



**Universidad
Norbert Wiener**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA
EN CUIDADOS INTENSIVOS**

TRABAJO ACADÉMICO

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA EN FAMILIARES DE
PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICOS
Y QUIRÚRGICOS EN UN CENTRO MÉDICO NAVAL
CALLAO - 2020**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE ENFERMERÍA EN
CUIDADOS INTENSIVOS**

Presentado por:

AUTOR:

PALOMINO TOVAR, DARIO NESTOR

ASESOR:

MG. UTURUNCO VERA, MILAGROS LIZBETH

2020

ÍNDICE GENERAL

Índice General	ii
Índice de Anexos	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MATERIALES Y METODOS	09
2.2 Población, muestra y muestreo.....	09
2.3 Variable(s) de estudio	10
2.4 Técnica e instrumento de medición.....	10
2.5 Procedimiento para recolección de datos	11
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	11
2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos.....	12
2.6 Métodos de análisis estadístico	12
2.7 Aspectos éticos.....	12
III. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	15
IV. RECURSOS A UTILIZARSE PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS.....	24

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable principal	25
Anexo B. Instrumento utilizado en el trabajo de campo	26
Anexo C. Consentimiento informado	28

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad crítica que requiere cuidados especializados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es un evento desgarrador que afecta a pacientes y sus familias (1). La admisión a una UCI es estresante y constituye en una vivencia traumática para los miembros del grupo familiar que causa una interrupción en su vida y requieren ajustes continuos de su parte como la condición del paciente cambia (2).

Esta situación se vuelve aún más difícil cuando el miembro de la familia se enfrenta a un servicio en el que se imponen rutinas de visitas, con horarios rígidos, tiempos de visita muy cortos y un número restringido de visitantes por paciente (3). Un estudio indico que las necesidades más frecuentes de los familiares eran asegurarse de que el paciente esté recibiendo el mejor tratamiento (89,7%), conocer hechos concretos sobre el progreso del paciente (84,6%) y saber exactamente lo que se está haciendo por el miembro de la familia (82,1%) (4).

Debido a la condición de los pacientes del área crítica, estos no deciden sobre su propia atención. Donde de acuerdo a las normas éticas y legales necesitan de un miembro de su familia que pueda tomar decisiones respecto a su salud (5). Dicho esto estudios indican que los familiares cuidadores muestran signos sugestivos de los cambios psicológicos tales como ansiedad (71,8%) y depresión (53,8%), al estar pendiente de sus pacientes.

En Estados Unidos mostraron que los familiares quieren involucrarse en decisiones sobre el final de la vida de su pariente hospitalizado. Los investigadores encontraron niveles altos de ansiedad y depresión en los integrantes de familias con pacientes en estado crítico (6). Todos estos síntomas pueden transmitirse de familiares a pacientes, interferir en sus condiciones de salud y cambiar su situación clínica (7). Otros estudios también indican que el desarrollo de relaciones entre enfermeras de cuidados críticos y parientes cercanos exige tiempo y energía, pero también puede ayudar a reducir el estrés

para todos los involucrados (8,9).

Si un miembro de la familia ingresa a cuidados críticos causa que la familia tenga ansiedad, angustia, estrés, sentimientos negativos, miedo en el área hospitalaria, por consecuencia, de la falta de contacto con su familiar y el temor de lo que pueda pasar. En estas unidades críticas se dan usualmente experiencias nuevas, algunas veces atemorizantes donde se relacionan con la adaptación en base a este proceso de vida para el cual no se está preparado. El no dejar participar al integrante de la familia en la atención del paciente pueden generar un incremento de estrés (10). Un estudio indicó que alrededor del 10% al 20% de los familiares exhiben niveles clínicos de depresión, y los padres desconsolados muestran una mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático (11).

Varios reportes señalan que la mayor parte de los familiares de pacientes hospitalizados en área crítica manifiesta síntomas como ansiedad y depresión. Estudios posteriores en Francia, Inglaterra y Estados Unidos evidenciaron el incremento de ansiedad y depresión en personas del grupo familiar durante y después de quedarse en una unidad de cuidados críticos. Estos resultados plantean preocupaciones sobre el efecto de toma de decisiones sustitutas sobre la salud mental de los familiares y el efecto de la ansiedad y la depresión en su capacidad de hacer decisiones (12,13).

Rusinova y col. (14), refieren que los familiares de pacientes de la UCI presentan altos niveles de angustia que permanece durante la hospitalización de sus familiares, Mc Adam y col. (15), encontraron altos niveles de estrés traumático, ansiedad y depresión, Day y col. (16), agregan fatiga, trastornos del sueño moderados a severos y ansiedad leve. Schmidt y Azoulay (17), encontraron que los síntomas tienden a persistir durante varios meses luego del alta hospitalaria de los pacientes. Se ve también que a pesar del alta algunos miembros de la familia siguen presentando signos de ansiedad y depresión que va de 70% a 35% respectivamente.

La ansiedad es una condición normal que se caracteriza por activarse la alerta cuando existen expectativas de responder a estímulos del medio. Este estado es acompañado de presencia de cambio en lo físico que se expresa por la adrenalina. Esta situación se vuelve un trastorno cuando no hay estímulo que lo desencadene o cuando se presente de forma intensa y ocasiona situaciones de malestar y disconformidad en la persona. Principal problema de salud mental conocido y prevalente en la población, observando más casos en mujeres a diferencia de los varones. El estrés, se asocia al estado depresivo, siendo un trastorno de salud mental muy difundido en la población. La sintomatología debe ser sostenida al menos por dos semanas, ya que menos tiempo es compatible con estados de tristeza. Existen dos síntomas que deben estar presentes cuando decimos que hay depresión, es el estado de ánimo y la desmotivación presentes (18).

La definición conceptual de ansiedad y depresión hospitalaria está referida a que son trastornos que afectan a las personas que desarrollan roles de cuidadores con su familiar internado, y se caracterizan en primer lugar por producir sensación de preocupación o temor, y en segundo lugar por producir sensación de tristeza y desmotivación, que pueden afectar las actividades a desarrollar y las funciones psíquicas (19).

La ansiedad se manifiesta como el aviso de un peligro inminente, ante el cual la persona adopta las medidas adecuadas para confrontar una amenaza, forma parte de una respuesta natural a diferentes situaciones cotidianas estresantes. No obstante la ansiedad se convierte en patológica cuando excede la capacidad adaptativa de la persona y ocasiona un malestar relevante que afecta a los aspectos físico, psicológico y conductual (20).

La depresión se describe como sentimientos tristes o melancólicos, son pasajeros y desaparecen en días; sin embargo cuando interfiere en la vida diaria y desempeño normal causa dolor tanto para el paciente como para su familia. La

depresión es un trastorno común y grave, la mayoría de las personas que lo padecen no reciben un tratamiento adecuado (21).

La familia está definida como un conjunto de individuos que conviven en un hogar, compartiendo características en común como son los aspectos genéticos, hábitos cotidianos y ciertas prácticas. La familia representa un grupo social que influye como colectivo en los individuos que la conforman, generan patrones en su forma de actuar y comportamiento (22).

El servicio de cuidados críticos es un espacio importante considerado para la prestación de atención especializada a pacientes críticos que necesitan un control estricto de los parámetros vitales y atención continua. Es un lugar de alta tecnología que se caracteriza porque ahí el cuidado y tratamiento deben de ser óptimos para conservar la vida del de la persona que está pasando una situación donde su salud esta complicada (23,24).

La función de los cuidadores primarios de los pacientes críticos debe estar basada al afrontamiento de un sinfín de actividades que conlleve a la necesidad de información, pronóstico y el temor a que el desenlace de su familiar sea fatal (25).

Para la valoración de la depresión y ansiedad existen muchos instrumentos como: La Escala de Zung (SDS), otra es la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), Escala de Evaluación de depresión de Hamilton (HRSD), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), entre otros (26). De todos los instrumentos mencionados se trabajará en este estudio con la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, el cual es válido y confiable para su medición. El cuestionario HADS fue elaborado por Zigmond y Snaith es una herramienta de medición de autoinforme diseñada para su uso en entornos médicos para evaluar la ansiedad y la depresión. La escala consta de 14 ítems y 2 subescalas: siete ítems para ansiedad (HADS-A) y 7 para depresión (HADS-D). Cada subescala se puntúa de 0 a 21, con puntuaciones más altas que indican mayor angustia (0-7: normal, 8-10: trastorno leve, 11-14: trastorno moderado y 15-21: trastorno grave) (27).

En la escala de ansiedad y depresión está conformada por dos dimensiones, una de ellas es la ansiedad que está referida a la sensación de preocupación o miedo; y la depresión es la sensación de tristeza, autoestima baja y estado de ánimo disminuido (28).

Entre las teorías de enfermería que guarda relación con el presente estudio es la teoría de enfermería humanística de Paterson y Zderad, el cual fue desarrollada por enfermeras de áreas de salud pública y salud mental, donde incorpora al sujeto (paciente) en la búsqueda de una meta (bienestar propio). La función de enfermería en la salud mental, es aquella donde se aplica la teoría de la conducta humana, para evitar y manejar los trastornos mentales e incentivar una adecuada salud mental en el individuo, familia y comunidad (29). Teniendo un estado de salud mental adecuado, con niveles de ansiedad y estrés bajos, podemos hacer más llevadero todo el proceso por el cual los familiares de nuestros pacientes están pasando, considerando que la enfermera brinda el cuidado holístico al paciente, familia y comunidad.

Tenemos antecedentes internacionales a Beesley y colaboradores (30), en Estados Unidos, en el año 2018, desarrollaron un estudio de estrés fisiológico agudo y ansiedad en familiares de pacientes de la UCI, donde participaron 100 pacientes que 29 participantes (32%) informaron síntomas de ansiedad a los 3 meses, 15 participantes (16%) informaron síntomas de depresión y 14 participantes (15%) informaron síntomas de estrés postraumático. Donde concluyo que un tercio de familiares tienen ansiedad después del ingreso a la UCI de su familiar, y muchos miembros de la familia también experimentan depresión y estrés postraumático.

Quiping y colaboradores (31), en China, durante el 2016, elaboraron un estudio sobre la ansiedad y depresión hospitalaria en personal asistencial y cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal en cuidados intensivos, sus resultados indicaron que el 89,1% de los cuidadores eran casados, más de la mitad (53,5%) eran conyugues y el 64,6% experimentaron niveles de ansiedad y depresión debido a la carga financiera.

Hyung y colaboradores (32), en Corea, durante el 2016, elaboraron un estudio acerca de la prevalencia de ansiedad y depresión en familiares de pacientes con una enfermedad terminal, participaron 3522 familiares, sus resultados indicaron que el 10,3% de los participantes exhibió un nivel severo de ansiedad y se observaron síntomas depresivos en el 57,6% de los encuestados, y el 13,6% mostró un nivel severo de los mismos. Concluyendo que existe una alta prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos entre los afligidos de pacientes con enfermedad terminal.

Kourti y colaboradores (33), en Grecia, durante 2015, hicieron una investigación sobre la ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad crítica, donde participaron 102 familiares de los cuales más del 60% tuvieron sintomatología grave de ansiedad y depresión. Estos sentimientos fueron causados por el grado de condición del familiar tratado en el área crítica.

Lins y colaboradores (34), en Brasil, en el año 2015, investigaron acerca de la ansiedad, depresión y satisfacción en un grupo de miembros de la familia cercanos a pacientes de una UCI, donde participaron 471 familiares de los cuales se obtuvo un 34% de personas con ansiedad y 17% con depresión. Se encontró la satisfacción alta y mediana, el 5% de las familias estaban insatisfechas. La visita en área de UCI obtuvo bajas tasas de síntomas de ansiedad y depresión. Las horas de visita están asociadas con la satisfacción y son considerados como factores de protección para los miembros de familia con puntaje HADS más alto.

Y como antecedentes nacionales a Salazar (35), en Perú, en 2015, en su estudio acerca de la prevalencia de la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados, donde participaron 104 pacientes, de los cuales el 50% fueron mujeres y 50% hombres, la ansiedad estuvo presente en los pacientes en 23,1% y la depresión en 27,8%. La proporción de ansiedad según el género estuvo distribuida en 26,92% en el sexo femenino y el 19,25% en el masculino ($p=0,003$) y la depresión en 100% en el sexo masculino y 98,07% en el sexo femenino ($p=0,006$), y el nivel de depresión que predominó fue el moderado. Se concluyó que la ansiedad y depresión tiene mayor predominio en el sexo femenino además se asocia con una

menor estancia hospitalaria.

Aranda (36), en Perú, en el año 2017, realizó un estudio sobre la depresión y ansiedad en cuidadores primarios, en el cual participaron 240 familiares de pacientes pediátricos, donde los resultados fueron que el 87,5% presentaron depresión y el 13,5% ansiedad y el 12,5% no tuvo trastorno alguno. Se concluyó que la frecuencia de familiares con ansiedad y depresión se presenta a mayor proporción a diferencia de la población en general.

Coasaca (37), en Perú, el año 2019, realizó un estudio sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama y de sus cuidadores, donde participaron 175 pacientes y 175 cuidadores, respecto a los cuidadores 53,3% presentaron ansiedad y 61,7% depresión. Se concluyó que los grados de depresión y ansiedad se incrementan en los cuidadores y se asocian con mayor frecuencia al estado civil.

El familiar de un paciente en estado crítico, cumple un rol trascendente en el proceso de recuperación de este, su papel de cuidador y responsable muchas veces en la toma de decisiones importantes y significativas en el proceso de evolución del estado en que se encuentra hace que este familiar pueda exhibir niveles elevados de angustia que persisten durante la hospitalización de su ser querido. Las personas con un alto rasgo de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar tales reacciones. El personal profesional de UCI, debe de estar atento a la evolución del paciente internado y a las reacciones y problemas que esta situación evolutiva a veces complicada pueda desencadenar en respuestas de ansiedad o estrés temprano en ellos. La identificación e intervención tempranas de estos casos pueden prevenir el desarrollo de trastornos de ansiedad y estrés postraumático más severos. Por ello la importancia de realizar este estudio, que generara conocimiento que se traducirá en evidencia que permita tomar decisiones oportunas para el cuidado del familiar cuidador. El familiar cuidador se constituye muchas veces en un elemento de soporte importante para la evolución favorable del individuo internado en un área de cuidados intensivos.

Sobre el tema a tratarse en esta investigación, se buscó bibliografía científica en las diferentes bases de datos científicas existentes como Pub Med, Science direct, Scielo, entre otras, ahí se evidenció los pocos estudios acerca del tema a nivel internacional y nacional, en su mayoría los temas relacionados a UCI, abordan aspectos terapéuticos y puramente clínicos, poco ven el aspecto del familiar de este y del impacto del proceso de la enfermedad en él. Por otra parte, en la institución de salud donde se realizará la investigación, no existen estudios anteriores sobre el tema, lo que demuestra un vacío sobre el conocimiento de este tema, por ello que la realización de este estudio se justifica ya que nos actualizara con sus resultados en tener evidencia actualizada que permita mejorar la práctica de cuidado que también se debe orientar al familiar.

En cuanto al valor práctico de la investigación en curso, los resultados a obtenerse serán compartidos con el personal de gestión en un Centro Medico Naval, ello será evidencia y fundamento que permita tomar decisiones para la mejora del servicio, teniendo en cuenta que el paciente es importante, al igual que la familia que es siempre un soporte muy significativo para este.

En cuanto a la relevancia social de la investigación, esta tendrá resultados que signifiquen un beneficio ya sea este directo o indirecto, para los familiares de pacientes internados en el área de Cuidados Intensivos Médicos y Quirúrgicos del establecimiento de salud donde se desarrollará el trabajo de campo, esto de hecho también repercutirá en el mejor soporte que estos den al paciente.

En cuanto al valor metodológico, esta investigación será realizada teniendo en cuenta los criterios rigurosos del método científico, además de que la propuesta estará respaldada por fuentes bibliográficas que permitan garantizar que la evidencia generada sea válida y significativa y contribuya en el proceso de mejoras en el trabajo del área de Cuidados Intensivos Médicos y Quirúrgicos.

El objetivo del estudio es determinar la ansiedad y depresión hospitalaria en familiares de pacientes ingresados en Cuidados Intensivos Médicos y Quirúrgicos de un Centro Medico Naval en Callao - 2020.

II. MATERIALES Y METODOS

2.1 Enfoque y diseño de investigación

Esta investigación utilizará el enfoque de investigación cuantitativa, debido a que, se utilizará para la valoración de la variable principal un instrumento de recolección de datos cuantitativo; para el diseño de investigación, el alcance de la misma es descriptivo y transversal (38).

2.2 Población, muestra y muestreo

El presente estudio tendrá como participantes a los familiares de pacientes que se encuentran en el área de Cuidados Intensivos Médicos y Quirúrgicos del establecimiento de salud donde se realizará el estudio, por un periodo de dos meses aproximadamente, viendo la tendencia de meses anteriores, la población es de 90 familiares en dos meses aproximadamente razón por la cual se trabajara

con toda la población. Para ser participante, el familiar debe de cumplir con criterios de selección (inclusión y exclusión) establecidos en el presente estudio:

Criterios de inclusión:

- Las personas que participarán del estudio tendrán que ser del entorno familiar del paciente.
- El participante debe de ser mayor de edad.
- El participante debe tener un familiar en los cuidados intensivos médicos y quirúrgicos del establecimiento hospitalario donde se realizará el estudio, durante las 24 horas.
- El participante debe aceptar por voluntad propia ser parte del estudio.
- El participante debe de acceder a firmar el consentimiento informado.

Criterio de exclusión

- No participaran las personas que no sean del entorno familiar del paciente.
- No participaran las personas que tengan un familiar que no haya ingresado en el área de Cuidados Intensivos
- No participarán los familiares que no hayan firmado el consentimiento informado.
- No participaran familiares que tengan pacientes con menos de 24 horas de estancia en la UCI.

2.3 Variable(s) de estudio

Definición conceptual de variable Ansiedad y depresión hospitalaria: Son trastornos que afectan a las personas que desarrollan roles de cuidadores con su familiar internado, y se caracterizan en primer lugar por producir sensación de preocupación o temor, y en segundo lugar por producir sensación de tristeza y desmotivación, que pueden afectar las actividades a desarrollar y las funciones psíquicas (19).

Definición operacional de variable Ansiedad y depresión hospitalaria: Son trastornos que afectan a los familiares de pacientes que se encuentran en Cuidados Intensivos Médicos y Quirúrgicos en un Centro Médico Naval de Callao - 2020, que desarrollan roles de cuidadores con su familiar internado, y se

caracterizan en primer lugar por producir sensación de preocupación o temor, y en segundo lugar por producir sensación de tristeza y desmotivación, que pueden afectar las actividades a desarrollar y las funciones psíquicas, el cual será evaluado con la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

2.4 Técnica e instrumento de medición

Técnica de recolección de datos

Entre las técnicas de recolección de datos que se tienen, la más adecuada para esta investigación, será la encuesta, que se caracteriza por su amplio uso, flexibilidad y eficacia para obtener un número importante de datos en forma rápida, tiene un importante impacto en la práctica de la profesión ya que ha permitido aumentar la evidencia en la práctica de la profesión (39).

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento considerado para el presente estudio es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-14) elaborado por Zigmond y Snaith en el año 1983, ya que demuestra ser un instrumento confiable que sirve para detectar malestares emocionales tales como la ansiedad y depresión en individuos.

Este instrumento está constituido por 14 enunciados es un cuestionario de autoinforme que consta de 2 subescalas o dimensiones diseñadas para identificar y cuantificar la depresión y ansiedad (26):

Dimensión 1: Esta dimensión denominada “ansiedad”, está estructurada en base a 7 enunciados (ítem-1, ítem-3, ítem-5, ítem-7, ítem-9, ítem-11 y ítem-13).

Dimensión 2: Esta dimensión denominada “depresión”, está estructurada en base a 7 enunciados (ítem-2, ítem-4, ítem-6, ítem-8, ítem-10, ítem-12 y ítem-14) (40). Un puntaje de 0 a 7 para cualquiera de las subescalas estaba en el rango normal, un puntaje de 11 o más indicaba la probable presencia del trastorno del estado de

ánimo y un puntaje de 8 a 10 era solo sugiere la presencia del estado respectivo (41).

Este instrumento fue validado en Perú por Coasaca (37), en su estudio que fue aplicado familiares, obteniendo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,765 ($\alpha > 0,6$), confirmando así la consistencia interna de dicho instrumento y la confiabilidad del mismo.

2.5 Procedimiento para recolección de datos

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Respecto a la recolección de la información se procederá con anticipación a gestionar la carta de presentación emitida por el área académica de la especialidad, con ella se acudirá al Centro Medico Naval a gestionar las autorizaciones que permitan acceder a los familiares seleccionados. También esta autorización permitirá realizar las coordinaciones específicas para señalar las fechas específicas en que se realizará el llenado del instrumento de datos. Se tiene planificado hacerlo en un tiempo máximo de dos meses.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

Para la aplicación del instrumento, se abordará al familiar participante del estudio, al momento que acuda a la visita de su familiar, ahí se le aplicará el instrumento, el cual será elaborado en el formato google para su mejor acceso y alcance. Además, que ello permitirá llenar la matriz de datos de forma inmediata y disponer de ellos en tiempo casi real. El llenado de cada instrumento tomará un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

2.6 Métodos de análisis estadístico

Una vez recolectados los datos, luego de aplicar el instrumento en el formulario de google, se procederá a exportar los datos del programa Excel al software estadístico SPSS v24. El análisis de datos se hará utilizando principalmente herramientas de la estadística descriptiva, debido al diseño de nuestra

investigación. Se utilizarán por tanto frecuencias absolutas, frecuencias relativas, medidas de tendencia central y otros procedimientos que sean necesarios para obtener resultados que respondan al objetivo del estudio.

2.7 Aspectos éticos

La ética, una dimensión esencial de la investigación humana, se considera tanto disciplina como práctica. Para la investigación clínica, los criterios éticamente justificados para el diseño, la realización y la revisión de la investigación clínica pueden identificarse mediante obligaciones tanto para el investigador como para el sujeto humano. El consentimiento informado, el carácter confidencial de la información, el respeto a lo privado, la información privilegiada y la responsabilidad son elementos clave de la ética en la investigación (42). Los principios bioéticos deben considerarse en todo el proceso investigativo, ello garantiza el cuidado y respeto a los derechos de los participantes (43).

Principio de autonomía

Señala que cada individuo tiene decisiones y opciones que deben ser respetadas, cada uno tiene la libertad de hacer la elección que el crea la mejor sobre su bienestar, no debe ser coaccionado o involucrado en algo contra su voluntad o aprovechándose de que no conozca sobre el tema (43).

Este importante principio será tomado en cuenta en todo el proceso del estudio, cada familiar involucrado tomara decisiones y estas serán respetadas. El consentimiento del participante a ser parte del estudio es parte crucial en este punto, debe tomar una decisión previo proceso de ser informado adecuadamente sobre que implica ser parte del estudio.

Principio de beneficencia

Señala y enfatiza en buscar hacer el bien al otro, es deber del profesional o investigador buscar el máximo beneficio para el paciente o participante de un procedimiento (43).

A cada familiar participante se le hará conocer sobre la importancia de ser parte de esta investigación, se le dirá de forma clara y sencilla los beneficios que traerán los hallazgos, todo en busca de mejorar y realizar estrategias orientadas a ver la importancia de la labor del familiar cuidador, que como ser humano que es, también puede sufrir el impacto de la enfermedad de su familiar internado en un área crítica.

Principio de no maleficencia

Señala que se está obligado a no perjudicar o dañar al otro. En un proceso de investigación se debe de cuidar la integridad de la persona humana involucrada en el estudio (43).

A cada participante se le explicará que en todo este proceso en que se le solicitaran datos, no habrá ninguna acción o actitud de parte del investigador, que ponga en riesgo algún aspecto relacionado a su persona.

Principio de justicia

Acá se enfatiza sobre el proceder con equidad cuando se busca el beneficio de los participantes, todos tienen las mismas oportunidades y no habrá conducta alguna de discriminación por algún tipo de criterio que pueda violar el derecho del participante (43).

Cada participante será considerado con respeto y garantizando su derecho a tener las mismas oportunidades que los otros involucrados.

III. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES A REALIZAR	AÑO-2020																			
	Junio				Julio				Agosto				Setiembre				Octubre			
	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4	Sem1	Sem2	Sem3	Sem4
Identificación del Problema																				
Búsquedas bibliográficas																				
Desarrollo de situación problemática, marco teórico y antecedentes																				
Desarrollo de importancia y justificación de la investigación																				
Desarrollo de objetivos de la de la investigación																				
Desarrollo de enfoque-diseño de investigación																				
Desarrollo de sección población, muestra y muestreo																				
Desarrollo de sección técnicas e instrumentos a aplicarse																				
Desarrollo de aspectos bioéticos																				
Desarrollo de métodos de análisis de datos																				
Desarrollo de consideraciones administrativas																				
Desarrollo de los anexos																				
Aprobación del proyecto																				
Aplicación del instrumento																				
Elaboración del informe final																				
Presentación oral del informe culminado																				

IV. RECURSOS A UTILIZARSE PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

(Presupuesto y Recursos Humanos)

MATERIALES	AÑO-2020				TOTAL
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	S/.
Equipos					
PC	1300				2000
Memoria de USB		30			30
Materiales de escritorio					
Bolígrafos	2		3		5
Resaltador		2	2		4
Hojas blancas		10		10	20
Material Bibliográfico					
Textos	40	50			90
Copias	10	20		20	50
Impresión	20	20		30	70
Espiralados	7	7		7	21
Otros					
Movilidad	30	30	20	20	100
Alimentos	10	10	10	10	40
Recursos Humanos					
Digitadora	150				150
Imprevistos*					
		100		50	150
TOTAL	1569	279	35	147	2730

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grant C, Doig L, Everson J, Foster N, Doig C. Impact of Patient and Family Involvement in Long-Term Outcomes. *Critical Care Nursing Clinics of North America* [revista en Internet] 2020 [acceso 14 de mayo de 2020]; 32(2): 227-242. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899588520300174>
2. Davidson J. Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse* [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de mayo de 2020]; 29(3): 28-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19487778/>
3. do Nascimento E, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista latino-americana de enfermagem* [revista en Internet] 2004 [acceso 5 de julio de 2020]; 12(2): 250-257. 2004;12(2):250-7.
4. Maruiti M, Galdeano L. Necesidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *ACTA Paulista de Enfermagem* [revista en Internet] 2007 [acceso 23 de julio de 202]; 30(1): 37-43. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>
5. Vig E, Starks H, Taylor J, Hopley K, Fryer K. Surviving surrogate decision-making: What helps and hampers the experience of making medical decisions for others. *Journal of General Internal Medicine* [revista en Internet] 2007 [acceso 25 de mayo de 2020]; 22(9): 1274-1279. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17619223>
6. Heyland D, Cook D, Rocker G, Dodek P, Kutsogiannis D, Peters S, et al. Decision-making in the ICU: Perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Medicine* [revista en Internet] 2003 [acceso 28 de mayo de 2020]; 29(1): 75-82. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12528026>

7. Laurette A, Darmon M, Megarbane B, Joly L, Chevret S, et al. Una estrategia de comunicación y un folleto para familiares de pacientes que mueren en la UCI. *N Engl J Med* [revista en Internet] 2007 [acceso 20 de julio de 2020]; 356(5): 469-478. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa063446>
8. Adams A, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nursing in Critical Care* [revista en Internet] 2017 [acceso 20 de julio de 2020]; 22(2): 70-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25583405/>
9. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* [revista en Internet] 2002 [acceso 15 de julio de 2020]; 11(2): 140-148. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11903713/>
10. Agudelo C, Bustos I, Rodriguez A, Santa D. Afrontamiento familiar en la unidad de cuidado intensivo (adulto) [tesis especialidad]. Chía - Colombia: Universidad de La Sabana; 2010. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/47065690.pdf>
11. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *The Lancet* [revista en Internet] 2007 [acceso 12 de julio de 2020]; 370(9603): 1960-1973. Disponible en: 10.1016 / S0140-6736 (07) 61816-9.
12. Meeker M, Jezewski M. Family decision making at end of life. *Palliative and Supportive Care* [revista en Internet] 2005 [acceso 28 de mayo de 2020]; 3(2): 131-142. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16594438>
13. Anderson W, Arnold R, Angus D, Bryce C. Passive decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *Journal of Critical Care* [revista en Internet] 2009

[acceso 1 de abril de 2020]; 24(2): 249-254. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19327283>

14. Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives. *BMC Psychiatry* [revista en Internet] 2014 [acceso 20 de junio de 2020]; 14(1): 1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931312/>
15. McAdam J, Dracup K, White D, Fontaine D, Puntillo K. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine* [revista en Internet] 2010 [acceso 20 de junio de 2020]; 38(4): 1078-1085. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20124890/>
16. Day A, Haj S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit. *Critical Care* [revista en Internet] 2013 [acceso 2 de junio de 2020]; 17(3): 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3706908/>
17. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: The forgotten family. *Current Opinion in Critical Care* [revista en Internet] 2012 [acceso 2 de junio de 2020]; 18(5): 540-547. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22914431/>
18. AMIR. Manual de Psiquiatría. 12.^a Ed. Iceberg Visual Diseño, S.L.N.E. Madrid-España.
19. Terol-Cantero M, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología* [revista en Internet] 2015 [acceso 2 de mayo de 2020]; 31(2): 494-503. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia_clinica13.pdf
20. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de

Ansiedad en Atención Primaria salud, 2016.

21. Fernández, P., Moreno, A., Leza, J., Lizasoain, I., Moro, M., y Portolés, A. (2009). Velázquez Farmacología Básica y Clínica. 19va edición. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
22. Giraldo B. El cuidado de enfermería en familia Un reto para el siglo XXI. Aquichan [revista en Internet] 2002 [acceso 5 abril de 2020]; 2(2): 24-26. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/19/38>
23. Jongerden I, Slooter A, Peelen L, Wessels H, Ram C, Kesecioglu J, et al. Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: A before-after study. Intensive Care Medicine [revista en Internet] 2013 [acceso 5 mayo de 2020]; 39(9): 1626-1634. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23740277>
24. Bezerra A, Braga M. Perception of Nurses About Ethical Dilemmas Related to Terminal Patients in Intensive Care Units. Revista da Escola de Enfermagem [revista en Internet] 2009 [acceso 4 de mayo de 2020]; 43(1): 30-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19437851/>
25. Zenteno A, Cid P, Saenz K. Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico. Enfermería universitaria [revista en Internet] 2017 [acceso el 15 de abril de 2020]; 14(3): 1-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-autoeficacia-del-cuidador-familiar-persona-S1665706317300374>
26. Terol C, Cabrera V, Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. Anales de Psicología [revista en Internet] 2015 [acceso 14 de mayo de 2020]; 31(2): 494-503. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200013

27. Zigmond A, Snalth R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. scand.* [revista en Internet] 2014 [acceso 28 de junio de 2020]; 64(5): 361-370. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>
28. Hartung T, Friedrich M, Johansen C, Wittchen H, Faller H, Koch U, et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in patients with cancer. *Cancer* [revista en Internet] 2017 [acceso 2 de junio de 2020]; 123(21): 4236-4243. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28654189/>
29. Galvis M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE* [revista en Internet] 2015 [acceso 20 de julio de 2020]; 6(2): 1108-1120. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
30. Beesley S, Hopkins R, Holt J, Wilson E, Butler J, Kuttler K, et al. Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of ICU patients. *Critical Care Medicine* [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de mayo de 2020]; 46(2): 229-235. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29112079/>
31. Qiuping L, Lin Y, Caiping H, Yinghua X, Huiya Z, Yang L, et al. The Chinese version of hospital anxiety and depression scale: Psychometric properties in Chinese cancer patients and their family caregivers. *European Journal of Oncology Nursing* [revista en Internet] 2016 [acceso 20 de julio de 2020]; 25(2016): 16-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2016.09.004>
32. Hyun J, Jin C, Kiu K, Yoon C, Mi Ahn, Eun P, et al. Prevalence and associated factors of anxiety and depressive symptoms among bereaved family members of cancer patients in Korea. *Medicine* [revista en Internet] 2016 [acceso 20 de julio de 2020]; 30(3): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4900705/pdf/medi-95-e3716.pdf>

33. Kourti M, Christofilou E, Kallergis G. Anxiety and depression symptoms in family members of icu patients. *Anales de Enfermería* [revista en Internet] 2015 [acceso 14 de mayo de 2020]; 33(1): 47-54. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/48670>
34. Lins R, Ranzani O, Faria P, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *Journal of Critical Care* [revista en Internet] 2015 [acceso 4 de mayo de 2020]; 30(2): 1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25534986>
35. Salazar C. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo [tesis Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad Ricardo Palma; 2015. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/454>
36. Aranda F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *Anales de la Facultad de Medicina* [revista en Internet] 2017 [acceso 20 de julio de 2020]; 78(3): 277-280. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000300004
37. Coasaca L. Prevalencia de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer de mama y de sus cuidadores en el Hospital Arzobispo Loayza [tesis Licenciatura]. Lima - Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2893>
38. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. 2018. p. 714.
39. Keough V, Tanabe P. Survey Research: An Effective Design for Conducting Nursing Research. *Journal of Nursing Regulation* [revista en Internet] 2011 [acceso 2 de junio de 2020]; 1(4): 37-44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S215582561530315X>

40. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [revista en Internet] 1983 [acceso 20 de mayo de 2020]; 67(6): 361-370. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6880820/>
41. Philip S. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes* [revista en Internet] 2003 [acceso 2 de junio de 2020]; 12(1): 1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC183845/>
42. Salman G, Londonb N, Salman S. Ethics in medical research. *Journal of Microscopy and Ultrastructure* [revista en Internet] 2014 [acceso 20 de junio de 2020]; 2(3): 121-126. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213879X14000224>
43. Gomez P. Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [revista en Internet] 2009 [acceso 9 de julio de 2020]; 55(4): 230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variable principal

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TÍTULO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA EN FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DEL CENTRO MEDICO NAVA, CALLAO - 2020								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Ansiedad y Depresión Hospitalaria	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Son trastornos que afectan a las personas que desarrollan roles de cuidadores con su familiar internado, y se caracterizan en primer lugar por producir sensación de preocupación o temor, y en segundo lugar por producir sensación de tristeza y desmotivación, que pueden afectar las actividades a desarrollar y las funciones psíquicas (19).	Son trastornos que afectan a los familiares de pacientes ingresados en Cuidados Intensivos Médico y Quirúrgicos del Centro Médico Naval, Callao - 2020, que desarrollan roles de cuidadores con su familiar internado, y se caracterizan en primer lugar por producir sensación de preocupación o temor, y en segundo lugar por producir sensación de tristeza y desmotivación, que pueden afectar las actividades a desarrollar y las funciones psíquicas, el cual será valorado con la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).	Ansiedad	Sensación de preocupación o miedo.	7 (1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13)	Familiar no ansioso o deprimido Familiar con moderada ansiedad o depresión Familiar con probable o afirmativa ansiedad o depresión	0 a 7 puntos 8 a 10 puntos 11 a 21 puntos
				Depresión	Sensación de tristeza, autoestima baja y estado de ánimo disminuido.	7 (2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14)	La valoración total del puntaje para ansiedad como para depresión va entre 0 a 21 puntos.	

Anexo B. Instrumento utilizado en el trabajo de campo

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buen día, soy egresado de la especialidad de UCI de la Universidad Norbert Wiener, y le invito a participar de este estudio que cuyo objetivo es valorar la ansiedad y depresión hospitalaria en familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos médicos y quirúrgicos en un Centro Médico Naval, Callao - 2020. Espero brinde los datos requeridos por esta ficha, los cuales serán confidenciales y serán resguardados por el investigador.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Esta escala presenta enunciados que no deben considerarse como correctos o incorrectos. Se le solicita dar respuesta a cada enunciado de forma sincera. Si tuviera alguna duda sobre algún enunciado, consulte a la persona encargada de la recolección de datos.

Datos generales del familiar

Edad en años:

Sexo:

- () Femenino
- () Masculino

Estado civil:

- () Soltero(a)
- () Casado(a)
- () Conviviente
- () Separado(a)
- () Divorciado(a)
- () Viudo(a)

Vínculo con el paciente:

- () Esposo(a)
- () Madre
- () Padre
- () Hermano
- () Hijo

Otro _____

Tiempo hospitalización de familiar en unidad de cuidados intensivos médico y quirúrgico: _____

Nivel de instrucción:

- () Sin instrucción
 () Primaria
 () Secundaria
 () Superior no universitaria
 () Superior universitaria

Nº de horas al día que está en el hospital _____

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS): En el siguiente listado de preguntas se muestran distintos estados emocionales. Observe y lea detenidamente cada pregunta y marque una “x” lo que considere usted de acuerdo a como se ha sentido o lo que está sintiendo.

ITEMS	0	1	2	3
1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)	Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre	Igual que antes	No tanto como antes	Solamente un poco	Ya no disfruto como antes
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	Sí y muy intenso	Sí, pero no muy intenso	Sí, pero no me preocupa	No siento nada de eso
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	Igual que siempre	Actualmente, algo menos	Actualmente, mucho Menos	Actualmente, nada
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones	Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
6. Me siento alegre	Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajado(a)	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
8. Me siento lento(a) y torpe	Completamente	A menudo	Raras veces	Nada
9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
10. He perdido el interés por mi aspecto personal	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
11. Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
12. Espero las cosas con ilusión	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca

Gracias por su participación

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: Ansiedad y depresión hospitalaria en familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos médicos y quirúrgicos en un Centro Médico Naval Callao - 2020.

Nombre de los investigadores principales:

Palomino Tovar, Dario Nestor

Propósito del estudio: Determinar la ansiedad y depresión hospitalaria en familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos médicos y quirúrgicos en un Centro Médico Naval Callao - 2020.

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 en su actividad profesional.

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, coordinadora de equipo.

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, 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 encuestadores	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