



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

| Facultad de
ENFERMERÍA

FACTORES ESTRESORES Y DISTRÉS EMOCIONAL EN PACIENTES
EGRESADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL
NACIONAL EN LIMA DURANTE ENERO A JUNIO 2026

STRESSORS AND EMOTIONAL DISTRESS IN PATIENTS DISCHARGED
FROM THE INTENSIVE CARE UNIT OF A NATIONAL HOSPITAL IN LIMA
FROM JANUARY TO JUNE 2026

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS

AUTOR

ANGIE VANESSA AGURTO GUEVARA

ASESOR

MAYRA DEYDAMIA VILLAR REYES

LIMA – PERU

2026

ASESOR DEL TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

Mg. MAYRA DEYDAMIA VILLAR REYES

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0009-0009-2694-0862

Fecha de aprobación: 19 de enero de 2026

Calificación: aprobado

DEDICATORIA

A mis dos pequeños, Mateo y Santiago, por ser la principal motivación en
mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque a través de mis hijos me ha impulsado a no rendirme

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo académico será autofinanciado por la autora

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	AGURTO GUEVARA ANGIE VANESSA

Perteneciente al programa de **PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS** autora del trabajo titulado **FACTORES ESTRESORES Y DISTRÉS EMOCIONAL EN PACIENTES EGRESADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL NACIONAL EN LIMA DURANTE ENERO A JUNIO 2026** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS** bajo la modalidad de **TRABAJO ACADÉMICO**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	VILLAR REYES MAYRA DEYDAMIA	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaro que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hago constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **24 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega **trn:oid::1:3587742723**; fecha de entrega 05-06-2026)
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 05 de junio de 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 44759544
ORCID: 0009-0009-2694-0862



TABLA DE CONTENIDOS

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	13
III. MATERIALES Y MÉTODOS	14
IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	20
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

ANEXOS

RESUMEN

Las alteraciones psicológicas, en la mayoría de los casos, tienen un origen multifactorial, siendo el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores pueden manifestarse con mayor intensidad en contextos donde la salud física y mental del individuo se ve gravemente comprometida, como es el caso del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debido a condiciones patológicas que requieren atención especializada y compleja. Esta investigación tiene por objetivo: Determinar la relación entre Factores estresores y Distrés emocional en pacientes egresados de la UCI de un hospital nacional en Lima durante periodo de estudio. Materiales y métodos: diseño cuantitativo, nivel descriptivo correlacional, corte transversal. Contando con una muestra de 88 participantes voluntarios, a quienes se les aplicó el Cuestionario DASS-21 y Factores estresores, ambos en su versión al español.

Palabras claves: unidad de cuidados intensivos, factores estresantes psicológicos, estrés emocional, alta hospitalaria.

ABSTRACT

Psychological disorders, in most cases, have a multifactorial origin, resulting from the interaction between biological, psychological, and social factors. These factors can manifest with greater intensity in contexts where an individual's physical and mental health is severely compromised, as is the case with patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) due to pathological conditions that require specialized and complex care. This research aims to determine the relationship between stressors and emotional distress in patients discharged from the ICU of a national hospital in Lima during the study period. Materials and methods: descriptive correlational level, cross-sectional. The sample consisted of 88 volunteer participants, who were administered the DASS-21 Questionnaire and the Stressors Questionnaire, both in their Spanish versions.

Keywords: intensive care units, stress, psychological, patient discharge.

I. INTRODUCCIÓN

A partir de la pandemia por Covid-19, la disponibilidad a las camas de la Unidad de cuidados intensivos (UCI), se viene encontrando en el foco público. El Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud (SINESSS) Perú en 2025, expuso que el 90% de camas UCI se encuentran ocupadas. La problemática se intensifica al mantener a pacientes críticos hasta por semanas en nosocomios que no cuentan con el nivel resolutivo que el paciente requiere. (1)

Entre las enfermedades de mayor prevalencia en pacientes internados en UCI se identifican el shock séptico (25 %), la insuficiencia respiratoria (7.87 %), el shock hipovolémico (6.02 %), el traumatismo craneoencefálico grave (5.09 %) y el accidente cerebrovascular isquémico (4.63 %), entre otras patologías de menor incidencia. Además, los registros indican que la tasa de egresos hospitalarios alcanza el 64.35 %, mientras que la tasa de mortalidad se sitúa en 35.55 %, lo que sugiere que la supervivencia en estas unidades, aunque no óptima, se mantiene en niveles relativamente aceptables. (2)

El enfoque del cuidado brindado al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido tradicionalmente concebido desde una perspectiva predominantemente biológica, al centrarse de manera directa en los problemas físicos y fisiológicos que han colocado al paciente en una situación de riesgo vital. (3) Se estima que aproximadamente el 83 % de los pacientes ingresados a la UCI requieren ventilación mecánica desde el inicio de su estancia, mientras que el porcentaje restante la necesita en el transcurso de la hospitalización. Asimismo, se ha identificado que un 34 % de los pacientes que reciben ventilación mecánica también requieren apoyo con fármacos vasoactivos, lo que evidencia la complejidad

clínica y el grado de compromiso hemodinámico presente en estos casos. Se ha reportado también, que un 2 % de los pacientes en UCI necesitará terapia renal de reemplazo, lo cual refleja la afectación multiorgánica frecuente en este tipo de contextos clínicos. (4)

No obstante, las alteraciones psicológicas, también podrían originarse de forma multifactorial, siendo el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. (5) Estos factores pueden manifestarse con mayor intensidad en contextos donde la salud física y mental del individuo se ve gravemente comprometida, como es el caso del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debido a condiciones patológicas que requieren atención especializada y compleja.

Los factores en mención se manifiestan en el paciente al egreso de la UCI, reflejándose en miedo a la muerte, tristeza, insomnio, angustia malestar emocional y físico, entre otras sensaciones negativas. De acuerdo a Cedeño, quien además de factor psicológico, social y biológico, identificó el factor ambiental. Logró determinar que un entorno altamente estresante que, de no ser abordado adecuada y oportunamente, puede tener repercusiones significativas en la salud mental y emocional del paciente; incluso tiempo después de su egreso de la UCI. (6)

Para brindar un cuidado altamente especializado en la atención del paciente crítico, es indispensable contar con los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura, que aseguren su recuperación holística. No obstante, en este proceso de cuidar, y sin intención de causar perjuicio y/o maleficencia, el profesional de Enfermería puede, en ocasiones, omitir que el paciente es un ser biopsicosocial; es decir, un individuo integral y colocar mayor atención en el campo biológico.

Dicho proceso de recuperación, se ve reflejado especialmente en la ardua labor del personal de Enfermería en la UCI. Lo cual implica asumir bajo su responsabilidad permanente, en jornadas de 12 horas laborales a pacientes en estado crítico; quienes, por patologías graves o potencialmente mortales, se debaten entre la vida y la muerte. Desde el inicio de la jornada, el enfermero debe valorar exhaustivamente todo lo referente del paciente, para lograr establecer un plan de cuidado personalizado que le permitirá trabajar correctamente durante el turno. Por consiguiente, deberá realizar desde acciones esenciales como el monitoreo hemodinámico continuo, manejo de dispositivos de alta complejidad, gestión administrativa, entre otras actividades interdisciplinarias, que restan al fortalecimiento del vínculo enfermero-paciente y la oportunidad para evitar y/o corregir factores estrechamente involucrados en las dimensiones social.(7) (8) Es importante precisar que, estas acciones son ejecutadas durante las 24 horas del día, teniendo así el personal hora de entrada, mas no de salida.

A partir de lo mencionado, parece ser que la experiencia en la UCI, no constituye un proceso simple para el paciente, ni se encuentra exento de consecuencias posteriores. Si bien es cierto que, al momento del egreso, la condición biológica del paciente puede mostrar una notable mejoría en comparación con su estado al ingreso, ello pudiera no garantizar una recuperación integral. Ciertos estudios ponen de manifiesto que, en aquellos casos en los que el paciente se ha mantenido consciente o han recuperado su estado de conciencia durante la estancia en la UCI, puede que evoque emociones negativas asociadas a la vivencia crítica; las cuales pueden representar serios obstáculos en su proceso de reintegración social y funcional. (6) (9) (10) (11) De tal forma, el Ministerio de Salud(MINSA) ha dado

a conocer que el entorno del paciente hospitalizado en UCI, debe sentirse acogedor, en silencio, donde incluso encuentre paz en el proceso de enfermedad; ello contribuirá a una favorable evolución, ya que a nivel bioquímico disminuirá la descarga de corticoides y demás hormonas que participan en el origen del estrés fisiológico, los cuales repercuten de cierta manera a nivel emocional. (12) (13)

El Distrés emocional o malestar psicológico, es una manifestación psicológica, que puede desarrollarse en respuesta diversos factores que pueden desencadenar alteraciones emocionales. Se estima que tiene una prevalencia de 73.1% en los pacientes hospitalizados. (9) Esta condición no siempre se resuelve de forma espontánea, y en muchos casos probablemente prolongarse durante meses e incluso años. Entre las emociones negativas que caracterizan el Distrés, encontramos la angustia, desesperación, ansiedad, tristeza profunda, alucinaciones, miedo, ira, sensación de abandono, desprotección, ambivalencia de sentimientos, alteración del sueño, pesadillas, flashback. Todas estas expresiones pueden constituir barreras significativas para una evolución clínica y emocional óptima del paciente, evidenciando la necesidad de un enfoque de atención verdaderamente integral, que contemple no solo la dimensión biológica, sino también la psicológica y social del proceso de recuperación posterior a la experiencia de hospitalización en el área de UCI. (6) (10)

Actualmente se sabe que durante la estancia en UCI las manifestaciones clínicas de Ansiedad y Depresión se mantienen vinculadas entre sí y convirtiéndose en componentes del Malestar psicológico. Este último, se caracteriza porque quien lo padece, experimenta la sensación de pérdida de significado del “yo”, de la conexión

de sí mismo, originando discordancia entre las convicciones personales, espirituales, de la vida y muerte. (11)

La Depresión, la Ansiedad y el Estrés son parte de alteraciones mentales originadas por la interacción de factores estresores: biológicos, psicológicos y sociales, que afectan significativamente el bienestar y la funcionalidad de las personas. La OPS expone que la Depresión interfiere en la vida diaria y presenta mayor prevalencia en mujeres, mientras que la OMS estima que alrededor de 301 millones de personas padecen trastornos de ansiedad, los cuales generan sufrimiento emocional y repercusiones en la salud física. Asimismo, la OMS define el estrés como una respuesta natural ante situaciones demandantes, cuyo impacto en el bienestar físico y emocional depende de las estrategias de afrontamiento de cada individuo. (5) (14) (15)

En el caso de los pacientes egresados de la UCI, es probable que las manifestaciones emocionales que presentan sean consecuencia de diversos factores estresores percibidos negativamente durante su estancia. Estos factores suelen clasificarse en cuatro dimensiones principales: psicológica, ambiental, biológica y social, cada una de las cuales contribuye de manera particular al desarrollo del Distrés emocional en este grupo de pacientes. (11) (9)

En primer lugar, el factor psicológico se relaciona con la incertidumbre respecto al tiempo de permanencia en la UCI, el miedo constante a la muerte, la pérdida de autonomía y la vulneración de la privacidad, elementos que afectan profundamente el equilibrio emocional del paciente y otros similares.

En cuanto al factor ambiental, este abarca condiciones como la temperatura del entorno, la interrupción continua del sueño, el insomnio, la manipulación constante

por parte del personal de salud, así como la exposición permanente a ruidos, alarmas y sonidos generados por los equipos tecnológicos, entre otras manifestaciones.

Por su parte, el factor biológico incluye experiencias como el dolor físico, la inmovilidad, la imposibilidad de comunicarse de forma efectiva y la sensación persistente de sed, todas ellas asociadas a un elevado nivel de malestar físico y emocional.

Finalmente, en lo que respecta al factor social, se identifica el sufrimiento por la separación de la familia, el aislamiento del entorno habitual, la incapacidad para cumplir con los roles familiares y sociales, así como la vivencia del sufrimiento ajeno, lo que puede generar sentimientos de impotencia, culpa o desesperanza. (11)

En relación al marco conceptual vinculado al Distrés emocional, se puede identificar que esta alteración, interfiere directamente con las necesidades básicas del usuario, correspondiendo a la Teoría de la Jerarquía de Necesidades de Maslow, intensificando en él la percepción de vulnerabilidad, inseguridad y dependencia. Es decir, no se logra satisfacer la necesidad de seguridad de esta teoría; la cual comprende seguridad física, emocional, de salud. (16)

Paralelamente, también se logró relacionar con el “Modelo de las 14 necesidades básicas” de Henderson. Este enfoque permite visibilizar cómo la alteración en una o varias de estas necesidades puede desencadenar o exacerbar el sufrimiento emocional, particularmente en contextos críticos como la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La necesidad de comunicación resulta profundamente afectada en pacientes críticos, especialmente aquellos sometidos a ventilación mecánica, quienes muchas veces experimentan angustia por no poder expresar su dolor, emociones o necesidades básicas, lo que contribuye directamente

al desarrollo del Distrés emocional. La **necesidad de reposo y sueño** suele verse interrumpida por el entorno hospitalario (ruidos, luces, procedimientos nocturnos), provocando insomnio, fatiga emocional y mayor vulnerabilidad psicológica. La necesidad de mantener una temperatura corporal adecuada se ve afectada por el frío ambiente de la UCI, lo cual puede traer consigo discomfort y alteración del sueño.

(17)

El Cuestionario de Factores estresores, si bien es cierto estos factores son variados, se encuentra estructurado en cuatro dimensiones: ambientales, emocionales, sensoriales y de comunicación. Estas guardan estrecha correspondencia con los factores estresantes abordados a lo largo de esta investigación, a saber: ambiental, psicológica, biológica y social respectivamente.

A partir de lo expresado, se propone la siguiente interrogante de investigación: ¿Existe relación entre los Factores estresores y el Distrés emocional en pacientes egresados de la Unidad de cuidados intensivos?

Por tanto, esta investigación es relevante a nivel teórico, ya que visibiliza el Distrés emocional y sus efectos como problemática manifestada en las instituciones hospitalarias, actualmente poco estudiada a nivel nacional. Asimismo, permite analizar su relación con los factores estresores que se concentran en la UCI, contribuyendo como base para futuras investigaciones ante la escasez de evidencia científica local.

A nivel práctico, la investigación permitirá a los profesionales de Enfermería identificar los factores estresores y atender oportunamente las necesidades no satisfechas de los pacientes, reduciendo emociones negativas. Del mismo modo, los

resultados darán pie al planteamiento de estrategias de atención centradas en el paciente, orientadas a un cuidado más humano, empático y holístico.

Finalmente, la relevancia social radica en permitir identificar factores que contribuyen al desarrollo del Distrés en pacientes egresados de UCI que se reinseran a la sociedad, pudiendo realizar un seguimiento al paciente de manera estrecha al alta.

En consecuencia, a la pregunta de investigación se realizaron estudios previos, encontrándose que, nivel mundial, González A. en el año 2023, en España, se planteó como finalidad reconocer los factores que generan estrés en los pacientes y sus familiares durante su estancia en una UCI, así como explorar posibles estrategias para mitigarlos. Esto mediante una revisión sistemática en bases de datos virtuales. Arrojando como resultado que, las diversas indagaciones científicas coinciden en sus hallazgos, señalando al dolor como el principal factor estresante, el cual puede ser abordado mediante diversas intervenciones para aliviarlo. Los demás estresores también se repiten entre los artículos, aunque varían en cuanto al orden de prioridad; algunos destacan la presencia de tubos en la nariz y la boca, mientras que otros enfatizan la incomunicación con el entorno, la sensación de sed, entre otros. De esa forma concluye que, aunque la UCI es un espacio adecuado para la recuperación de pacientes críticos e inestables, también se percibe como un entorno hostil, amenazante y desagradable, donde existen múltiples factores que generan estrés. (18)

En el contexto latinoamericano, Valdiviezo C. en 2024, en Ecuador, orientado a detectar las alteraciones emocionales más relevantes y las demandas psicológicas que deben ser atendidas por el personal de enfermería en pacientes ingresados en la

UCI, a través de un estudio cualitativo de revisión, se identificó cuatro categorías de factores estrechamente relacionados con las alteraciones emocionales en pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos: factores ambientales, sociales, emocionales/psicológicos y fisiológicos. Identificando que son producto de alteraciones emocionales como la Ansiedad y Depresión. (19)

Por otro lado, Swathi M., en 2023, en India, planteó como objetivo identificar el Estrés, la Ansiedad y la Depresión en pacientes con enfermedades crónicas y factores asociados a las alteraciones mencionadas. El estudio expuso que los pacientes con patologías cardiovasculares presentan mayor incidencia a padecer Ansiedad, Depresión y Estrés. Mientras que, entre los factores se encontró que la edad, la duración de estancia hospitalaria, los estilos de vida se establecieron como determinantes. (20)

Por su parte, Cuichán P. en el año 2024 en Ecuador. Publicó una investigación científica, teniendo por objetivo principal analizar los hallazgos evidenciados en múltiples indagaciones científicas respecto a la experiencia del paciente y su familia en la UCI. Este estudio fue una revisión sistemática tipo metasíntesis cualitativa, valorando 20 indagaciones científicas con antigüedad máxima de 10 años, identificándose que, los pacientes experimentan temor, angustia, pérdida de identidad, pérdida de independencia, miedo a la muerte y desconocimiento sobre su enfermedad. En conclusión, la calidad de vida del paciente puede verse deteriorada al alta de la UCI, a razón que con frecuencia afronta limitaciones físicas, emocionales y cognitivas. (21)

Cerrando las investigaciones latinoamericanas relacionadas a esta problemática, disponemos de la indagación elaborada por Cedeño V. en el año 2021 en Ecuador.

Determinan como objetivo la descripción de las consecuencias psicológicas que originan en los pacientes el ingreso a la UCI. Este estudio es de tipo documental bibliográfico, empleando como fuente bases de datos virtuales. Cuyos resultados evidencian que los pacientes hospitalizados en la UCI, pueden vivir diferentes afectaciones psicológicas, a consecuencia de la interrupción de su rutina y de los procedimientos de monitoreo a los que son sometidos. Finaliza exponiendo principalmente que los pacientes deben ser abordados de manera integral, considerando no solo los campos físicos y fisiológicos vinculados a su patología de ingreso, sino también su requerimiento psicológico, con el propósito de impulsar una recuperación completa en el menor tiempo posible. (6)

En nuestro contexto, la literatura revela que existe escasa información científica específicamente relacionada con el tema de la presente investigación.

López J. durante el año 2020 en Perú. Realizó una investigación científica planteando como objetivo identificar el nivel de Estrés y Ansiedad en pacientes diabéticos en un hospital peruano, siendo cuantitativo de tipo descriptivo correlacional. La muestra estuvo compuesta por 78 personas en etapa adulta diagnosticadas con Diabetes. Para recabar la información, se empleó el cuestionario de Estrés y Ansiedad, resultando que se evidencia un vínculo significativo entre Estrés y Ansiedad; además en la dimensión de alteraciones emocionales el 48.7% presenta un nivel de ansiedad alto y en la dimensión motora, el 43.6% presentan estrés alto. Concluyendo que, se manifestó un nivel alto y medio respecto a las dimensiones de la Ansiedad y lo que respecta a las dimensiones de Estrés es alto. (22)

Torres L. en el año 2020 en Perú, expuso como objetivo determinar la relación que existe entre el Estrés e Inteligencia emocional. Dicho estudio fue no experimental, de corte transversal y de tipo correlacional, capturando una muestra de 154 persona voluntarias de ambos géneros. Además, se emplearon dos instrumentos, el DASS-21 y el TMMS-24; el primero medirá el Estrés y el segundo la variable de Inteligencia emocional. Se encontró una relación significativa entre las dos dimensiones de la variable estrés y las dimensiones de percepción, comprensión y regulación de la variable inteligencia emocional. En conclusión, se ha identificado en la muestra de estudio una correlación positiva alta entre Ansiedad y Estrés. (23)

Vásquez E. durante el año 2021 en Perú, indagó a nivel científico, con el fin de Describir el estado emocional de los pacientes pos-COVID-19 de un distrito de la Región Amazonas del Perú. Su estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal, contando con una muestra de 235 participantes; a quienes se les aplicó el instrumento DASS-21. Obtuvo como resultado que, El 55,32 % presenta depresión, el 56,60 % tiene ansiedad en diferentes niveles y el 68,09 % no presenta estrés. Por lo que concluye que, en su mayoría los pacientes post-COVID-19 evidenciaron distintos niveles de depresión y ansiedad. (24)

Furlong M. en el año 2022 en el Perú, desarrolló una investigación, que estableció como objetivo determinar los factores relacionados con la Ansiedad y la Depresión en pacientes con Síndrome coronario agudo (SCA) al egreso hospitalario de un centro de salud peruano. El estudio en mención fue transversal analítico, contó con una muestra de 85 participantes, a quienes se les aplicó el Test de Ansiedad de Hamilton. Dando como resultado se observó una mayor proporción de depresión (92,0%) en pacientes con un índice de calidad de vida pobre/regular, en

comparación con el 73,3% en el grupo de buena calidad de vida. Además, los factores vinculados a mayor prevalencia de Ansiedad fueron: tiempo desde SCA mayor o igual a 9 meses. Concluye que, la calidad de vida y el nivel educativo son factores predictores de la Ansiedad y la Depresión en pacientes con SCA al alta hospitalaria. (25)

Por último, Contreras J. en el año 2022 en Perú. El investigador planteó determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados al Trastorno de Estrés postraumático (TEPT), a través de la elaboración de un estudio secundario que utilizó base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra, utilizando una muestra final de 3881 personas. A quienes se les aplicó como instrumento la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, en su versión en español. Además del Cuestionario de Salud Mental de Colombia, Escala de Discapacidad y una ficha de datos demográficos e indicadores de pobreza. Entre los resultados se evidenció que, existe relación del TEPT con pensamientos mortales y dificultad para planificar, organizar y ejecutar diversas actividades. El estudio concluye identificando que existe relación significativa entre TEPT y algunos factores sociodemográficos, eventos traumáticos y trastornos clínicos. (26)

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la relación entre los Factores estresores y el Distrés emocional en pacientes egresados de la UCI de un hospital nacional en Lima durante enero a junio 2026.

Objetivos específicos

- Identificar los Factores estresores en pacientes egresados de la Unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional en Lima durante enero a junio 2026.
- - Identificar el grado de Distrés emocional en pacientes egresados de la Unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional de Lima durante enero a junio 2026.
- - Analizar la relación entre los Factores estresores y el Distrés emocional en pacientes egresados de la Unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional de Lima durante enero a junio 2026.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño

El presente trabajo de investigación es de diseño cuantitativo, respecto a su nivel es descriptiva- correlacional; puesto que se pretende determinar el nexo que existe entre dos variables. (27) En cuanto al corte, se considera investigación transversal, debido a que recolecta referencias en una sola oportunidad.

3.2 Población

En esta investigación se tomará como población a pacientes egresados de la Unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional en Lima durante el periodo enero a junio de 2026.

3.3 Muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico a conveniencia (26). Del universo poblacional (113 personas) cantidad tomada del censo de pacientes durante seis meses del año 2025, se ha determinado como muestra a 88 personas. El cálculo del tamaño de la muestra se realizará utilizando la fórmula correspondiente a poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 1.96% y un margen de error del 0.5%

Dónde:

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

N = tamaño de la población. (113)

Z = nivel de confianza. (1.96)

p = probabilidad de éxito. (0,5)

q = probabilidad de fracaso. (0,5)

n = tamaño de la muestra.

E = Error estándar (0.05)

$$n = \frac{113 (1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(113-1) 0.05^2 + 1.96^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = 88$$

Muestreo

Se optó el muestreo no probabilístico.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes egresados de la Unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional en Lima durante enero a junio de 2026

Criterios de exclusión

Pacientes fallecidos en la Unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional en Lima durante enero a junio de 2026.

Pacientes que no desearon participar en la investigación

Pacientes que presenten limitaciones y/o secuelas que le impidan participar en la investigación.

3.4 Procedimientos y técnicas

Recolección de datos

Concluido el proyecto de investigación y habiendo sido aprobado por la asesora, se solicitará revisión al Comité revisor de la Facultad de Enfermería para aprobación y continuar con la aceptación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Posteriormente, previo a la ejecución se solicitará por conducto regular a las autoridades del hospital y a la Unidad de Docencia y Capacitación.

Durante la visita se abordará a los familiares de los pacientes próximos a egresar de la Unidad de cuidados intensivos, para informarles sobre la investigación y consultarles si autorizan a través de un consentimiento informado la participación anónima de su familiar, mediante 2 cuestionarios: “Escala de Factores estresantes” y “Dass-21”. Los cuales, serán resueltos al alta hospitalaria durante aproximadamente media hora cada uno.

El primer instrumento utilizado fue el cuestionario titulado “**Escala de Factores Estresantes en UCI**”, desarrollado por Bernal Ruíz y adaptado al español en Colombia. Este cuestionario evalúa la variable de **factores estresantes** y está compuesto por un total de **45 ítems**, los cuales actúan como indicadores de diversos factores de estrés: **ambientales, emocionales, sensoriales y de comunicación**.

La escala utiliza un formato tipo Likert, en el que cada ítem se califica según el grado de estrés percibido, con las siguientes opciones:

1 = Nada estresante

2 = Poco estresante

3 = Moderadamente estresante

4 = Muy estresante

El puntaje total del cuestionario puede oscilar entre un **mínimo de 45** y un **máximo de 180 puntos**. Estos puntajes se distribuyen en cuatro dimensiones, según los siguientes rangos:

- **Ambiental:** de 7 a 28 puntos
- **Sensorial:** de 9 a 36 puntos
- **Emocional:** de 12 a 48 puntos
- **Comunicación:** de 17 a 68 puntos

El segundo instrumento a aplicar es el DASS-21, creado y denominado así por Lovibond y Lovibond, en su versión original y validado internacionalmente; del mismo modo, validado a nivel nacional por Polo en 2017. Usado frecuentemente para evaluar el Estrés, Ansiedad y depresión en adultos. Contiene **21 ítems** (preguntas), distribuidos en **3 subescalas** de 7 ítems cada una:

Depresión: ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21

Ansiedad: ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20

Estrés: ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Se responde en una escala tipo **Likert de 4 puntos**:

0 = No me ha pasado

1 = Me ha pasado en cierta medida

2 = Me ha pasado bastante

3 = Me ha pasado mucho

Para calcular el puntaje de cada dimensión, se deben **sumar las puntuaciones** de los ítems correspondientes a cada subescala. En cuanto a la **interpretación de los resultados**, una **mayor puntuación** refleja un **mayor nivel de sintomatología** en la dimensión evaluada.

A continuación, se presentan los puntos de corte comúnmente utilizados para clasificar los niveles de severidad:

Depresión:

5–6: Depresión leve

7–10: Depresión moderada

11–13: Depresión severa

14 o más: Depresión extremadamente severa

Ansiedad:

4: Ansiedad leve

5–7: Ansiedad moderada

8–9: Ansiedad severa

10 o más: Ansiedad extremadamente severa

Estrés:

8–9: Estrés leve

10–12: Estrés moderado

13–16: Estrés severo

17 o más: Estrés extremadamente severo

3.5 Aspectos éticos del estudio

Durante el desarrollo de esta investigación se toman en consideración aspectos éticos como la autorización voluntaria de la muestra estudiada, a través de un consentimiento informado. (28) Del mismo modo, otro de los pilares éticos es el Principio de respeto a la dignidad humana, ya que el participante tiene total y plena libertad de dar por concluida su participación si lo cree conveniente. Por último, pero no menos importante, Principio de Justicia, mediante el buen trato, la reserva de la identidad, la resolución de interrogantes por parte del investigador, especialmente previo a la aplicación del cuestionario. (29)

Por último y no menos importante, mencionar que esta indagación tiene como base los principios éticos que rigen toda investigación. Asegurando la confidencialidad de la información recolectada y el respeto a los derechos y condiciones de los pacientes en estado crítico. Además, la investigación no interfiere con los tratamientos médicos ni representa riesgos adicionales para los participantes.

3.6 Plan de análisis

Los 88 cuestionarios aplicados serán procesados a través del programa Excel y Chi-cuadrado Pearson, para determinar si existe relación significativa entre las dos variables estudiadas. Por consiguiente, dichos resultados serán representados a través de gráficos y tablas.

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

4.1 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
VIÁTICOS Y TRANSPORTE	20 DÍAS	10	200
MATERIALES:			
Papel Bond A4	500 Unidades	S/.2.00	S/.12.00
Lapiceros	6 Unidades	S/.100.00	S/. 12.00
Internet	4 Meses	S/1.00	S/. 400.00
Copias E Impresiones	100 Unidades		S/. 100.00
TOTAL			S/.724.00

4.2 Cronograma

ACTIVIDADES	2025			
	JUL	AGO	SET	OCT
Selección del tema y planteamiento del problema	x			
Redacción de la introducción	x	x		
Redacción de marco teórico	x	X		
Justificación y objetivos		x		
Diseño de estudio, población y muestra		x		
Procedimiento y técnicas de recolección de datos			x	
Plan de análisis			x	
Aspectos éticos			x	
Presupuesto y cronograma			x	
Producción de anexos			x	
Presentación de proyecto final				x

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sindicato nacional de Enfermeras del Seguro social de salud. La crisis de camas UCI: pacientes esperan semanas ante inacción de autoridades [Online]; 2025. Acceso 6 de octubre de 2025. Disponible en: <https://sinesss.org.pe/2025/01/03/la-crisis-de-camas-uci-pacientes-esperan-semanas-ante-inaccion-de-autoridades/>
2. Llerena C. Prevalencia de morbilidad en la Unidad de cuidados intensivos en un hospital de Riobamba, Ecuador, periodo 2022-2023. *Rev Mul Arb de Inv Cie.* 2023; 7(4): 453-467. Disponible en: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.453-467>
3. Vera O. Los enfermos en estado crítico y las medidas de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos. *Cua Hos de Clí.* 2022; 63(1): 76-82. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762022000100011
4. Moreira E. Estudio de la prevalencia, factores asociados y resultados de la ventilación mecánica prolongada en UCI como característica distintiva de la enfermedad crítica crónica *Rev Méd Urug.* 2024; 40(4):202. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902024000401202
5. Organización Mundial de la Salud. Trastornos de ansiedad [Online]. Ginebra: Organización mundial de la salud; 2025. Acceso 22 de julio de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
6. Cedeño V. Consecuencias que generan a los pacientes ingresados en la unidad de Terapia intensiva. *Recimundo.* [Online]. 2021; 5(1): 179-185. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1486>

7. Atención del paciente altamente crítico en Cuidados intensivos adultos. Manual de procesos y procedimientos de atención de cuidados intensivos adultos de EsSalud. 2023. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNER_M_UCI_Adultos.pdf
8. Manual de procedimientos Departamento de cuidados críticos Servicio de Cuidados intensivos e intermedios adultos Trabajo de personal de Enfermería. Hospital Regional del Cusco; 2021. Disponible en: <https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/MAPRO-UCI.pdf>
9. Ching T. Predictores e implicaciones clínicas del distrés emocional el día del alta en pacientes hospitalizados. *Inv en Enf apl.* [Online]. 2025; 84: 151978. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40744549/#:~:text=Emotional%20distress%20on%20discharge%20day%20was%20positively%20correlated%20with%20age,emotional%20distress%20levels%20than%20men>
10. Ruidiaz K. Temor y angustia: experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Rev cie y cui.* [Online]. 2020; 17(3): 7-19. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1695>
11. Malestar Psicológico y Estrés Postraumático en Pacientes Críticos y Familiares. *Rev Iberoam Diagn Eval Psic.* 2024; 4(74):165-181. Disponible en: [doi:10.21865/ridep74.4.11](https://doi.org/10.21865/ridep74.4.11)
12. Ministerio de salud. Pacientes COVID-19 pueden sufrir Estrés postraumático y trastornos del sueño tras abandonar la Unidad de cuidados intensivos. [Online]. Perú. 2021. Acceso 22 de julio de 2025. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/492826-pacientes-covid-19-pueden-sufrir-estres-postraumatico-y-trastornos-del-sueno-tras-abandonar-uci>

13. EsSalud advierte que ruido en hospitales perjudica recuperación de pacientes [Online]. Lima: Seguro Social de Salud. 2025. Acceso 6 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/essalud/noticias/954363-essalud-advierde-que-ruido-en-hospitales-perjudica-recuperacion-de-pacientes>

14. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. [Online]. Washington, D.C.: OPS; S/F. [Revisado 2025; consultado 2025 julio 22]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

15. Organización Mundial de la Salud. Estrés. [Online]. Ginebra. Organización mundial de la salud; 2023. Acceso 25 de julio de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

16. Iglesias S. Instituto Europeo de psicología positiva. [Online]. 2024. Disponible en: <https://www.iepp.es/piramide-de-maslow/>

17. Tomey A. Modelos y teorías en Enfermería. [Online]. Estados Unidos. Editorial Elsevier. Acceso 22 de julio de 2025. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Modelos_y_teor%C3%ADas_en_enfermer%C3%ADa/FLEszO8XGTUC?hl=es&gbpv=1&dq=teoria+de+virginia+henderson&pg=PA54&printsec=frontcover

18. Santos A. Estresores del paciente crítico y la atención humanizada. Rev Rol de Enf. [Online]. 2023; 46(6): 50-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9001737>

19. Valdiviezo C. Alteraciones emocionales, necesidades psicológicas y atención de Enfermería en pacientes en la Unidades de cuidados intensivos. *Cie Lat rev cie mul.* [Online]. 2024; 8(5): 588-600. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/13369>
20. Swathi M. Prevalencia y correlatos del estrés, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas: un estudio transversal. *Psi act de Ori Med.* [Internet]. 2023; 30: 66. Disponible en: <https://mecp.springeropen.com/articles/10.1186/s43045-023-00340-2>
21. Cuichán P. Meta-síntesis sobre la experiencia de los pacientes y sus familias en la Unidad de cuidados intensivos. *Cie Lat Rev Mul.* [Internet]. 2024; 8(2): 7769-7786. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/11216>
22. López J. Estrés y ansiedad en pacientes diabéticos, hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Perú, 2020. *Rev Cie UNTRM: Cie Soc y Hum.* [Online]. 2020; 5(1): 55-60. Disponible en: <https://revistas.untrm.edu.pe/index.php/CSH/article/view/840>
23. Torres L. Estrés e inteligencia emocional en personas adultas durante la pandemia de la COVID-19 en Tacna 2020. *Rev Cie Dig Psi.* [Internet]. 2020; 10(1): 37-45. Disponible en: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/226>
24. Vásquez E. Estado emocional de los pacientes pos- COVID 19 en la región Amazonas del Perú. *Rev Cub de Enf.* [Online]. 2022; 38(4): 12-13. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5445>

25. Furlong M. Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes peruanos con Síndrome coronario agudo. *Sos*. [Online]. 14 (22): 14970. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2071-1050/14/22/14970>
26. Contreras J. Aspectos clínicos y factores asociados al estrés postraumático en pacientes adultos de tres ciudades de la sierra peruana. *Rev Neu*. [Online]. 2022; 85(3): 206-223. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4330>
27. Hernández R. Metodología de la investigación. [Online]. México D.F. Ediciones Mc Graw-Hill. Acceso 22 de julio de 2025. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
28. ESAN. Consentimiento informado: ¿Qué es y en qué situaciones debe solicitarse? Escuela de administración de negocios. [Online]. 2022. Acceso 22 de setiembre de 2025. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/consentimiento-informado-que-es-y-en-que-situaciones-debe-solicitarse>
29. Instituto nacional de Salud. Compendio de normativa ética para uso por los comités de ética en investigación. Ministerio de Salud. 22 de setiembre de 2025. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2973.pdf>

ANEXOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: FACTORES ESTRESORES Y DISTRÉS EMOCIONAL EN PACIENTES EGRESADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL NACIONAL EN LIMA DURANTE ENERO A JUNIO 2026

INVESTIGADORA: ANGIE AGURTO GUEVARA

Propósito del estudio:

Le invitamos a participar en un estudio para conocer si el Distrés emocional guarda relación con factores estresantes presentados durante su hospitalización en la Unidad de cuidados intensivos. Este es un estudio desarrollado por la Lic. Enf, Angie Agurto Guevara, alumna de Posgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y trabajadora de este hospital.

En la actualidad, se han incrementado los casos de alteraciones psicológicas relacionadas a la experiencia hospitalaria. Esto puede repercutir en la vida diaria de la persona y su familia.

Es por ello que creemos necesario investigar más en este tema y abordarlo con la importancia que amerita. Con su participación se pretende determinar si el Distrés emocional está vinculado a factores estresores como ambientales, biológicos, psicológicos y social.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se realizarán dos cuestionarios, incluirá datos generales, que no expondrán su identidad.

2. Estas encuestas tomarán un tiempo aproximado de 30 minutos cada una y se realizarán en la sala de espera que se encuentra afuera de la Unidad de cuidados intensivos.

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de esta investigación. Sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

Beneficios:

Se le informará de manera confidencial los resultados que se obtengan del estudio.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a la investigadora Angie Agurto Guevara, al teléfono 951036446.

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres y Apellidos
Participante

Firma

Fecha y Hora

Nombres y Apellidos
Testigo (si el participante es analfabeto)

Firma

Fecha y Hora

Nombres y Apellidos Investigador

Firma

Fecha y Hora

ANEXOS

ESCALA DASS-21

Aplicación de la escala DASS-21: Estimado participante, por favor, lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor en uno de los números (1, 2, 3, 4) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación. No hay respuestas correctas, tampoco incorrectas. La escala de calificación es la siguiente:

1: NUNCA

2: A VECES

3: CON FRECUENCIA

4: CASI SIEMPRE

Nº	ITEM	NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
1	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca	0	1	2	3
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9	Estuve preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10	Sentí que no tenía nada por qué vivir	0	1	2	3
11	Noté que me agitaba.	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15	Sentí que estaba al punto del pánico	0	1	2	3
16	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco cómo persona	0	1	2	3
18	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

ANEXOS

CUESTIONARIO FACTORES ESTRESORES

DATOS GENERALES:

Edad: _____

F	M
---	---

 Sexo:

Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Conviviente
---------	--------	-------	------------	-------------

Estado civil

Grado de instrucción:

Analfabeto	Primaria	Secundaria	Superior
------------	----------	------------	----------

Urbana	Rural
--------	-------

 Procedencia: _____ Ocupación: _____
Nº de hijos: _____

Días en UCI: _____ Diagnóstico médico: _____

A continuación, se presenta una lista de posibles factores estresantes que usted podría haber experimentado durante su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Le solicitamos que, en la medida de lo posible, recuerde dichas experiencias y evalúe el grado de estrés que cada una le generó.

Para ello, marque con una "X" la opción que mejor refleje su vivencia, eligiendo entre las siguientes categorías: nada, poco, moderado o mucho. Es importante que seleccione una sola opción por cada ítem.

Nº	ITEM	NADA ESTR.	POCO ESTR.	MODERADO ESTR.	MUY ESTR.
1	Tener limitada la movilidad por la presencia de tubos, cables y conexiones.				
2	Desconocer el nombre de las personas que lo atienden y que estas no lo saluden				
3	Sentir que el personal que lo atiende no tiene suficiente tiempo para su cuidado				
4	Tener sed , no poder expresarla y/ o calmarla				
5	Que su tensión arterial sea tomada con mucha frecuencia				
6	Sentirse incómodo por la almohada o cama.				
7	Escuchar frecuentemente sonidos inusuales y/o desconocidos hechos por las máquinas que hay a su alrededor				
8	Ser examinado en muchas ocasiones				
9	Estar rodeado por máquinas extrañas.				
10	Sentir que el personal que lo atiende presta más atención a las máquinas que hay a su alrededor que a usted.				
11	Sentir que el personal que lo atiende habla con un tono de voz demasiado fuerte				
12	Tener que usar para su tratamiento tubos o mascarar en la nariz y/o en la boca				
13	Extrañar a su familia o amigos.				

14	No tener explicación de los procedimientos que a usted le hacen como parte de su tratamiento.				
15	Que el personal que lo atiende haga cosas alrededor de su cama constantemente sin infórmale				
16	No saber qué hora es.				
17	Escuchar a otros pacientes gritar o quejarse.				
18	Estar hombres y mujeres hospitalizados en el mismo espacio.				
19	Ser despertado por las personas del hospital que lo atienden.				
20	Ver como se realizan tratamientos a otros pacientes.				
21	Por la posición de su cuerpo ver siempre lo mismo.				
22	No poder dormir.				
23	Percibir olores raros a su alrededor.				
24	Tener luces a su alrededor permanentemente encendidas.				
25	Sentir dolor.				
26	Ser pinchado con agujas				
27	No saber dónde está.				
28	Que se utilicen palabras que usted no entiende.				
29	No tener control de sí mismo.				
30	No saber qué día es.				
31	Sentirse aburrido.				
32	No tener privacidad.				
33	Ser cuidado por personas desconocidas.				
34	Estar en una habitación que es demasiado caliente o fría				
35	Escuchar a las personas hablar sobre usted.				
36	No poder comunicarse.				
37	Tener miedo de morir.				
38	No saber cuánto tiempo va a estar en cuidados intensivos.				
39	No poder cumplir su papel en la familia.				
40	Tener preocupaciones por su salud y las repercusiones de esta en su vida diaria.				
41	Sentir temor de contagiarse de enfermedades dentro del hospital.				
42	Ser presionado para aceptar la realización de tratamientos				
43	Saber o ver que algún paciente fallece.				
44	Tener hambre y no poder expresarla y/ o calmarla				
45	No poder ir al baño				

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores (Instrumento: Escala de factores estresantes)	Categorías / Criterio Medición	Escala De Medición
Factores	Elementos intrínsecos o extrínsecos que influyen en la salud del paciente	Los factores involucrados serán medidos mediante el cuestionario “Factores estresores” en su versión al español; en el cual, se valora una serie de estímulos relacionados a dichos factores estresantes.	Ambiental	-Restricción en la movilidad física -Falta de conocimiento del personal sobre los cuidados específicos del paciente -Escaso tiempo del personal destinado a la atención individualizada -Sensación constante de sed -Medición frecuente de la presión arterial -Incomodidad provocada por la cama o la almohada -Presencia de ruidos extraños o poco familiares -Revisión o inspección médica repetitiva -Estar rodeado de equipos o dispositivos desconocidos -Percepción de que el personal prioriza la atención a las máquinas más que al paciente -Uso de un tono de voz elevado por parte del personal -Presencia de tubos o máscaras colocados en la nariz y/o boca.	1 = Nada estresante 2 = Poco estresante 3 = Moderadamente estresante 4 = Muy estresante 7 a 28 puntos	Cualitativa Ordinal
			Emocionales	-Sentir nostalgia por la familia o los amigos. -Realización de procedimientos sin explicación previa. -Que el personal realice actividades a su alrededor sin interactuar. - No tener conocimiento del momento del día o la hora. -Escuchar a otros pacientes gritar o expresar dolor. -Compartir el espacio con personas de ambos géneros.	9 a 36 puntos	Cualitativa Ordinal
			Sensoriales	-Ser interrumpido o despertado durante el descanso. -Observar los tratamientos que reciben otros pacientes. -Tener una vista limitada y repetitiva debido a la misma posición corporal. -Experimentar dificultades para conciliar el sueño. -Percibir olores desagradables o intensos. -Permanecer en un ambiente con luces encendidas de forma constante. -Experimentar sensaciones dolorosas. -Ser sometido a punciones o pinchazos. -Sentir confusión respecto a la ubicación. -No entender términos o palabras utilizadas. -Experimentar pérdida de autocontrol. -Desconocer el día en que se encuentra. -Sentir aburrimiento o falta de estímulos.	12 a 48 puntos	Nominal

				-Carecer de privacidad. -Recibir atención por parte de personas desconocidas. -Encontrarse en una habitación con temperatura incómoda, ya sea muy caliente o fría. -Escuchar conversaciones de otras personas.		
			Comunicación	-Falta de comunicación o dificultad para comunicarse. -Sentir temor a la muerte. -Desconocer la duración de su estancia en la UCI. -Sentir que no cumple con sus responsabilidades familiares. -Preocuparse por su salud y las posibles consecuencias en su vida cotidiana. -Miedo a contraer infecciones adquiridas en el hospital. -Sentir presión para aceptar tratamientos médicos. -Presenciar la muerte de otro paciente. -Experimentar hambre. -No poder utilizar el baño cuando lo necesita.	17 a 68 puntos	Cualitativa Ordinal
Distrés Emocional	Psicopatología caracterizada por la angustia, temor, miedo que experimenta la persona ante situaciones acompañadas de crudeza	El Distrés emocional será medido a través de un cuestionario adaptado para identificar esta alteración emocional en pacientes que han sido hospitalizados .	Estrés	-Cuesta mucho descargar la tensión -Reacciones exageradas ante ciertas situaciones -Sentir que gasta gran cantidad de energía -Sentirse inquieto -Dificultad para relajarse -No tolerar algo que no permita continuar con la acción actual -Sentirse enfadado con facilidad	-Estrés leve: 8-9 -Estrés moderado: 10-12 -Estrés severo: 13-16 -Estrés extremadamente severo: 17 a más	Cualitativa Ordinal
			Ansiedad	-Sentir la boca seca -Sentir dificultad al respirar -Sentir temblar las manos -Sentir preocupación ante situaciones en las que pueda sentir pánico o hacer el ridículo -Sentir estar al borde del pánico -Sentir los latidos del corazón pese a no haber realizado esfuerzo físico -Sentir miedo sin razón	-Ansiedad leve: 4 -Ansiedad moderada: 5-7 -Ansiedad severa: 8-9 -Ansiedad extremadamente severa: 10 a más	Cualitativa Ordinal
			Depresión	-No sentir ningún sentimiento positivo -Dificultad al tomar la iniciativa para realizar tareas -Sentir que nada lo ilusiona -Sentirse triste y deprimido -No sentir entusiasmo por nada -Sentir poco valor como persona -Sentir que la vida no tiene sentido	-Depresión leve: 5-6 -Depresión moderada: 7- 10 -Depresión severa: 11-13 -Depresión extremadamente severa 14 a más	Cuantitativa Ordinal