruistas que fortalecen la conciencia del cuidado.

2. Presencia auténtica y promoción de la fe y la esperanza, honrando el mundo subjetivo del paciente y favoreciendo un cuidado holístico que impulse conductas orientadas a la salud.

3. Desarrollo de la dimensión espiritual y del yo transpersonal, superando el ego y promoviendo la autenticidad, la sensibilidad y la autoaceptación tanto en la enfermera como en el paciente.

4. Establecimiento de una relación de ayuda–confianza, basada en congruencia, empatía, calidez y comunicación efectiva, elementos esenciales del cuidado transpersonal.

5. Facilitación de la expresión de sentimientos positivos y negativos, reconociendo la importancia de la comprensión emocional más allá de la interpretación racional.

6. Uso creativo del conocimiento y del yo profesional, integrando saber científico, intuición, ética, estética y espiritualidad en la práctica del cuidado.

7. Enseñanza–aprendizaje auténtico, centrada en el significado subjetivo del paciente, promoviendo su autonomía, autocuidado y crecimiento personal.

8. Creación de un entorno de sanación, considerando tanto el ambiente interno (bienestar mental y espiritual) como el externo (seguridad, privacidad, comodidad y limpieza).

9. Atención a las necesidades humanas básicas, reconociendo dimensiones biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales como parte integral del cuidado.

10. Apertura a lo existencial y espiritual, aceptando el misterio de la vida y la muerte, y manteniendo una actitud receptiva ante aquello que trasciende la explicación racional.

En conjunto, los procesos Caritas configuran un modelo de cuidado transpersonal que integra ciencia, ética y espiritualidad, promoviendo una práctica enfermera consciente, compasiva y orientada a la sanación integral (Watson, 2008).

6.1.9 Watson y sus investigaciones

Jean Watson integra la ciencia y las humanidades como pilares complementarios de la enfermería, sosteniendo que una sólida formación en artes liberales amplía la conciencia, fortalece el pensamiento crítico y favorece el crecimiento personal y profesional. Para Watson, la comprensión de otras culturas es indispensable para aplicar adecuadamente la ciencia del cuidado desde una visión integral cuerpo–mente–espíritu. A través de la metáfora del mito de las danades —quienes intentaban llenar un jarrón roto—, compara el estado de la enfermería con una disciplina cuya base científica requiere ser fortalecida mediante la integración equilibrada entre ciencia y humanidades (Watson, 1981, 1997).

Desde esta perspectiva, desarrolla una serie de premisas que fundamentan la relación de cuidado transpersonal, extensiva al trabajo interdisciplinario. En primer lugar, señala que el compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia caritativa de la enfermera protegen y promueven la dignidad, la plenitud y la curación humana, permitiendo que la persona participe activamente en la construcción del significado de su existencia. Asimismo, enfatiza la necesidad de una relación “yo–tú”, en la que se reconozca y afirme el significado subjetivo y espiritual del paciente, incluso en contextos de vulnerabilidad biológica o institucional.

Watson destaca que la conexión transpersonal implica una presencia auténtica y una sensibilidad profunda hacia la dimensión espiritual del otro. Esta conexión se expresa a través de gestos, palabras, contacto físico, intuición, lenguaje corporal y otras formas de comunicación científica, técnica y humana que configuran el arte del cuidado. Tales modalidades de cuidado–curación, ejercidas desde una conciencia transpersonal, favorecen la armonía y la unidad del ser, ayudando a liberar bloqueos energéticos que interfieren en el

proceso natural de sanación, en consonancia con la visión humanista de Nightingale.

La autora subraya que este nivel de práctica requiere un desarrollo continuo personal y espiritual de la enfermera. La evolución vital, las experiencias previas, el estudio de las humanidades, el contacto con diversas culturas y la exploración de valores personales constituyen fuentes esenciales de aprendizaje. De igual manera, experiencias de crecimiento como la psicoterapia, la meditación o la psicología transpersonal fortalecen la capacidad de acceder a una práctica más profunda y consciente.

Finalmente, Watson concibe el crecimiento dentro del modelo de cuidado transpersonal como un proceso permanente, reconociendo al profesional de enfermería como un “curador herido”, cuya propia experiencia de vulnerabilidad nutre la compasión y la madurez necesarias para ejercer un cuidado auténticamente humano (19).

6.2 Incertidumbre

La incertidumbre es un elemento intrínseco a la práctica clínica. Esta disciplina se basa más en probabilidades, inferencias y suposiciones fundamentadas que en certezas absolutas (20).

De acuerdo con la Real Academia Española (RAE), la incertidumbre se entiende como la ausencia de certidumbre y se relaciona con conceptos como inseguridad, inquietud, desasosiego, indecisión, vacilación, duda, recelo, sospecha e incerteza. Por el contrario, sus antónimos son certidumbre, certeza y seguridad.

A pesar del progreso tecnológico y el avance de la enfermería basada en evidencia, la incertidumbre no ha sido eliminada del ejercicio médico; por el contrario, sigue siendo una parte esencial del proceso de atención.

La forma en que los profesionales sanitarios manejan la incertidumbre puede dar lugar a diferentes respuestas. El personal de salud que desarrollan una adecuada tolerancia a esta problemática tiende a experimentar mayor satisfacción profesional, resiliencia y relaciones más fuertes con sus pacientes. En contraste, aquellos con baja tolerancia a lo ambiguo pueden percibir lo inesperado como una amenaza. Esto puede aumentar el estrés y provocar reacciones impulsivas o evitar situaciones complejas (20).

Desde una perspectiva teórica propuesta por Merle Mishel, se define la incertidumbre como “la incapacidad del individuo para interpretar o dar sentido a los acontecimientos relacionados con su enfermedad.” Esta situación suele surgir cuando las personas enfrentan decisiones significativas sobre su salud, pero no logran prever claramente sus consecuencias debido a información insuficiente o ambigua (5).

Mishel profundiza este concepto describiendo la incertidumbre como una limitación cognitiva que impide asignar valores definidos a eventos relacionados con enfermedades y predecir resultados precisos debido a una falta de información adecuada.

La Teoría de la Incertidumbre en Enfermedad proporciona un marco para evaluar y planificar el cuidado enfermero cuando los pacientes muestran respuestas inciertas. Este proceso está influido por tres factores: el estado cognitivo del individuo, los estímulos presentes y los proveedores de estructura. Los estímulos hacen referencia a las características sintomáticas, así como a cómo coherentes y familiares son los eventos asociados con la enfermedad; mientras que los proveedores incluyen apoyos sociales que ofrecen orientación efectiva.

Dentro del ámbito de los estímulos existen tres componentes clave: el patrón sintomático implica cuán consistentemente aparecen estos síntomas; familiaridad hace alusión al nivel en que una situación resulta reconocible para el individuo basado en experiencias previas; finalmente, congruencia refiere a cómo estable son los eventos relacionados con la enfermedad. Una mayor claridad en estos aspectos reduce significativamente el nivel percibido de incertidumbre (5).

Estos componentes tienen una relación inversa con respecto a la incertidumbre: cuanto mayor sea la claridad organizativa dentro del marco de estímulos, menor será el grado de incertidumbre experimentada por el paciente. A su vez, esta estructura es afectada por dos variables clave: primero está la capacidad cognitiva la habilidad para procesar información; segundo son los proveedores estructurales recursos disponibles que facilitan interpretaciones claras dentro del marco estético.

La interacción entre estos elementos fomenta mecanismos adaptativos permitiendo al paciente ajustarse gradualmente ante su enfermedad (21,23). Sin embargo, si se percibe dicha incertidumbre como amenazante puede convertirse en uno de los principales generadores del estrés psicológico.

Altos niveles de inseguridad pueden interferir negativamente en las estrategias adaptativas necesarias para hacer frente al tratamiento adecuado e incluso contribuir al surgimiento de trastornos secundarios como depresión.

Aunque la teoría de Mishel ha sido ampliamente aplicada en varios contextos clínicos su implementación específica dentro del cuidado quirúrgico ha sido escasa pese al impacto físico-emocional-social asociado con este tipo particular atención. Por lo tanto, es crucial fomentar habilidades adaptativas ante enfermedades y sus manifestaciones correspondientes (24).

Además, Mishel desarrolló una escala destinada específicamente para medir niveles inciertos, herramienta que ha demostrado ser válida confiable facilitando así evaluaciones clínicas más personalizadas efectivas (25).

6.3 Merle Mishel

Merle H. Mishel nació en 1939 en Boston y creció en Newton, Massachusetts. Se graduó en Enfermería de la Universidad de Boston y obtuvo su maestría en Enfermería en la Universidad de California en 1966. Luego, comenzó su carrera académica en la Universidad Estatal de California en Los Ángeles, donde también completó su doctorado en Psicología Social en la Universidad de Graduados de Claremont. Su tesis doctoral se centró en el desarrollo y evaluación de la ambigüedad percibida relacionada con la enfermedad, lo que resultó en la creación de la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad de Mishel (MUIS). Este trabajo, titulado "La ambigüedad percibida en la enfermedad", estableció las bases conceptuales y metodológicas para esta escala, que ha sido ampliamente referenciada para el desarrollo y validación de otros instrumentos de enfermería (25).

A partir del modelo original, se desarrollaron varias adaptaciones dirigidas a grupos específicos. Entre estas se incluye una versión comunitaria (MUIS-C), destinada a individuos con enfermedades crónicas que reciben atención médica tanto hospitalaria como ambulatoria. Además, se elaboraron herramientas para evaluar la incertidumbre vivida por los padres de niños enfermos (PPUS) y por familiares cercanos a pacientes con enfermedades graves (PPUS-FM). Es relevante mencionar que, al inicio de su carrera profesional, Mishel trabajó como enfermera especializada en salud mental, tanto en unidades agudas como en contextos comunitarios. Más adelante, llevó a cabo una significativa labor académica en la Universidad de Arizona, donde recibió diversas subvenciones que facilitaron investigaciones dentro y fuera del entorno universitario, especialmente aquellas

vinculadas a la teoría sobre incertidumbre relacionada con las enfermedades (20,25).

6.3.1 Teorías de enfermería

La disciplina de enfermería ha atravesado un continuo proceso de evolución desde los aportes iniciales de Florence Nightingale hasta la actualidad. Durante la década de 1950, en su esfuerzo por establecer una identidad propia, la enfermería comenzó a distinguir su conocimiento del saber médico, lo que llevó a la necesidad de desarrollar teorías específicas para la profesión.

Las teorías son esenciales para generar conocimiento y fortalecer un cuerpo disciplinar autónomo (20,25). A través de ellas, la enfermería ha podido mejorar su práctica profesional mediante la aplicación sistemática de conocimientos y métodos que aumentan las probabilidades de éxito en el cuidado.

En términos generales, las teorías tienen como objetivos describir, explicar, predecir y, en ocasiones, controlar o prescribir fenómenos relacionados con la práctica profesional de enfermería.

Desde una perspectiva clasificatoria, las teorías en enfermería se dividen en grandes teorías, teorías intermedias y micro teorías.

Las teorías intermedias (TRM), se centran en fenómenos concretos dentro de la práctica enfermera y reflejan tanto los procesos clínicos como las experiencias cotidianas del cuidado (20).

Antes de los aportes de Mishel, el concepto de incertidumbre no había sido tratado formalmente en el ámbito de salud y enfermedad, posicionándose ella como una pionera en esta línea teórica. Su enfoque sobre la incertidumbre relacionada con la enfermedad se fundamentó en modelos psicológicos como los propuestos por Warburton (1979) acerca del procesamiento informativo y los estudios realizados por Budner (1962) sobre personalidad. Estos modelos explicaban la incertidumbre

como un fenómeno asociado a procesos cognitivos que resulta ser un estado derivado de estímulos o señales insuficientes para formar un esquema cognitivo claro o una representación interna coherente acerca de un evento.

A partir de estas bases teóricas, Mishel integró elementos provenientes de las teorías sobre estrés y afrontamiento desarrolladas por Lazarus y Folkman (1984), incorporando conceptos tales como valoración, afrontamiento y adaptación. Sin embargo, fue Mishel quien propuso originalmente conceptualizar la incertidumbre como un factor estresante específico dentro del contexto enfermizo; esto convirtió su propuesta en una herramienta especialmente útil para el ejercicio enfermero. Posteriormente, en 1990, reconfiguró su teoría al reconocer que el enfoque científico predominante en los países occidentales era mayoritariamente mecanicista, lo cual limitaba una comprensión holística sobre la experiencia vivida frente a la enfermedad (25).

A lo largo del tiempo se han hecho muchas adaptaciones de la escala, pero ninguna enfocada en el paciente quirúrgico.

6.3.2 Teoría de rango medio

Estas teorías surgen con el objetivo principal de respaldar la investigación cualitativa, enfocándose en las problemáticas y necesidades del paciente, así como en la identificación de intervenciones y en la comprensión de los patrones dinámicos que caracterizan la atención en enfermería, esto facilita la aplicabilidad en el cualquier ámbito.

Es adaptable, flexible y práctica, y el uso de estas teorías es fundamental para el quehacer de la especialización de enfermería.

Son consideradas intermedias y han sido desarrolladas para satisfacer la demanda de los investigadores por construir marcos teóricos que expliquen regularidades observadas en el comportamiento humano, su organización y los procesos de cambio social. A diferencia de las grandes teorías, las teorías de rango medio no buscan ofrecer explicaciones exhaustivas sobre fenómenos; más bien se centran en el análisis específico de componentes individuales, lo que justifica su clasificación como teorías de rango medio (26).

La implementación de estas teorías resulta especialmente beneficiosa para establecer conexiones entre el conocimiento teórico y la evidencia empírica, promoviendo así el desarrollo del conocimiento nuevo. Pueden derivarse ya sea de marcos teóricos más amplios o construirse a partir de elementos específicos dentro de teorías existentes, lo cual permite mayor flexibilidad y aplicabilidad tanto en investigación como en práctica clínica. La respuesta de porque la escala de Merle Mishel es altamente adaptable en cualquier enfermedad o proceso.

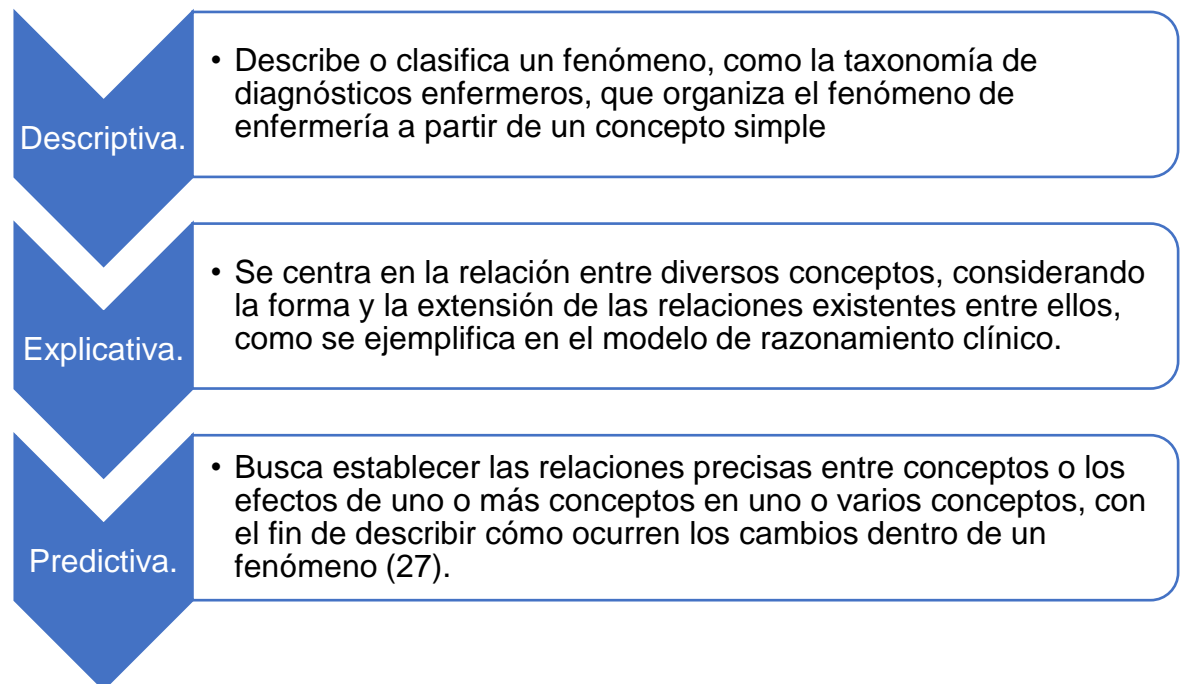
Estas teorías presentan un número limitado tanto de conceptos como proposiciones, se describen a un nivel concreto y operativo, manteniendo

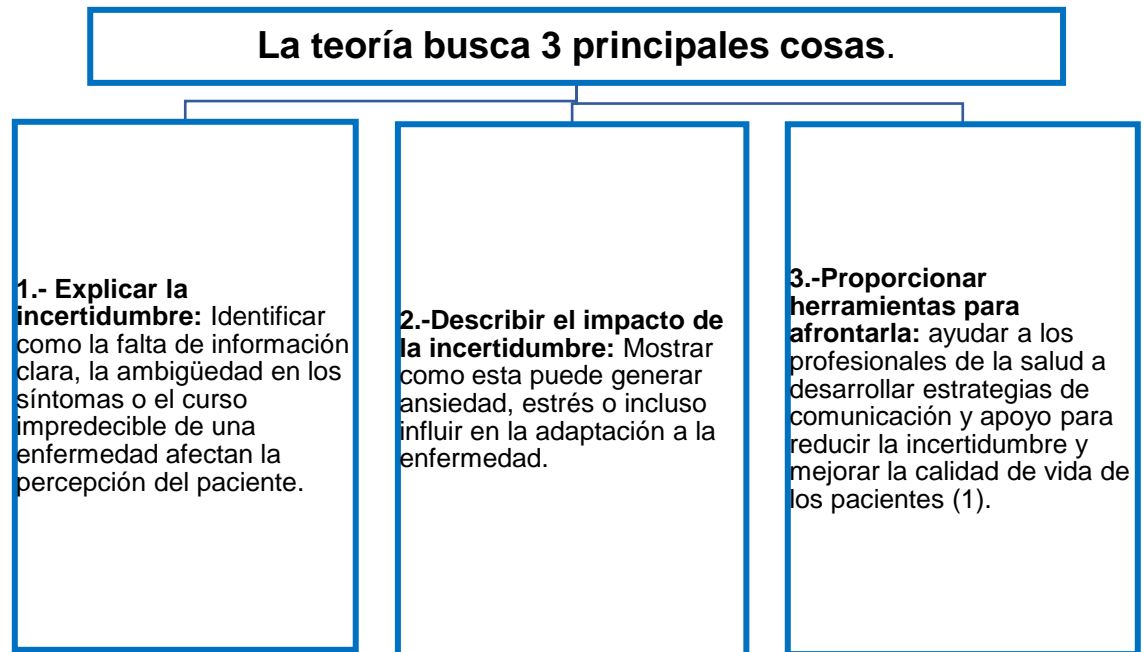
una relación directa con la investigación y la práctica dentro del ámbito enfermero.

Según su propósito, las teorías de rango medio dentro del contexto enfermero se dividen en tres categorías: descriptivas, explicativas y predictivas. Esta clasificación facilita su aplicación tanto en el análisis clínico como en el diseño de intervenciones y en la generación del conocimiento disciplinar (27).

La teoría de Merle Mishel se encuentra en una categoría explicativa ya que detalla cómo los pacientes procesan cognitivamente la información, estructuran el significado de su enfermedad y se adaptan a situaciones estresantes.

Teorías de rango medio





Inicialmente, Mishel conceptualizó la incertidumbre como un factor generador de estrés; sin embargo, con el desarrollo de su teoría, amplió esta perspectiva al reconocer que, en determinadas circunstancias, la incertidumbre puede convertirse en una oportunidad para el crecimiento personal y favorecer procesos de adaptación positiva (22).

6.4 Dificultad para afrontar los síntomas

"La incapacidad para establecer el significado de los eventos asociados con la enfermedad se presenta en situaciones donde quienes toman decisiones no pueden asignar valores claros a los objetos y eventos, o no pueden prever con precisión los resultados debido a la falta de indicios suficientes" (22,28).

La naturaleza impredecible y cambiante de los síntomas frecuentemente lleva a una evaluación negativa de las manifestaciones físicas por parte del paciente. Esta percepción influye directamente en la dificultad que el individuo experimenta al enfrentar la enfermedad, impactando su capacidad para adaptarse al proceso de salud-enfermedad. En especial, la gravedad y variabilidad de los síntomas actúan como factores estresantes, afectando significativamente los mecanismos de afrontamiento del individuo.

La presencia de estos elementos altera la estructura del afrontamiento, complicando la interpretación de los eventos relacionados con la enfermedad y promoviendo un aumento en la incertidumbre percibida. Cuando los síntomas carecen de un patrón claro o son vistos como ambiguos e inconsistentes, el paciente experimenta altos niveles de incertidumbre, lo que limita el desarrollo de estrategias efectivas para afrontar la situación y se asocia con un incremento del estrés psicológico, ansiedad y temor respecto a su estado de salud.

Varios factores intervienen en la percepción de incertidumbre. Entre ellos se destacan la insuficiencia o complejidad de la información médica y de enfermería, que dificulta comprender el cuadro clínico; las limitaciones cognitivas para procesar y organizar la información disponible; y la falta

de experiencias previas que permitan al paciente interpretar adecuadamente sus síntomas y su evolución.

Como resultado, una incertidumbre prolongada puede obstaculizar el proceso adaptativo, aumentando el riesgo de alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, en el paciente quirúrgico.

En este contexto, el objetivo del cuidado especializado de enfermería quirúrgica es reducir los niveles de incertidumbre mediante intervenciones centradas en educación en salud, orientación individualizada y apoyo emocional. Estas acciones buscan facilitar la adaptación, fortalecer las estrategias de afrontamiento durante el periodo preoperatorio (29).

6.4.1 Incertidumbre respecto al diagnóstico

En ciertas ocasiones, el diagnóstico se establece como un último recurso debido a la falta de evidencia concluyente que valide objetivamente la existencia de la enfermedad, lo que lleva a que sea considerada una patología “invisible”. Desde el momento en que el paciente comienza su interacción con los profesionales de la salud hasta que se confirma el diagnóstico, hay un lapso en el cual la persona enfrenta una situación continua de incertidumbre, como es el caso del paciente preoperatorio.

La incertidumbre diagnóstica se describe como la dificultad del paciente para entender, interpretar y dar un significado claro a la información relacionada con su enfermedad, abarcando aspectos como la naturaleza de la patología, su gravedad y el pronóstico anticipado. Este tipo de incertidumbre emerge cuando el diagnóstico es percibido como incompleto o impredecible, provocando reacciones emocionales tales como ansiedad, miedo y estrés psicológico (30,31), como sucede en el paciente que será intervenido quirúrgicamente.

Además, la falta de claridad en el diagnóstico puede interferir significativamente en las decisiones clínicas, afectar la adherencia al tratamiento y limitar las habilidades de afrontamiento del paciente, complicando así su adaptación a la enfermedad. Dentro de este contexto, obtener un diagnóstico sólido representa un cambio crucial; permite al paciente desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas, reducir los niveles de ansiedad y avanzar de manera más organizada en su proceso salud-enfermedad (24,29). Lo que nos ayuda a tener niveles de incertidumbre bajos, si se conoce el diagnóstico quirúrgico.

6.4.2 Incertidumbre sobre la complejidad del tratamiento

La complejidad en el tratamiento se refleja de manera recurrente en las narrativas y experiencias verbales de los pacientes quirúrgicos. Aquellos que enfrentan altos niveles de incertidumbre sobre su pronóstico tienden a mostrar una menor adherencia a las recomendaciones terapéuticas, lo que subraya la conexión directa entre la percepción de incertidumbre y el cumplimiento del tratamiento y relación con el personal de enfermería (24).

Esta complejidad se define como la dificultad que el paciente presenta para entender, anticipar y gestionar los diversos elementos del enfoque terapéutico y quirúrgico. Esto incluye la cantidad de procedimientos prescritos, así como su duración, frecuencia, los posibles efectos adversos y los resultados esperados. La incertidumbre surge cuando el tratamiento es visto como complicado, variable o poco claro, provocando respuestas emocionales como ansiedad, estrés y una sensación de falta de control sobre su salud, sentimientos comúnmente encontrados en el paciente preoperatorio (28,30).

Además, la percepción de complejidad en el tratamiento quirúrgico puede afectar negativamente la adherencia, interferir con la toma de decisiones clínicas y limitar las capacidades de afrontamiento del paciente, complicando así su adaptación a la enfermedad (24).

6.4.3 Como afrontar la incertidumbre

Las estrategias de afrontamiento se entienden como el conjunto de pensamientos y acciones que las personas utilizan para enfrentar situaciones estresantes, con el objetivo de reducir la percepción de amenaza asociada a la vivencia de cirugías. Según Merle Mishel, la incertidumbre es un componente fundamental en la experiencia del paciente, ya que impacta directamente en cómo este interpreta, aborda y se adapta a su estado de salud (25,30).

Para manejar eficazmente la incertidumbre preoperatoria, es esencial que el individuo pueda interpretar y dar significado a los eventos vinculados a su enfermedad. Este proceso tanto cognitivo como emocional transforma la incertidumbre en una oportunidad para un afrontamiento activo y una adaptación positiva, favoreciendo así una mejor integración de la experiencia relacionada con la enfermedad en su vida diaria.

Algunas estrategias en el periodo preoperatorio son importantes, es evaluar el significado de la enfermedad; esto implica reinterpretar la condición, manifestaciones, retos u oportunidades para el aprendizaje y crecimiento personal.

El apoyo social y profesional también juega un papel crucial en el manejo de la incertidumbre. Contar con asesoría de enfermeros especializados, así como el respaldo de familiares, cuidadores o grupos comunitarios, facilita una mejor comprensión del proceso quirúrgico, fortalece las decisiones informadas y ayuda a reducir niveles de ansiedad.

Además, desarrollar habilidades para afrontar resulta vital en esta gestión. Estas habilidades incluyen estrategias cognitivas y emocionales como planificación, organización de actividades y regulación emocional,

que permiten al individuo hacer frente más eficazmente a las exigencias derivadas de su condición.

Abordar esta incertidumbre desde un enfoque integral es fundamental para fomentar un bienestar psicológico adecuado y facilitar una adaptación saludable al proceso de enfermedad (20,26).

6.5 Afrontamiento del apoyo social y familiar

Lo pacientes que serán sometidos a procedimientos quirúrgicos a menudo deben realizar ajustes significativos en su estilo de vida, reorganizando sus rutinas personales, familiares, sociales y laborales para adaptarse a sus nuevas condiciones de salud. Este proceso de adaptación frecuentemente conlleva un aumento gradual en la dependencia física, emocional o funcional, además de un deterioro que afecta considerablemente la calidad de vida del paciente. La necesidad de adaptarse a estas nuevas realidades representa un reto continuo que requiere no solo recursos físicos, sino también emocionales y cognitivos (20,26).

Para facilitar una adecuada adaptación a estas circunstancias, es común que participe activamente un cuidador familiar, quien desempeña un papel central en el cuidado del enfermo. Este cuidador asume diversas responsabilidades como el acompañamiento constante, el cuidado directo, la supervisión de tratamientos médicos, la programación de citas y la administración de medicamentos, así como la toma de decisiones relacionadas cirugías todo lo que tenga que ver con la salud del paciente. Por lo tanto, su presencia se convierte en una base esencial para garantizar la continuidad del cuidado y la estabilidad del individuo enfermo.

No obstante, esta asunción del rol no siempre es realizada de manera planificada ni con los conocimientos necesarios. En muchas ocasiones, los cuidadores familiares se enfrentan a este desafío sin contar con información suficiente sobre el diagnóstico del paciente, las características y complejidad del tratamiento, el pronóstico y los cuidados específicos requeridos. Esta carencia informativa puede generar altos

niveles de incertidumbre, ansiedad y estrés que afectan su capacidad para proporcionar una atención segura y eficaz (25).

Adicionalmente, el desconocimiento y la incertidumbre vivida por el cuidador pueden impactar negativamente en su toma de decisiones, en la adherencia al tratamiento y en la identificación temprana de complicaciones; esto repercute tanto en el estado físico del paciente como en el bienestar emocional y físico del propio cuidador. En este contexto, el cuidador también experimenta una carga emocional y física que puede llevar al agotamiento si no se aborda adecuadamente, lo cual podría resultar en un deterioro mental y una reducción en su calidad de vida. Punto importante que Mishel en su teoría menciona (20,26,31).

6.5.1 Afrontamiento a través de profesional de enfermería

La Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad se presenta como una herramienta esencial para el personal de enfermería en su ejercicio profesional, con el objetivo de facilitar un afrontamiento efectivo en pacientes que serán sometidos a procedimientos quirúrgicos.

La incertidumbre que acompaña al diagnóstico quirúrgico puede provocar una parálisis emocional y generar altos niveles de estrés y ansiedad, lo cual obstaculiza la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas, adherirse al tratamiento y adaptarse a su nueva situación de salud. En este marco, la intervención del personal especialista en cuidado quirúrgico es crucial para mitigar los efectos adversos de esta incertidumbre y fomentar respuestas adaptativas.

A medida que el personal de enfermería desarrolla y aplica habilidades de comunicación terapéutica, proporcionando información precisa, actualizada y adecuada sobre el paciente quirúrgico, los procedimientos diagnósticos, el tratamiento y su evolución, se puede lograr una reducción significativa en el nivel de incertidumbre.

Una comunicación efectiva disminuye la ambigüedad, fortalece la sensación de control y facilita la comprensión del proceso enfermizo, componentes fundamentales para un afrontamiento exitoso (20,24).

Además, para colaborar estrechamente con el paciente, es vital para enfermería para que cree un ambiente seguro que permita la expresión emocional. Deben identificar a tiempo situaciones relacionadas con el estrés, ansiedad o desadaptación e identificar las necesidades emocionales y psicosociales del paciente quirúrgico. Estas intervenciones permiten actuar tempranamente, fortalecer los recursos internos del individuo y prevenir reacciones negativas ante la enfermedad.

Por lo tanto, es importante destacar que en la práctica diaria de enfermería dirigida al cuidado integral del paciente preoperatorio debería considerarse sistemáticamente la aplicación de la Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad. El personal de enfermería asume un papel central como intermediario en la transmisión de información; su responsabilidad incluye ofrecerla adecuadamente, regularla y adaptarla a las características individuales y necesidades tanto del paciente como de su familia. Así, integrar este modelo teórico dentro de la práctica especializada no solo ayuda a reducir incertidumbres sino también a elevar la calidad del cuidado recibido, mejorar los mecanismos de afrontamiento y optimizar la calidad vida para aquellos que enfrentan una intervención quirúrgica (20, 24).

6.5.2 Afrontamiento del apoyo entre pares

El apoyo entre iguales se presenta como un recurso esencial para reducir la incertidumbre y fortalecer la capacidad del paciente para enfrentar las cirugías de manera más efectiva. La interacción con individuos que están atravesando situaciones similares permite validar y normalizar las propias experiencias al compartir síntomas, preocupaciones y emociones comunes, lo que ayuda a mitigar el sentimiento de aislamiento y fomenta un mayor sentido de pertenencia y comprensión mutua (21).

Además, el intercambio de información y estrategias prácticas entre los pacientes promueve una mejor comprensión de la enfermedad y el manejo de sus síntomas. Al compartir vivencias personales, se generan conocimientos prácticos, consejos útiles y alternativas de afrontamiento que complementan la información ofrecida por los profesionales de la salud. Este proceso contribuye a una mayor claridad sobre el desarrollo de la enfermedad y refuerza la percepción de control sobre la situación sanitaria.

Desde una perspectiva emocional, el apoyo entre pares proporciona un respaldo significativo; la empatía, escucha activa y comprensión entre quienes enfrentan circunstancias análogas ayudan a disminuir sentimientos de ansiedad, temor y estrés. Esta contención emocional es fundamental para fortalecer la resiliencia, fomentar una actitud más positiva y facilitar la adaptación psicológica ante la enfermedad (20,24).

6.6 Procedimiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico constituye una modalidad esencial dentro de la atención, ya que implica la realización de una intervención con el propósito de tratar, corregir o resolver una enfermedad o condición específica. Este enfoque terapéutico se emplea con frecuencia cuando otras alternativas no quirúrgicas, como la farmacoterapia, la rehabilitación o las modificaciones en el estilo de vida, resultan insuficientes para controlar la patología o alcanzar mejoras clínicas significativas.

En determinados casos, la cirugía se considera el tratamiento de primera elección, como ocurre en algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, malformaciones congénitas o lesiones graves (24).

La práctica quirúrgica puede clasificarse en diversas categorías de acuerdo con su propósito, grado de urgencia y técnica utilizada. La cirugía de emergencia se realiza en situaciones que representan un riesgo inmediato para la vida o la integridad del paciente. En contraste, la cirugía electiva se programa previamente tras una evaluación clínica integral y un proceso de toma de decisiones compartido entre el profesional de la salud y el paciente, sin que exista un peligro vital inmediato. Por su parte, la cirugía ambulatoria o de corta estancia permite el egreso del paciente el mismo día del procedimiento, favoreciendo una recuperación más rápida y disminuyendo el tiempo de hospitalización.

Asimismo, la cirugía mínimamente invasiva se caracteriza por el uso de técnicas que reducen el tamaño y número de incisiones, lo que se traduce en menor dolor postoperatorio, menor riesgo de complicaciones y una recuperación más acelerada. Finalmente, la cirugía asistida por robot incorpora sistemas tecnológicos avanzados controlados por el cirujano, lo que

posibilita la realización de procedimientos con mayor precisión, estabilidad y control (28).

El tratamiento quirúrgico desempeña un papel fundamental como herramienta terapéutica en el abordaje integral de múltiples afecciones. No obstante, para optimizar tanto los resultados clínicos como la experiencia del paciente, resulta indispensable proporcionar información clara, completa y comprensible sobre el procedimiento, así como promover su participación activa en la toma de decisiones relacionadas con la atención asegurando que comprenda adecuadamente los riesgos y beneficios asociados a la intervención quirúrgica (28,29).

6.7 Paciente en el periodo preoperatorio

Los pacientes que se someten a cirugía son aquellos que necesitan ser admitidos en un hospital para recibir tratamiento por una enfermedad, lesión o condición de salud específica mediante un procedimiento quirúrgico. Estos individuos pueden estar en diferentes fases del proceso quirúrgico: en la preparación para la cirugía, durante el procedimiento mismo o en el periodo de recuperación posterior, cada uno de los cuales presenta necesidades físicas, emocionales y psicológicas únicas (4).

El proceso quirúrgico se divide tradicionalmente en tres fases clave: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. La fase preoperatoria abarca desde la decisión de realizar la cirugía hasta la entrada del paciente en el quirófano; incluye una evaluación clínica exhaustiva, así como la preparación física y emocional del paciente y su familia. La fase intraoperatoria se refiere al momento en que el paciente es llevado al quirófano y recibe la intervención quirúrgica, bajo la supervisión constante de un equipo multidisciplinario especializado. Por último, la fase postoperatoria comprende el periodo posterior a la cirugía, durante el cual se brindan cuidados específicos para facilitar la recuperación, prevenir complicaciones y restaurar progresivamente las funciones del paciente (4).

6.8 Escala de incertidumbre frente a la enfermedad de Merle Mishel

Merle H. Mishel desarrolló la Teoría de la Incertidumbre ante la Enfermedad, que se aplica en diversas etapas del proceso salud-enfermedad, abarcando desde el periodo previo al diagnóstico hasta el diagnóstico mismo y las fases de tratamiento (26,27).

Para complementar su marco teórico, Mishel creó la Escala de Incertidumbre frente a la Enfermedad (MUIS, por sus siglas en inglés Mishel Uncertainty of Illness Scale), cuyo propósito es medir la incertidumbre percibida en contextos clínicos específicos. Este instrumento evalúa cuatro factores clave: ambigüedad, complejidad, inconsistencia o falta de información e imprevisibilidad; todos ellos constituyen elementos centrales de la experiencia de incertidumbre del paciente. Diferentes investigaciones han demostrado que esta escala presenta niveles adecuados de confiabilidad y validez entre diversas poblaciones (6).

La MUIS-C está diseñada para ser utilizada después de la fase diagnóstica, lo que ha facilitado su uso extensivo en estudios con pacientes con enfermedades crónicas. Además, ha sido útil para evaluar la efectividad de intervenciones dirigidas a reducir la incertidumbre y mejorar el afrontamiento y adaptación a la enfermedad.

En América Latina, esta escala fue validada en Chile en 1987 mediante un estudio realizado con pacientes en el servicio de urgencias, donde se evidenciaron altos niveles de confiabilidad interna y correlación adecuada entre los ítems, consolidándose como un instrumento ampliamente empleado en investigación clínica desde entonces (26).

Mishel subraya la importancia de adaptar la escala a cada población específica objeto de estudio para evitar errores en las mediciones y

asegurar así la validez de los resultados. Aunque su versión original fue validada en una población heterogénea, investigaciones posteriores han señalado limitaciones al aplicarla a grupos específicos porque algunos pacientes no logran identificarse completamente con ciertos ítems. Por este motivo, es esencial realizar ajustes redaccionales y llevar a cabo pruebas de validez y confiabilidad para garantizar las propiedades psicométricas del instrumento cuando se aplica a poblaciones particulares (26).

La MUIS ha sido utilizada con éxito en diferentes grupos poblacionales tales como pacientes con enfermedades crónicas, cánceres, enfermedad renal crónica, pacientes en terapia intensiva en el servicio de urgencias, tanto para pacientes como familiares.

Pero aquellos sometidos a cirugía no, debido esta falta de información, fomento mi interés para proponer una adaptación.

Mientras que variantes culturales y lingüísticas han facilitado su aplicación internacional manteniendo al mismo tiempo validez en sus mediciones.

El objetivo principal de esta escala es identificar el nivel percibido de incertidumbre del paciente, permitiendo así diseñar e implementar estrategias orientadas al fortalecimiento del afrontamiento emocional, favoreciendo una mejor adaptación y calidad de vida durante el proceso terapéutico (26).

Los conceptos de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad se miden mediante la Escala de Incertidumbre en la Enfermedad (Mishel, 1981).

La escala original consta de 33 ítems; se ha revisado para poblaciones específicas, como adultos que viven en la comunidad (23 ítems), sobrevivientes de cáncer (22 ítems), niños y adolescentes (22 ítems), padres

de niños hospitalizados (31 ítems) y una versión abreviada de 5 ítems para adultos (Mishel, 1983).

En la escala original cada ítem se califica utilizando una escala tipo Likert que va del 1 (totalmente en desacuerdo) al 5 (totalmente acuerdo). El puntaje total varía entre 33 y 165; valores más altos indican un mayor nivel percibido de incertidumbre por parte del paciente. Esta puntuación ayuda tanto a identificar el grado exacto de incertidumbre experimentado como también guía intervenciones enfermeras enfocadas en mejorar habilidades para afrontar situaciones difíciles, así como optimizar calidad vital general (26).

La Escala de Medición de Incertidumbre frente a la Enfermedad forma comunitaria (M.U.I.S.- C). esta escala contiene 23 reactivos y en cada una de ellos la persona emite su respuesta de acuerdo a una serie de afirmaciones relacionadas con sus cuatro dimensiones: ambigüedad medida por las preguntas 4,6,10,18,19,20,21, complejidad ubicada en las preguntas 1,3,7, inconsistencia por 5,8,9,14,16,23 e imprevisibilidad 2,11,12,13,15,22 (27).

Conceptos centrales	Complejidad	Ambigüedad	Inconsistencia	Imprevisibilidad
Ítems	1,3,7	4,6,10,18,19,20,21.	5,8,9,14,16,23	2,11,12,13,15,22
Valor de la escala de incertidumbre.		Bajo 23 a 53 puntos	Moderado 54 a 84 puntos	Alto 85 a 115 puntos
Antecedentes de la incertidumbre		Dificultad para afrontar los síntomas	Incertidumbre respecto al diagnóstico	Incertidumbre sobre la complejidad del tratamiento

Fuente: elaboración propia.

VII. RESULTADOS.

Incertidumbre y procedimientos quirúrgicos

El tratamiento quirúrgico orientado a la resección o extirpación de órganos constituye una estrategia terapéutica destinada a dar respuesta a diversas patologías que representan necesidades prioritarias de salud en la población. No obstante, este tipo de intervención se asocia con una elevada carga emocional, siendo frecuente la presencia de ansiedad e incertidumbre en los pacientes. Cuando la persona experimenta incertidumbre derivada del proceso patológico o del tratamiento quirúrgico, puede desencadenarse una respuesta de estrés que repercute de manera integral en las dimensiones cognitiva, fisiológica y social (30).

Posterior al procedimiento, el paciente puede enfrentar dolor postoperatorio, pérdida transitoria o definitiva de la función del órgano intervenido y distintos grados de dependencia funcional que limitan su desempeño en las actividades de la vida diaria. Asimismo, son comunes el temor a la recurrencia de la enfermedad, la preocupación por posibles restricciones funcionales y la aparición de malestar psicológico.

La cirugía puede concebirse como una forma de agresión terapéutica, dado que implica alteraciones anatómicas y fisiológicas derivadas de la incisión quirúrgica, la interrupción de la integridad cutánea, el sangrado y la extracción del órgano afectado. Paralelamente, en el ámbito psicoemocional emergen respuestas como miedo, angustia, duda, expectativa e incertidumbre. Sin embargo, estos componentes psicológicos suelen ser subestimados en el abordaje multidisciplinario, al priorizarse los aspectos técnicos y clínicos del procedimiento (30,31).

Los pacientes sometidos a la resección de un órgano experimentan con frecuencia sentimientos ambivalentes. Aunque la intervención quirúrgica suele ser indispensable como medida terapéutica, se acompaña de múltiples percepciones, expectativas y representaciones subjetivas en torno a sus resultados. Tales expectativas pueden generar un impacto emocional significativo, capaz de alterar el equilibrio fisiológico y comprometer el bienestar integral. Independientemente de la magnitud del procedimiento, la cirugía puede vivirse como una amenaza, no solo por la alteración de la integridad corporal, sino también por la vulnerabilidad emocional que se deriva del miedo y la incertidumbre.

En este escenario cobra relevancia el constructo de incertidumbre en la enfermedad, conceptualizado por Merle H. Mishel en su Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad. Este marco teórico plantea que la insuficiencia de información clara, estructurada y comprensible constituye uno de los principales desencadenantes de incertidumbre. Por ello, resulta imprescindible fortalecer la comunicación terapéutica entre el profesional de la salud y el paciente, considerando además variables como el perfil sociodemográfico, el nivel educativo y la condición socioeconómica, las cuales pueden influir en la interpretación y afrontamiento del proceso quirúrgico (31).

Finalmente, la incertidumbre experimentada por pacientes sometidos a la extirpación de órganos requiere mayor visibilización y profundización en el ámbito sanitario, a fin de que sus dimensiones emocionales y psicosociales adquieran un papel central en la planificación del cuidado especializado y en la práctica clínica basada en evidencia (30).

Cuidado humanizado y procedimientos quirúrgicos

La incorporación de los principios de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson en la atención quirúrgica puede contribuir significativamente tanto a la optimización de los resultados clínicos como al mejoramiento de la experiencia del paciente y su familia.

En este sentido, Mailhot et al. destacan la relevancia de integrar activamente a la familia en el manejo del delirio postquirúrgico, lo cual refuerza el principio de las relaciones de cuidado transpersonales, consideradas fundamentales en la práctica enfermera (32,33).

De manera complementaria, Evangelista et al. subrayan la importancia del cuidado espiritual en pacientes quirúrgicos, particularmente en contextos de cuidados paliativos, alineándose con los postulados de Watson que reconocen la dimensión espiritual como componente esencial del cuidado integral. Este enfoque favorece una atención que trasciende lo biomédico, promoviendo la conexión humana, el significado y la trascendencia como elementos terapéuticos (32).

Por otro lado, Griffin et al. señalan que la adopción de un modelo de cuidado humanizado no solo impacta positivamente en los pacientes, sino que también mejora la calidad de vida profesional de las enfermeras, al fomentar entornos laborales más seguros, reflexivos y empáticos. Esto sugiere que la teoría de Watson no solo fortalece la relación terapéutica, sino que también contribuye al bienestar organizacional y al desarrollo de enfermería especializada.

La aplicación de los principios de la Teoría del Cuidado Humano de Watson en el ámbito quirúrgico. La evidencia examinada demuestra que su implementación favorece la humanización del cuidado de enfermería, permitiendo abordar de manera holística las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales del paciente. Asimismo, se observa un fortalecimiento del vínculo terapéutico entre enfermeras, pacientes y familias, consolidando

un entorno de cuidado transpersonal basado en la empatía y el respeto (32,33).

No obstante, su implementación enfrenta desafíos relevantes, entre ellos la insuficiente formación específica en los principios de Watson y las diferencias culturales que pueden influir en su aplicación práctica. Estas limitaciones evidencian la necesidad de adaptar este marco teórico a los contextos quirúrgicos y socioculturales particulares, garantizando su pertinencia y efectividad en la práctica clínica especializada (32).

Relación de la incertidumbre y el cuidado humanizado

Los procedimientos quirúrgicos dirigidos a la resección o extirpación de órganos constituyen intervenciones terapéuticas fundamentales para el tratamiento de diversas patologías; sin embargo, su repercusión excede la esfera estrictamente biológica. Desde una perspectiva clínica, la cirugía implica una agresión terapéutica controlada que compromete la integridad anatómica y fisiológica del individuo. No obstante, desde el plano psicoemocional, representa una experiencia potencialmente amenazante que puede desencadenar ansiedad, temor, vulnerabilidad e incertidumbre.

La incertidumbre, conceptualizada por Merle H. Mishel como la incapacidad para atribuir significado a los eventos relacionados con la enfermedad y su tratamiento, adquiere particular relevancia en el contexto quirúrgico. La ambigüedad diagnóstica, la complejidad del procedimiento, la imprevisibilidad de los resultados y el riesgo de secuelas funcionales configuran un escenario que favorece respuestas de estrés con repercusiones cognitivas, emocionales, fisiológicas y sociales. A pesar de su impacto en la recuperación y en la calidad de vida, estas dimensiones subjetivas suelen quedar relegadas frente a la priorización de los aspectos técnicos y biomédicos del acto operatorio (30,31).

Ante este panorama, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson emerge como un marco conceptual pertinente para abordar integralmente la experiencia quirúrgica. Su propuesta, centrada en la relación de cuidado transpersonal, la presencia auténtica, la empatía y el reconocimiento de la dimensión espiritual, permite trascender el modelo biomédico tradicional e incorporar una visión holística del paciente como ser bio-psico-social y espiritual.

La evidencia científica señala que la aplicación de estos principios en el ámbito perioperatorio fortalece el vínculo terapéutico entre enfermeras, pacientes y

familias, favorece la participación activa del entorno familiar en el proceso de recuperación y promueve el acompañamiento espiritual en situaciones de alta vulnerabilidad. Estas intervenciones no solo optimizan la vivencia subjetiva del paciente, sino que también se asocian con mejores resultados clínicos, mayor satisfacción con la atención recibida y entornos laborales más humanizados para el personal de enfermería (32,33).

En consecuencia, puede establecerse una relación sustantiva entre la incertidumbre quirúrgica y el cuidado humanizado: mientras la primera surge de la percepción de amenaza, ambigüedad y pérdida de control, el segundo ofrece herramientas terapéuticas orientadas a resignificar la experiencia, fortalecer el afrontamiento y restituir el sentido de seguridad. Estrategias como la comunicación clara y estructurada, el acompañamiento emocional continuo, la inclusión de la familia y la atención a las necesidades espirituales constituyen intervenciones clave para mitigar la incertidumbre y favorecer una adaptación positiva al proceso quirúrgico.

VIII. CONCLUSIONES.

El cuidado humanizado representa un pilar fundamental en la práctica de enfermería y constituye una estrategia esencial para mejorar la calidad de la atención y los resultados clínicos de los pacientes, particularmente en contextos de alta vulnerabilidad como el periodo preoperatorio. Durante esta etapa, los pacientes experimentan con frecuencia ansiedad, miedo e incertidumbre ante la posibilidad de enfrentar procedimientos invasivos, riesgos potenciales y resultados inciertos. Cuando estas respuestas emocionales superan la capacidad de afrontamiento del individuo, pueden afectar negativamente la evolución clínica, incrementando la percepción del dolor, retrasando la recuperación y prolongando la estancia hospitalaria.

Desde la Teoría de la Incertidumbre de Merle Mishel, se comprende que la incertidumbre surge ante la ambigüedad, complejidad e imprevisibilidad de los acontecimientos relacionados con la enfermedad y el tratamiento, especialmente cuando la información resulta insuficiente o difícil de comprender. En este contexto, el cuidado humanizado adquiere un valor terapéutico, ya que, mediante la empatía, la escucha activa, la comunicación clara y el acompañamiento emocional, el profesional de enfermería contribuye a disminuir la percepción de amenaza, fortalecer la sensación de seguridad y favorecer la adaptación del paciente al proceso quirúrgico.

La relación enfermera-paciente, basada en la confianza y en el reconocimiento del individuo como un ser integral con necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, permite transformar la experiencia hospitalaria en un proceso más humano y seguro. De esta manera, el cuidado no se limita únicamente a la ejecución de procedimientos técnicos, sino que incorpora dimensiones emocionales, éticas y relacionales que fortalecen el bienestar integral del paciente.

En este sentido, el trato digno y el respeto a la dignidad humana constituyen principios esenciales dentro del cuidado humanizado y de la calidad de la atención sanitaria. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud no solo deben mejorar las condiciones de salud de la población y garantizar protección financiera, sino también responder adecuadamente a las expectativas no médicas de los usuarios, concepto denominado “capacidad de respuesta”. En México, este enfoque se adapta como “Índice de Trato”, el cual refleja la experiencia cotidiana de los pacientes durante su interacción con los servicios de salud.

El trato digno trasciende la cortesía y comprende acciones fundamentales como proporcionar información clara y suficiente, respetar la autonomía del paciente, mantener la confidencialidad, actuar con empatía y prudencia, así como acompañar emocionalmente a la persona durante su proceso de salud-enfermedad. Estas acciones encuentran su fundamento en la dignidad humana, entendida como el valor inherente de toda persona y reconocida en instrumentos internacionales y nacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución Mexicana y la Ley General de Salud.

No obstante, diversos sistemas sanitarios continúan priorizando aspectos técnicos y administrativos sobre las necesidades emocionales y humanas de los pacientes, lo que evidencia la necesidad de fortalecer mecanismos que permitan evaluar y garantizar una atención verdaderamente humanizada. Ante ello, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) representa una herramienta fundamental para monitorear y evaluar la calidad de los servicios de salud en México.

Dentro de este sistema, el indicador de calidad de enfermería “Trato Digno” adquiere especial relevancia, ya que permite valorar no solo la competencia técnica del profesional de enfermería, sino también su capacidad para brindar cuidados éticos, respetuosos y centrados en la persona. Aspectos como dirigirse al paciente por su nombre, mantener una comunicación empática, respetar la privacidad, escuchar activamente sus necesidades y proporcionar apoyo emocional constituyen

elementos esenciales para fortalecer la confianza y disminuir la ansiedad e incertidumbre, especialmente en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Asimismo, la implementación sostenida del cuidado humanizado enfrenta desafíos importantes relacionados con la sobrecarga laboral, la insuficiencia de recursos humanos y las limitaciones institucionales, factores que pueden dificultar la construcción de relaciones terapéuticas significativas. Por ello, resulta indispensable que las instituciones de salud integren la humanización como eje estratégico de sus políticas organizacionales, promuevan la formación continua del personal de enfermería y fortalezcan competencias socioemocionales y comunicativas que permitan preservar la esencia humanística del cuidado.

En conclusión, el cuidado humanizado, el trato digno, el respeto a la dignidad humana y los indicadores de calidad en salud constituyen elementos interdependientes que orientan la práctica de enfermería hacia una atención integral, ética y centrada en la persona. Su aplicación no solo mejora la calidad asistencial y los resultados clínicos, sino que también disminuye la ansiedad y la incertidumbre en el periodo preoperatorio, fortalece la experiencia del paciente y reafirma el papel fundamental de la enfermería como disciplina comprometida con el bienestar físico, emocional y humano de las personas.

IX. REFERENCIAS.

1. Reyes-Torres, S. B., Mayorga-Ponce, R. B., Sánchez-Padilla, M. L., & Roldan-Carpio, A. (2022). El profesional de enfermería & el cuidado humanizado. Educación y Salud. Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud, 10(20), 83–85.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view>
2. Gutiérrez Fierro, M. L. (2024). Factores que influyen en el cuidado humanizado de enfermería: teoría de Jean Watson [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Morelos]. Repositorio Institucional de Acceso Abierto (RIAA-UAEM).
<https://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/4798/GUFLRS06T.pdf>
3. MENDEZ TOLEDO, Josefina Rosalmary. Beneficios, desafíos y estrategias en la implementación del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización: revisión narrativa. Enfermería (Montevideo) [online]. 2025, vol.14, n.1, e4309. Epub 01-Jun-2025. ISSN 1688-8375. <https://doi.org/10.22235/ech.v14i1.4309>
4. Morales Chumacero V. Tendencias del cuidado de calidad en enfermería del paciente quirúrgico [Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021 [citado 13 de agosto de 2025]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10331/Tendencias_MoralesChumacero_Vanessa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Mishel, M. A. La incertidumbre frente a la enfermedad. En: Alligood, M. R., editor. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. St. Louis: Elsevier; 2003. (Revisado el 1 abril de 2025) p. 561-571.
6. Bailey DE Jr., Yao J, Yang Q. Illness Uncertainty in Patients Awaiting -- 633Liver Transplant. West J Nurs Res. 2021 Jun;43(6):509-516. [citado el 11 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10354739/>

7. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M. D., Lasater, K. B., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., -Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Sermeus, W. (2021). Nurse staffing and education and hospital mortality: A multinational retrospective observational study. *The Lancet*, 398(10311), 1905–1913. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-5)
8. Pérez-Fuentes, M. D., Molero Jurado, M. M., Gázquez Linares, J. J., & Oropesa Ruiz, N. F. (2021). The role of emotional intelligence in engagement in nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 634. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020634>
9. Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2022). Patient-centered care in surgical settings: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5–6), 678–689. <https://doi.org/10.1111/jocn.15995>
10. Lee, S. Y., Kim, J. H., & Lee, S. H. (2022). Patient safety perception and nursing care quality: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00821-0>
11. Wei, H., Hardin, S. R., & Watson, J. (2021). A review of the theoretical framework of compassionate care in nursing. *Nursing Ethics*, 28(7–8), 1231–1245. <https://doi.org/10.1177/0969733020961824>
12. Rodríguez-Martín, B., Martínez-Andrés, M., Notario-Pacheco, B., & Martínez-Vizcaíno, V. (2023). Emotional care and its relationship with patient satisfaction in surgical settings. *Nurse Education Today*, 120, 105634. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105634>
13. Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2022). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, 10(3), 350. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030350>

14. Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). Communication in nurse–patient interaction in healthcare settings: A scoping review. *Nursing Open*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/nop2.842>
15. World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
16. Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2021). Communication in nursing practice. *Materia Socio Medica*, 33(1), 65–67. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.65-67>
17. Griffiths, P., Ball, J., Bloor, K., Böhning, D., Briggs, J., Dall’Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Simon, M., & Smith, G. B. (2022). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: Retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 31(2), 123–130. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011294>
18. Elwyn, G., Frosch, D. L., & Kobrin, S. (2022). Implementing shared decision-making: Consider all the consequences. *BMJ*, 377, e068250. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068250>
19. Johnson LM, Zautra AJ, Davis MC. The role of illness uncertainty on coping with fibromyalgia symptoms. *Health Psychol.* 2021 nov;25(6):696-703. [citado el 03 de julio de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2570257/>
20. Serrano Angarita NS. Narrativa de enfermería: teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad (Generación de contenidos impresos N.º 29). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2023. [citado el 27 de junio de 2025]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/99347583-f532-4b96-a8ec-48d4cccc1350/content>
21. Beristain-García Isabel, Álvarez-Aguirre Alicia, Huerta-Baltazar Mayra Itzel, Casique-Casique Leticia. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. *Sanus [revista en la Internet]*. 2022 dic [citado 2025 Jul 03]; 7: e212. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942022000100102&lng=es. Epub 08-Abr-2022. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>.

22. Kaplan RL, Busaniche J. Incertidumbre en medicina: traducción, adaptación transcultural y aplicación de una escala para evaluar su tolerancia [Uncertainty in medicine: translation, transcultural adaptation and application of a scale to assess its tolerance]. *Medicina (B Aires)*. 2022;82(2):217-222. Spanish [citado el 11 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/35417385.pdf>
23. Helou MA, Diaz Granados D, Ryan MS, Cyrus JW. Uncertainty in Decision Making in Medicine: A Scoping Review and Thematic Analysis of Conceptual Models. *Acad Med*. 2020 Jan;95(1):157-165. [citado el 11 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6925325/>
24. Ramos-De la Medina Antonio, Torres-Cisneros Juan Roberto. La cirugía como problema de salud pública en México y el concepto de cirugía global. *Cir. gen [revista en la Internet]*. 2020 Mar [citado 2025 Abr 08]; 42(1): 57-60. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992020000100057&lng=es. E pub 24-Sep2021. <https://doi.org/10.35366/92713.16>
25. Rodríguez Fernández Senén. Tendencias históricas en la formación de los cirujanos generales a nivel mundial. *Educ Med Super [Internet]*. 2022 sep. [citado 2025 Abr 11]; 36(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412022000300012&lng=es
26. Rodríguez Fernández Senén. Tendencias históricas en la formación de los cirujanos generales a nivel mundial. *Educ Med Super [Internet]*. 2022 sep. [citado 2025 Abr 11]; 36(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412022000300012&lng=es

27. Mishel, M. A. La incertidumbre frente a la enfermedad. En: Alligood, M. R., editor. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. St. Louis: Elsevier; 2011. (Revisado el 2 de abril de 2025) p. 599-511
28. Redalyc.org. [citado el 7 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3587/358771736005/html/>
29. Fernández-Araque A, Gómez-Castro J, Giaquinta-Aranda A, Verde Z, Torres-Ortega C. Mishel's model of uncertainty describing categories and subcategories in fibromyalgia patients, a scoping review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020;17(11):3756. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17113756>
30. Hinojosa García L. Alonso Castillo M.M. García, P. Jiménez Martínez. A.A. Armendáriz García. Incertidumbre y afrontamiento en familiares de personas dependientes del alcohol: apoyo social y espiritualidad Enfermería universitaria. N.A Universidad Autónoma de Nuevo León, México. vol. 17, núm. 4, pp. 415-424, 2020. [citado el 7 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3587/358771736005/html/>
31. Martínez-Royert. Judith, Rostegui Santander María Alejandra. Incertidumbre frente a la enfermedad renal crónica. Revista Salud Uninorte, vol. 36, núm. 2, pp. 489-505, 2020. Fundación Universidad del Norte, División de Ciencias. [citado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.6>
32. Diccionario De La Lengua Real Academia Española. Incertidumbre. [citado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/incertidumbre>
33. Eveloping Mid-Range Theories for the Maturation of Nursing Care in Colombia. Aquichan [online]. 2021, vol.21, n.4, e2146. Epub Dec 03, 2021. ISSN 1657-5997. [citado el 03 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.4.6>.
34. Desarrollo de las teorías de medio alcance en enfermería. Rev. Bras. Enferm. 73 (1) • 2021. [citado el 03 de julio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>

35. Johnson Castro María Inés, Hurtado Arenas Paulina. LA INCERTIDUMBRE FRENTE A LA ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER. Cienc. enferm. [Internet]. 2021 abr [citado 2025 Jul 04]; 23(1): 57-65. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000100057&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000100057>
36. Clínica Universidad de Navarra. Tratamiento quirúrgico [Internet]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2023 [citado 13 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tratamiento-quirurgico>
37. Clínica Universidad de Navarra. Tratamiento quirúrgico [Internet]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2023 [citado 13 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tratamiento-quirurgico>
38. Brito-Brito PR, García-Tesouro E, Fernández-Gutiérrez DA, García-Hernández AM, Fernández-Gutiérrez R, Burillo-Putze G. Validación de la escala de incertidumbre ante la enfermedad en pacientes y acompañantes que acuden a un servicio de urgencias. Emergencias;30(2):105–114. doi: PMID: 29547233.
39. Brito-Brito PR, García-Tesouro E, Fernández-Gutiérrez DA, García-Hernández AM, Fernández-Gutiérrez R, Burillo-Putze G. Validación de la escala de incertidumbre ante la enfermedad en pacientes y acompañantes que acuden a un servicio de urgencias. Emergencias;30(2):105–114. doi: PMID: 29547233.
40. Herrero Jaén Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. [Internet] [citado 2025 Abr 10]; 10(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es.

41. Seguridad del paciente [Internet]. Who.int. [citado el 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patientsafety>
42. Oliveira, T. M. G., & de Jesus, C. A. C. (2022). Uncertainty expression in surgical patients of organ removal: A cross-sectional study. *Enfermería Global*, 21(65), ¿233–? <https://doi.org/10.6018/eglobal.482911>
43. MARTINS GOMES DE OLIVEIRA, ALVES COSTA DE JESUS, Cristine. Expresión de la incertidumbre en pacientes quirúrgicos por extracción de un órgano: un estudio transversal. *Enferm. glob.* [online]. 2022, vol.21, n.65, pp.203-247. Epub 28-Mar-2022. ISSN 1695-6141. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.482911>
44. Junia-Tituanaña, K. E., Tirado-Cunalata, C. A., & Gómez-Martínez, N. (2024). Teoría del cuidado humano de Watson en la atención quirúrgica: Revisión sistemática. *Sanitas. Revista arbitrada de ciencias de la salud*, 3(especial enfermería Ambato), 1–8. <https://doi.org/10.62574/6pv21f52>
45. Afonso, S. R., Padilha, M. I., Neves, V. R., Elizondo, N. R., & Vieira, R. Q. (2024). Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(2), e20230231. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0231>

X. APÉNDICES Y ANEXOS.

Tabla 1. Factores de cuidado y procesos de caridad.

Factores de cuidado y procesos de caridad

Factores de cuidado	Procesos de calidad
La formación de un sistema de valores altruista-humanista	Práctica de la amabilidad amorosa y la ecuanimidad en el contexto de la conciencia del cuidado
Instilación de la fe esperanza cultivo de la sensibilidad sobre el propio yo y el de los demás.	Estar auténticamente presente ser facilitador y mantener un sistema de creencias profundo en realidad el mundo subjetivo en uno mismo y de las personas a las que se atiende.
Desarrollo de una relación de ayuda confianza convertirse en autores de una relación de cuidado humano de ayudar confianza	Cultivo de las propias prácticas espirituales iré yo transpersonal ir más allá del propio ego. Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidado basado en la auténtica ayuda confianza.
Fomento y aceptación de la expresión de sentimientos negativos y positivos uso sistemático del método de resolución de problemas científico para la toma de decisiones Conseguir un uso sistemático del proceso del cuidado basado en la resolución de problemas creativa.	Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos negativos y positivos con como conexión con un espíritu más profundo y con el propio yo y el de las personas a las que se cuida. Uso creativo del yo y de todas las formas de conocimiento como parte del proceso del cuidado; participación con el arte de las prácticas del cuidado curación. Implicación en la experiencia de enseñanza aprendizaje genuina que atiende la unidad de ser y significado tratando de permanecer dentro de los marcos de referencia de los demás
Fomento de la enseñanza aprendizaje transpersonal. Logro de un entorno mental físico social y espiritual de apoyo protección y/o corrector. Ayuda en la cobertura de necesidades humanas autorización de fuerzas existenciales fenomenológicas momento de la autorización de las fuerzas existenciales fenomenológicas espíritu.	Creación de un entorno de curación a todos los niveles (físico y no físico entorno sutil de energía y conciencia en la que la en naranja y se potenció a la plenitud belleza a la comunidad la dignidad y la paz). Ayuda las necesidades básicas con una conciencia de cuidado intencionada y trata de administrar los aspectos esenciales del cuidado humano pero también potencia la alineación entre la mente el cuerpo y el espíritu la plenitud y la unidad de ser en todos los aspectos del cuidado. Apertura y atención de las dimensiones espiritual misteriosa y existencial de la vida muerte propia del cuidado del alma propia de aquellos a los que se pide

Modificado de Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring* (pp.9-10). Boston: Little, Brown (factores de cuidado), y Watson, J. (2008) *Nursing: The philosophy and science of caring. Revised & Updated Edition*. Boulder, CO: University Press of Colorado (procesos de caridad).

Tabla 2. Bases teóricas de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad,

BASES TEÓRICAS DE LA TEORÍA DE LA INCERTIDUMBRE.	
Teoría de la ambigüedad de Bruner y Postman (1949)	Mishel adopta la idea de que la ambigüedad en la información impide que las personas comprendan y den significado a los eventos, lo que genera incertidumbre.
Teoría de los sistemas de Von Bertalanffy (1968)	Considera al paciente y su entorno como un sistema de interacción constante, donde la incertidumbre es un factor dinámico que afecta el equilibrio del individuo.
Teoría del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman 1984	Relaciona la incertidumbre con el estrés y la adaptación, sugiriendo que las personas enfrentan la incertidumbre con estrategias de afrontamiento, ya sea reduciéndola o encontrando maneras de convivir con ella.
Teoría del aprendizaje cognitivo de Piaget	Explica como las personas procesan la información nueva y se adaptan a situaciones inciertas basándose en su conocimiento previo y sus esquemas mentales.
Teoría del Caos	Explica el modo en que la sensación prolongada de incertidumbre puede servir de catalizadores para hacer cambiar la perspectiva de la persona. Estrés, sistemas de afrontamiento, adaptación

Fuente: Creación propia, inspirado en Mishel, M. A. La incertidumbre frente a la enfermedad. En: Alligood, M. R., editor. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. St. Louis: Elsevier; 2011

Tabla 5. Bases epistemológicas de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad.

BASES EPISTEMOLÓGICAS DE LA TEORÍA DE INCERTIDUMBRE.	
Paradigma Positivista Inferencial (en su primera versión)	Inicialmente veía la incertidumbre como algo negativo, basándose en la idea de que más información reduciría el estrés y facilitaría la adaptación.
Paradigma Constructivista (en su versión revisada)	Con el tiempo, Mishel reformulo su teoría, considerando que a incertidumbre no siempre es negativa, sino que puede representar una oportunidad para la transformación y el crecimiento personal.
Fenomenología y Perspectiva Interpretativa	Se centra en la experiencia subjetiva del paciente, reconociendo que la percepción de la incertidumbre varía según la persona y su contexto.
Enfoque Humanista en la Salud	Destaca la importancia del cuidado centrado en el paciente y la empatía como herramientas para ayudar a las personas a afrontar la incertidumbre.

Fuente: creación propia, inspirado en Mishel, M. A. La incertidumbre frente a la enfermedad. En: Alligood, M. R., editor. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. St. Louis: Elsevier; 2011

Tabla 6 Conceptos centrales de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad.

CONCEPTOS CENTRALES DE LA TEORÍA.	
Incertidumbre	Es la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán.
Esquema cognitivo	Interpretación subjetiva de la persona con respecto a su enfermedad, tratamiento y hospitalización
Marco de estímulos	La forma, composición y estructura de los estímulos que percibe una persona.
Tipología de síntomas	Grado en que los síntomas se presentan con la suficiente consistencia como para ser percibidos como un modelo o configuración
Familiaridad de los hechos	Supone el grado en que la situación es repetitiva, habitual o reconocible
Coherencia de los hechos	Coherencia que existe entre lo esperado y lo experimentado en los hechos de la enfermedad
Fuentes de la estructura	Representan los recursos existentes para atender a la persona en la interpretación del marco de estímulos
Autoridad con credibilidad	Es el grado de confianza que la persona tiene en el personal sanitario que le atiende
Apoyo social	Es aquel que influye en el nivel de incertidumbre cuando se ayuda a la persona en su interpretación de significado de los hechos

Capacidades cognitivas	Habilidades de la persona para procesar la información y reflejar tanto capacidades innatas como la respuesta a la situación
Inferencia	La inferencia se refiere a la evaluación de la incertidumbre utilizando el recuerdo de experiencias relacionadas
Ilusión	Se refiere a las creencias que nacen de la incertidumbre
Adaptación	Refleja el comportamiento biopsicosocial mostrado dentro de la variedad de comportamientos comunes de la persona, definido de manera individual
Nueva perspectiva de la vida	Representa la reformulación de un nuevo sentido del orden de las cosas que resulta de la integración de una continua incertidumbre

Fuente: Mishel, M. A. La incertidumbre frente a la enfermedad. En: Alligood, M. R., editor. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. St. Louis: Elsevier; 2011

Escala original de incertidumbre MUISC.

Escala Incertidumbre Frente a la Enfermedad

Forma Comunitaria (MUIS –C), Mishel, 1989

Estandarización y validación por: Pérez. B, Hernández. C, Morales. R, Landeros. O, 2011
 Instrucciones: Por favor lea cada oración, tómese su tiempo y piense lo que dice cada una de ellas. Después coloque una X bajo la columna que mide más exactamente la manera en que se está sintiendo HOY, respecto a su enfermedad; si está de acuerdo con la oración entonces marque, ya sea bajo: “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo”, si está en desacuerdo con la oración 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 una de ellas.

Respecto a mi enfermedad

1. No sé qué está mal en mí.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>
2. Tengo muchas preguntas sin respuesta.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>
3. No estoy seguro de que mi enfermedad esté mejorando o empeorando.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>
4. No tengo claro qué tan fuerte será el dolor.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>
5. Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>
6. Tengo claro para qué sirve cada tratamiento.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>
7. Mis síntomas siguen cambiando inesperadamente.				
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

Respecto a mi enfermedad

19. Estoy seguro de que no encontrarán otra cosa mal en mí.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

20. El tratamiento que estoy recibiendo tiene una conocida probabilidad de éxito.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

21. No me han dado un diagnóstico específico.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

22. La gravedad de mi enfermedad ha sido determinada.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

23. Los doctores y enfermeras utilizan un lenguaje cotidiano para que pueda entender lo que me están diciendo.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

17. La efectividad del tratamiento no está determinada.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

18. Debido al tratamiento, lo que puedo y no puedo hacer es variable.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<u> (5) </u>	<u> (4) </u>	<u> (3) </u>	<u> (2) </u>	<u> (1) </u>

Fuente: MUISC Merle Mishel 1989