



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
PACIENTES AL SALIR DE UCI EN HOSPITAL SAN JOSE
DE CHINCHA ,2021

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS

AUTOR:

LIC. CÓRDOVA CASTILLO, ANGHELA FIORELLA BETTSY

<https://orcid.org/0000-0003-4875-6061>

ASESOR:

Mg. PURIZACA CURO, ROXANA MARISEL

<https://orcid.org/0000-0002-9989-6972>

LIMA – PERÚ

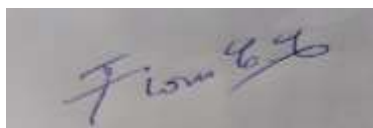
2022

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, Anghela Fiorella Bettsy Córdova Castillo, con DNI 44364933, en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS de título "Síntomas de Estrés Postraumático en pacientes al salir de UCI en Hospital San José de Chincha ,2021", **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**¹ que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de **23%** y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 30 días del mes de noviembre del año 2022.



Anghela Fiorella Bettsy Córdova castillo
DNI 44364933



Mg. Purizaca Curo, Roxana Marisel
DNI 02894992

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

¹ Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

INFORME DE ORIGINALIDAD - TURNITIN

CORDOVA_CASTILLO_ANGHELA_FIORELLA_BETTSY.docx

REPORT DE ORIGINALIDAD

23%

ÍNDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

LISTA DE FUENTES

1	repositorio.uma.edu.pe Fuente de internet	7%
2	hdl.handle.net Fuente de internet	5%
3	www.medintensiva.org Fuente de internet	2%
4	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de internet	2%
5	repositorio.unp.edu.pe Fuente de internet	2%
6	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de internet	1%
7	uma.edu.pe Fuente de internet	1%
8	Submitted to Universidad de las Islas Baleares Trabajo del estudiante	1%
9	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de internet	1%

10	ipops.pe Fuente de ingresos	1%
11	dialnet.unirioja.es Fuente de ingresos	1%
12	Submitted to Universidad de Cádiz Trabajo del estudiante	1%

Excluidos: Activo Excluidos constitucionales: + 1%

Factor bibliográfico Activo

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
I.INTRODUCCIÓN.....	6
II.MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
ANEXOS.....	28

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN.....	29
ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	33
ANEXO D. HOJA DE INFORME DE SIMILITUD.....	37

RESUMEN

Objetivo: Determinar los síntomas de estrés postraumático en pacientes al salir de UCI. **Materiales y métodos:** es una investigación con enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de corte descriptivo. Las unidades muestrales estarán compuestas por 50 pacientes atendidos de Febrero a Junio del 2021 en el área de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chincha. El instrumento validado previamente es una lista de cotejo politómica, la variable estrés postraumático se mide con 4 dimensiones con valores finales Alto de 40-63 puntos, moderado de 20-39 y bajo de 0-19. **Resultados:** los resultados serán presentados en tablas y gráficos estadísticos, según el análisis cuantitativo **Conclusiones:** el presente estudio brindara aportes acerca del apoyo emocional que reciben los pacientes en las unidades de UCI, el cual va a repercutir en los síntomas postraumáticos al salir de dicha unidad.

PALABRAS CLAVE: Estrés; Trastorno por Estrés Postraumático; Unidades de Cuidado DeCS.

ABSTRACT

Objective: To determine the symptoms of post-traumatic stress in patients when leaving the ICU. **Materials and methods:** It is an investigation with a quantitative approach, with a non-experimental descriptive design. The sample units will be made up of 50 patients treated from February to June 2021 in the Intensive Care Unit area of the San José de Chincha Hospital. The previously validated instrument is a polytomous checklist, the post-traumatic stress variable is measured with 4 dimensions with high final values of 40-63 points, moderate of 20-39 and low of 0-19. **Results:** the results will be presented in tables and statistical graphs, according to the quantitative analysis **Conclusions:** the present study will provide contributions about the emotional support received by patients in ICU units, which will affect post-traumatic symptoms when leaving said unit. Unit.

Key words: Stress; Post Traumatic Stress Disorder; Care Units DeCS.

I.-INTRODUCCION

A nivel mundial el permanecer en la unidad de cuidados intensivos también tiene consecuencias negativas para la salud mental, ya que entre el 10 y el 50 % de los pacientes desarrollan problemas mentales. Las principales condiciones son; ansiedad la cual se va a manifestar en alrededor del 70 % de los supervivientes, depresión en el 30 % y TEPT en el 27 % (1).

Un estudio en España mostró que los sobrevivientes de la UCI a menudo experimentan síntomas de ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático que afectan negativamente su calidad de vida. La ansiedad, la depresión y los síntomas relacionados con el PTSD son comunes dentro del mes posterior al alta de la unidad (>50%). En el grupo que recibió sedación intensa, la proporción de alteraciones psicoemocionales fue generalmente mayor (hasta >80%), pero en cuanto a la intensidad de los síntomas se comportaron de forma similar al grupo que no recibió sedación intensa (2). Además, otro estudio realizado en España reveló que el delirio se considera el déficit neurológico más común en la unidad de cuidados intensivos y ocurre en el 80% de los pacientes con ventilación mecánica y en el 50% de los pacientes con ventilación espontánea. Alrededor del 40 % de los pacientes ancianos que desarrollan delirio en la UCI continúan delirando después de la UCI, y el 35-40 % de los pacientes hospitalizados con delirio mueren dentro de un año. Se ha demostrado que la presencia de delirio se asocia con una mayor duración de la estancia en la UCI, más días de ventilación mecánica, una mayor relación costo/paciente y una mayor mortalidad (3).

En otro estudio europeo se recomienda “centrar los esfuerzos de rehabilitación en los tres dominios posteriores a la UCI: mental, físico y cognitivo”. Los programas de rehabilitación física para pacientes ambulatorios varían, pero generalmente son de 6 a 12 semanas después del alta y pueden incluir ejercicio, sesiones de terapia familiar, terapia de telemedicina y rehabilitación cognitiva. Este estudio se basó en un programa de rehabilitación cognitiva y física, el cual después de 12 semanas mejoraba significativamente la función cognitiva de los pacientes (4).

Según el estudio europeo los pacientes críticos experimentan altos niveles de estrés, no solo físico sino también psicológico, durante su estancia en el hospital. Entre los sobrevivientes, se estima que el 30% de los pacientes pueden tener depresión, el 70% ansiedad y el 10-50% trastorno de estrés postraumático (TEPT) (interpretado como malos recuerdos traumáticos). Pesadillas, insomnio y angustia mental con intentos de evitar la memoria) pueden persistir hasta 14 años después del alta hospitalaria y es más común el trauma (hasta 60%) en pacientes elegibles, baja educación, abuso de alcohol o enfermedad mental previa (5).

Un estudio brasileño de estrés postraumático debido a la hospitalización revela que en la unidad de cuidados intensivos se mostró una prevalencia del 24.4%. Otro estudio realizado en Paraná, Brasil, que involucró a pacientes con ventilación mecánica, encontró que 14,5% participantes tenían síntomas asociados con esa enfermedad. Los datos de 10 revisiones sistemáticas sobre este tema respaldan este punto de vista, lo que sugiere una prevalencia general entre 17 y 30% (6).

Por otra parte en EE.UU se reveló un estudio donde explican que el delirio es bastante común entre los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. La incidencia del delirio varía según el factor, pues por otro lado, una incidencia estimada del 31,8% tiene una duración media de 3 días y una duración media de inicio de la enfermedad de 2 días, aumentando su riesgo un 2% anual en personas mayores de 65 años. Por otro lado, estiman que más de 50 pacientes de UCI desarrollan delirio en algún momento de su estancia (7). Además, tenemos otro estudio de EE. UU, con un seguimiento de un año de síntomas de ansiedad, depresión y TEPT en pacientes dados de alta de la unidad de cuidados intensivos por razones médicas, quirúrgicas o traumáticas, de lo cual mostró tasas más altas de síntomas de TEPT a los 12 meses. La prevalencia fue del 27%, y el riesgo no difirió según se tratará de pacientes traumatizados, quirúrgicos o médicos (8).

Un estudio realizado en Argentina nos dió a conocer que los pacientes manifiestan debilidad adquirida en proporción de un 11% aquellos que permanecieron en

cuidados intensivos durante 24 horas y del 26% a 65% de las personas que requirieron ventilación mecánica invasiva (IMV) por más de 5 días. El diagnóstico de DAUCI se asocia al aumento de morbilidad y mortalidad, disminución de calidad de vida y limitaciones funcionales en supervivientes que necesitaran del apoyo familiar para sobrellevar estas consecuencias al salir de la UCI (9).

Asimismo, un estudio en Ecuador mostró hallazgos por investigadores del National Institute for Health Research, donde determinaron que de los pacientes ingresados a UCI el 46% desarrollaron ansiedad, seguido por el 40% depresión. 22% tenía PTSD y 18% tenía los tres. Concluyeron acerca de la importancia del apoyo psicológico durante y después de salir de UCI, ya que esto reduce a 53% la probabilidad de no padecer ningún trastorno mental (10).

Según el Ministerio de Salud los trastornos del sueño es un síntoma del estrés postraumático, una condición de salud mental que algunas personas desarrollan después de vivir o presenciar un evento. Estos incluyen pesadillas, imágenes repetidas del ambiente de la UCI, también denominadas "flashbacks", e insomnio inducido por la ansiedad que puede reaparecer después del alta. "La forma ideal de acabar con los trastornos del sueño es abordar la causa raíz. tratar la depresión y la ansiedad del trastorno de estrés postraumático con tratamientos apropiados, intervenciones psicoterapéuticas y los medicamentos correctos (11).

Otro estudio a nivel nacional, también destaca los efectos psicológicos en los pacientes, ya que "ven a la gente morir y les dejan un trauma neuropsíquico", así como daños en la piel y úlceras de decúbito. En el presente estudio se llegó a la conclusión de que los pacientes pueden recuperarse del síndrome post-UCI entre 6 meses o 1 año después del alta (12). Además, otro estudio revela que en dicha investigación se encontró que el 30 % de los sobrevivientes experimentaron trastorno de estrés postraumático (PTSD, español o PTSD, inglés), una enfermedad mental que generalmente ocurre cuando alguien amenaza la vida (13).

El presente estudio nacional tuvo como objetivo evaluar modelos que pudieran explicar la presencia de síntomas depresivos, uno de los problemas de salud mental más debilitantes. El estudio encontró una alta prevalencia de síntomas de depresión (16%), ansiedad (11,7%) y estrés postraumático (14,9%) entre los participantes evaluados. Llegando a la conclusión que la población en general presentaba prevalencia de síntomas de depresión en un (28,6 %) (14).

Por consecuencia en el Perú se tiene claro que para disminuir estos síntomas post uci se debe atender los cuidados básicos que necesita un paciente que incluyen la higiene, cambio de los pañales, limpieza con esponja a la hora de limpiarlo, agua tibia, jabón de glicerina (no toallitas húmedas). Al secar al paciente con una toalla, no frotar, la dieta debe ser variada y rica en proteínas, vitaminas y minerales (15).

De los estudios desarrollados anteriormente, vemos que los síntomas más comunes de estrés postraumático son: depresión, fatiga, insomnio, por lo que es importante su estudio y colaboración para disminuir estos síntomas en los pacientes. Es por esto que se debe abordar esta problemática con apoyo de psicología, enfocado en el trato a los pacientes durante su permanencia en UCI para evitar posibles traumas al alta.

Podemos definir que el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) es una experiencia negativa tanto para los pacientes como para su entorno familiar, con posibles consecuencias. Como eventos adversos durante la recuperación posterior a su alta, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Este síndrome post cuidados intensivos (PICS) se desarrolla después de la tríada de la UCI (dolor, agitación, delirio) (16).

El síndrome post-cuidados intensivos (PICS) afecta a un número significativo de pacientes (30-50%) después de una enfermedad crítica. Se caracteriza por síntomas físicos (dolor persistente, debilidad adquirida en la UCI, desnutrición, úlceras por presión, trastornos del sueño, necesidades de equipo), neuropsicológicos (déficits cognitivos como memoria, atención) o velocidad de

procesamiento mental y emocional (ansiedad, depresión) o estrés postraumático) y también pueden afectar a sus familias, lo que puede causar problemas sociales. Estos problemas comienzan cuando el paciente está en la unidad de cuidados intensivos y pueden continuar después de regresar a casa. Sus consecuencias a medio y largo plazo repercuten en la calidad de vida de pacientes y familiares (17).

Es conocido también como síndrome post UCI, el cual puede significar que el 50 por ciento de los pacientes que regresan a casa no van a poder volver al trabajo, no van a poder continuar con su vida diaria y, a menudo, van a necesitar apoyo de otra persona. Se puede determinar que a los 6 meses de salir de alta aparece incapacidad leve en un 50% e incapacidad moderada a severa en un 25% (18).

Las dimensiones del estrés post UCI son: 1) revivir dolorosamente el evento traumático (recuerdos intrusivos, sueños recurrentes del evento, episodios de flashback); 2) patrones de evitación de estímulos relacionados con el trauma (es una estrategia disfuncional de regulación emocional y de afrontamiento de situaciones. Se activa ante emociones y situaciones desagradables).; 3) Embotamiento emocional (es la incapacidad del sujeto para experimentar emociones en situaciones que por su naturaleza deberían provocar una respuesta emocional en los humanos.). 4) Síntomas activadores o hiperactivación (es el aumento de estrés psicológico y fisiológico caracterizados por efectos tales como reducción de la tolerancia al dolor, ansiedad, respuestas de sobresalto exageradas, insomnio, fatiga y rasgos de personalidad acentuados, también conocido como huida) (19).

Entre las teorías que sustenta la presente investigación, tenemos la teoría de Lazarus, quien se enfoca en los procesos cognitivos que ocurren en situaciones estresantes. La teoría establece que lo que hacemos en situaciones estresantes es en realidad un proceso que depende del contexto y otras variables. La teoría es parte del llamado modelo transaccional de estrés porque tiene en cuenta cómo las personas interactúan con su entorno y situaciones específicas, teniendo presente la influencia de sus evaluaciones y cogniciones (20).

Entre las teoristas de enfermería citaremos a Callista Roy cuyos estudios se sustentan, en la persona, salud, entorno, metas y dirección de actividades de enfermería para llenar brechas de conocimiento en la evaluación y comprensión de los subsistemas en la práctica de afrontamiento cognitivo y, por lo tanto, las habilidades que utiliza una persona para manejar el estrés y promover la adaptación. Los profesionales deben tener en cuenta que la persona es única, digna, independiente y libre, está en un contexto en el que no se debe separar. Este concepto está directamente relacionado con la adaptación, de tal manera que la afrontación es personal y cada uno es diferente (21).

Resulta interesante la investigación internacional de Ruiz (22), en Colombia, durante el año 2021, desarrollaron el estudio con objetivo “Factores estresantes percibidos por pacientes en unidades de cuidados intensivos en una institución de Bogotá Universidad Nacional de Colombia”. Es un estudio de tipo descriptivo, con una muestra que correspondió a 210 pacientes. Se hizo una encuesta enfocada a cada paciente aplicando el instrumento IFEPP-UCI y con un escrito variado. Donde se llegó a la conclusión que el ataque de estrés es mayor en UCI médica que en UCI Cardiovascular. Los elementos agobiantes distinguidos por los pacientes fueron: la inmovilización, tener sed, estar estáticos, el no poder dialogar, tener malestar, la bulla, ni idea de tiempo y espacio, la luz muy potente, y el insomnio.

Por su parte, Varillas et al (23), en el año 2021, en España. Donde el objetivo de estudio fue “Síndrome post-UCI: Amplio espacio de mejora. Análisis de los datos tras un año de implementación de protocolo para su prevención y manejo en un hospital de segundo nivel.” Se utilizaron ensayos controlados aleatorios de forma prospectiva en el Registro de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario del Henares, donde la muestra utilizada fue de 47 pacientes.

Donde se obtuvieron los siguientes resultados: los pacientes con delirio y fracaso neurológico durante el ingreso en UCI presentaron una mayor incidencia de baja autoestima ($p=0,016$) y temor ($p=0,013$). Los trastornos del sueño (trastorno del patrón del sueño e insomnio) se asociaron principalmente con fracaso respiratorio

($p=0,002$) y riesgo nutricional ($p=0,040$). No se evidenciaron diferencias entre las escalas de gravedad y la escala de Barthel, tanto al ingreso como al alta. Finalmente, se encontró asociación estadísticamente significativa entre: un número mayor de días de ingreso en UCI con trastornos del patrón del sueño ($p<0,001$) y temor ($p=0,018$), y los días de ingreso en planta de hospitalización con afrontamiento inefectivo ($p=0,037$), insomnio ($p=0,004$) y temor ($p=0,01$). Se concluyó que la intervención precoz de un equipo multidisciplinar mejora algunos componentes de la salud mental (temor, autoestima, afrontamiento, trastornos del sueño) y la capacidad del paciente para realizar actividades básicas de vida diaria (medida con el índice de Barthel). Los resultados positivos en la escala Zarit (de sobrecarga del cuidador) también provendrían del gran apoyo percibido por familiares y allegados de los pacientes.

Resulta interesante el desarrollo de la investigación de Jáen (24), en México, durante el año 2017, cuyo objetivo fue "Identificar la incidencia del Trastorno de estrés postraumático y sus síntomas en pacientes de UCI de la UMAE Hospital de Especialidades, en las cinco semanas posteriores a su egreso". Se hizo un estudio descriptivo, observacional, prospectivo en pacientes mayores de 18 años que fueron hospitalizados en dicha unidad, aplicando la Clinician Administered PTSD Schedule (CAPS) en la semana uno y cinco posteriores a su egreso de la UCI. Con una población de 100 pacientes de los cuales se excluyeron 70, quedando una muestra de 30 pacientes de los cuales el 44.8% fueron varones y el 55.2% mujeres. Obteniendo los siguientes resultados 86.2% no tenía antecedentes de enfermedad psiquiátrica, 86.2 %utilizo ventilador, el 82.8% tenían sedación de los cuales 27.6 % usaron dexmedetomedina. En el primer tramo el 31.1% tuvieron diagnóstico probable de TEPT y en el segundo tramo a las 5 semanas 16% tuvieron el diagnóstico de TEPT. Al realizar la asociación entre género y TEPT se obtuvo una p de 0.102 con valor de Chi cuadrada de 2.697.. No hubo relación entre problemas psiquiátricos y diagnóstico de TEPT, ni con delirium con valor de p de 0.491. Por lo que concluimos en que la incidencia de TEPT fue mayor en pacientes sobrevivientes de la UCI, no se encontró relación alguna de TEPT con sexo-

edad, antecedente de trastorno psiquiátrico, desarrollo de delirium, VMA, uso de dexmedetomidina para sedación y días de estancia en UCI.

Según los estudios nacionales, Campos (25), en el Perú, en el año 2021, cuyo objetivo fue "Determinar la frecuencia y los factores asociadas al Trastorno de estrés postraumático (TEPT) en trabajadores de salud del servicio UCI-COVID del Hospital Regional del Cusco frente a la pandemia de COVID 19, 2021". Se realizó un estudio observacional, correlacional, analítico, transversal. Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia de 85 funcionarios que laboran en los servicios de UCI-COVID. Los datos fueron recolectados utilizando herramientas desarrolladas con base en variables de estudios previos y un enlace enviado vía WhatsApp desde la Escala de Impacto de Eventos, Revisada (EIE-R). El análisis y la codificación de los datos se realizaron con Excel y SPSSv25. Como resultado, la tasa de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el contexto de la pandemia de Covid 19 en el personal del servicio de UCI-COVID del Hospital Regional Cusco fue de 21,2%. En cuanto a los factores asociados al TEPT, los resultados fueron los siguientes: diagnosticado con Covid-19 ($p = 0,00$ OR = 8,842 y IC 95% 2,580-30,3); tener un familiar diagnosticado con Covid 19 ($p = 0.001$, OR = 25.45 y IC 95% 6.290-31.02) y trabajar muchas horas ($p = 0.02$, OR = 7.125 y IC 95% 2.263-22.437). Entre los factores no asociados al TEPT se encontraron: edad ($p = 0,632 > 0,05$); percepción de seguridad de los equipos de protección personal ($p = 0,17 > 0,05$); y creencias de que están capacitados para atender a pacientes de UCI con COVID ($p = 0,42 > 0,05$).

Por otra parte, Seminario (26), en Piura-Perú, en el año 2021, desarrollaron el estudio cuyo objetivo esta titulado "Factores asociados a síntomas de trastorno de estrés postraumático en la población piurana durante la pandemia por covid-19". Es un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico. La muestra estuvo compuesta por 167 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 60 años que radicaron en Piura desde marzo del 2020 hasta mayo del 2021 y que hayan sido diagnosticados de COVID-19. Se aplicó una encuesta zoom (WhatsApp® y Facebook®) y el estudio de regresión multivariado en el programa estadístico Stata

16. Teniendo como resultado para este estudio, la edad promedio de los pacientes fue de 30 años y el 59% sexo femenino, el nivel de inteligencia fue alto en 31%, el factor ansiedad de 49% y depresión de 35%. La coincidencia de síntomas de estrés postraumático fue de 13%. Concluyendo que dependiendo de los factores: diabetes tipo 2, enfermedad pulmonar (EPOC/asma), de enfermedades del corazón, depresión y ansiedad, aumentaba la incidencia de síntomas de estrés postraumático

Según otro estudio, Zapata (27), en Sullana-Perú, durante el año 2018, desarrollaron el estudio cuyo objetivo fue determinar “Vivencias del paciente crítico después de la extubación sobre el cuidado enfermero en UCI. Hospital de Apoyo II-2 Sullana”. Fue un estudio cualitativo, de diseño fenomenológico, se almacenó información mediante los diálogos e interrogatorios. La muestra estuvo conformada por 11 pacientes. Por lo que se concluyó que los pacientes atendidos en esta unidad presentaron las siguientes vivencias al salir de este servicio. En primer lugar miedo, impaciencia e intranquilidad, con falta de bienestar, perdido en tiempo, sentimiento de abandono, inquietud en cuanto al mañana, colisión para el diálogo. En segundo lugar; religiosidad, fe en Dios. En tercer lugar; Sentimientos ante la muerte. Conocer las vivencias de los pacientes sobre el cuidado enfermero nos permite seguir avanzando en el proceso reflexivo desde la propia experiencia y nos anima a seguir en esta línea crítica de desarrollo profesional y, por tanto, de mejora de la calidad asistencial y la seguridad.

El presente estudio es muy importante ya que la intervención oportuna de los profesionales de salud en el momento de la hospitalización de los pacientes en UCI, va a determinar las posibles secuelas que pudiera presentar el paciente al salir de UCI, ya que los pacientes como el personal médico pasan por momentos de estrés, preocupación, ya que el objetivo claro de esta unidad es salvar la vida del paciente. Por eso es de vital importancia que el equipo profesional de salud reflexione sobre lo que los pacientes viven en el día a día en esta unidad, por lo que deben enfocarse en un trato humanizado con apoyo de los psicólogos.

Este estudio es de suma importancia para fortalecer nuestra profesión en cuanto a un trato humanizado, ya que de eso va a depender la recuperación sin secuelas en los pacientes. Es importante trabajar con todo el equipo multidisciplinario donde exista el diálogo, con el único propósito de ayudar al paciente a su pronta recuperación.

El hecho de que el paciente ingrese a un centro hospitalario, crea cierto grado de ansiedad y estrés tanto para el afectado como su familia, por consiguiente cuando éste ingresa a una UCI, se genera un caos psicológico, cambiando por completo toda visión de salida, como consecuencia a la nueva adaptación de la situación, pudiendo desarrollar estrés postraumático. Por tanto, surge la necesidad de investigar, comprender y profundizar la investigación sobre los síntomas de estrés postraumático en los pacientes al salir de UCI, por lo que las enfermeras van a analizar y reflexionar sobre la importancia del cuidado integrador humanizado con apoyo del equipo multidisciplinario. Este estudio será analizado bajo la Teoría de Lazarus, quien analiza los determinantes que producen este estrés.

El presente estudio traerá como beneficio erradicar las secuelas post UCI en los pacientes del Hospital San José de Chíncha.

Respecto a la problemática, nos formulamos el objetivo de: “Síntomas de estrés postraumático en pacientes al salir de UCI en Hospital san José de Chíncha ,2021”

II.-MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Enfoque y diseño de investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo debido a la relevancia y necesidad de análisis estadístico, considerando los datos recolectados a partir de la variable operacionalizada, siendo organizados dichos datos en la matriz correspondiente.

Además, se toma en cuenta el diseño no experimental y corte transversal, ya que la variable no será manipulada y los datos se recolectarán en un tiempo o momento específico, mediante contacto único con cada uno de los encuestados (28).

2.2 Población, muestra y muestreo (criterios de inclusión y exclusión)

La población de estudio comprende 50 pacientes del área de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, los cuales se considerarán durante los meses de febrero a junio del 2021 (29).

CRITERIOS INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes que firmen el consentimiento informado
- ✓ Pacientes internados en la UCI 2 meses antes.
- ✓ Pacientes mayores de 18 años
- ✓ Pacientes del I semestre del 2021

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes que no firmen el consentimiento informado
- ✓ Pacientes menores de 18 años
- ✓ Pacientes del II semestre 2021

La muestra fue seleccionada utilizando la fórmula de población finita, este procedimiento nos permite conocer que probabilidad tiene cada persona de poder ser considerado dentro de la muestra. De nuestro estudio obtuvimos una muestra de 44 usuarios (30).

El muestreo es probabilístico, porque los elementos de la población tienen la misma probabilidad de estar incluidos en la muestra, es un muestreo aleatorio simple (MAS) siendo este tipo de muestra simple, pero fundamental porque forma el método de muestreo básico en estadística inferencial a partir del cual se derivan otros. Cada unidad de la población tiene la misma probabilidad de estar en la muestra, es decir cada muestra posible de tamaño n que se puede seleccionar tiene la misma probabilidad (31).

Las variables son cualitativas, de población finita aplicando la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N \cdot Z^2(p \cdot q)}{(N - 1)E^2 + Z^2(p \cdot q)}$$

Dónde:

N = tamaño de la población. (50)

Z = nivel de confianza. (1.96)

p = probabilidad de éxito. (0,5)

q = probabilidad de fracaso. (0,5)

n = tamaño de la muestra.

E = Error estándar (0.05)

$$n = \frac{50 \cdot (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(50-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 44$$

La muestra quedará conformada por 44 pacientes que salieron de UCI del Hospital de Chincha.

2.3 Variable de estudio

Síntomas de estrés post-traumático al salir de UCI.

Definición conceptual:

El trastorno de estrés postraumático (también conocido como PTSD) es una condición médica que algunas personas desarrollan después de experimentar o presenciar eventos impactantes, aterradores o peligrosos. Los problemas suelen comenzar en los primeros tres meses después del evento traumático, para que los síntomas sean diagnosticados, sabemos que deben durar más de un mes y ser lo suficientemente severos como para impedir las relaciones personales como: depresión, ansiedad, insomnio (32).

Definición operacional:

El trastorno de estrés postraumático va a ser medido en los pacientes que salieron de alta UCI del Hospital San José de Chíncha mediante el instrumento Escala Trauma Davidson el cual consta de 4 dimensiones, con ítems de respuestas con 4 alternativas.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada es la encuesta, la cual es una herramienta que nos va a permitir recolectar datos de diferentes maneras y así poder escoger la mejor. Es por eso, que para elegir la técnica correcta debemos tener definido los objetivos y que necesitamos saber (33). Como instrumento se utilizará la encuesta la cual consta de 21 ítems que evalúa 4 dimensiones: intrusión o re experimentación, evitación, embotellamiento e hiperactivación necesarios para el registro de datos pertinentes, los cuales constan de 4 alternativas, que serán calificados con rangos finales de 0-63 (34).

Dicho instrumento, cumple con el criterio de validez al haber sido evaluados y aprobados por jueces expertos. La validez se refiere a las siguientes

preguntas: ¿Qué miden los puntajes de las pruebas? ¿Y qué predicen estos puntajes?

La validez no es una propiedad del cuestionario, aunque la validez de la investigación de hábitos todavía se debate. La validez es una cuestión de grado. No se puede decir que el cuestionario sea válido o inválido. Aumenta o disminuye dependiendo de la calidad de la evidencia la cual puede aumentar o disminuir. Hallando un índice de concordancia mayor al 80%, siendo óptimo (35).

Los valores estarán comprendidos entre cero (0) y uno (1.00). El coeficiente de confiabilidad nos va a indicar, si el instrumento está midiendo adecuadamente, es decir si clasifica bien a los individuos intervinientes, si analiza bien las desigualdades existentes en los participantes de una muestra, además será necesario el empleo de la herramienta señalada en una prueba piloto, tomando en cuenta 20 participantes y tras el análisis respectivo mediante el programa estadístico SPSS 25, se obtendrá el coeficiente respectivo, que sustentará la consistencia interna del instrumento Hallando un alpha de crombach 0,8 siendo confiable para su uso (36).

2.5 Plan de recolección de datos

2.5.1 Autorización y coordinaciones para la recolección de datos

Se considera indispensable la carta de presentación otorgada por la institución universitaria con la cual se solicita autorización a la autoridad correspondiente en Hospital San José de Chíncha, siendo necesario identificar las características de espacios y periodos en los cuales se aplicará el instrumento de recolección de datos.

2.5.2 Aplicación de instrumentos de recolección de datos

Habiendo identificado a la población de estudio, se organiza la entrega cuestionarios, los cuales serán desarrollados por los participantes en un tiempo aproximado de una hora, en un total de 15 días hábiles aproximadamente. Al finalizar se recolectarán las encuestas, para

luego se verificará el llenado y se procederá con la codificación de cada una de ellas.

2.6 Métodos de análisis estadístico

Elaborada la matriz de datos, se realizará el análisis estadístico descriptivo, considerando la presentación de frecuencias de dispersión. Además, de la codificación de cada encuesta y cada ítem para ingresar los datos en un Excel. Una vez realizado este proceso, se transfiere al sistema estadístico SPSS versión 25 y finalmente se concluye con el análisis de inferencia, generando tablas de distribución de frecuencias y gráficas para cada dimensión para validar las variables de estudio.

2.7 Aspectos éticos

Se toman en cuenta los principios de respeto (autonomía), beneficencia (no maleficencia) y justicia. Respecto al **respeto a las personas (autonomía)**: este principio reconoce la capacidad de las personas para tomar decisiones, se relaciona directamente con el consentimiento informado. El sujeto debe ser informado sobre los objetivos de la investigación, comprender los procedimientos a realizar y dar su consentimiento. Las personas que no tienen consentimiento o cuya autonomía se ve comprometida necesitan una protección especial. **Beneficencia (no maleficencia)**: este principio se enfoca en proteger el objeto contra riesgos que deben ser completamente identificados. En toda investigación, los beneficios deben superar los riesgos y daños a los sujetos. Este principio también debe garantizar que la investigación sea relevante científicamente y que los investigadores estén calificados para llevarla a cabo. **Justicia**: este principio está relacionado con la igualdad y la equidad. Todos los sujetos deben tener la misma oportunidad de ser seleccionados para la investigación, independientemente de su género, raza, religión, nivel educativo o situación económica. Del mismo modo, en la obtención de resultados, los beneficios deben ser compartidos por igual (37).

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1. Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	2021																			
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del Problema																				
Búsqueda bibliográfica																				
Elaboración de la sección introducción: Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes																				
Elaboración de la sección introducción: Importancia y justificación de la investigación																				
Elaboración de la sección introducción: Objetivos de la de la investigación																				
Elaboración de la sección material y métodos: Enfoque y diseño de investigación																				

3.2 Recursos financieros (Presupuesto y Recursos Humanos)

2022					
MATERIALES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Equipos					
1 laptop	1000				1000
USB	30				30
Útiles de escritorio					
Lapiceros	3				3
Hojas bond A4		10			10
Material Bibliográfico					
Libros	60	60			120
Fotocopias	30	30		10	70
Impresiones	50	10		30	90
Espiralado	7	10		10	27
Otros					
Movilidad	50	20	20	20	110
Alimentos	50	10			60
Llamadas	50	20	10		80
Recursos Humanos					
Digitadora	100				100
Imprevistos*		100		100	200
TOTAL	1430	270	30	170	1800

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Shigeaki I. et al. Postintensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Med Surg. Critical Care Clinics* [revista en Internet] 2019 [acceso 20 de setiembre del 2022]; 6(3):233-246. doi: 10.1002/ams2.415. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31304024/>
2. Gil D. Trastornos psicoemocionales al alta en pacientes que desarrollan sedación difícil en la unidad de cuidados intensivos. *Dialnet* [revista en Internet] 2021 [acceso 22 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=298173>
3. Heredia V. et al. Delirio en el paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos. *Revista RSI*. [revista en Internet] 2021 [acceso 23 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/delirio-en-el-paciente-critico-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>.
4. Colbenson G., Johnson A., Wilson M. "Post-Intensive Care Syndrome: Impact, Prevention, and Management." *Breathe* (Sheffield, England). *Critical Care Clinics* [revista en Internet] 2019 [acceso 23 de setiembre del 2022]; 15(2):98-101. doi: 10.1183/20734735.0013-2019 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6544795/>
5. Bienvenu O., Gerstenblith T. Posttraumatic Stress Disorder Phenomena After Clitical Illness.). *Critical Care Clinics* [revista en Internet] 2019 [acceso 23 de setiembre del 2022]; 33: 649-658. DOI: 10.1016/j.ccc.2017.03.006. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28601139/>
6. Valdenir A, Menezes M., Bezerra J., Martorell M., Bastos . Estrés postraumático derivado de la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva: memorias de ancianos. *Revista para el estudio y reflexión ética de los*

cuidados. [revista en Internet] 2019 [acceso 23 de setiembre del 2022], 12, Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e11818p>

7. Pisani M., Devlin J., Skrobik Y. Pain and Delirium in Critical Illness: An Exploration of Key 2018 SCCM PADIS Guideline Evidence Gaps. *Critical Care Clinics* [revista en Internet] 2019 [acceso 23 de setiembre del 2022]; 40(5):604-613. DOI: 10.1055/s-0039-1698809. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31826261/>
8. Castillo C. El trastorno de estrés postraumático en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. [tesis de Grado] España: Universidad de la Laguna; 2022. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28852/EI%20trastorno%20de%20estres%20postraumatico%20en%20pacientes%20hospitalizados%20en%20Unidades%20de%20Cuidados%20Intensivos.%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Sosa, A. et al. Debilidad adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos Weakness acquired in the Intensive Care Unit. *Revista Fronteras* [revista en Internet] 2019 [acceso 23 de setiembre del 2022], 14(2):94-97. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/20191/0094-0097>. Disponible en : http://adm.meducatium.com.ar/contenido/articulos/21300940097_1573/pdf/21300940097.pdf
10. Cedeño V., Casas J., Moreno M., Campuzano N. Franco .Consecuencias que generan a los pacientes ingresados en la unidad de terapia intensiva. *Recimundo* [revista en Internet] 2021 [acceso 23 de setiembre del 2022] , 5(1): 179-185. DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(esp.1\).nov.2021.179-185](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.179-185). Disponible en : <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1486>
11. Ministerio de Salud. COVID-19: pacientes pueden sufrir estrés postraumático y trastornos del sueño tras dejar UCI, informa el Minsa. [sede Web]; Lima: Ministerio de Salud, 2021 [acceso 24 de setiembre 2022][en Internet].

Disponible: [Internet]. en: <https://elcomercio.pe/peru/minsa-covid-19-pacientes-pueden-sufrir-estres-postraumatico-y-trastornos-del-sueno-tras-dejar-uci-nnpp-noticia/>

12. Vilchez, C. Las graves secuelas que poco se conocen de los pacientes UCI. Diario el Correo. [Internet]. 2020. [acceso 24 de setiembre 2022] Disponible en: <https://diariocorreo.pe/peru/las-graves-secuelas-que-poco-se-conocen-de-los-pacientes-uci-noticia/>
13. Pintado, I. ¿Qué es el trastorno de estrés postraumático post-COVID-19?. Revista Wapa. [Internet]. 2021. [acceso 24 de setiembre 2022] Disponible en: <https://wapa.pe/salud/2021/04/02/que-es-el-trastorno-de-estres-postraumatico-post-covid-19-1546>
14. Villareal D., Copez. A., Vilela A., Huarcaya J. Depresión, estrés postraumático, ansiedad y miedo al COVID-19 en Perú. Instituto Peruano de Orientación Psicológica. [Internet]. 2021 [acceso 24 de setiembre 2022], 21:455 Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03456-z>
15. Clínica Ricardo Palma. Cuidados en casa para pacientes que dejan UCI. [Sede web]. Lima: Clínica Ricardo Palma; 2018 [acceso el 24 de setiembre de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.crp.com.pe/noticia/cuidados-en-casa-para-pacientes-que-dejan-uci/>
16. Blanco L., Velasco N. "Diarios de UCI" y Estrés Postraumático: aproximación a la eficacia y experiencias vividas mediante un método mixto. 2017-2018. [tesis de especialidad] Madrid-España. Universidad Autónoma de Madrid; 2018. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684682/blanco_lopez_lauratfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Velasco J., Heras G., Ortega A., Zaforteza C. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Humanizando los

cuidados intensivos. [Internet]. 2019 [acceso 25 de setiembre de 2022]. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>

18. Diario Sanitario. Y después de la UCI... ¿qué? [sede Web] España: Diario Sanitario; 2017 [acceso el 25 de setiembre de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://diariosanitario.com/y-despues-de-la-uci-que/>

19.IDOCPUB. Instrucciones Escala De Trauma De Davidson [sede web]. Colombia: IDOCPUB.; 2020 [acceso el 25 de setiembre de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://idoc.pub/documents/instrucciones-escala-de-trauma-de-davidson-od4p675zp9lp>

20.Ruíz L. La teoría del estrés de Richard S. Lazarus. Psicología y mente. [Internet]. 2019. [acceso 25 de setiembre 2022] Disponible en: <https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-estres-lazarus>

21.Gualdrón M. Validación transcultural al contexto español de la escala de adaptación y afrontamiento de callista ROY. [tesis Doctoral] Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2019. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/689622/gualdron_romero_maria_alexandra.pdf?sequence=1

22.Ruiz M. “Factores estresantes percibidos por pacientes en unidades de cuidados intensivos en una institución de Bogotá Universidad Nacional de Colombia” [tesis de Postgrado] Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/79671/1032418727.2021.%20Tesis%20de%20maestria%20Factores%20estresantes%20percibidos%20por%20paceintes%20en%20UCI.pdf>

23.Varillas D. et al.” Síndrome post-UCI: Amplio espacio de mejora. Análisis de los datos tras un año de implementación de protocolo para su prevención y

manejo en un hospital de segundo nivel”. Post-Intensive Care syndrome: ample room for improvement. Data analysis after one year of implementation of a protocol for prevention and management in a second level hospital. Elsevier [revista en Internet] 2021 [acceso 26 de setiembre 2022]; 45(1): 143-146. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-pdf-S0210569120302175>

24. Jaén L. “Prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático y sus síntomas en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos” [tesis de Postgrado] México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2016/agosto/0748550/Index.html>
25. Campos S. “Trastorno de estrés postraumático en trabajadores de salud del servicio uci-covid del hospital regional del cusco, frente a la pandemia del covid 19, 2021”. [tesis de Pregrado] Cuzco-Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco; 2021. Disponible en: http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5800/253T2_0210118.pdf
26. Seminario C. “Factores asociados a síntomas de trastorno de estrés postraumático en la población piurana durante la pandemia por covid-19”. [tesis de Pregrado] Piura-Perú: Universidad Nacional de Piura; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/2978/MHUM-SEM-CAS-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Zapata C. Vivencias del paciente crítico después de la extubación sobre el cuidado enfermero en UCI. Hospital de Apoyo II-2 Sullana [tesis de Maestría] Sullana-Perú: Universidad San Pedro; 2018. Disponible en: http://repositorio.usanpedro.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/6470/Tesis_5_9271.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta ed. McGraw-Hill, editor. México;2014. 300 p.
29. Hugo Sánchez Carlessi y Carlos Reyes Meza: "Metodología y Diseños en la Investigación Científica. 4da ed. Visión Universitaria, editor. Perú; 2009. 223 p
30. Otzen T., Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población en estudio.. 4da ed. Visión Universitaria, editor. Perú; 2017. 227-232 p
31. López R., P.; Fachelli, S. (2017). Metodología de la Investigación Social Cuantitativa. Edifici Bellaterra, editor. España; 2017. 4-21p
32. Ale. Ll., E. "Factores clínico epidemiológicos asociados a Trastorno por estrés postraumático en pacientes con Covid-19 severo internados en Uci y datos de alta del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021"[tesis de pregrado]. Tacna-Perú: Universidad Privada de Tacna; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2285/Ale-Llerena-Edwin.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Comunidad Educativa para Creativos. 8 técnicas de recolección de datos: descubre un mundo más allá de la encuesta. [sede web]. Lima – Perú: Comunidad Educativa para Creativos; 2022 [acceso el 29 de setiembre de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.crehana.com/blog/desarrollo-web/tecnicas-recoleccion-de-datos/>
34. Echevurúa E. et al. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). Redalyc [revista en Internet] 2017 [acceso 29 de setiembre 2022]; 27: 67-77. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3150/315051754008/html/>
35. Rivera T., Gamarra G., Pujay O., Wong F. "Estadística e investigación con aplicaciones de SPSS". 2da ed. Editorial San Marcos, editor. Perú; 2019. 350 p

36. Linares G., Reyes H. Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con LUPUS, Puebla"[tesis de pregrado]. Puebla-México: Universidad Autónoma de Puebla; 2017. Disponible en: <https://www.fcfm.buap.mx/assets/docs/docencia/tesis/ma/GuadalupeSantosSanchez.pdf>
37. Miranda M., Villasis M. El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. Revista Alergia México [revista en Internet] 2019 [acceso 30 de setiembre del 2022]; 66(1):115-122. Doi: <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.594> Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902019000100115

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TÍTULO: Funcionalidad familiar en familias con niños anémicos menores de 3 años de una zona vulnerable de Comas								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	N° de ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Estrés Postraumático al salir de UCI	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa	El trastorno de Estrés postraumático (también conocido como PTSD) es una condición médica que algunas personas desarrollan después de experimentar o presenciar eventos impactantes, aterradores o peligrosos. (32)	El trastorno de estrés postraumático va a ser medido en los pacientes que salieron de alta UCI del Hospital San José de Chincha mediante el instrumento Escala Trauma Davidson el cual consta de 4 dimensiones, con ítems de respuestas de 2 alternativas.	Intrusión	-Experimenta recuerdos -Sueños desagradables -Trae al presente los recuerdos -Malestar psicológico -Reacciones fisiológicas	1- 5	0-3	Alto:40-63 Moderado:20-39 Leve:0-19
	Ordinal			Evitación	-Evita personas -Aleja de su mente los recuerdos -Evita hablar ciertos temas.	6 - 8		
	Ordinal			Embotellamiento	-Muestra dificultades para recordar -Tiene creencias	9-15		

				nto	negativas -Se culpa así mismo -Estado de ánimo negativo -No tiene interés -Muestra distanciamiento -Se pone límites para sentir			
				Hiperactivación	-Irritable -Conducta de riesgo -Esta alerta permanentemente -Se sobresalta fácilmente -Dificultad de concentración -No concilia el sueño	16-21		

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES AL SALIR DE UCI

I. PRESENTACIÓN

Estimado usuario del Hospital San José de Chincha, estamos realizando un trabajo de investigación con la finalidad de determinar los síntomas de estrés post-traumático al salir de UCI. Por ello se solicita su colaboración, para responder los siguientes enunciados. La información brindada se mantendrá en confidencialidad

II. INSTRUCCIONES

INSTRUCCIONES: colocar su respuesta de 0-3: donde 0(nunca), 1(casi nunca) ,2(a veces), 3(siempre)

III. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos:

Edad:

Sexo: femenino () masculino ()

IV. CONTENIDO

1. A continuación, se presenta una lista de 21 preguntas que han experimentado. Lea atentamente y marque una (X) en el número respectivo de acuerdo a la siguiente categorización.

N°	SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	0	1	2	3
	DIMENSIÓN DE INTRUSIÓN O REEXPERIMENTACIÓN				
1	¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?				
2	¿Al dormir tiene sueños desagradables y recurrentes del suceso?				
3	¿Hay momentos en el que puede experimentar emociones, como si el suceso le estuviera pasando nuevamente?				
4	¿Sufre de algún malestar psicológico prolongado al exponerse a pensamientos que le recuerden el suceso?				
5	¿Sufre reacciones fisiológicas intensas al exponerse a pensamientos que le recuerden el suceso?				
	DIMENSIÓN DE EVITACIÓN				
6	¿Suele evitar personas, lugares o situaciones que le provoquen recuerdos del suceso porque le crea malestar emocional?				
7	¿Hace esfuerzos por alejar su mente de los pensamientos o sentimientos que le recuerden el suceso?				
8	¿Procura no hablar de determinados temas que le provoquen pensamientos que le recuerden el suceso?				
	DIMENSIÓN DE EMBOTELLAMIENTO				
9	¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?				
10	¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?				
11	¿Suele culparse a sí mismo o a otras personas sobre las causas o consecuencias del evento traumático?				
12	¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror ira, culpa o vergüenza?				
13	¿Se ha reducido el interés por realizar actividades importantes en su vida cotidiana?				
14	¿Experimenta una sensación de distanciamiento respecto a las personas que lo rodean?				
15	¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas?				

	DIMENSIÓN DE HIPERACTIVACIÓN				
16	¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivo alguno?				
17	¿Muestra conductas de riesgo o autodestructiva?				
18	¿Se encuentra en un estado de alerta permanente desde el suceso?				
19	¿Se sobresalta o alarma fácilmente después del suceso?				
20	¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o realizar sus labores cotidianas?				
21	¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño?				

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES AL SALIR DE UCI EN HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA ,2021

Nombre del investigador principal:

Propósito del estudio: DETERMINAR LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES AL SALIR DE UCI EN HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA ,2021

Beneficios por participar: Determinar los síntomas de estrés postraumático en los pacientes al salir de UCI.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante la investigación.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a -----
----- coordinadores de equipo (teléfono móvil N° -----) o al correo ----
-----@gmail.com.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al-----, Presidente del Comité de Ética de la -----, ubicada en la, -----, correo electrónico: -----

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante