



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

“APOYO FAMILIAR Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2022”

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

AUTORA:

LIC. ALVAREZ NINASIVINCHA, LUZ ELIANA

<https://orcid.org/0000-0002-8204-3631>

ASESORA:

MG. Roxana Marisel Purizaca Curo

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

LIMA – PERÚ

2022

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **Alvarez Ninasivincha Luz Eliana**, con DNI **42237401**, en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el **Título de Especialista de Enfermería en Cuidados intensivos**, de título "**Apoyo familiar y nivel de depresión en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital de San José de Chincha 2022**", **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 **10 %** 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.

LUZ ELIANA ALVAREZ NINASIVINCHA
DNI 42237401

Roxana Marisel Purizaca Curo
DNI 02894992

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

ALVAREZ_NINASIVINCHA_LUZ_ELIANA_UMA_28.11.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

10% INDICE DE SIMILITUD	10% FUENTES DE INTERNET	2% PUBLICACIONES	4% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Maria Auxiliadora SAC Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía Activo

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II.MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN.....	35
ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	43
ANEXO D. HOJA DE INFORME DE SIMILITUD	45

RESUMEN

Objetivo: Indicar la relación entre apoyo familiar y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022.

Materiales y método: El trabajo se realizará mediante parámetros estadísticos teniendo un diseño en el cual no se manipularán las variables y se desarrollara en un lugar y tiempo determinado; también cuenta con una muestra de 45 pacientes de UCI del Hospital San José de Chíncha, 2022, para la obtención de datos se utilizó la encuesta y como herramientas un cuestionario para el apoyo familiar de Ellen y Padilla (16), que está conformada por 9 ítems y 4 dimensiones (apoyo afectivo, apoyo valorativo, apoyo informativo y apoyo instrumental). Y otro cuestionario para el nivel de depresión el inventario de depresión de Beck (BDI) II de 21 ítems. En ambos casos su escala es tipo Likert. **Resultados:** se presentarán mediante tablas y gráficos estadísticos, usando las medidas de tendencia central para el análisis cuantitativo. **Conclusiones:** dicha investigación nos hará obtener datos que beneficiaran en la mejoría del servicio destinado al paciente en UCI a través del control de su ansiedad y la mejora en el apoyo familiar.

Palabras clave: Apoyo familiar; depresión; Unidad de Cuidados Intensivos (DeCS).

ABSTRACT

Objective: To indicate the relationship between family support and the level of depression in patients of the Intensive Care Unit of the San José de Chincha Hospital, 2022. **Materials and method:** The work will be carried out through statistical parameters having a design in which the variables will not be manipulated and will be developed in a certain place and time; It also has a sample of 45 ICU patients from the San José de Chincha Hospital, 2022, for data collection the survey was used and as tools a questionnaire for the family support of Ellen and Padilla (16), which is made up of 9 items and 4 dimensions (affective support, evaluative support, informative support and instrumental support). And another questionnaire for the level of depression the Beck Depression Inventory (BDI) II of 21 items. In both cases its scale is Likert type. **Results:** will be presented using statistical tables and graphs, using central tendency measures for quantitative analysis. **Conclusions:** this research will make us obtain data that will benefit in the improvement of the service destined to the patient in ICU through the control of their anxiety and the improvement in family support.

Keywords: Family support; depression; Intensive Care Unit (MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes y adultos. En los últimos años, un número cada vez mayor de sobrevivientes han sido dados de alta de la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los pacientes que se recuperan de una enfermedad crítica, disfunción física e insuficiencia orgánica pueden desarrollar deterioros psicológicos y cognitivos después del alta, lo que se conoce como síndrome posterior a cuidados intensivos(1).

Los síntomas de la depresión dificultan el desempeño del trabajo físico y actúan como una barrera para la participación social. Además, la tasa de mortalidad global a 5 años de los pacientes dados de alta en la UCI fue 3,4 veces mayor que la de la población general, y hubo una asociación entre la depresión y el riesgo de mortalidad y morbilidad, tanto en la población general como en pacientes con comorbilidades(2).

Asimismo, el proceso de ingreso y recuperación de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede ser estresante para los pacientes y sus familias. Los familiares del paciente no están familiarizados con el entorno de la UCI y los procedimientos de tratamiento, el pronóstico del paciente es incierto y están preocupados por su propio estado de salud y procedimientos. (3).

En los Estados Unidos, más de 5 millones de pacientes en estado crítico ingresan en la UCI cada año. La incidencia de depresión posterior al alta en estos pacientes es mucho mayor que en la población general. El Dr. Dale Needham, profesor de medicina en la Universidad Johns Hopkins, dijo que está claro que los sobrevivientes de la UCI tienen problemas físicos, cognitivos y psicológicos que afectan en gran medida su capacidad para reintegrarse a la sociedad, volver al trabajo y asumir roles de vida anteriores. Escuela de Medicina de Baltimore. Si un paciente informa que la UCI está estresada, tiene recuerdos inusuales o se siente triste, tómelo en serio, dijo Needham en un comunicado de prensa de la universidad (4).

Asimismo, un portal de redacción médica de 2018 mencionó que los pacientes que recibieron apoyo psicológico y espiritual durante y después de la unidad de cuidados

intensivos (UCI) tenían un 53 % más de probabilidades de estar libres de depresión. Según un estudio realizado por investigadores de los Institutos Nacionales de Salud (NIHR), los trastornos mentales se desarrollan una vez que termina su estadía en el hospital. El estudio, publicado en Critical Care, determinó que más de la mitad de los pacientes que pasaron por la UCI sin ningún tipo de apoyo psicológico desarrollaron trastornos psicológicos, como ansiedad, depresión o estrés postraumático (5).

En un estudio internacional reciente de 3559 pacientes infectados con MERS y SARS COVID-19, se encontró que los pacientes hospitalizados experimentaron confusión (27,9%), bajo estado de ánimo (32,6%), ansiedad (35,7%) durante la fase aguda de la enfermedad), memoria discapacitada (34,1%) e insomnio (41,9%). Luego, en el período posterior al tratamiento, estado de ánimo bajo en un 11%, la ansiedad en un 12%, la fatiga en un 19% entre otros. Por otro lado, dentro de los pacientes de UCI se evidenció delirio y agitación en un aproximado del 67%.

De manera similar, en un estudio en México, se encontró que el 12% tenía síntomas de ansiedad (2% clínicamente mórbidos) y el 2% tenía morbilidad depresiva significativa. Las tendencias de depresión y ansiedad disminuyeron con el tiempo y fueron más altas el primer día de hospitalización. No encontraron ninguna relación entre estos y la intubación en un punto durante la hospitalización, pero pueden haber aumentado estas tendencias debido a problemas con el aislamiento relativo. (7)

Por otro lado, un estudio en Ecuador mencionó que, con base en los hallazgos, se percataron que los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) pueden experimentar diversos cambios psicológicos provocados por cambios en la rutina y/o procedimientos de monitor. Como principal conclusión se destaca que el tratamiento de estos pacientes debe ser integral, atendiendo tanto a las necesidades físicas como psicológicas relacionadas con la enfermedad, y tendiente a la recuperación total del paciente. El tiempo más corto posible (8).

Asimismo, en un estudio de Columbia se mencionó que cuando las personas enfrentan cambios en su vida diaria y entorno físico, la hospitalización puede generar estrés, lo que puede impactar negativamente en su salud y ser propensas a la ansiedad y la

depresión. Ambas condiciones afectan la recuperación de los pacientes hospitalizados y el resultado de la enfermedad, lo que se refleja en días de hospitalización más prolongados y, por lo tanto, aumenta los costos asociados a la hospitalización (9).

Esta ansiedad se ha vuelto más frecuente entre los pacientes en los últimos meses, como se vio en un estudio de 2020 en Ecuador, donde los pacientes hospitalizados con COVID-19 confirmado o sospechoso experimentan un estrés psicológico significativo y problemas relacionados con la salud mental. Como resultado, experimentan soledad, negación, síntomas de ansiedad, tristeza, insomnio y letargo, desesperanza, cambios de personalidad (irritabilidad), que reducen la adherencia a la atención médica. Algunos de estos pacientes pueden incluso estar en riesgo de autolesiones y daños heterosexuales, pensamientos y planes suicidas estructurados, síntomas obsesivo-compulsivos, agitación psicomotora y falta de cooperación (10)

Similar a lo encontrado en Azogues en Ecuador, donde el 100% de los pacientes presentaron ansiedad. Por otro lado, el 75% del total de sujetos que presentaron síntomas depresivos obtuvieron puntajes altos, señal de posible cambio que sugiere que los pacientes hospitalizados para cumplir con intervenciones quirúrgicas programadas son propensos a presentar depresión, ansiedad o depresión (11).

Los problemas de ansiedad y depresión son los principales problemas emocionales en pacientes hospitalizados y uno de los principales motivos de consulta de psicología y psiquiatría, mencionados en un estudio peruano. La ansiedad y la depresión a menudo son dos razones para un proceso de recuperación más prolongado, lo que resulta en una reducción de la calidad de vida de los pacientes con mayores riesgos y costos (12).

De igual forma, otro estudio realizado en el mismo contexto encontró similitud al desarrollar los síntomas neurológicos y psiquiátricos en sus pacientes, requiriendo especial consideración en el manejo de medicamentos al prescribirlos. Los síntomas neurológicos y psiquiátricos que son más frecuentes y a la vez comunes de COVID-19 van desde un delirio hasta ansiedad y problemas de sueño (13).

En otra encuesta realizada en Lima en 2021, se mencionó que la ansiedad aumenta cuando el equipo de atención no cuenta con la información suficiente sobre el estado de salud y su posterior tratamiento. La ansiedad en el ser humano está destinada a aumentar debido a efectos fisiológicos que hacen que estemos en estado de alerta ante amenazas externas (14). Por lo tanto, las personas que brindan este tipo de servicio desempeñan una labor de suma importancia que se visualiza en los diferentes niveles de intervención y atención al paciente hospitalizado, brindando educación y apoyo emocional. Estas instrucciones de tratamiento fomentan la reducción de la ansiedad cuando el paciente sabe lo que es probable que suceda (15).

De tal manera el rol que cumple el personal de enfermería es de suma importancia para poder obtener y a la vez brindar una buena atención que se ve reflejada en la calidad de sus servicios, reconociendo así sus sentimientos y necesidades del paciente durante la cirugía, para disminuir sus miedos y preocupaciones por la intervención a realizar, como se desarrolla en el nivel local en el servicio de UCI del Hospital San José de Chíncha, donde se ha observado como los pacientes están preocupados todo el tiempo, se sienten ansiosos en razón de su situación de salud, de su recuperación entre otros, y lo familiares en ocasiones no saben cómo afrontar ello y poder apoyar a su paciente, por ello es relevante investigar como el apoyo familiar puede repercutir en los niveles de depresión de los pacientes, es por ello que nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022?

Por otro lado, en el **Marco teórico referencial** se menciona a las variables como primera se tiene al **apoyo familiar**, el cual se desarrolla a través del aporte de bienes materiales, monetarias además de la ayuda anímica en tiempos de crisis, asimismo, la deficiencia de este apoyo se asocia con una disminución del bienestar. (16) asimismo, el apoyo familiar es la acción que realizan los miembros de la familia para lograr que el paciente acepte su enfermedad o condición de salud y logre un mayor control aprendiendo cambios positivos en su nuevo estilo de vida. (17) El apoyo familiar

incluye las relaciones personales establecidas dentro o fuera de la familia basadas en el parentesco a través de las cuales la familia contribuye a la mejora de la salud de los miembros de la familia a través de sus actividades esenciales: Brinda alojamiento y alimentación adecuados, enseña las nociones básicas de higiene y bienestar, y promueve el cuidado de ellos cuando se encuentran mal de salud. A la vez, se puede decir que, no en todos los casos, es necesario trasladar a un centro de salud a los pacientes ya que se puede dar solución a un malestar con el cuidado del mismo familiar. Para eso tenemos que entender el significado de apoyo familiar y la satisfacción de necesidades para asegurar el bienestar y reducir el estrés (18).

Asimismo, como primera dimensión tiene **Apoyo afectivo**; Son elementos relevantes que están enfocados en el área emocional; los aspectos como pensamientos, experiencias y sentimientos están incluidos dentro del área, además las emociones que satisfacen las necesidades afectivas son la posibilidad de hablar con alguien, de expresar las emociones de una forma confiable, etc. Busca pertenecer, ser amado y cuidarse, este apoyo expresivo es una vía para que los individuos satisfagan sus necesidades afectivas y de pertenencia. Por lo tanto, la hipótesis del apoyo emocional juega un rol relevante en la difusión y cuidado de la salud; así como el bienestar de la persona al aumentar su autoestimar cuando se sienta valorado, respetado y aceptado por las demás personas. (19) Por otro lado, las relaciones expresivas es un medio para satisfacer las necesidades afectivas y de pertinencia de la persona, como son compartir sus sentimientos, sentirse amado por las demás personas y sentirse aceptado y valorado por las demás personas. (20).

La segunda dimensión es el **apoyo valorativo**, que es la información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales, excluyendo el aspecto afectivo que pudiera acompañar a esta información (21).

La tercera dimensión es el **Apoyo informativo**; se refiere a la información y diversos consejos que se brindan durante las situaciones estresantes, puesto que es difícil distinguir del apoyo emocional, debido a que el consejo es visto como una expresión de preocupación y amor. El apoyo a los valores mejora la autoestima, las actitudes

positivas hacia uno mismo y la autoestima en los adultos mayores; se caracteriza por la capacidad funcional percibida, el estado de ánimo y la adaptación a las enfermedades crónica. (22)

También conocido como apoyo cognitivo, es el proceso mediante el cual las personas buscan información, intercambian experiencias, consejos u orientación para ayudarlas a resolver problemas. Este tipo de apoyo brinda la información necesaria con la finalidad de ayudar a resolver un problema específico, y disminuye la angustia y confusión en el individuo e incrementa la sensación de control de la situación y, por lo tanto, mejora la salud mental. (23)

Asimismo, el apoyo informativo se relaciona con la información que recibe un paciente en esta etapa de su vida. Además de la información de los recursos de comunicación y asociaciones de pacientes, las familias pueden ayudar a comprender mejor las instrucciones del personal de salud para ayudar a los pacientes a tomar las mejores decisiones sobre el tratamiento. Esto convierte a los familiares en los custodios de la información médica, especialmente la información relacionada con el tratamiento. (24)

Como cuarta dimensión se tiene al **Apoyo instrumental**; Se refiere al uso de las conexiones sociales como medio para lograr metas y fines, que incluye el compañerismo y la colaboración en diversas tareas cotidianas, que se asocian con el bienestar ya que ayudan a reducir la recarga de una persona mayor durante las tareas, lo que lo mantiene más En su tiempo libre, puede concentrarse en actividades de ocio, Desarrollo personal e integración social. De igual forma, con la aplicación de esta función, se satisfacen todas las necesidades económicas requeridas, tales como necesidades básicas como alimentación, vivienda, servicios médicos, vestido, etc. Cabe señalar que este apoyo es muy efectivo cuando la persona que recibe este apoyo es percibida como suficientemente útil, o por el contrario, cuando su libertad se ve comprometida o surge un sentimiento de endeudamiento. (25)

Se refiere a la provisión de bienes materiales y servicios que ayuden a resolver problemas prácticos y mejorar las condiciones de vida. Se refiere al acto de ayudar

directamente a los ancianos e involucra el flujo de recursos monetarios y no monetarios. (26) También consta de bienes tangibles, de los cuales tenemos: apoyo económico como movilidad, alimentos, ropa, medicinas, etc. Esto facilita las actividades que realiza el paciente, como la compra de medicamentos por parte de los familiares, los trámites hospitalarios, las tareas del hogar, el acompañamiento al médico, etc. (27)

Como segunda variable se tiene al **nivel de depresión**; Se define como un estado mental relacionado directamente con el duelo que persiste por mucho tiempo y afecta el comportamiento de la persona y como el individuo visualiza el ambiente que lo rodea (28), al igual que la segunda forma presenta variables, dimensiones e índice. Asimismo, Causa se refiere al hecho de que un individuo se siente infeliz, triste, deprimido y melancólico. La mayoría de las personas se sienten así por un corto período de tiempo. La depresión clínica, por otro lado, puede durar semanas o más, un estado psicológico que deja a quienes la padecen sintiéndose deprimidos, tristes y perdidos, lo que interfiere con su vida diaria. (29).

Asimismo, la depresión es considerada una enfermedad mental recurrente que puede tornarse crónica o persistente, perturbando el estudio y el trabajo, dificultando el enfrentamiento de la vida cotidiana, pudiendo en casos más severos conducir al suicidio personal (30). Además, la depresión es considerado un estado psicológico que la persona desarrolla negativamente, asociado a sentimientos de tristeza, desvalorización, apatía e intolerancia, que alteran el comportamiento de la persona, lo que conllevará que este mismo tome decisiones no aptas para la integridad de su salud, incluso en casos extremos, suicidio, síntomas severos en personas con depresión severa, reflejándose en el autoestima de la persona, además pensamientos de forma irregular y sentirse de culpa, los cuales se ven reflejados en la dimensión de trastorno depresivo.

Según Beck, la depresión se puede dividir en tres dimensiones: **Dimensión cognitiva**, **la dimensión física/conductual** y **por último a la dimensión emocional**, la primera dimensión denominada cognitiva se refiere a los cambios emocionales, se refiere a

que el individuo muestre discapacidad, desvalorización, sentirse incapaz de realizar la vida diaria, en esta dimensión se destaca el sentimiento de tristeza, desesperanza, incompetencia e incluso pensamientos suicidas, los tres indicadores se encuentran en esta dimensión Parte : duelo, pensamientos suicidas y devaluación(31).

Dentro de la **segunda dimensión denominada física/conductual** se refiere al aislamiento de todas las personas correspondiente a cambios de conducta, momento en el cual el individuo se aleja paulatinamente de su entorno social, para encontrar un espacio, trata de alejarse del entorno y la zona de confort, además también existe la inhibición, que es un estado en el que predomina el retraimiento general del ego, la sensación de estar atrapado en sí mismo, de pie, sentado, acostado por largos períodos de tiempo, de forma emocional alejado del ambiente que lo rodea; en esta dimensión está constituido por un grupo de indicadores que son la autocrítica, la indecisión, el fracaso y la culpa, el propio desacuerdo, los sentimientos de castigo, la pérdida de la alegría y el llanto(31).

Respecto a la **dimensión emocional** Consiste en una serie de cambios, al igual que el sueño, las personas con depresión generalmente tienen problemas para conciliar el sueño, irónicamente son madrugadores, también hay cambios en el apetito, perciben que su consumo de alimentos es problemático, y su consumo de alimentos puede aumentar o disminuir. disminuyen, y en algunos casos pueden decir que sufren de estreñimiento, una de las dimensiones emocionales más comunes asociadas con la depresión. Es un cambio en la libido, es decir, la presencia de un problema psicológico personal que dificulta la falta de interés por el sexo, así mismo, puede presentarse una afección físico o psicológica como es la disfunción eréctil (32).

La somatización también está asociada con esta tridimensionalidad y, a menudo, es común en personas con depresión, una condición recurrente en la que una persona exhibe síntomas físicos que involucran múltiples partes del cuerpo, pero no debido a una causa física; no obstante, los síntomas y el dolor que presentan las personas son

de manera real, no simulados, estos síntomas pueden alterar de manera parcial o totalmente su comportamiento en los roles social, familiar y laboral(32).

En el caso de la teoría se menciona a el modelo de Callista Roy, Quien mencionó que tenemos que ser capaces de confrontar los diferentes mecanismos innatos de los procesos automáticos, como todos sabemos, los humanos no solemos pensar en ellos, sino en las experiencias por las que pasan a lo largo de su vida, lo que ayuda a poder salir adelante. con diferentes respuestas a diferentes estímulos, la capacidad que la persona tiene para adaptarse en el ambiente que lo rodea así como la manera en que perciben las cosas a su alrededor los hace únicos y únicos debido a su capacidad para reconocer el entorno en el que se mueven y activan diferentes mecanismos para ayudar a enfrentar con situaciones estresantes, depresivas y ansiosas(33)

En cuanto a los **antecedentes** se menciona los siguientes:

Otro estudio es el de **Duque et al.** (34) en España en el año 2020 presentaron su estudio con el título “**Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos**”, estudio descriptivo y analítico. Los factores estresantes son desarrollados más en el área de UCI debido a la situación en que se encuentra el paciente. En este contexto, los familiares se desatienden por parte del profesional de enfermería, descuidando el apoyo emocional que los familiares de los pacientes necesitan; además, el apoyo emocional que el familiar brinda al paciente que se encuentra hospitalizado en UCI reduce el sufrimiento del paciente, los cuales disminuye los síntomas psicológicos que puedan aparecer.

Otro estudio es el de **Ganchala** (35) en Ecuador donde presentó en el año 2020 su estudio con el título “Pertinencia del apoyo psicosocial a familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y emergencia del hospital IESS de Ibarra”, estudio descriptivo, cuantitativo y cualitativo. Se obtuvo como resultado que el paciente en UCI existe una necesidad de apoyo psicosocial; por otro lado, los familiares de los pacientes presentan ansiedad en un nivel moderado, en cambio en el área de UCI presentan una ansiedad en un nivel grave, siendo el motivo la gravedad en que se encuentra el familiar de la persona. Se concluyo que se debe brindar la atención

psicológica adecuada y necesaria a los familiares de los pacientes debido a su situación de ansiedad que están atravesando por su pariente.

Otro estudio es el de **Morocho** (36) en Ecuador del año 2018 con el título “Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.”, estudio descriptivo transversal, con una población de 51 familiares de los pacientes hospitalizados; dando como resultado que entre la ansiedad-estado existe un nivel alto, siendo el 50,98% del género femenino y el 25,49% del género masculino presentan un nivel de ansiedad alto. Se concluyó que tanto en el género masculino como femenino existe un nivel de ansiedad medio.

De igual manera en el lado nacional, otro estudio es el de **Osorio y Avila** (37) quienes presentaron en el año 2021 su estudio con el título “Apoyo familiar y su relación con el nivel de depresión en pacientes del área UCI de la Clínica San Gabriel”, El estudio es del tipo básico, descriptivo y no experimental, de corte transversal. El estudio estuvo conformado por una población de 32 pacientes. Se concluyó que entre las variables de estudio existe una relación de forma directa y significativa.

Otra investigación es el de **Valqui** (38) quien presento en el año 2021 su estudio con el título “Importancia de la visita familiar al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos.” Revisión bibliográfica, descriptiva y retrospectiva. Se visualizó los efectos positivos de los pacientes como son la disminución del efecto emocional, incremento de la seguridad, la confianza tanto familiar como profesional, ansiedad y el estrés en el ambiente familiar.

Otro estudio es el de **Mariñas** (39) del año 2021 con el título “Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con ansiedad y depresión en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital pediátrico de Lima, 2021”. Este estudio presenta un enfoque cualitativo, con un modelo caso clínico; concluyéndose que los cinco pasos de atención

del personal de enfermería que se ejecutó con calidad a los pacientes que presentaron depresión y ansiedad.

Asimismo, el estudio es **importante** porque la conocer como el apoyo familiar interviene en los niveles de depresión de los pacientes en UCI, permitirá concientizar de su importancia en el manejo de los pacientes con ello aportar en la generación de estrategias que busquen preparar a los familiares para ello, siendo un aporte al trabajo terapéutico.

Asimismo, el trabajo se **justifica de manera teórica porque** se presenta fundamentos y teorías que aportaran en el conocimiento de las variables de estudio para comprender su comportamiento en la realidad en las cuales se observa su desarrollo además de cubrir alguna duda al respecto del apoyo familiar y la depresión. En cuanto a la justificación **práctica** los resultados que se obtengan nos permitirán conocer cómo se está desarrollando la problemática en las cuales se desarrollan las variables y con ello poder elaborar un informe que permitan a las autoridades pertinentes proceder con acciones que busquen la disminución del problema en cuanto a la ansiedad de los pacientes en UCI. En cuanto a la relevancia **social**, el conocer como el apoyo de los familiares se relacionan con los niveles de ansiedad de los pacientes, fomentara la importancia de realizar estrategias que puedan preparar a los familiares a poder brindar un apoyo de manera efectiva hacia sus pacientes. Finalmente, en cuanto al valor **metodológico**, La realización de esta investigación tendrá en cuenta los lineamientos de los métodos científicos y teóricos necesarios para su culminación exitosa. Además, están tratando de introducir herramientas de recopilación de datos que se validarán en nuestra situación real para obtener los resultados que puedan mejorar los niveles de depresión de los pacientes, así como el apoyo de sus familiares. Asimismo, el **objetivo** del estudio es determinar la relación entre el apoyo familiar y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chincha, 2022.

Por otro lado como hipótesis general se tiene que: Existe una relación significativa entre el apoyo familiar y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022.

Y como específicas se tiene: 1. Existe una relación significativa entre el apoyo afectivo y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022. 2. Existe una relación significativa entre el apoyo valorativo y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022. 3. Existe una relación significativa entre el apoyo informativo y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022. 4. Existe una relación significativa entre el apoyo instrumental y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En cuanto el **enfoque del estudio es el cuantitativo**, el cual se basa en mediciones numéricas y matemáticas que implican el manejo de rangos y niveles para poder establecer el comportamiento de las variables (40), asimismo el estudio cuenta con un **diseño** no experimental de corte transversal, descriptivo simple; el cual es un diseño donde los fenómenos de estudio no son manipulados intencionalmente, sino que son observados en su entorno natural dentro de un tiempo y espacio determinados, además de describir sus características principales (41). Asimismo, el estudio es correlacional, esto debido a que se busca definir el nivel de relación que se presenta entre las variables de estudio (40).

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACIÓN

En cuanto a la población se menciona que es un grupo de individuos que presentan una similitud en sus características. (40) de igual manera en la presente investigación la población estará conformada por 45 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chincha, 2022.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que estén en la facultad de participar,

Pacientes que quieran participar

Pacientes mayores de edad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no estén en condiciones de responder

Pacientes menores de edad

Pacientes que no firmen el consentimiento informado

LA MUESTRA

En el caso de la muestra de estudio es una fracción representativa de la población(40) pero en el presente caso por ser una cantidad mínima se tomará a toda la población de estudio como muestra siendo 45 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chincha, 2022.

Por lo mismo que el muestreo es por conveniencia el cual es una técnica para la obtención de la muestra de estudio tanto en cantidad como en forma, siendo por conveniencia porque se tiene una fácil accesibilidad a ella.

2.3 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a la variable 1 apoyo familiar, según su naturaleza es cualitativa y su escala de medición es ordinal.

Definición conceptual: Es la acción de los familiares para que el paciente acepte su enfermedad o estado de salud, aprendiendo nuevos cambios positivos en el estilo de vida y aumentando el control. (17)

Definición operacional: son acciones que aplican los familiares de los pacientes para brindarle respaldo a su paciente y pueda evolucionar mejor terapéuticamente, en donde se considera dimensiones como, apoyo afectivo, apoyo valorativo, apoyo informativo y apoyo instrumental; el cual será medido con un cuestionario de 9 ítems.

En el caso de la variable 2 nivel de depresión, según su naturaleza es cualitativa y su escala de medición es ordinal.

Definición conceptual: es definida como aquel estado de ánimo directamente relacionado con la tristeza, que se sostiene por un largo tiempo y el cual influye en la conducta del individuo y la forma en la que ve el mundo que lo rodea (28)

Definición operacional: es una alteración en el ánimo del paciente que le genera pensamientos y emociones negativas en contra de su salud, en donde se considera dimensiones como, cognitiva, física o conductual y emocional; el cual será medido con un cuestionario de a través del inventario de depresión de Beck (BDI) II de 21 ítems.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TECNICA

Para la recolección de la data se utilizará la técnica de la encuesta, ampliamente en estudios cuantitativos y descriptivos al mismo tiempo, permite que sean fácilmente entendidos y utilizados en estudios de investigación, permite que sean ampliamente aceptados por los investigadores y les permite obtener una cantidad significativa de información óptima y eficiente (40).

INSTRUMENTO

En el caso del instrumento para la recolección de la data del apoyo familiar se usa el cuestionario de 9 ítems de los autores Ellen y Padilla (16), donde se considera dimensiones como, apoyo afectivo (3 ítems), apoyo valorativo (3 ítems), apoyo informativo (1 ítems) y apoyo instrumental (2 ítems)

Cada ítem consta de 3 alternativas de respuesta, desde:

1 = Nunca

2 = A veces

3 = Siempre.

En la ficha técnica se menciona que la aplicabilidad del instrumento puede ser individual o de manera grupal, pudiendo aplicarse a los pacientes. Puede hacerse en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

De igual manera Ellen y Padilla (16) en su estudio “Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry 2015” en cuanto a la **validación** aplico el juicio de 3 expertos. En el caso de la **confiabilidad** el autor aplico el Alfa de Cronbah en un piloto de 30 individuos con un resultado del 0.890 lo que es altamente confiable.

En el caso del instrumento para la recolección de los datos del nivel de depresión se utilizará el inventario de depresión de Beck (BDI-II), el cual cuenta con 21

preguntas, se utilizó con el propósito de evaluar el grado de la sintomatología depresiva de la persona en adulto, este estudio tuvo una adaptación elaborada por la Lic. Estrada Ángela en Perú; se presentan ítems que el individuo elige mediante cuatro alternativas dadas, las cuales según su posición emocional tiene que desarrollarlas a su conveniencia (39).

En la ficha técnica se menciona que la aplicabilidad del instrumento puede ser individual o de manera grupal, pudiendo aplicarse a los pacientes. Puede hacerse en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

De igual manera es un instrumento estandarizado por lo que su validación es internacional. En el caso de la **confiabilidad**, el test presento un $r=0,8$, con un coeficiente de correlación entre el 0,76 y el 0,95, reflejando una buena consistencia (39).

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

En el desarrollo de la investigación en el campo se procederá como primer paso con la obtención de la carta de presentación de la Universidad María Auxiliadora, con lo cual se podrá solicitar la autorización del director de Hospital San José de Chincha con el fin de poder aplicar los instrumentos de estudio a la muestra elegida.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La recolección de la data se procederá en los meses de noviembre y diciembre del 2022 con un promedio de 10 días hábiles, asimismo a cada participante se les explicará sobre el propósito del estudio para invitarlo a participar, y también se le dará su debido consentimiento informado para participar. En promedio, se necesitan entre 15 y 20 minutos para completar el cuestionario. Una vez finalizado el trabajo de campo, se verificará cada archivo, dando como resultado el llenado en óptimas condiciones y con un buen agrupamiento.

2.6 MÉTODO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La investigación a realizar será cuantitativa y descriptiva, por lo que se utilizarán herramientas de estadística descriptiva para el análisis estadístico. Una vez que se completa la recopilación de datos, se ingresan en una matriz de datos, que se procesa y analiza en el programa IBM SPSS Statistics v.25, que incluye tablas de frecuencia absoluta y relativa, medidas de tendencia central y cálculo de sumas. Valores de correlación y dimensiones de las variables primarias para la adquisición del proyecto y las metas generales. Finalmente, tendrá tablas y gráficos que expresan los hallazgos clave de esta encuesta. De nuevo, se aplicará la estadística inferencial a través de la Rho de Spearman para encontrar correlaciones entre variables y probar hipótesis.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

En cuanto a los principios bioéticos tenemos:

Principio de Autonomía: Es la capacidad de las personas para plantearse sus objetivos personales y actuar guiados por las decisiones que pueden tomar. Todas las personas deben ser consideradas como autónomas, y aquellas cuya autonomía ha sido disminuida tienen derecho a la protección (41). Se solicitará el consentimiento informado de los pacientes y se respetará su decisión de participar o no en el estudio. Se mantendrá la absoluta fiabilidad de toda la información recibida

Principio de beneficencia: "Hacer el bien", es decir, la obligación moral de servir al bien de los demás. Curar las heridas y promover el bien o la felicidad. Este es un principio privado, y su violación no es punible por la ley. (41). De acuerdo a este principio en este estudio se busca la salud e integridad de la población, en este caso del paciente a través de mejores servicios.

Principio de no maleficencia: Es primum non nocere. No cause daño y prevenlo. No incluye matar, ni dolor ni sufrimiento, ni discapacidad. No lastimes. Este es un principio de dominio público y su incumplimiento será sancionado por la ley. (41).

Como toda investigación de carácter social, no se pretende desvirtuar instituciones ni muestras seleccionadas, pues se respeta la privacidad de los datos, y se busca generar conocimiento a partir de la realidad observada y relacionada con otra realidad.

Principio de justicia: Distribuye las cargas y los beneficios de manera justa. Juzgar si una acción es moral o no desde la perspectiva de la justicia es evaluar si la acción es justa o no. Debe ser posible para todos los que lo necesitan. Incluye negarse a discriminar por cualquier motivo. Este es también un principio público y legislativo (41). En salud, generalmente se refiere a lo que los filósofos llaman "justicia distributiva", la distribución justa de los bienes escasos entre las comunidades. Es por eso que, en esta encuesta, todos los miembros de la muestra serán tratados con respeto, buena voluntad y equidad.

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1. Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	2022																											
	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Agosto							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Presentación de la problemática observada	■	■																										
Buscar información en repositorios online.		■	■	■	■	■	■	■																				
Preparar la introducción, incluye la situación problemática, el marco teórico y los antecedentes			■	■	■	■	■	■																				
Elaboración de la importancia y justificación del estudio			■	■	■	■	■	■																				
Planteamiento de los objetivos del estudio			■	■	■	■	■	■	■																			
En esta sección se plantea el material y método del estudio como el enfoque y diseño.						■	■	■	■	■																		
Determinación de la Población, muestra y muestreo									■	■	■	■																
Elección de la Técnicas e instrumentos de recolección de datosg									■	■	■	■																
Elaboración de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos										■	■	■																
Planteamiento de la sección material y métodos del análisis de la información.										■	■	■	■															
Elaboración de aspectos administrativos de la investigación										■	■	■	■															
Elaboración de los anexos													■	■														
Evaluación anti plagio – Turnitin													■	■	■	■	■	■	■	■								
Aprobación del proyecto																					■	■	■	■				
Sustentación del proyecto																									■	■		

3.2. Recursos Financieros

MATERIALES	2022				TOTAL
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	S/.
Equipos					
1 laptop	1000				1000
USB	30				30
Útiles de escritorio					
Lapiceros	3				3
Papel bond A4		10			10
Material Bibliográfico					
Libros	60	60	10		130
Fotocopias	30	30	10	10	80
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	50	170	2000

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. Depresión. Organización Mundial de la Salud [Internet] 2021 [Citado el 15 de Diciembre del 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Liao KM, Ho CH, Lai CC, Chao CM, Chiu CC, Chiang SR, Wang JJ, Chen CM, Cheng KC. La asociación entre la depresión y la duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos. Medicina [Internet] 2020 [Citado el 15 de Diciembre del 2021] 99:23 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306368/>
3. Bolosi M, Peritogiannis V, Tzimas P, Margaritis A, Miliotis K, Rizos D. Síntomas depresivos y de ansiedad en familiares de pacientes de unidades de cuidados intensivos y la necesidad percibida de apoyo. Revista de neurociencias en la práctica rural [Internet] 2018 [Citado el 15 de Diciembre del 2021] 9(4), 522–528. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_112_18
4. Intramed. La depresión es común tras pasar tiempo en la UCI. [Internet] 2018 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=89635#:~:text=Las%20tasas%20de%20depresi%C3%B3n%20entre,en%20la%20facultad%20de%20medicina.>
5. Redacción Medica. Un psicólogo en la UCI reduce un 53% el riesgo de depresión del paciente. [Internet] 2018 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/-un-psicologo-en-la-uci-reduce-un-53-el-riesgo-de-depresion-del-paciente--4061>
6. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry. [Internet] 2020 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en:

[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30203-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30203-0/fulltext)

7. Guardado R. Valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con neumonía severa por Covid-19. [Tesis de especialidad] 2021 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/20784/3/Tesis%20Dr%20Ricardo%20Guardado%20Posgrado%20FINAL1.pdf>
8. Cedeño V, Rodríguez J, Moreno N, Campuzano M. Consecuencias que generan a los pacientes ingresados en la unidad de terapia intensiva. RECIMUNDO [Internet]. 29nov.2021 [Citado el 15 de Diciembre del 2021];5 (Especial1):179-85. Disponible en: <https://recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/1486>
9. Muñoz DI, Arteaga A. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. Investg. Enferm. Imagen Desarrollo. [Internet]. 2020 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]; 22. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/29761>
10. Paredes P, Dawaher J, Chérrez M. Impacto del COVID-19 en la salud mental de los pacientes hospitalizados. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca [Internet]. 2020 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]; 38(2) Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3234>
11. Parra JK, Serrano AC. Ansiedad y depresión en pacientes quirúrgicos del Hospital Homero Castanier, Azogues, Ecuador, 2017. Salud [Internet]. 2018 [Citado el 15 de Diciembre del 2021];2(2):27-34. Disponible en: https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killcana_salud/article/view/212
12. Muñoz P, Tejada M, Gallegos S, Obando S, Guerra M, Ocharan A, Zeballos E, Inofuente A. Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú. [Internet]. 2019 [Citado el 15 de Diciembre del 2021] Disponible en:

<https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/download/874/1219/3850>

13. Valdivieso G. Uso de psicofármacos para síntomas neuropsiquiátricos en pacientes hospitalizados con COVID-19. Horiz. Medicina. [Internet]. 2021 Abr [Citado el 15 de Diciembre del 2021]; 21 (2): e1272. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2021000200012&lng=en.
14. Rucabado M. Factores que influyen en el nivel de ansiedad en el adulto en fase preoperatoria en el servicio de centro quirúrgico de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2021. [Tesis] 2021 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5414/T061_44787442_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Magallanes P. Nivel de información sobre tratamiento quirúrgico y grado de ansiedad en el paciente preoperatorio del servicio de cirugía, del Hospital San José de Chincha – 2021. [Tesis] 2021 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5647/T061_43682607_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Ellen K, Padilla K. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry 2015. [Tesis] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1687/1/RE_ENFER_AUTOCUI.ADULTO.MAYOR-APOYO.FAMILIAR_TESIS.pdf
17. Cornelio C, Vásquez A. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo II en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2018. [Tesis] Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2413/TESIS%20V%c3%a1squez%20Audila%20-%20Cornelio%20Cynthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Guzmán L. Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de Lima Metropolitana. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6146/Guzman_ll.pdf?sequence=3&isAllowed=y
19. Ellen K, Padilla K. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry 2015. [Tesis] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1687/1/RE_ENFER_A UTOCUI.ADULTO.MAYOR-APOYO.FAMILIAR_TESIS.pdf
20. Guzmán L. Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de Lima Metropolitana. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6146/Guzman_ll.pdf?sequence=3&isAllowed=y
21. Suarez M. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2011 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]; 17(1): 60-67. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010&lng=es.
22. Ellen K, Padilla K. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry 2015. [Tesis] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1687/1/RE_ENFER_A UTOCUI.ADULTO.MAYOR-APOYO.FAMILIAR_TESIS.pdf
23. Guzmán L. Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de Lima Metropolitana. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6146/Guzman_ll.pdf?sequence=3&isAllowed=y

24. Cornelio C, Vásquez A. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo II en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2018. [Tesis] Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2413/TESIS%20V%c3%a1squez%20Audila%20-%20Cornelio%20Cynthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Suarez M. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2011 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]; 17(1): 60-67. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010&lng=es.
26. Guzmán L. Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de Lima Metropolitana. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6146/Guzman_ll.pdf?sequence=3&isAllowed=y
27. Cornelio C, Vásquez A. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo II en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2018. [Tesis] Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2413/TESIS%20V%c3%a1squez%20Audila%20-%20Cornelio%20Cynthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Benel A. Factores asociados a la depresión en pacientes con leucemia mieloide crónica atendidos en el Hospital Cayetano Heredia. Junio 2016 – Junio 2018. [Tesis] Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/26030>.
29. Medline Plus. Depresión - descripción general. Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. 2018 [Internet]. 2018 [Citado

- el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>.
30. OMS. Temas de salud: Depresión. Organización mundial de la salud. [Internet]. 2018 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
31. El prado psicólogos. Desmotivación: cuando perdemos el impulso a mitad del camino. [Internet]. 2020 [Citado el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en: <https://www.elpradopsicologos.es/depresion/desmotivacion/>
32. Sanz M, Garrido L, Caro C. Factores que influyen en la satisfacción del paciente de diálisis con enfermería. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2017 [citado 2022 Mar 06]; 20(1): 66-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000100009&lng=es.
33. Díaz L, Durán M, Gallego P, Gómez B, Gómez E, González Y. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan* [Internet]. 2002. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en.
34. Duque Delgado L, Rincón Elvira E, León Gómez V. Apoyo emocional de familiares a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *enero* [Internet]. 2020 [citado el 5 de noviembre de 2022]; 14(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es.
35. Almeida G, Alejandra M. Pertinencia del apoyo psicosocial a familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) y emergencia del hospital IESS de Ibarra. 2020. [citado el 5 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10353>
36. Morocho Cabezas, IF. Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. 2018. [Citado el 15 de Diciembre del 2021]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/20644>

37. Osorio M, Avila F. Apoyo familiar y su relación con el nivel de depresión en pacientes del área uci de la Clínica San Gabriel. [Tesis] Chincha: Universidad Autónoma de Ica; 2021. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1210/1/Fiorella%20Elizabeth%20Avila%20Mendoza.pdf>
38. Valqui Herrera I. Importancia de la visita familiar al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos. 2022 [citado el 5 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11679>.
39. Mariñas Acevedo O. Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con ansiedad y depresión en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital pediátrico de Lima, 2021. Universidad Peruana Unión; 2021. Disponible en: <http://200.121.226.32:8080/handle/20.500.12840/5156>
40. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1st ed. Ciudad de México, México: Mc Graw Hill Education; 2018.
41. Almiñana M. Los 4 principios básicos de Bioética. Soc Catalana Med Fam y Comunitaria. [Internet] 2010 [Consultado el 25 de Noviembre de 2021]. 1(24). Disponible en: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_540_EBLOG_1848.pdf

ANEXOS

Anexo A. Matriz de Operacionalización

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
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
Apoyo familiar	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es la acción que realizan los familiares para apoyar al paciente para así conseguir que acepte su enfermedad o situación de salud y aumente su esfuerzo por controlarla aprendiendo los cambios positivos de su nuevo estilo de vida. (17)	Son acciones que aplican los familiares de los pacientes para brindarle respaldo a su paciente y pueda evolucionar mejor terapéuticamente, en donde se considera dimensiones como, apoyo afectivo, apoyo valorativo, apoyo informativo y apoyo instrumental; el cual será medido con un cuestionario de 9 ítems	Apoyo afectivo	Afecto Compañía	3 ítems	Optimo Regular Deficiente	21-27 puntos 15- 20 puntos 9- 14 puntos
				apoyo valorativo	Respeto Valoración	3 ítems		
				apoyo informativo	Información	1 ítems		
				Apoyo instrumental	Economía confort	2 ítems		
Nivel de depresión	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Se define como un estado mental relacionado directamente con el duelo que persiste por mucho tiempo y afecta el comportamiento de la persona y como el individuo visualiza el ambiente que lo rodea (28)	Es una alteración en el ánimo del paciente que le genera pensamientos y emociones negativas en contra de su salud, en donde se considera dimensiones como, cognitiva, física o conductual y emocional; el cual será medido con un cuestionario de a través del inventario	Área cognitiva	Tristeza Pensamientos suicidas Desvalorización	1,2,9,14	Alta Media Baja	43-63 puntos 22- 42 puntos 00- 21 puntos
				Area física o conductual	Indecisión, Autocritica, sentimiento de culpa, fracaso, disconformidad propia, Sentimiento de castigo, Pérdida de placer y llanto.	3,4, 5, 6, 7, 8, 10, 13		

			de depresión de Beck (BDI) II de 21 ítems.	Área afectiva	Agitación, Perdida de interés de energía, Cambios de hábitos y sueño, Cambios en el apetito, Dificultad de concentración, cansancio o fatiga perdida de interés en el sexo	11, 12, 15, 16, 17,18, 19, 20, 21		
--	--	--	--------------------------------------------	---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--	--

Escala De Apoyo Familiar (Ellen y Padilla, 2015)

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas al apoyo familiar. Por favor, marque la opción de respuesta que mejor considere y no deje ninguna cuestión en blanco.

N		Siempre	A veces	Nunca
APOYO AFECTIVO				
1	Recibe caricias , besos abrazos palabras			
2	Sus familiares le escuchan cuando usted tiene algún problema preocupación o necesita algo			
3	Se siente que entre usted y sus familiares existen, la confianza suficiente para guardar un secreto.			
APOYO VALORATIVO				
4	Recibe respeto y consideración por parte de sus familiares.			
5	Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.			
6	Considera que sus familiares están orgullosos de usted			
APOYO INFORMATIVO				
7	Sus familiares les dan o facilitan información, noticias, consejo u orientación de su interés.			
APOYO INSTRUMENTAL				
8	Recibe de sus familiares algún grado de apoyo económico, medicamentos, ropa, alimento, vivienda u otros			
9	Recibe atención directa o compañía de sus familiares en tiempos normales y de crisis o enfermedad.			

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenidos pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ANEXO C. Consentimiento informado

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: Apoyo familiar y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022.

Nombre y apellidos de los investigadores principales: Alvarez Ninasivincha, Luz Eliana

Propósito del estudio: Determinar la relación entre el apoyo familiar y el nivel de depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José de Chíncha, 2022

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad.

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

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

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 Alvarez Ninasivincha, Luz Eliana coordinador de equipo (teléfono móvil N° _____) o al correo electrónico: _____@_____.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

Anexo D. Hoja de Informe de Similaridad