

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON QUEMADURA  
DE TERCER GRADO, DEL HOSPITAL NACIONAL  
ARZOBISPO LOAYZA, 2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**MOROCHO CHIEPAK, ISABELLA DE LAS ROSAS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MEDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2018**

**ASESOR:**

Dr. Florián Tutaya Luis Sandro

## **AGRADECIMIENTO**

A mis asesores de tesis: Dr. Luis Sandro Florián Tutaya y Mg. Sara Aquino Dolorier por su dedicación y guía para el desarrollo del presente trabajo.

Al personal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por el apoyo brindado.

## **DEDICATORIA**

A Dios por guiar mis pasos.

A mis padres por su incondicional apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria, les dedico con mucho cariño esta tesis.

En memoria de mis abuelitos José Salomón y Helena.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar cuáles son los factores asociados al trastorno de estrés post traumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio analítico transversal correlacional. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y quemaduras de tercer grado, que cumplieran dentro de los criterios de inclusión, con un rango de edad comprendido entre 18 y 65 años, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2017. Para la obtención de datos se empleó la ficha de recolección de datos para las variables sobre Depresión, Funcionalidad familiar, localización de quemadura en el cuerpo, extensión de la quemadura, lugar de Ocurrencia de quemadura y agente térmico, todo ello con la finalidad de realizar el respectivo análisis y pruebas estadísticas.

**Resultados:** Se evidencio que el factor asociado entre el agente causal por flama de fuego y el TETP fue predominante con un valor 76.9%, en contraste al 19.3% con otro agente. En segundo lugar, un 25.9% de asociación entre TEPT y lugar de ocurrencia en el hogar; en tercer lugar 83.3% de asociación entre TEPT y lesiones a nivel de cabeza o cuello; en cuarto lugar, un 13.3% de asociación con el compromiso del área de superficie corporal mayor a 30% y el TEPT, en quinto lugar, un 46.7% de asociación entre disfunción familiar y TEPT. Finalmente, con 53.7% de depresión asociada a TEPT.

**Conclusiones:** se concluye que el primer lugar de factor asociado a trastorno de estrés post traumático es el fuego como agente causal de quemadura, en segundo lugar, con un porcentaje mayor del 30% de área de superficie corporal afectada por quemadura y en tercer lugar la depresión.

**Palabras claves:** Depresión, Funcionalidad familiar, localización de quemadura en el cuerpo, extensión de la quemadura, lugar de Ocurrencia de quemadura, agente.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine which factors are associated with post-traumatic stress disorder in patients with third-degree burn at Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.

**Materials and methods:** a correlational cross-sectional analytical study was carried out. Patients with a diagnosis of post-traumatic stress disorder and third-degree burns were selected, who fulfilled within the inclusion criteria, with an age range between 18 and 65 years, at the National Hospital Arzobispo Loayza during the year 2017. For the data collection was used the data collection card for the variables on Depression, family functionality, location of burn in the body, extent of the burn, place of Burning Occurrence and thermal agent, all with the purpose of making the respective analysis and statistical tests.

**Results:** It was evidenced that the associated factor between the causal agent by fire flame and the TETP was predominant with a 76.9% value, in contrast to 19.3% with another agent. Secondly, a 25.9% association between PTSD and place of occurrence in the home; in third place 83.3% of association between PTSD and lesions at head or neck level; Fourth, 13.3% of association with the commitment of the corporal surface area greater than 30% and PTSD, in fifth place 46.7% of association between family dysfunction and PTSD. Finally, with 53.7% of depression associated with PTSD.

**Conclusions:** it is concluded that the first place of factor associated with post-traumatic stress disorder is fire as the causal agent of burn, secondly, with a percentage greater than 30% of body surface area affected by burn and thirdly the depression.

**Key Words:** Depression, Family Functionality, location of burn in the body, burn extension, place of Burning Occurrence, agent.

## INTRODUCCIÓN

En la presente tesis se plantea identificar los factores asociados implicados en Trastorno de Estrés Postraumático, en pacientes con quemadura de tercer grado en el servicio de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Este estudio se realizó el año 2017, de una población de 105 se seleccionó una muestra aleatorizada de 83 pacientes, de los cuales 31 presentaron TEPT Y 42 no presentaron TEPT en el servicio de quemados del del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Esta investigación es importante en el ámbito científico, ya que lograra beneficiar a los pacientes con quemadura que sufren de Trastorno de Estrés Postraumático para que reciban un tratamiento más integral.

En el marco teórico se hizo una revisión exhaustiva de la literatura científica a nivel nacional e internacional encontrándose una prevalencia de TEPT en el paciente quemado en un 45% por ello es sumamente importante determinar cuáles son los factores asociados al TEPT en quemados.

El objetivo del presente estudio es determinar cuáles son los factores asociados al trastorno de estrés post traumático en pacientes con quemadura de tercer grado

En la realización de esta investigación se tomaron en cuenta los criterios éticos para salvaguardar los derechos de los pacientes, como el de la confidencialidad y libertad para decidir en la participación del estudio previa información.

## ÍNDICE

• CARÁTULA	I
• ASESOR	II
• AGRADECIMIENTO	III
• DEDICATORIA	IV
• RESUMEN	V
• ABSTRACT	VI
• INTRODUCCIÓN	VII
• ÍNDICE	VIII
• LISTA DE TABLAS	X
• LISTA DE GRÁFICOS	XII
• LISTA DE ANEXOS	XIII
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6. OBJETIVOS	6
1.6.1. GENERAL	6
1.6.2. ESPECÍFICOS	6
1.7. PROPÓSITO	7
<b>CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	8
2.2. BASES TEÓRICAS	13
2.3. MARCO CONCEPTUAL	20
2.4. HIPÓTESIS	22
2.4.1. GENERAL	22
2.4.2. ESPECÍFICOS	22

2.5. VARIABLES	24
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	25
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>27</b>
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	28
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	30
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>31</b>
4.1. RESULTADOS	31
4.2. DISCUSIÓN	41
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>44</b>
5.1. CONCLUSIONES	44
5.2. RECOMENDACIONES	45
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>54</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA N°1:</b> Características sociodemográficas de la población de estudio.....	31
<b>TABLA N° 2.</b> Resumen de variables independientes y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	32
<b>TABLA N°3:</b> Depresión y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	33
<b>TABLA N°4:</b> Porcentaje de disfunción familiar y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	34
<b>TABLA N°5:</b> Localización en cabeza o cuello y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	35
<b>TABLA N°6:</b> Lugar Ocurrencia y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	36
<b>TABLA N°7:</b> Porcentaje en la extensión de la quemadura y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	38

**TABLA N°8:** Porcentaje del agente y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017..... 39

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N°1:</b> Porcentaje de Depresión y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	33
<b>GRÁFICO N°2:</b> Porcentaje de disfunción familiar y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	34
<b>GRÁFICO N°3:</b> Porcentaje de la localización en cabeza o cuello y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	36
<b>GRÁFICO N°4:</b> Porcentaje del lugar Ocurrencia y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	37
<b>GRÁFICO N° 5:</b> Porcentaje en la extensión de la quemadura y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	38
<b>GRÁFICO N° 6:</b> Porcentaje del agente y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.....	39

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO N°1</b> : Operacionalización de variables.....	55
<b>ANEXO N°2</b> : Instrumento .....	62
<b>ANEXO N°3</b> : Validez de instrumentos: consulta de expertos.....	67
<b>ANEXO N°4</b> : Matriz de consistencia.....	76

## **CAPÍTULO I : EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las lesiones por agentes térmicos son responsables de más de 250,000 muertes por año, asimismo más del 90% se encuentran dentro del contexto de países de bajos y medianos ingresos<sup>1</sup>. Asimismo, en los pacientes que han sufrido, una quemadura desfigurante de tercer grado y necesariamente van a requerir de una larga estancia hospitalaria para su tratamiento, lo que puede conllevar a una morbilidad significativa para el trastorno de estrés postraumático (TEP). Es en este punto, donde se hace necesario conocer los factores asociados al Estrés Postraumático en pacientes que han sufrido una quemadura de tercer grado, no han sido materia de estudio en investigaciones, donde se debería enfatizar un apropiado enfoque multidisciplinario, por parte del personal de salud mental, según el factor asociado, a fin de lograr acortar la larga estancia hospitalaria para reintroducirlos a la sociedad y su entorno familiar.

De acuerdo a los datos obtenidos de la sociedad Brasileña de quemaduras (SBQ) en el país de Brasil se reportan un millón de personas que acuden a los establecimientos de salud por quemaduras, siendo 200 mil atendidas en los distintos servicios de emergencia y 40 mil que requieren un periodo de internación por la alta complejidad de estos pacientes<sup>2-3</sup> más allá del tratamiento intensivo e inmediato después de la lesión, que debe de abarcar de forma holística: los estresores psicológicos, la modificación estética y la pérdida de la autonomía, para una adecuada adhesión a los cuidados y tratamiento que recibirán los pacientes. El presente trabajo es importante porque en el Perú, no se cuentan con datos estadísticos que sean exactos en Trastorno de Estrés Postraumático y quemados, pero aproximadamente cerca de 700 personas que han sufrido quemaduras<sup>4</sup> requieren de atención médica y hospitalización al año, y

por ello es necesario conocer los factores asociados al estrés postraumático, para brindar un óptimo tratamiento de recuperación al paciente quemado, en el contexto de su salud mental.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

### **1.2.1. GENERAL:**

¿Cuáles son los factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017?

### **1.2.2. ESPECÍFICOS:**

- ¿Es la depresión un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017?
- ¿Es la superficie de quemadura mayor de 30%, un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017?
- ¿Es la localización de la quemadura en cabeza y/o cuello, un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017?
- ¿Es la quemadura producida por fuego, un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017?

- ¿Es la disfunción familiar actual un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017?
- ¿Es la ocurrencia de las quemaduras en el hogar un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN:

- **JUSTIFICACIÓN TEÓRICA:**

La escasa información que se cuenta sobre los factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático, en pacientes hospitalizados con quemaduras de tercer grado en el hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- **JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA:**

Se conseguirá una mejora en las guías clínicas, protocolos de tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático y sus factores asociados, en paciente hospitalizados con quemaduras de tercer grado en el hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- **JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA:**

El presente trabajo será útil a futuro para la realización de otros estudios de tipo analítico o experimental sobre el Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes hospitalizados con quemaduras de tercer grado.

- **JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL:**

- El presente trabajo aporta información útil con relación a los factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático en el paciente con quemadura de tercer grado, para que sea diagnosticado y tratados oportunamente reduciendo así los costos económicos al evitar que se vuelva crónico el trastorno psiquiátrico mencionado.
- Al identificar el Trastorno de Estrés Postraumático y dar tratamiento oportuno de disminuye los años vividos con discapacidad.
- Los pacientes con quemadura de tercer grado que han sido diagnosticados de Trastorno de Estrés Postraumático recibirán tratamiento oportuno y disminuirán así su sufrimiento.

#### **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO:**

- **ESPACIAL:**

El servicio de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

- **TEMPORAL:**

Este estudio se llevará a cabo durante el periodo enero – diciembre del 2017.

- **SOCIAL:**

Paciente con quemaduras de tercer grado y Trastorno de Estrés Postraumático del servicio de quemados del Hospital Loayza.

- **CONCEPTUAL:**

El presente proyecto de tesis permitirá determinar cuáles son los factores asociados al trastorno de estrés post traumático en pacientes con quemaduras de tercer grado.

## **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:**

- **ECONÓMICA – FINANCIERA:**

Este estudio fue financiado íntegramente por la investigadora y por ello no se pudo realizar un estudio experimental que requiere mucha mayor inversión económica-financiera.

- **RECURSOS HUMANOS:**

para la recolección de datos se solicitó el apoyo de 3 estudiantes voluntarios del 5to año de medicina, así mismo la misma investigadora también aplicó encuestas, procesó la base de datos y para el análisis estadístico solicitó el apoyo de un médico con entrenamiento en bioestadística.

- **RECURSOS MATERIALES:**

Se utiliza material de escritorio para la encuesta, fotocopias, impresora, computadora proporcionados por la investigadora.

- **DISPONIBILIDAD DE TIEMPO:**

La investigadora ha dispuesto de poco tiempo diario para la realización del presente estudio, por tener que cumplir con la carga académica de la Universidad.

- **ACCESO INSTITUCIONAL:**

Se tuvo que obtener el permiso de la Unidad de investigación y de la jefatura del servicio de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, además para ingresar al servicio a tomar las encuestas se tuvo que pedir prestado el mandilón, mascarilla y gorro a la enfermera del servicio, que gentilmente accedió en todas las veces que se le solicitó.

- **LICENCIAS:**

El uso de la entrevista neuropsiquiatría DSM V, validada en el Perú, por el Dr. Galli, y el instituto Nacional de salud Mental Honorio delgado Hideyo Noguchi, han puesto a libre disposición de los investigadores, tan solo solicitan se haga la cita bibliográfica correspondiente. En cuanto al software estadístico se han utilizado los softwares estadísticos de libre acceso como EPI INFO, SPSS 18.

## **1.6. OBJETIVOS:**

### **1.6.1. GENERAL:**

Determinar cuáles son los factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017

### **1.6.2. ESPECÍFICOS:**

- Determinar si la depresión es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
- Corroborar si la superficie de quemadura mayor de 30%, es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
- Comprobar si la quemadura producida por fuego es un factor asociado para trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.

- Comprobar si la localización de la quemadura en cabeza y/o cuello, es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
- Verificar si la disfunción familiar actual es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
- Evidenciar si la ocurrencia de las quemaduras en el hogar es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.

### **1.7. PROPÓSITO:**

Realizar un aporte desde la salud mental a determinar como la intervención de los factores asociados influyen en el cuadro del trastorno de estrés postraumático en pacientes hospitalizados con quemaduras de tercer grado, para que en el futuro se brinde un mejor abordaje integral del paciente quemado y este pueda recuperarse más rápidamente y con menor sufrimiento.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:**

#### Antecedentes Internacionales:

El Trastorno de Estrés postraumático es uno de los trastornos de ansiedad que se asocian a los pacientes que han sufrido quemaduras severas. Ahmed Waqas (2018) estima que la prevalencia de Trastorno de Estrés postraumático después de la quemadura es de un 45%, en contraste con el 3.9% en la población general<sup>4</sup>.

Las lesiones severas por quemaduras usualmente provocan dolor intenso, estrés emocional intenso, estancia hospitalaria larga, áreas extensas del cuerpo afectado, lesiones de áreas sensibles como el rostro, las manos lo que se ha correlacionado con el Trastorno de Estrés postraumático<sup>5</sup>.

Las lesiones severas por quemaduras usualmente provocan dolor intenso, estrés emocional intenso, estancia hospitalaria larga, áreas extensas del cuerpo afectado, lesiones de áreas sensibles como el rostro, las manos lo que se ha correlacionado con el trastorno de estrés postraumático.<sup>5</sup> Al. Ghriwati y colaboradores (2017) refieren un problema común e importante sobre la insatisfacción de la imagen corporal en los pacientes quemados, que surge después de la lesión por el agente térmico y se asocia con el desarrollo de síntomas depresivos posteriores<sup>6</sup>.

En el estudio de regresión logística múltiple sobre insomnio en refugiados norcoreanos y su asociación con el trastorno de estrés postraumático y depresión, se obtuvieron resultados positivos para Trastorno de Estrés postraumático con un 40,11% y depresión con un 28,25%. Estos hallazgos sugieren que el insomnio en refugiados norcoreanos sea un factor asociado a experiencias traumáticas con síntomas de Trastorno de Estrés postraumático y depresión comórbida y secundaria. Asimismo, estudios previos en refugiados norcoreanos reportan la alta prevalencia en Trastorno de Estrés postraumático, por la exposición frente a eventos traumáticos que

pusieran en riesgo su vida, reportado por Yu-Jin G. y colaboradores (2016) en Seúl (República de Corea)<sup>7</sup>.

En un estudio de cohorte longitudinal, los investigadores han observado en veteranos de la guerra en Afganistán e Irak, la alta incidencia de Trastorno de Estrés postraumático que ejerce un efecto negativo en las interacciones familiares, sugiriendo a un peor ajuste en el contexto de la relación familiar. Citado por Vasterling y col. (2015) en Boston (USA)<sup>8</sup>

En Colombia, en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, las quemaduras por el uso de agentes químicos como ácidos y álcalis (soda caustica), por inadecuada manipulación e incorrecta bioseguridad industrial, corresponden al 1,5% de quemaduras por accidentes laborales. Dentro de ese porcentaje, se encontró que el 59% de casos fue por ácidos. Asimismo, si bien las lesiones térmicas no abarcaban el más del 25% de superficie corporal, la mayoría requiere de manejo quirúrgico, por la gravedad y compromiso de tejidos. Citado por Jaimes y col. (2016)<sup>9</sup>.

En cuanto a los mecanismos de producción van a existir diferencias importantes, que van a depender del lugar de ocurrencia del accidente. Las quemaduras en el ámbito doméstico más comunes son las que se producen por agentes térmicos líquidos (escaldadura) principalmente agua y aceite, seguidas de agentes térmico sólidos (plancha, estufa. etc.)<sup>10</sup>.

En estima que, en Brasil, cerca de 1 millón de personas acuden al hospital, por alguna lesión térmica. De este grupo, 100mil requieren internamiento y 2500 fallecen, como causa directa o consecuencia de las complicaciones por quemaduras graves. Según los datos recopilados por la sociedad brasileña de paciente quemados, revelan que el paciente “gran quemado” constituye un gasto cerca de R \$ 1.200,00 y R \$ 1.500,00 por día durante su estancia hospitalaria, y se estima un US \$ 1.000,00 cuando es ingresado a la unidad de tratamiento de quemaduras (UTQ) Por último el ministerio de salud, también revela que se invierte R \$ 1 millón en pacientes críticos <sup>11-12</sup>

Según el Ministerio de Salud de Brasil, los niños representan el 50% de pacientes víctimas de una lesión térmica que por lo general ocurre en casa. Con respecto a la población adulta, hay una mayor incidencia en el grupo masculino, que generalmente sufren la lesión térmica como consecuencia de un accidente laboral, mientras que en sexo femenino se da mayormente en el ambiente doméstico. Asimismo, es importante mencionar a este grupo poblacional especial, los ancianos, que por lo general suelen sufrir estos accidentes por la disminución en la capacidad de reacción y limitación física propias de la edad, por lo general estos accidentes ocurren en la cocina con líquidos calientes, la usanza de velas y fósforos, costumbres locales y escasos recursos económicos en las familias<sup>12</sup>.

En Brasil, en un estudio sobre el perfil epidemiológico de los niños atendidos en la unidad de quemados en São Paulo, se observa en la recopilación bibliográfica que los niños son un grupo poblacional bastante característico y vulnerable, ya que la fisiología, la respuesta inflamatoria e inmune es diferente a la de un adulto, asimismo este grupo poblacional requiere con mucha frecuencia varias cirugías a lo largo de su crecimiento y la necesidad de ayuda psicológica especializada para reintegrarse socialmente, Asimismo encontró una predominancia en el sexo masculino oscilando entre un 57% y 70%, por la diferencia de comportamiento con el sexo femenino. También tomo en cuenta el grupo etario por edad a predominio de lesiones térmicas con gran alcance corporal en niños de 0 a 5 años. Según el Soubhia y col. (2017)<sup>13</sup>.

Asimismo, con relación a la incidencia de pacientes pediátricos internados, en otro estudio sobre el epidemiológico en el Hospital Universitario Evangélico de Curitiba, en este estudio se observa que la tasa de pacientes hospitalizados fue del 15%, con una prevalencia por grupo etario de 3 a 4 años como población más susceptible a ser internada. Cuyos casos generalmente ocurrieron por lesiones térmicas por agentes inflamables y llamas. Sin embargo, la quemadura por líquidos calientes, fue la etiología

que ocasiono más hospitalizaciones en el servicio, siendo 72 casos, del total de 97 niños que fueron hospitalizados. Citado por Morais y col. (2016) Brasil<sup>14</sup>.

#### Antecedentes Nacionales:

En el estudio sobre Trastorno de Estrés Postraumático en una población afectada por inundaciones del niño costero, que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático y el análisis de los factores asociados a este trastorno, con una muestra de 184 pacientes, en donde se tomó en cuenta como criterio de inclusión, la exposición luego de 6 semanas a los huaicos en la población de Rio Seco (Trujillo). Se encontraron resultados para 98 casos de pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático y una prevalencia del 48,4% con factores asociados como disfunción familiar, escasos recursos económicos y vivienda inhabitable. Sin embargo, no se encontraron más factores asociados por la limitación en la obtención de la muestra. Citado por Neyra y col. (2017) Perú<sup>15</sup>.

Otro estudio similar es la investigación sobre la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en mayores de 18 años del distrito “El Porvenir” afectados por el fenómeno del niño costero. Para este estudio se utilizó una muestra de 382 pacientes, utilizando la Entrevista Clínica Estructurada de Trastorno de Estrés postraumático según el DSM-5 y una ficha sociodemográfica adicional. Observándose en los resultados una prevalencia del 35% para Trastorno de estrés Postraumático de los cuales el 100% presento elevados niveles de síntomas evitativos en un 83%, reexperimentación en un 59% y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica en un 78%. Citado por Asenjo y col. (2017) Perú<sup>16</sup>.

Otro estudio de tipo trasversal y retrospectivo, evidencio la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático en el 50% de pacientes con niveles medio bajos, en el 30% con niveles bajos, en el 18% con niveles altos y

finalmente en el 2% con niveles medio altos; indicando la presencia de criterios de Trastorno de estrés Postraumático como: “Evitación, alteraciones cognitivas, alteraciones en la activación y los síntomas intrusivos ante la experiencia vivida del fenómeno del niño costero”. Por lo tanto, se entiende que el ser humano no está preparado frente a un evento adverso de gran magnitud, es por ello que con este estudio se logró analizar parte del Estrés Postraumático, según las sensaciones que el individuo manifiesto al evocar un recuerdo, acompañado de tristeza, irritabilidad, incapacidad y miedo según los criterios diagnósticos del DSM-V y Evaluación Global de Estrés Postraumático. Citado por Castro y col. (2017) en Trujillo (Perú)<sup>17</sup>.

En la tesis sobre “Asociación entre los factores de riesgo en quemaduras de III grado y la morbi-mortalidad en pacientes gerontes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, se seleccionó una muestra de 48 pacientes mayores de 65 años que cumplieran con los criterios de inclusión, donde se evidencio un mayor compromiso de extensión de la quemadura menor al 30% con un valor del 67%. Asimismo, el autor encontró que el agente causal fue del 75% para líquidos calientes. Citado por Vega. (2018) Lima (Perú)<sup>18</sup>.

En otro estudio similar sobre “Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos en la unidad de quemados del Hospital Regional de Loreto”. Se observa que el lugar de ocurrencia más frecuente, es en el hogar con 89,2% y un 10,8% fuera del hogar. A su vez el agente causal encontrado con más frecuencia fue el líquido caliente con un 75,9% seguido por flama de fuego con un 15,7%. Menciona, además en el contexto de las características clínicas de los pacientes, la extensión de la quemadura con un resultado del 45,8% con un compromiso de área de superficie corporal menor al 30%, según Cabrera Custodio (2016) Loreto (Perú).<sup>19</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS.**

### Definición de trastorno de estrés postraumático:

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se define como un trastorno psiquiátrico, que se encuentra dentro de la clasificación de trastornos de ansiedad. El TEPT se desarrolla frente a un evento traumático o riesgo real de experimentar o presenciar una muerte real, lesiones de gravedad o violencia. Asimismo, tiene manifestaciones que abarcan repetir la experiencia, pensamientos intrusivos y estados de ánimos asociados al recuerdo del evento traumático de causa ambiental: psicológico o un evento físico traumático (DSM-V)<sup>20</sup>.

### Fisiopatología:

Lee B. y colaboradores (2017) refieren varios estudios sobre la fisiopatología del Trastorno de Estrés Postraumático, donde informan que existe una alteración a nivel de la amígdala (hiperactivación) y la corteza frontal (hipoactivación) que explican su relación con el cuadro clínico<sup>21</sup>.

El Trastorno de Estrés Postraumático es una respuesta frente a un evento estresor, en donde los cambios fisiológicos abarcan el exceso de la respuesta simpática el locus coeruleus / norepinefrina-simpático (LC / NE), induciendo un aumento en la liberación de norepinefrina del cerebro y epinefrina en las glándulas suprarrenales, como respuestas simpáticas. Asimismo, se genera una alteración en la liberación de corticotropina, la cual aumenta, mientras que el cortisol baja. Otros cambios también abarcan la disminución en la modulación serotoninérgica frente a la respuesta de miedo en la amígdala, que se traduce en ansiedad, irritabilidad y depresión<sup>21</sup>.

### Factores de riesgo para trastorno de estrés postraumático:

Naveed y col. (2017) refiere una variedad de factores de riesgo, para desarrollar TETP posterior al evento de la quema. Menciona el sexo femenino, el área comprometida en la superficie corporal, conductas de

afrontamiento inadecuadas y el escaso apoyo social, que refuerza sentimientos de inseguridad, miedo, y abandono. Asimismo, refiere en su estudio transversal de Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de la provincia de Punjab, Pakistán, el cual se llevó a cabo el 2016, que existe una alta prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en los pacientes quemados paquistaníes (69.1%) por la escasez de personal de salud capacitado en psiquiatría e instituciones de salud mental. Menciona además que existe una asociación positiva entre quemadura, área afectada de superficie corporal y síntomas de TEPT, incluso después de controlar el apoyo social y familiar, puesto que la presencia de mayor dolor y discapacidad en quemaduras grandes aumenta la intensificación la experiencia traumática<sup>22</sup>.

Existen otros factores de riesgo que abarcan una serie de eventos traumáticos previos como la disfunción familiar, depresión previa o características en su personalidad mientras que el apoyo social se considera un factor protector. El personal médico que atienden a pacientes con que han sufrido algún evento traumático, requiere estar capacitado para diagnosticar Trastorno de Estrés Postraumático cuando la situación clínica amerita. Por ejemplo, la Escala de TEPT evaluada por el personal médico para el DSM-V es una entrevista estructurada para evaluar el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático y rastrear la gravedad de síntomas a futuro<sup>22</sup>.

### Síntomas:

Según la última modificación de los criterios diagnósticos, de DSM-IV a DSM-V: Un evento traumático debe involucrar la exposición a una amenaza real, peligro de muerte, lesión grave o violación sexual. Los síntomas que experimenta el paciente, tienen una duración mayor de 30 días y se dividen en cuatro: (i) volver a revivir y evocar el evento traumático durante pesadillas, flashbacks y sensación de angustia. (ii) Aumento de la irritabilidad, hipervigilancia, trastornos del sueño y/o problemas para

concentrarse (iii) conductas evitativas de personas o lugares que evoquen el evento traumático, desarrollando desapego y/o esfuerzos para evitar algunos pensamientos (iv) Persistencia de pensamientos negativos y del estado de ánimo<sup>22</sup>.

#### Diagnóstico diferencial:

El Trastorno de Estrés Postraumático en su diagnóstico diferencial con otros trastornos de adaptación, se encuentra en el tipo de evento traumático, mientras que en el primer caso es de naturaleza extrema que implica riesgo para la vida del paciente, en el segundo caso es de naturaleza benigna, que no supone una amenaza grave<sup>22</sup>.

La mayoría de pacientes con quemaduras severas que han sido hospitalizados, no se diagnostican de Trastorno de Estrés Postraumático, puesto que no se solicitaron interconsultas al servicio de psiquiatría y los intensivistas estaban concentrados en estabilizar funciones vitales, metabólicas y electrolitos a fin de prevenir infecciones y complicaciones<sup>23</sup>.

#### Concepto de paciente quemado:

Es aquel paciente que ha sufrido una lesión por un agente térmico.

#### Clasificación de Quemaduras:

Los diferentes mecanismos por los cuales se produce una quemadura y a su vez la combinación de la profundidad, extensión y ubicación de la lesión, son diferencias; que le van a permitir determinar al personal médico, cual es la magnitud y gravedad de la lesión térmica en un paciente, para poder brindarle un oportuno tratamiento desde el principio<sup>24</sup>.

#### Primer grado:

Se identifica como un eritema sin vesículas, doloroso. Por ejemplo, las quemaduras solares. Compromete la epidermis, sin ampollas ni pérdida de líquido. Cicatrizan en un periodo de 3.7 días<sup>24</sup>.

#### Segundo grado superficial:

Se producen por agentes térmicos líquidos, que comprometen y dañan la epidermis y en menos del 50% la dermis. Se caracterizan por un eritema claro o rojo brillante, doloroso, con la formación de flictenas de apariencia húmeda. Cicatrizan en un periodo de 7-10 días, con mínimas huellas mínimas o hipopigmentación<sup>24</sup>.

#### Segundo grado profundo:

Usualmente son causadas por agentes térmicos líquidos, con compromiso de la epidermis y más del 50% de la dermis, que implica daños en las fibras nerviosas. Son de color rojo oscuro o blanco moteado. Si la quemadura de segundo grado, compromete una gran área de superficie corporal, hay que tener en cuenta la pérdida de líquidos y el uso de injertos que requieren un lapso de 2-3 semanas para su curación<sup>24</sup>.

#### Tercer Grado:

Son quemaduras que involucran áreas sub-dérmicas con pérdida del estrato dermo-epidérmico. Asimismo, en este tipo de lesiones, puede haber compromiso del tejido adiposo, subcutáneo, músculo y hueso<sup>24</sup>.

#### Manejo del paciente con quemadura de tercer grado:

Las quemaduras de tercer grado son causa de trastornos importantes en el medio interno, como el Shock Hipovolémico, que requiere cobertura antibiótica y tratamiento inmediato de las lesiones. Asimismo, la presencia de un equipo multidisciplinario que evalué el dolor mediante protocolos estandarizados, para el empleo de fármacos<sup>25</sup>.

Asimismo, la profundidad de la quemadura depende del daño que se ocasiona a la piel en epidermis, la dermis, tejido adiposo. De acuerdo a la severidad de la agresión biológica, con un probable compromiso la vida del paciente por el riesgo de sepsis y una falla multisistémica. Del mismo modo como parte de las consecuencias que trae consigo una quemadura, se encuentra la cicatrización tardía, que conlleva a distorsiones estéticas y funcionales. Por lo tanto, el adecuado uso de antibióticos que inhiben la diseminación bacteriana en sangre, logra reducir la morbi-mortalidad. Además, también está demostrado que la exéresis temprana de la escara, también favorece la tasa de supervivencia de un paciente gran quemado, concluyendo que la escisión quirúrgica temprana, disminuye el riesgo de infección y reinfección de la lesión térmica<sup>25</sup>.

Las quemaduras graves ponen en peligro la vida del paciente. Hace cuarenta años tan solo el 50% de personas adultas con quemaduras de tercer grado sobrevivían cuando estaba afectado el 40% del área superficie corporal lesionada<sup>25</sup>.

Las quemaduras hipodérmicas necesitan de varios cuidados médicos y procedimientos quirúrgicos, cuando el paciente ya se encuentre estabilizado, cuyo tratamiento se debe complementar con el uso de antibióticos para evitar que la lesión por quemadura se infecte, y a su vez debido al gran compromiso de la piel, a través del cual se pierden grandes cantidades de líquidos, electrolitos y proteínas, se prevenga la pérdida de fluidos mediante la hidratación y la administración de cristaloides (Ringer Lactato) las primeras 24 horas y posteriormente a partir de las 48 horas coloides. Y luego la administración de plasma, albumina 20% y dextrosa 10% durante el segundo, tercer y cuarto días secuencialmente. Asimismo, este tipo de lesiones traen como consecuencia secuelas como un cambio en la tonalidad y textura de la piel, cicatrices queloides y retracciones, alopecia en la zona de la lesión, y secuelas emocionales<sup>26-27</sup>.

Los pacientes hospitalizados por quemaduras de tercer grado, cursan con un lento proceso de cicatrización, que conlleva mucho sufrimiento con relación al dolor físico y psíquico como ansiedad severa, y la necesidad de repetir las curaciones y tratamiento quirúrgico. Además del poco contacto familiar que implica una hospitalización y las secuelas que conllevan quemaduras. Pudiéndose manifestar depresión, psicosis, delirios y problemas de comportamiento que necesitan manejo por psiquiatría. En los servicios de hospitalización para pacientes quemados, los médicos deben de proveer tratamiento para calmar el dolor y ansiedad<sup>28</sup>.

En las quemaduras graves, el proceso de rehabilitación es largo y se prolonga semanas y meses después, después que el paciente es dado de alta de cuidados intensivos. Generalmente son pacientes que requieren cirugía estética y reconstructiva, para restablecer la función y apariencia, calmar el dolor y parestesias<sup>28</sup>.

## FACTORES ASOCIADOS

### Depresión:

Ghriwati y colaboradores (2017) reportaron niveles más altos de insatisfacción por el aspecto físico en mujeres en contraste con sus homólogos masculinos, posterior al alta después de dos años. Refieren además a mayor compromiso del área de superficie corporal, los pacientes expresaron mayor insatisfacción. Los pacientes que manifestaron una mayor insatisfacción corporal, seis meses posteriores al alta, eran más vulnerables a padecer de síntomas depresivos más altos a los cinco años<sup>29</sup>.

La depresión como factor asociado al Trastorno de Estrés Postraumático, participa un significativo rol, ya que favorece la carga de la enfermedad y según los datos estadísticos ocupa el tercer puesto a nivel mundial. También es importante resaltar que se encuentra como octavo puesto en países de altos ingresos, en contraste con el primer puesto de países con bajos ingresos y población pobre<sup>30</sup>.

Como patología, dentro de este contexto, se encuentran las diferencias establecidas por el género. El cuadro de depresión mayormente se encuentra asociada y diagnosticada con un alto porcentaje en la población de mujeres en contraste con el sexo masculino. Sin embargo, como diferencias, no son un Gold estándar, ya que van a existir variaciones por género cuando ocurra abuso de sustancia e intento de suicidio, siendo independientes del sexo, por ejemplo, en el caso de tratarse de un paciente masculino y consumidor de sustancias, este será más vulnerable a sufrir depresión en contraste con una paciente de sexo femenino no consumidora de sustancias<sup>31</sup>.

#### Funcionabilidad familiar:

La familia es la célula funcional de la sociedad y dentro de sus funciones se destaca su contribución con la salud de sus integrantes a partir de la transmisión de creencias, valores, apoyo emocional y desarrollo social. Para que una familia sea funcional es importante la comunicación en todos sus niveles, así como la satisfacción personal y familiar<sup>32-33</sup>.

Por otro lado, cuando no existe un equilibrio dentro de las funciones familiares esta puede cambiar y en consecuencia aparece la disfunción familiar.

#### Disfunción familiar:

Esta no depende de la ausencia de problemas, sino de la forma en la que se enfrenta y la capacidad de respuesta para adaptarse a las circunstancias<sup>34</sup>.

Este concepto adquiere importancia en el trabajo, puesto que hay pocos estudios que avalan la asociación entre el paciente quemado que sufre de trastorno de estrés postraumático y disfunción familiar.

#### Agentes:

Las quemaduras son lesiones que comprometen tejidos y pueden ser causadas por un agente térmico, químico, radiactivo, biológico o eléctrico,

generando daño tisular completo o parcial en la zona afectada de la superficie corporal. Como causa más común esta la llama de fuego, el agua hirviendo u objetos solidos calientes en contraste con las quemaduras eléctricas que tienden a ser menos frecuentes<sup>35</sup>.

#### Extensión de la Quemadura:

En el paciente gran quemado, la extensión afectada va a determinar la severidad y el pronóstico. Las complicaciones son muy frecuentes en este tipo de pacientes, en especial si existe un compromiso mayor o igual al 20% de superficie corporal; permite la exposición a infecciones, y dificultad en el manejo de perdidas insensibles en el balance hídrico<sup>36</sup>.

### **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

#### Concepto de Piel:

La piel es uno de los órganos más grandes del cuerpo y protege el cuerpo de la pérdida de líquidos, regula la temperatura corporal y protege contra las bacterias. Asimismo, es un órgano con una amplia red sensorial que puede ser lesionada, dependiendo de la profundidad y compromiso del área. Por lo tanto, al cumplir varias funciones importantes, donde la pérdida significativa de este tejido, no es compatible con la vida<sup>37</sup>.

#### Concepto de Quemadura:

La quemadura es un lesión creada por la liberación de un agente térmico de una fuente externa que daña la función normal de la piel, tan solo basta que el estrato corneo sea lacerado, para que se genere un desequilibrio en la función de barrera de la piel; como consecuencia lo que ocasiona que la herida abierta tarde en cicatrizar y conlleve a un desequilibrio metabólico, comprometiendo la inmunidad y se convierta en un foco séptico que puede terminar en una falla multiorgánica aumentando morbi-mortandad del paciente quemado. Es importante mencionar también, que las quemaduras

pueden ser causados por distintos agentes físicos, químicos y térmicos (ejemplo fluidos calientes, fuego) la radiación nuclear y solar, donde su manejo va a depender del tipo de lesión y área comprometida<sup>37-38</sup>.

#### Trastorno de Estrés Postraumático:

De acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE10, se define como un trastorno que se presenta después de experimentar “un acontecimiento que genere estrés, excepcionalmente amenazante o catastrófico” que se caracteriza por reexperimentación la situación traumática, causando ansiedad y temor<sup>39</sup>.

#### Trastorno Depresivo:

De acuerdo a la OMS (2017) la depresión se define como un trastorno que abarca síntomas característicos: de tristeza, labilidad, enojo, sentimientos de culpa, cansancio, anhedonia, cambios en la cognición, cambio en la percepción de la realidad, pensamientos negativos y de autocrítica<sup>40</sup>.

#### Disfunción familiar:

Se define como un sistema que no funciona bien, con conflictos y problemas internos no resueltos. Asimismo, se considera en el contexto de familia, un indicador de salud, el cual debe ser abordado como un problema de salud y factor asociado al estrés postraumático<sup>41</sup>.

#### Localización de quemadura en el cuerpo:

Son lesiones que afectan la cabeza y/o cuello, u otra parte del cuerpo, considerándose como factor importante para el pronóstico de secuelas<sup>42</sup>.

#### Lugar de Ocurrencia de quemadura:

Se refiere al contexto donde ocurre la quemadura, ya sea en un ambiente laboral o doméstico<sup>42</sup>.

#### Extensión de la quemadura:

Se considera un factor importante al momento de establecer el compromiso y severidad de la lesión. Ya que a mayor área comprometida mayor será la gravedad, por la pérdida de plasma sanguíneo y consecuentemente lleva al paciente a un estado de “Shock” predisponiendo del mismo modo al riesgo de contraer una infección, por la pérdida de la barrera protectora (piel)<sup>42</sup>.

## **2.4. HIPOTESIS:**

### **2.4.1. GENERAL:**

Hi: Existen factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017

Ho: No existen los factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017

### **2.4.2. ESPECÍFICOS:**

- Hi: Existe asociación entre la Depresión y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
- Ho: No existe asociación entre la Depresión y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
  
- Hi: Existe asociación entre la localización de la quemadura en cabeza y/o tórax y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
- Ho: No existe asociación entre la localización de la quemadura en cabeza y/o tórax y el incremento del Trastorno de Estrés

Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017

- Hi: Existe asociación entre la superficie de quemadura mayor de 30% y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
- Ho: No existe asociación entre la superficie de quemadura mayor de 30% y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
  
- Hi: Existe asociación entre la Disfunción Familiar actual y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
- Ho: No existe asociación entre la Disfunción Familiar actual y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
  
- Hi: Existe asociación entre la ocurrencia de las quemaduras en el hogar como factor asociado para el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
- Ho: No existe asociación entre la ocurrencia de las quemaduras en el hogar como factor asociado para el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.
  
- Hi: Existe asociación entre la quemadura producida por fuego como factor asociado para el incremento del Trastorno de Estrés

Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.

- Ho: No existe asociación entre la quemadura producida por fuego como factor asociado para el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.

## **2.5. VARIABLES:**

Variables de estudio:

Independiente:

- Depresión
- Disfunción familiar.
- Localización de quemadura en el cuerpo.
- Lugar de Ocurrencia de quemadura.
- Extensión de la quemadura
- Agente

Dependiente:

- Con Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Sin Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Variables Intervinientes:

- Edad.
  - De 18 a 55 años
  - De 55 años a más
- Género.
  - Masculino
  - Femenino
- Grado de instrucción
  - Primaria

- Secundaria
- Superior técnico
- Superior Universitario
- Estado Civil
  - Soltero
  - Casado/Conviviente
  - Separado/Divorciado
  - Viudo

## 2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

**Trastorno de Estrés Postraumático:** De acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE10, se define como un trastorno que se presenta después de experimentar “un acontecimiento que genere estrés, excepcionalmente amenazante o catastrófico” que se caracteriza por flashbacks e imágenes vividas que reviven la situación traumática generando ansiedad y temor<sup>43</sup>.

**Trastorno Depresivo:** Según el Cie 10 es el cuadro clínico que tiene una duración no menos de dos semanas, que se caracteriza por anhedonia, ánimo triste, disminución de energía y vitalidad, que conlleva un cansancio exagerado y bajo nivel de actividad, que puede aparecer ante un esfuerzo mínimo<sup>44</sup>.

**Disfunción familiar:** Se define como un sistema que no funciona bien, con conflictos y problemas internos no resueltos. Asimismo, se considera en el contexto de familia, un indicador de salud, el cual debe ser abordado como un problema de salud y factor asociado al estrés postraumático<sup>45</sup>.

**Localización de quemadura en el cuerpo:** En cabeza o cuello, otra parte del cuerpo.

**Lugar de Ocurrencia de quemadura:** Se refiere al contexto donde ocurre la quemadura, ya sea laboral o doméstico<sup>46</sup>.

**Extensión de la quemadura:** Se considera un factor importante al momento de establecer el compromiso y severidad de la lesión. Ya que a mayor área comprometida mayor será la gravedad, por la pérdida de plasma sanguíneo y consecuentemente lleva al paciente a un estado de “Shock” predisponiendo del mismo modo al riesgo de contraer una infección, por la pérdida de la barrera protectora (piel)<sup>47</sup>.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. DISEÑO METODOLÓGICO:**

#### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Es un estudio transversal correlacional.

#### **Según el enfoque:**

##### **Cuantitativo**

Estudia cuantitativamente las variables independientes (Depresión, funcionalidad familiar, localización de quemadura en el cuerpo, lugar de ocurrencia de la quemadura, extensión de la quemadura, estancia hospitalaria,) y variable dependiente (Trastorno de Estrés Postraumático)

#### **Según el alcance**

##### **Correlacional**

Correlacionara las variables independientes (Depresión, funcionalidad familiar, localización de quemadura en el cuerpo, lugar de ocurrencia de la quemadura, extensión de la quemadura, agente causal de la quemadura) y variable dependiente (Trastorno de Estrés Postraumático)

#### **Según el corte y proyección**

- Transversal
- Mide las variables una sola vez.

#### **Según la naturaleza**

- Observacional no Experimental
- Observa el desarrollo del evento sin intervenir en ninguna de las variables.

## Por su estadística

Descriptiva correlacional.

## Diseño de investigación

Se realizará un estudio observacional transversal no experimental que evaluará si existe asociación entre las variables independiente (Depresión, funcionalidad familiar, localización de quemadura en el cuerpo, lugar de ocurrencia de la quemadura, extensión de la quemadura, estancia hospitalaria,) y variable dependiente (Trastorno de Estrés Postraumático)

Es un estudio no experimental porque no se manipula ninguna variable.

### 3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Se trata de un estudio con un nivel de investigación relacional; puesto que busca determinar la asociación entre los factores asociados y el Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado.

### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población: todos los pacientes hospitalizados con quemaduras de tercer grado en el servicio de quemados del Hospital Nacional A. Loayza, 2017.

N = 105 (promedio histórico de los últimos 5 años)

#### Muestra

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{5 * 1.96_{\alpha}^2 * 0.5 * 1 - 0.5}{0.05^2 * (105 - 1) + 1.96_{\alpha}^2 * 0.5 * 1 - 0.5}$$

$$n = 100.8 / 1.22 = n = 82.6 \quad n = 83$$

$Z_{\alpha}$ : constante que depende del nivel de confianza, para un nivel de confianza de 95%  $Z_{\alpha} = 1.96$ .

p: proporción de individuos que tienen la característica de estudio, en la población usualmente se acepta que  $p=q=0.05$

q: proporción de individuos que no tienen la característica de estudio, es decir, es  $1-p$ .

e = error muestral aceptable usualmente 0.5.

$$n = 100.8 / 1.22 = n = 82.6 \quad n = 83$$

Para la selección de los 83 pacientes se aleatorizara la población de 105, para que todos los pacientes tengan la misma posibilidad de ser seleccionados.

#### **- Criterios de Inclusión y Exclusión:**

- Criterios de inclusión:
  - Pacientes con quemaduras de tercer grado.
  - Paciente hospitalizado en el servicio de quemados del Hospital Loayza.
  - Las quemaduras de tercer grado deben haber ocurrido en un tiempo mínimo a un mes atrás.
  - Pacientes de 18 a 60 años de edad.
  - Paciente que den su consentimiento informado, firmado.
- Criterios de exclusión:
  - Paciente menor de edad.
  - Que los pacientes con quemadura de tercer grado, estén recibiendo tratamiento para depresión o trastorno de estrés postraumático.

- Pacientes con retardo mental.
- Paciente con diagnóstico de esquizofrenia,
- Paciente con diagnóstico de demencia.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Se empleará el programa SPSS 18, para el ingreso de las variables a fin de poder medir la frecuencia y porcentaje de cada una, las medidas de tendencia central como la media, la moda la mediana y las medidas de dispersión

Finalmente se continuará con la valoración sobre: la asociación que existe entre la variable independiente (trastorno de estrés post traumático) y las variables dependientes (Depresión, funcionabilidad familiar, localización de quemadura en el cuerpo, lugar de ocurrencia de quemadura y agente) utilizando el Valor de p y Chi cuadrado.

### **3.4. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:**

Se utilizó una ficha de recolección de datos en cada paciente, para la obtención de variables, asimismo se tomaron los respectivos Test para determinar TEPT, depresión y funcionalidad familiar.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:**

Se contrastará las pruebas de hipótesis donde al encontrarse un valor de p menor al 0.05 se procederá a rechazar la hipótesis nula, para aceptar la asociación que existe entre la variable dependiente y las variables independientes.

Finalmente, los valores obtenidos en los resultados se contrastarán con otras investigaciones.

**CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS**

**4.1. RESULTADOS**

**TABLA N° 1: Características sociodemográficas de la población de estudio.**

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)				
V. INTERVINIENTES	CON TEPT		SIN TEPT	
SEXO		Porcentaje		Porcentaje
	Masculino (20)	64,5	Masculino (38)	73,1
	Femenino (11)	35,5	Femenino (14)	26,9
	Total (31)	100%	Total (52)	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		Porcentaje		Porcentaje
	Primaria (1)	3,2	Primaria (3)	5,8
	Secundaria (12)	38,7	Secundaria (27)	51,9
	Superior técnico (14)	45,2	Superior técnico (13)	25,0
	Superior Universitario (4)	12,9	Superior Universitarios (9)	17,3
	Total (31)	100%	Total (52)	100%
ESTADO CIVIL		Porcentaje		Porcentaje
	Soltero (5)	16,1	Soltero (10)	19,2
	Casado/Conviviente (17)	54,8	Casado/Conviviente (33)	63,5
	Separado/Divorciado (8)	25,8	Separado/Divorciado (8)	15,4
	Viudo (1)	3,2	Viudo (1)	1,9
	Total (31)	100%	Total (52)	100%
Mayores de 55 años		Porcentaje		Porcentaje
	De 18 a 55 años (23)	74,2	De 18 a 55 años (38)	73,1
	De 55 años a más (8)	25,8	De 55 años a más (14)	26,9
	Total (31)	100%	Total (52)	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

**TABLA N° 2:** Resumen de variables independientes y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017

	TEPT	%	No TEPT	%	Total	%	$\chi^2$	Valor p
<b>Depresión</b>								
Si	53.7		46.3		100		9.21	0.002
No	21,4		78,6		100			
<b>Disfunción Familiar</b>								
Si	46.7		53.3		100		3.64	0.056
No	26.3		73.7		100			
<b>Localización de la Quemadura</b>								
Cabeza y/o Cuello	83,3		16,7		100		7.64	0.005
Otro	33,8		66,2		100			
<b>Lugar de Ocurrencia Hogar</b>								
Hogar	25.9		23.1		100		0.19	0.8
Trabajo	58.3		80.7		100			
Otras	60		62.6		100			
<b>&gt;30% área corporal afectada</b>								
Si	13,3		86,7		100		9.4	0.002
No	42,6		54,7		100			
<b>Agente</b>								
Fuego	76.9		23.1		100		25.3	0.0001
Otro	19.3		80.7		100			

Fuente: Ficha de recolección de datos

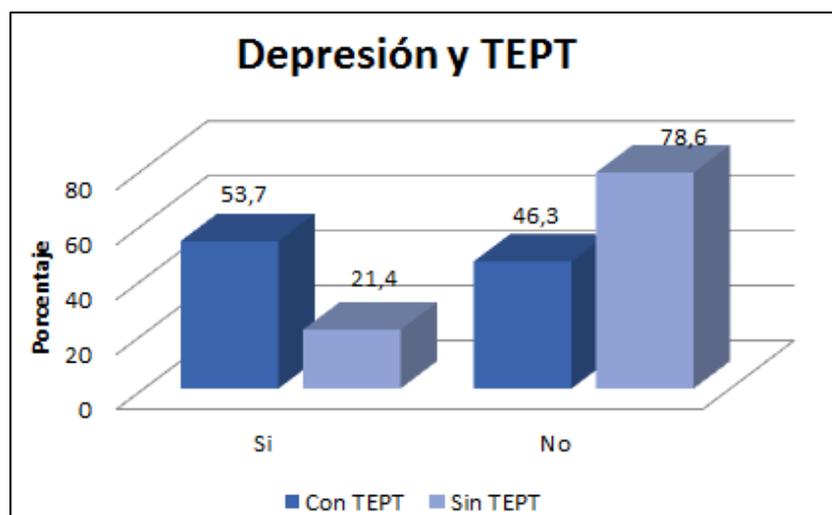
**Interpretación:** De las seis hipótesis propuestas, se ha rechazado la hipótesis nula de cuatro (Depresión, Localización en cabeza y cuello, Extensión de la quemadura y agente). Mientras que, de dos hipótesis no se ha podido rechazar la hipótesis nula (Disfunción familiar y lugar de ocurrencia)

**TABLA N° 3:** Depresión y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

DEPRESIÓN	TEPT		Total
	Si	No	
Si	53,7% (22)	46,3% (19)	100% (41)
No	21,4% (9)	78,6% (33)	100% (42)
Total	37,3% (31)	62,7% (52)	100% (83)

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N° 1:** Porcentaje de Depresión y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

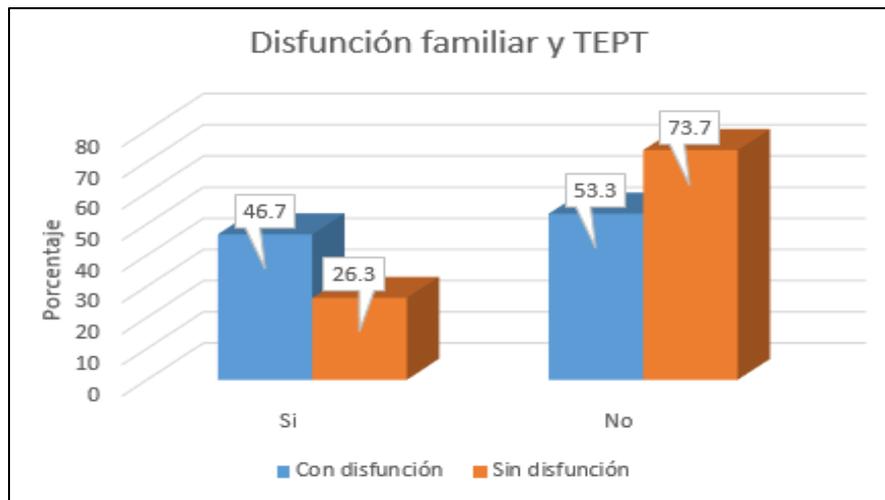
**Interpretación:** En la tabla N°3 y en el gráfico N°1, se puede apreciar que existe un mayor porcentaje de Depresión con un 53.7% en los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático que en los que no tienen Trastorno de Estrés Postraumático con un 44.3%. Asimismo, se observa que el porcentaje de depresión en los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático es mayor en un 7.4% que en los pacientes que no presentan Trastorno de Estrés Postraumático.

**TABLA N° 4:** Disfunción Familiar y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

DISFUNCIÓN FAMILIAR	TEPT		Total
	Si	No	
Si	46.7% (21)	53.3% (24)	100% (45)
No	26.3% (10)	73.7% (28)	100% (38)
Total	37,3% (31)	62,7% (52)	100% (83)

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N° 2:** Porcentaje de disfunción familiar y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

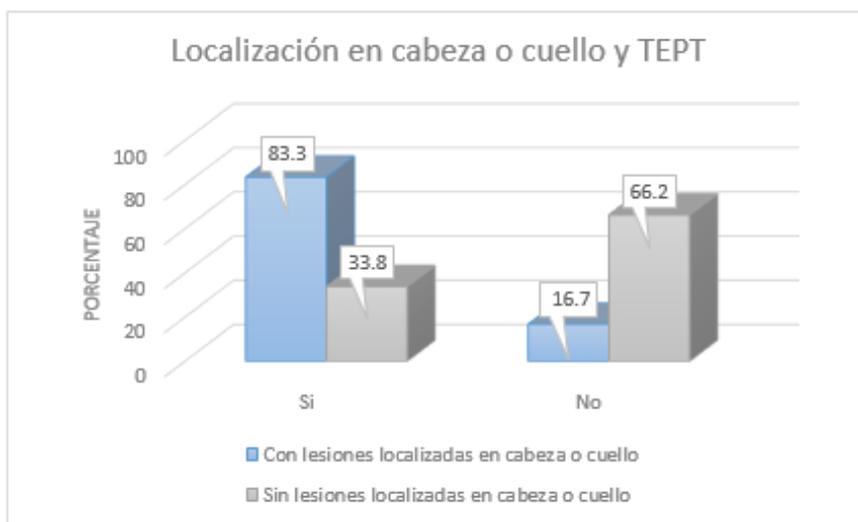
**Interpretación:** En la tabla N°4 y en el grafico N°2, se observa un mayor porcentaje de disfunción familiar es del 53.3% en los pacientes que no tienen Trastorno de Estrés Postraumático en comparación con los pacientes que si tienen TEPT y tan solo presentan un 46.7% de disfunción familiar. Asimismo, la disfunción familiar en los pacientes con TEPT es mayor en un 6.6%, que en los pacientes que no tienen Trastorno de Estrés Postraumático.

**TABLA N° 5:** Localización en cabeza o cuello y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

LOCALIZACIÓN EN CABEZA Y CUELLO	TEPT		Total
	Si	No	
Si	83,3% (5)	16,7% (1)	100% (6)
No	33,8% (26)	66,2% (51)	100% (77)
Total	37,3% (31)	62,7% (52)	100% (83)

Fuente: Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N° 3:** Porcentaje de la localización en cabeza o cuello y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos

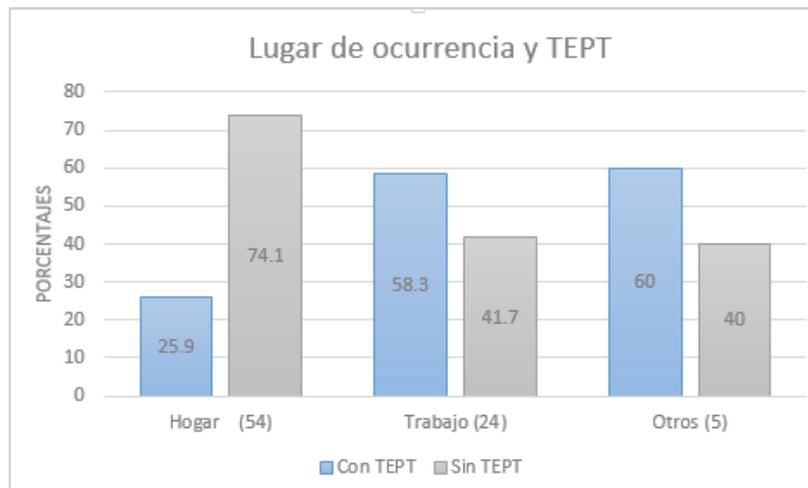
**Interpretación:** En la tabla N°5 y en gráfico N°3, se observa un mayor porcentaje de quemaduras con localización en cabeza o cuello (83.3%) en los pacientes que tienen Trastorno de Estrés Postraumático en comparación con los pacientes que no tienen Trastorno de Estrés Postraumático y tan solo presentan un 16.7% de lesiones no localizadas en cabeza o cuello. Del mismo modo, se denota que las quemaduras que tienen una localización en cabeza y cuello en los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático, son mayores en un 66.6%, en contraste con los pacientes que no tienen Trastorno de Estrés Postraumático.

**TABLA N° 6:** Lugar Ocurrencia y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado, hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

LUGAR DE OCURRENCIA	TEPT		Total
	Si	No	
Hogar	25.9% (14)	74.1% (40)	100% (54)
Trabajo	58.3% (14)	41.7% (10)	100% (24)
Otros	60%(3)	40% (2)	100% (5)
Total	37,3% (31)	62,7% (52)	100% (83)

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico N° 4:** Porcentaje del lugar Ocurrencia y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la tabla N°6 y en el gráfico N°4, se observa un menor porcentaje del lugar de ocurrencia en el hogar (25.9%) en los pacientes que tienen Trastorno de Estrés Postraumático en comparación con los pacientes que no tienen Trastorno de Estrés Postraumático, mientras que en el trabajo se denota un porcentaje de 58.3%, finalmente con un 60% de lesiones que no han tenido el hogar ni trabajo como lugar de ocurrencia. En resumen, el porcentaje de lugar de ocurrencia en el hogar en los pacientes con Trastorno

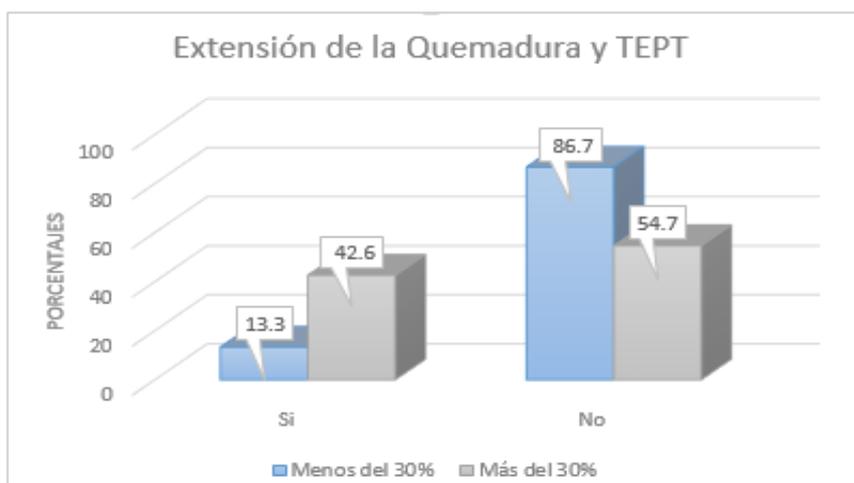
de Estrés Postraumático es menor en un 48.2% que en los pacientes que no presentan Trastorno de Estrés Postraumático.

**TABLA N° 7:** Extensión de la quemadura y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA	TEPT		Total
	Si	No	
Menos del 30%	13,3% (2)	86,7%(13)	100% (15)
Más del 30%	42,6% (29)	54,7% (39)	100 % (68)
Total	37,3% (31)	62,7% (52)	100% (83)

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico N° 5:** Porcentaje en la extensión de la quemadura y Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

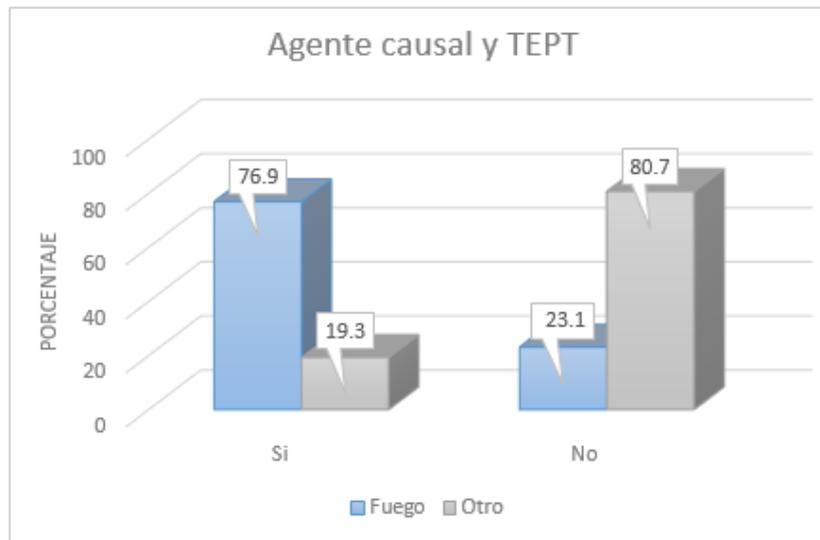
**Interpretación:** En la tabla N°7 y el gráfico N°5, se observa un menor porcentaje en la extensión de la quemadura con compromiso mayor al 30% de área de superficie corporal afectada (42,6%) en los pacientes que tienen Trastorno de Estrés Postraumático en comparación con los pacientes que no tienen Trastorno de Estrés Postraumático con un 54.7%. Asimismo, con respecto al porcentaje de extensión de la quemadura mayor al 30% de superficie de área corporal comprometida en los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático es menor en un 12.1% que en los pacientes que no presentan Trastorno de Estrés Postraumático.

**Tabla N° 8:** Agente y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017.

AGENTE	TEPT		Total
	Si	No	
Fuego	76.9% (20)	23.1% (6)	100% (26)
Otro	19.3% (11)	80.7% (46)	100% (57)
Total	37,4% (31)	62.6%(52)	100% (83)

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico N° 6:** Porcentaje del agente y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados en el pabellón de quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos

**Interpretación:** En la tabla N°8 y el gráfico N°6, se observa un mayor porcentaje del agente causal por fuego (76.9%) en los pacientes que tienen Trastorno de Estrés Postraumático en comparación con los pacientes que no tienen Trastorno de Estrés Postraumático con un 19.3%. Finalmente se observa, que el porcentaje de quemaduras por agente de fuego en los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático es menor en un 53.8% que en los pacientes que no presentan Trastorno de Estrés Postraumático.

## 4.2 DISCUSION

- En la tabla N°3 los pacientes diagnosticados con Trastorno de Estrés Postraumático tienen un 53.7% de depresión, mientras que los pacientes sin Trastorno de Estrés Postraumático un 46.3%. Los resultados obtenidos son similares al estudio en refugiados norcoreanos con el trastorno de estrés postraumático y depresión, evidenciando resultados positivos para la presencia de sintomatología de trastorno de estrés postraumático con un 40,11% asociado a insomnio, asimismo evidenciando resultados de un 28.25% para síntomas depresivos asociados a insomnio, reportado por Lee y col. (2016) en Seúl (República de Corea)<sup>7</sup>.
- En la tabla N°4 se observa que los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático presentan un 46.7% de disfunción familiar, en contraste con los pacientes sin Trastorno de Estrés Postraumático que presentan un 53.3%. Siendo en este último grupo mayor en 6.6% que el primer grupo. Los resultados obtenidos no son comparables estadísticamente, y no concuerdan con las conclusiones del estudio en veteranos de la guerra en Afganistán e Irak, que mostraban un efecto negativo en las interacciones familiares, sugiriendo a un peor ajuste en el contexto de la relación familiar. Citado por Vasterling y col. (2015) en Boston (USA)<sup>8</sup>.
- En la tabla N°5 se evidencio que los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático presentan un 83.3% de quemaduras localizadas en cabeza o cuello, mientras que los pacientes sin Trastorno de Estrés Postraumático presentaron un 16,7%. Se observo además una asociación significativa con un valor de  $p < 0.005$  para la localización en cabeza y cuello con el Trastorno de estrés postraumático. Los resultados obtenidos son comparables con los estudios de Ghriwati y colaboradores (2017)

que destacan una asociación muy significativa con un valor de  $P > 0.001$ , entre quemaduras de la cabeza y/ cuello con el trastorno depresivo. Asimismo, señalan que se asocia al Trastorno de estrés postraumático, por la visibilidad de las lesiones en zonas expuestas como lo son, la cabeza y el cuello. Siendo esto último concordante con los datos obtenidos en el presente estudio<sup>6</sup>.

- En la tabla N°6, los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático se evidencio un 25.9% de lugar de ocurrencia en el hogar, mientras que en los pacientes sin Trastorno de Estrés Postraumático se observó el 23.1%, en su conjunto un 49% de lugar de ocurrencia en el hogar con relación a las quemaduras. Los resultados obtenidos se contrastan con los resultados de la tesis sobre las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos en la unidad de quemados del Hospital Regional de Loreto en Perú (2016) por Cabrera Custodio, con un lugar de ocurrencia en el hogar de 89,2% en contraste con 10,8% extradomiciliario. Esta diferencia significativa con nuestro estudio en un 40%, y esto se debe al contexto del lugar, ya que Lima es una ciudad industrial, donde mayormente se reportan incendios en fábricas y tiendas, mientras que en provincias y en la selva, son zonas agrícolas con viviendas<sup>19</sup>.
- En la tabla N°7, los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático evidenciaron un 13.3% de extensión de la quemadura que compromete más del 30% de superficie corporal afectada, en contraste a los pacientes sin Trastorno de Estrés Postraumático que también presentaron más del 30% de superficie corporal afectada con un 86.7%. Los resultados obtenidos son comparables con la tesis sobre las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos en la unidad de quemados del Hospital Regional de Loreto en Perú (2016) por

Cabrera Custodio, donde evidencio que el 45.8% de extensión de la quemadura son lesiones que abarcaron menos del 30% de superficie corporal, pudiéndose apreciar una variación entre la costa y selva respecto a la incidencia y frecuencia. En otro estudio similar en la tesis sobre asociación entre los factores de riesgo en quemaduras de III grado y la morbi-mortalidad en pacientes gerontes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (2017) por Vega Montalvo, se evidencia un mayor compromiso de extensión de la quemadura menor al 30% por área de superficie corporal con un valor del 67%, corroborando la variación que existe en la costa<sup>18-19</sup>.

- En la tabla N°8, se observó en los pacientes con TEPT en 76.9% fueron por fuego, mientras que en los pacientes sin TEPT se observó un 23.1%, evidenciando una asociación significativa entre TEPT con quemaduras por fuego. Los resultados obtenidos se pueden comparar con el estudio sobre la c por Jaimes Osorio y colaboradores (2016) donde podemos observar una variación en los resultados obtenidos, donde el agente térmico implicado no fue por fuego, sino por ácidos con un 59%. Asimismo, en la tesis sobre asociación entre los factores de riesgo en quemaduras de III grado y la morbi-mortalidad en pacientes gerontes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (2017) por Vega Montalvo, en donde el agente causal fue un 75% para líquidos calientes. Esta variación con nuestro estudio, se debe al diferente grupo etéreo empleado para el estudio<sup>10-18</sup>.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

1. Se estableció que existe asociación entre el trastorno depresivo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), con las siguientes pruebas estadísticas de Ch2 (9.21) y un valor de p 0.002.
2. Se determinó que el porcentaje mayor de 30% de área corporal afectada por quemadura está asociada al trastorno de estrés postraumático (TEPT), con una Ch2 de 9.4 y un valor de p 0.002.
3. Se evidencio que la localización de la quemadura en Cabeza y/o Cuello se asocia a TEPT, con una Ch2 de 7.64 y un valor de p 0.005.
4. Se comprobó que el fuego como agente causal de quemadura está asociado a TEPT, con Ch2 de 25 y un valor de p 0.0001.
5. Se verifico que la disfunción familiar no se encontró asociada a TEPT, con Ch2 de 3.64 y un valor de p 0.06.
6. Sa constato que el hogar como lugar de ocurrencia de la quemadura no se asocia al trastorno de estrés postraumático, observándose una ch2 de 019 y una p de 0.8.
7. En el presente estudio se encontró que el primer lugar de factor asociado a trastorno de estrés post traumático es el fuego como agente causal de quemadura, en segundo lugar, el porcentaje mayor de 30% de área corporal afectada por quemadura y en tercer lugar la depresión.

## 5.2 RECOMENDACIONES

1. A los pacientes diagnosticados con Trastorno de Estrés Post traumático y depresión, en el presente estudio, darles tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico. Para ello se coordinará con el servicio de salud mental (Psiquiatra Víctor Manuel Morocho Castañeda y María Elena Herrera Palomino).
2. En las guías de manejo del paciente con quemadura de tercer grado, con lesiones que comprometen más del 30% de superficie de área quemada, tener en cuenta este factor como asociación al Trastorno de Estrés Postraumático.
3. Realizar un adecuado abordaje psicoterapéutico del paciente quemado que ha sufrido lesiones a nivel de cabeza y/o cuello, a fin de evitar sufrimiento y secuelas a largo plazo que puedan transformarse en permanentes, en el contexto de su salud mental.
4. Tener en cuenta en las pruebas de tamizaje y diagnóstico que el fuego como agente causal de quemadura, es un factor asociado al Trastorno de Estrés Postraumático.
5. Realizar estudios de cohorte, teniendo en cuenta como factor estresor a la disfunción familiar, en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático.
6. Realizar estudios analíticos multicéntricos de casos y controles, para determinar Odds ratio (Buscando como factor las lesiones que han ocurrido en el contexto del hogar en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático)
7. Sugerir al servicio de cirugía plástica y quemados, organizar capacitaciones en salud mental para el personal del servicio, con abordaje en primer lugar en lesiones causadas por fuego, en segundo lugar lesiones que hayan comprometido más del 30% de área corporal afectada por la quemadura y en tercer lugar abarcando la depresión como factor asociado al TEPT.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rybarczyk M, Schafer J, Elm C, Sarvepalli S, Vaswani P, Balhara K et al. A systematic review of burn injuries in low- and middle-income countries: Epidemiology in the WHO-defined African Region. *African Journal of Emergency Medicine*. 2017;7(1):30-37.
2. Sousa Campos A, Picollo Daher R, Borges Dias A et al. Estresse parental em mães de bebês, crianças e adolescentes com queimadura. *Revista brasileira de queimaduras*. 2016;15(4):235-239
3. Leite VH O, Fraga Resende L, Souza ME, Souza Borges I, Cintra B. Análise dos acidentes por queimadura com álcool líquido em Unidade de Tratamento de Queimados em Sergipe. *Revista brasileira de queimaduras* 2016;15(4):235-239.
4. Waqas A, Raza N, Zahid T, Rehman A, Hamid T, Hanif A et al. Predictors of post-traumatic stress disorder among burn patients in Pakistan: The role of reconstructive surgery in post-burn psychosocial adjustment. *Burns*. 2018;44(3):620-625.
5. Fuentes-López G, Jimenez-Herrera M, Grand R, Bracho-Bracho B. protocolo para el manejo inicial del paciente quemado Hospital Universitario DR. Alfredo Van Grieken Coro -Venezuela, Noviembre - Diciembre 2015. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2016;16(3).
6. Al Ghriwati N, Sutter M, Pierce B, Perrin P, Wiechman S, Schneider J. Two-Year Gender Differences in Satisfaction With Appearance After Burn Injury and Prediction of Five-Year Depression: A Latent Growth Curve Approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2017;98(11):2274-2279.
7. Lee Y, Jun J, Lee Y, Park J, Kim S, Lee S et al. Insomnia in North Korean Refugees: Association with Depression and Post-Traumatic Stress Symptoms. *Psychiatry Investigation*. 2016;13(1):67.
8. Vasterling J, Taft C, Proctor S, Macdonald H, Lawrence A, Kalill K et al. Establishing a methodology to examine the effects of war-zone

- PTSD on the family: the family foundations study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2015;24(2):143-155.
9. Jaimes Osorio S, Ramirez Blanco M, Ramirez Rivero C. Caracterización de las quemaduras por sustancias químicas en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia, entre 2009 y 2014. *Revista Médicas UIS*. 2016;29(1):11-16.
  10. Bezerra Lima K, Porfirio De Oliveira S, Beserra Rodriguez G, Araujo Do Nascimento R, Nunes L, Miranda Aiquoc K et al. Characterization of Publications on Burns in Brazil and Changes Resulting from Trauma in Brazil: Systematic Review of the Literature. *International Archives of Medicine*. 2016.
  11. Deslandes de Andrade S, Mie Takeshita I, Machado Torres L. Assistência de enfermagem a pessoas com queimaduras por fogo em decorrência de suicídio: revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de queimaduras*. 2016;15(3):169-174.
  12. Oliveira Leite V, Fraga Resende L, Martins Souza M, Assis I, Souza Borges K, Barreto Cintra B. Análise dos acidentes por queimadura com álcool líquido em Unidade de Tratamento de Queimados em Sergipe. *Revista brasileira de queimaduras*. 2016;15(4):235-239.
  13. Soubhia Sanches P, Sanches J, Nogueira M, Perondi N, Sugai M, Justulin A et al. Perfil epidemiológico de crianças atendidas em uma Unidade de Tratamento de Queimados no interior de São Paulo. *Revista brasileira de queimaduras*. 2016;15(4):246-250.
  14. Morais I, Daga H, Prestes M. Crianças queimadas atendidas no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba: perfil epidemiológico. *Revista brasileira de queimaduras*. 2016;15(4):256-260.
  15. Espinoza-Neyra C, Jara-Pereda M, Díaz-Vélez C. Trastorno de estrés postraumático en una población afectada por inundaciones ocasionadas por el niño costero en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017;34(4):751.

16. Asenjo-Pérez CP, Erika D. Avalos-Mendocilla ED, Suarez-Zumaeta NV, Cerrato-Huayaney JK. Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en pobladores mayores de 18 años del sector Río Seco del distrito El Porvenir afectados por el fenómeno del Niño Costero en 2017. *Rev méd Trujillo* 2018;13(2):67-74.
17. Castro Escobar J, Radas Barbié D, Contreras Zarate K, Ibañez Vásquez L, León Amaya J, Llapapasca Tacure K et al. Estrés post traumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el Polideportivo del C.P. El Milagro – Distrito de Huanchaco, Setiembre 2017. *Cuadernos de crisis y emergencias*. 2018;17(2):30.
18. Vega Montalvo S. Asociación entre los factores de riesgo en quemaduras de III grado y la morbi-mortalidad en pacientes gerontes en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017. [Bachiller]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2018.
19. Cabrera Custodio C. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes atendidos en la unidad de quemados del Hospital Regional de Loreto de Enero a Diciembre del 2015 [Bachiller en medicina humana]. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2016.
20. Herrera-Lopez V, Cruzado L. Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013. *Revista Neuropsiquiatra*. 2014;77(3).
21. Lee B, Shim I, Lee H, Hahm D. Berberine alleviates symptoms of anxiety by enhancing dopamine expression in rats with post-traumatic stress disorder. *The Korean Journal of Physiology & Pharmacology*. 2018;22(2):183.
22. Naveed S, Waqas A, Majeed S, Zeshan M, Jahan N, Haaris Sheikh M. Child psychiatry: A scientometric analysis 1980-2016. *F1000Research*. 2017;6:1293.
23. Novo Navarro P, Landin-Romero R, Guardiola-Wanden-Berghe R, Moreno-Alcázar A, Valiente-Gómez A, Lupo W et al. 25 years of Eye

Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 2018;11(2):101-114.

24. Rice P, Orgill D, Jeschke M, Collins K. Classification of burn injury. UpToDate. 2018.
25. Andrade González A. Relación de los estados emocionales con la extensión y profundidad de las quemaduras en los pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín [Licenciatura]. Universidad Central del Ecuador; 2017.
26. Vargas Saldaña M. Relación entre Hipoalbuminemia y mortalidad en grandes quemados Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014-2016 [Post-grado]. Universidad San Martín de Porres; 2017.
27. Murtaugh B, Morrow L. 493 Delayed Serial Casting Promotes Effective Functional Recovery 2 Years Post Burn A Case Study of Long Term Outcomes. *Journal of Burn Care & Research*. 2018;39(suppl\_1):S219-S219.
28. Wiegering Cecchi G. Factores pronóstico de las complicaciones en el paciente gran quemado Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2010 - 2013 [Doctorado]. Universidad San Martín de Porres; 2015.
29. Ghriwati N, Sutter M, Pierce B, Perrin P, Wiechman S, Schneider J. Two-Year Gender Differences in Satisfaction With Appearance After Burn Injury and Prediction of Five-Year Depression: A Latent Growth Curve Approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2017;98(11):2274-2279.
30. Rosenberg L, Rosenberg M, Sharp S, Thomas C, Humphries H, Holzer C et al. Does Acute Propranolol Treatment Prevent Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression in Children with Burns?. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2018;28(2):117-123.

31. Overstreet C, Berenz E, Sheerin C, Amstadter A, Canino G, Silberg J. Potentially Traumatic Events, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression among Adults in Puerto Rico. *Frontiers in Psychology*. 2016;7
32. Muñoz Bonacic G. Evolución del concepto familia y su recepción en el ordenamiento jurídico [Magister en derecho]. Universidad de Chile; 2014.
33. Benitez Molina A, Caballero Badillo M. Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*. 2017;20(1):221-241.
34. Jiménez Arellanes J. Disfunción familiar como factor desencadenante de descontrol Glucémico en Diabéticos tipo 2 [postgrado]. Universidad Veracruzana; 2015.
35. Campo Meschial W, Formaggi Sales C, Félix de Oliveira M. Fatores de risco e medidas de prevenção das queimaduras infantis: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Queimaduras*. 15. 2016;4(267-273).
36. Gonella H, Eamanach F, Souza J, Maluf M. Análise da microbiota bacteriana colonizadora de lesões provocadas por queimaduras nas primeiras 24 horas. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2016;18(1):19-23.
37. Santana de Melo Costa A, Souza Santos N, Martires Moraes P. Amplitude de movimento e sua interferência na capacidade funcional de pacientes com sequelas de queimaduras. *Revista brasileira de queimaduras*. 2016;15(4):261-6.
38. Gallach-Solano E, Pérez del Caz M, Vivó-Benlloch C. Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. 2015;41(4):427-436.
39. Kaczurkin A, Zang Y, Gay N, Peterson A, Yarvis J, Borah E et al. Cognitive Emotion Regulation Strategies Associated With the DSM-5

- Posttraumatic Stress Disorder Criteria. *Journal of Traumatic Stress*. 2017;30(4):343-350..
40. Yurdalan S, Ünlü B, Seyyah M, Şenyıldız B, Çetin Y, Çimen M. Effects of structured home-based exercise program on depression status and quality of life in burn patients. *Burns*. 2018;44(5):1287-1293.
41. Villegas Domínguez J, Eliseo J, Contreras Díaz. Modificación de la función familiar a partir de un programa basado en recreación y juegos simbólicos en adolescentes de la localidad de Rinconada, Veracruz. *Revista española de educación física y deportes*. 2018;422(LXX).
42. Vega Barreto F, Puebla Farigola I, Carrillo Vázquez L. Alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. *Revista Médica Granma*. 2015;19(1).
43. Kimbrel N, Meyer E, DeBeer B, Gulliver S, Morissette S. A 12-Month prospective study of the effects of PTSD-depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research*. 2016;243:97-99.
44. Vásquez Plasencia G, Rodríguez Díaz D, Correa Arangoitia A, Alvarado Cáceres V, Llaque Sánchez M. Disfuncionalidad familiar y violencia familiar como factores de riesgo de depresión puerperal. Hospital Regional de Cajamarca, Perú. 2014. *UCV-SCIENTIA*. 2017;9(2).
45. Benitez Molina A, Caballero Badillo M. Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*. 2017;20(1):221-241.
46. Gauglitz G, Williams F. Overview of the management of the severely burned patient. Updated. 2018;.
47. Claire R. Tratamiento del paciente quemado. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2017;16(1):6.

48. Lena T, Otormín G, Di Stefano R, Graciano R, Jacobo Ó. Quemaduras autoinfligidas en el Centro Nacional de Quemados. *Revista médica del Uruguay*. 2017;33(4).
49. Lançon Junior A, Azavedo A, Crepaldi M. Comunicação entre equipe de saúde, família, criança em Unidade de Queimados. *Psicologia em Estudo*. 2017;22(4):623.
50. Ratzer M, Romano E, Elklit A. Posttraumatic stress disorder in patients following intensive care unit treatment: a review of studies regarding prevalence and risk factors. *J Trauma Treat*. 2014;3(190):2167-1222.
51. Biscegli T, Benati L, Faria R, Boeira T, Cid F, Teixeira Gonsaga R. Perfil de crianças e adolescentes internados em Unidade de Tratamento de Queimados do interior do estado de São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014;32(3):177-182.
52. Yuce Y, Kilavuz O. Profile of Moderate and Severe Burns: Turkish Experience In A Tertiary Care Burn Unit. *The Ulutas Medical Journal*. 2018;4(1):25.
53. Lima E, Assunção A, Barreto S. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em Bombeiros de Belo Horizonte, Brasil: Prevalência e Fatores Ocupacionais Associados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2015;31(2):279-288.
54. Bakdach S. Post-Traumatic-Stress-Disorder PTSD. *Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy*. 2017;7(2).
55. Barnett E, Cleary S, Neubacher K, Daviss W. Post-traumatic Stress Disorders and ADHD. *Moodiness in ADHD*. 2017;:55-72.
56. Mellon S, Gautam A, Hammamieh R, Jett M, Wolkowitz O. Metabolism, Metabolomics, and Inflammation in Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*. 2018;83(10):866-875.
57. Fuentes-López G, Jimenez-Herrera M, Grand R, Bracho-Bracho B. Protocolo para el manejo inicial del paciente quemado Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken Coro -Venezuela, Noviembre -

- Diciembre 2015. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2016;16(3).
58. Reis A, Carvalho L. Traços patológicos da personalidade como preditores do Transtorno de Estresse Pós-traumático-TEPT. Revista Psicologia em Pesquisa. 2016;10(2).
59. Alcázar-Gabás M, Fidalgo-Pamplona M, Laplana-Miguel O. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. 2014;40(2):159-169.
60. Costa G, Silva J, Santos A. Perfil clínico e epidemiológico das queimaduras: evidências para o cuidado de enfermagem. Ciência & Saúde. 2016;8(3):146.
61. Costa E, Oliveira L, Corrêa V. Sobre a forma ocupacional após acidente por queimaduras. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2017;25(3):543-551.

## **ANEXOS**

### ANEXO N°1: Operacionalización de variables

<b>Variables Independientes:</b> Depresión, Disfunción familiar, localización de quemadura en el cuerpo, extensión de la quemadura, lugar de Ocurrencia de quemadura, agente.			
<b>Indicadores</b>	<b>N de Ítems</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Instrumento</b>
Depresión	— Con depresión — Sin depresión	Cualitativa, ordinal nominal	Entrevista Neuropsiquiátrica MINI DSM IV
Funcionalidad familiar	— Funcional — Disfuncional	Cualitativa nominal	APGAR de Funcionalidad Familiar
Localización de quemadura en el cuerpo	— En cabeza/cuello. — Otro lugar cuerpo	Cualitativa nominal	Historia clínica
Extensión de la quemadura	— Mayor de 30% — Menor de 30%	Cualitativa nominal	Historia clínica
Lugar de Ocurrencia de quemadura	— Hogar — trabajo — otro	Cualitativa nominal	Historia clínica
Agente	— Fuego — Líquido caliente — Químico — Eléctrico	Cualitativa nominal	Historia clínica

<b>Variable Dependiente:</b> Trastorno Estrés Post traumático			
<b>Indicadores</b>	<b>N de Ítems</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Instrumento</b>
TEPT	Con TEPT	Cualitativa, ordinal nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Entrevista</li> <li>— Neuropsiquiátrica</li> <li>— MINI DSM IV</li> </ul>
	Sin TEPT		

## ANEXO N°2: Instrumentos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos Edad en años: \_\_\_\_\_

**Marcar con una X**

**Sexo:**

Masculino	
Femenino	

**Estado Civil**

Soltero	
Casado	
Conviviente	
Separado	
Divorciado	
Viudo	

**sociodemográficos**

**Nivel de instrucción:**

Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Superior incompleta	
Superior completa	

**Ocupación:**

Desocupado	
Estudiante	
Informal / eventual	

Obrero	
Comerciante	
Empleado	

**Tiempo de ocurrencia de la quemadura en días:** \_\_\_\_\_

**Lugar de Ocurrencia de la quemadura:**

Hogar	
Trabajo	
Otro	

**Agente causal de la quemadura:**

Fuego	
Líquido caliente	
Sustancia química	
Electricidad.	

**Área de superficie corporal afectada**

Hasta 30%	
Mayor de 30%	

**Localización de quemadura en el cuerpo:**

Cabeza y/o Cuello	
Otro lugar del cuerpo.	

**Trastorno de Estrés Postraumático**

Sí  No

**Depresión**

Sí  No

**Disfunción Familiar**

Sí

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TITULO DE LA INVESTIGACION:** FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON QUEMADURA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, EN EL AÑO 2017

Lima y fecha: \_\_\_\_\_ Yo,  
\_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Isabella de la Rosas Morocho Chiepak estudiante de la Universidad San Juan bautista de Lima, para la realización de tomarme una entrevista neuropsiquiátrica para la detección del Trastorno de estrés Post traumático y una ficha de datos socio demográficos así como una encuesta relativa sobre los factores asociados al evento de mi quemadura.

Para mayor constancia firmo este documento en señal de conformidad.

Lima, fecha

\_\_\_\_\_

**DNI N°**

## Entrevista Clínica Estructurada Neuropsiquiatría. Módulo TEPT DSM V.

Colóquese en cada síntoma la puntuación que correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/poco	2 a 4 veces por semana/bastante	5 o más veces por semana/mucho

Síntomas de Intrusión			
Ítems	Valoración		
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0	1	2
	3		
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0	1	2
	3		
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0	1	2
	3		
4. ¿Sufre malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0	1	2
	3		
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0	1	2
	3		

S1. ¿Tiene pesadillas sobre lo que le ocurrió únicamente cuando duerme?	<b>Si</b>	<b>No</b>
---	-----------	-----------

Puntuaciones en intrusiones \_\_\_\_\_ (Rango: 0-15)

<b>Evitación conductual/cognitiva</b>			
<b>Ítems</b>	<b>Valoración</b>		
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2 3</b>
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2 3</b>
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2 3</b>
S1. ¿Le entran ganas de contar su historia en cuanto tiene conocimiento de que otras personas han pasado por sucesos parecidos al suyo?	<b>Si</b>	<b>No</b>	
S3. Desde que le sucedió esto, ¿Le pasa a veces que puede hablar con “otro yo” que está fuera de usted?	<b>Si</b>	<b>No</b>	

Puntuaciones en evitación \_\_\_\_\_ (Rango: 0-9)

<b>Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo</b>			
<b>Ítems</b>	<b>Valoración</b>		
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>3</b>		
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>3</b>		
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>3</b>		
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuando en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>3</b>		
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>3</b>		
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>3</b>		
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>3</b>		
S4. ¿Le entretienen sus hobbies únicamente cuando los practica con amigos/as?	<b>Si</b>	<b>No</b>	

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo:  
 \_\_\_\_\_ (Rango: 0-21)

<b>Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica.</b>	
<b>Ítems</b>	<b>Valoración</b>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	<b>0 1 2 3</b>
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	<b>0 1 2 3</b>
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	<b>0 1 2 3</b>
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	<b>0 1 2 3</b>
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	<b>0 1 2 3</b>
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño	<b>0 1 2 3</b>
S5. ¿Se siente tranquilo/a si está acompañado/a cuando hay algo que le recuerda lo que le pasó?	<b>Si No</b>
S6. ¿Se concentra únicamente cuando hace una tarea que le gusta (leer, hacer sudokus, jugar a videojuegos, etc.)?	<b>Si No</b>

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica\_\_\_\_ (Rango 0-18)

Puntuación total de la gravedad de TEPT\_\_\_\_(Rango: 0-63)

## EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Significa: ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente modulo				
<b>A1</b>	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1
<b>A2</b>	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	1
¿CODIFICO SÍ EN A1 O A2?		NO	SI	
<b>A3</b>	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b> a.- ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo? (P.ej., variaciones en el último mes de +/- 5% de su peso corporal o +/- 8 libras o +/- 3,5 kg. Para una persona de 160 libras/70kg)?  Codificar <b>sí</b> , si contesto <b>sí</b> en alguna.	NO	SI	3
	b.- Tenía dificultad para dormir en las noches (¿dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente?)	NO	SI	4
	c.- Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, ¿o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
	d.- ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
	e.- ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
	f.- ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	7
	g.- ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9
	¿CODIFICO SI EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?			NO
			<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	

## PERCEPCION DE LA FUNCION FAMILIAR - CUESTIONARIO

### APGAR FAMILIAR

Se trata de un cuestionario que puede ser auto administrado o hetero-administrado y que consta de 5 ítems, para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normo funcional: 7 - 10 puntos; Disfuncional 0 - 6 puntos.

**Versión hetero-administrada:** Leer las preguntas del cuestionario y señalar las respuestas que da el paciente.

### CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

**INSTRUCCIONES:** Por favor rodee con un círculo la respuesta que mejor se adapte a su situación personal.

*LAS PREGUNTAS SE REFIEREN A LA EPOCA CUANDO USTED ERA MENOR DE 14 AÑOS*

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1.- ¿ESTA SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBIO DE SU FAMILIA CUANDO TUVO PROBLEMAS?	0	1	2
2.- ¿CONVERZABAN ENTRE USTEDES LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA?	0	1	2
3.- ¿LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMABAN EN CONJUNTO EN LA CASA?	0	1	2
4.- ¿ESTABA SATISFECHO CON EL TIEMPO QUE USTED Y SU FAMILIA PASABAN JUNTOS?	0	1	2
5.- ¿SENTIA QUE SU FAMILIA LO QUIERIA?	0	1	2
PUNTUACION TOTAL			

### **ANEXO N°3: Validez de instrumentos - consulta de expertos**

#### **VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – TEST VALIDO PARA SU USO EN PERU**

##### **CONSULTA DE EXPERTOS**

Castro J. y col. (2018) validaron “la entrevista neuropsiquiátrica DSM V” modulo diagnóstico para su uso en nuestro país en la investigación “Estrés Postraumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el Polideportivo del C.P. El Milagro – Distrito de Huanchaco (Trujillo)” Encontrando una confiabilidad 0.85 con el Coeficiente Alfa de Cronbach\*

“Coeficiente Alfa de Cronbach, que es un modelo de consistencia interna entre todas las preguntas cuando las puntuaciones de las mismas están estandarizadas. Si el indicador es cercano a 1, se dice que la consistencia interna es elevada; si es menor a 0.50, la consistencia interna es baja o nula”.

Asimismo, la validez del instrumento líneas arriba mencionado, para el presente estudio, se realizó por juicio de expertos incluyo tres etapas:

- 1) Se estableció y especifico la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).
- 2) Se correlaciono ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
- 3) Se interpretó la evidencia empírica de acuerdo a qué tanto clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

**VALIDEZ TOTAL = VALIDEZ DE CONTENIDO + VALIDEZ DE CRITERIO + VALIDEZ DE CONSTRUCTO**

Encontrándose una validez del 95%

*\*La validez*, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

### **Validación del instrumento Entrevista Neuropsiquiatría DSM V TR.**

La validez de contenido de la entrevista neuropsiquiatra DSM V TR se realizó por Juicio de expertos que es ampliamente utilizado en el área de salud mental

Los expertos seleccionados fueron 5, tres de ellos del servicio de salud mental del Hospital Nacional A. Loayza fueron el Dr. Adolfo Vásquez Gallardo, psiquiatra jefe del servicio de salud Mental, la Dra. Isabel Vásquez Suyo psiquiatra asistente, el Dr. Edgar Vásquez Dextre psiquiatra asistente, en tanto del hospital Cayetano Heredia fue seleccionado el Dr. Félix Borda Oliva, de la Universidad Cayetano Heredia Dr. José San Martín, todos ellos con más de 15 años de ejercicio de la especialidad de psiquiatría, con más de tres artículos de investigación publicados en revistas indexadas, todos ellos son líderes de opinión especializada en psiquiatría, todos ellos respondieron individualmente las preguntas.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 14 se calculó coeficiente de Kappa (K) para datos nominales.

Ho: No existe acuerdo entre evaluadores.  $K = 0$ .

H1: Existe acuerdo significativo entre evaluadores,  $K > 0$

**Regla de decisión: se rechaza Ho cuando  $p \geq 0.05$ .**

El estadístico de k establece proporción de acuerdo entre los jueces, siendo el rango entre 0 y 1, 0 indica que el acuerdo entre los expertos, no es mayor que el azar, en tanto 1 muestra el acuerdo perfecto de los expertos. Valoración del índice de Kappa - Grado de acuerdo

0	Sin acuerdo
0.01 a 0.2	Insignificante
0.21 a 0.4	Bajo
0.41 a 0.6	moderado
0.61 a 0.8	Bueno
0.81 a 1	Muy bueno

Dimensión Ítems	Porcentaje de acuerdos en expertos	Índice de kappa (Intervalo de Confianza al 95%)
Trastorno estrés postraumático		
Pregunta 1	100	1 (1, 1)
Pregunta 2	93	0.87 (0.67, 0.98)
Pregunta 3	100	1 (1, 1)
Pregunta 4	100	1 (1, 1)
Pregunta 5	100	1 (1, 1)
Pregunta 6	93	0.87 (0.67, 0.98)
Pregunta 7	93	0.87 (0.67, 0.98)
Pregunta 8	100	1 (1, 1)
Pregunta 9	100	1 (1, 1)
Pregunta 10	100	1 (1, 1)
Pregunta 11	100	1 (1, 1)
Pregunta 12	100	1 (1, 1)

Dimensión Ítems	Porcentaje de acuerdos en expertos	Índice de kappa (Intervalo de Confianza al 95%)
Trastorno Depresivo		
Pregunta 1	100	1 (1, 1)
Pregunta 2	100	1 (1, 1)
Pregunta 3	100	1 (1, 1)
Pregunta 4	100	1 (1, 1)
Pregunta 5	100	1 (1, 1)
Pregunta 6	100	1 (1, 1)
Pregunta 7	100	1 (1, 1)
Pregunta 8	100	1 (1, 1)

**P > 0.001**

**Se rechaza Ho,**

Se acepta Hi. Si existe concordancia entre la valoración de los jueces en todas las preguntas.

Por tanto, el instrumento es aplicable.

## CARTA DE EXPERTO

### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: Luis Sandro Florian Tutaya  
 1.2. Cargo e institución donde labora: *Hos Pitaru Arzobispo Lga y Za*  
 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4. Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos  
 1.5. Autor (a) del instrumento: Isabella de las Rosas Morochó Chiepak

**II.- ASPECTOS DE VALIDACION:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 -80%	Excelent e 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro. No presenta sesgo ni induce respuestas					85
OBJETIVIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre..... (Variables).					85
ACTUALIDAD	Existen una organización lógica y coherente de los ítems.					85
ORGANIZACION	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85
SUFICIENCIA	Adecuado para establecer					85
INTENCIONALIDAD	(Relación variables).					80
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación..... (tipo de investigación).					85

**III.- OPINION DE APLICABILIDAD:**

..... (Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

**IV.- PROMEDIO DE VALORACION**

85%

Lugar y Fecha: Lima, 21 de Agosto del 2018

  
**DR. LUIS FLORIAN TUTAYA**  
 PEDIATRA - NEONATÓLOGO  
 C.M.P. 32712 RNE. 18/73

Firma del Experto Informante

D.N.I. N° *09602488*

Teléfono: *994636243*

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: Sara Aquino Dolorier
- 1.2. Cargo e institución donde labora:
- 1.3. Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4. Nombre del Instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5. Autor (a) del instrumento: Isabella de las Rosas, Morochó Chiepak

### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelent
		00 - 20%	21 -40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%.
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%.
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre..... (Variables).					85%.
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%.
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%.
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer ..... (Relación variables).					85%.
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%.
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%.
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación..... (tipo de investigación).					85%.

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

..... *Es APLICABLE* ..... (Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

### IV.- PROMEDIO DE VALORACION

85%.

Lugar y Fecha: Lima, 04 de Setiembre del 2018

*[Firma]*  
**SARA GISELA AQUINO DOLORIER**

Lic en Estadística  
COESPPE N° 02

Firma del Experto Informante

D.N.I N° *02498001*

Teléfono: *993083992*

### Informe de Opinión de Experto

#### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Liesbeth Polomirio Maria Elena*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Médico Psiquiatra Hospital Psiquiátrico*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodologo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: *Ensayo Clínico Estructurado Nueva psiquiatría TEPT-DSM V*
- 1.5 Autor (a) del instrumento:

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					<i>2</i>
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					<i>2</i>
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre <i>TEPT</i> ..... (variables).					<i>2</i>
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					<i>2</i>
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					<i>2</i>
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer <i>diagnóstico</i> (relación variables).					<i>2</i>
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					<i>2</i>
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					<i>2</i>
METODOLOGIA	La estrategia responde al proposito de la investigación .....(tipo de investigación).					<i>2</i>

#### III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

*4.5*.....(Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACION

Lugar y Fecha: Lima, \_\_\_ Enero de 2018

*[Firma]*  
**DR. MARIA ELENA POLOMIRIO**  
**MEDICO PSQUIATRA**  
**RNE 15178**

Firma del Experto Informante  
 D.N.I. N° *26025075*  
 Teléfono *945019181*

### Informe de Opinión de Experto

#### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Limache Tueros Marco Antonio*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Médico Asistente - Hospital Arzobispo Los*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: *Entrevista Clínicas Establecida Neurología y Urología*
- 1.5 Autor (a) del instrumento:

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente				Muy Buena		Excelente
		00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%		
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.							X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas							X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre <i>TEPT</i> (Variables).							X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.							X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.							X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer <i>Diagnóstico</i> (relación variables).							X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.							X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.							X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación .....(tipo de investigación).							X

#### III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

.....(Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACION

Lugar y Fecha: Lima, \_\_\_ Enero de 2018

  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOS RIOS**  
**MARCO ANTIDIVINO LIMA**  
CALLE 5908 N° 3024  
 URB. SAN JERONIMO  
 DISTRITO DE SAN JERONIMO  
**MACHETE TIJEROS**  
 Médico Asistente  
 Firma del Experto Informante  
 D.N.I. N° *4485654*  
 Teléfono *964149408*

## Informe de Opinión de Experto

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Limaiche Tueros Marco Antonio  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico Asistente - Hospital Arzobispo Loayza  
 1.3 Tipo de Experto:   Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento:  
 1.5 Autor (a) del instrumento:

### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Escala de Validación				
		Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					X
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre <u>Depresión</u> (variables).					X
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer <u>T. de Depresión</u> (relación variables).					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					X
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación .....(tipo de investigación).					X

### III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

DA ..... (Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

### IV.- PROMEDIO DE VALORACION

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
 MARCO ANTONIO LIMAICHE TUEROS  
 C.M.P. 54905 R.N.E. 30274  
 MEDICO PSQUIATRA  
 SERVICIO DE SALUD MENTAL

Lugar y Fecha: Lima, \_\_\_ Enero de 2018

Firma del Experto Informante  
 D.N.I. Ne 44856547  
 Teléfono 9841149908

### Informe de Opinión de Experto

**I.- DATOS GENERALES:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Limache Tueros Marco Antonio*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Medico Asistente - Hospital Arzobispo Loayza*
- 1.3 Tipo de Experto:   Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: *Percepción de la Familia Familiar - WAGAR 2018*
- 1.5 Autor (a) del instrumento:

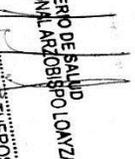
**II.- ASPECTOS DE VALIDACION:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					2
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					0
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre <i>Percepción Familiar (Variables).</i>					2
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					2
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					2
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer <i>la relación entre la percepción familiar y los ítems.</i> (relación variables).					2
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					2
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					2
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación .....(tipo de investigación).					2

**III.- OPINION DE APLICABILIDAD:**

.....(Comentario del experto respecto a la aplicación del instrumento).

**IV.- PROMEDIO DE VALORACION**

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
 MARCO ANTONIO LIMA TUEROS  
 C.M.P. Salud Mental  
 MEDICO PSICOMETA  
 SERVICIO DE SALUD MENTAL

Lugar y Fecha: Lima, \_\_\_ Enero de 2018

Firma del Experto Informante  
 D.N.I. N° *44855542*  
 Teléfono *969149408*

### ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar cuáles son los factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017</p>	<p>General:</p> <p>Hi: Existen factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017</p>	<p>Variables independientes:</p> <p>Depresión, disfunción familiar, localización de quemadura en el cuerpo, extensión de la quemadura, lugar de Ocurrencia de quemadura, agente.</p>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>Específicos:</p> <p>1. ¿Es la depresión un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017?</p> <p>2. ¿Es la localización de la quemadura en cabeza y/o tórax, un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el año 2017?</p> <p>3. ¿Es la superficie de quemadura mayor de 30%, un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el año 2017?</p>	<p>Específicos:</p> <p>1. Determinar si la depresión es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.</p> <p>2. Comprobar si la localización de la quemadura en cabeza y/o tórax, es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.</p> <p>3. Corroborar si la superficie de quemadura mayor de 30%, es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.</p>	<p>Específicas:</p> <p>1. Existe asociación entre la depresión y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.</p> <p>2. Existe asociación entre la localización de la quemadura en cabeza y/o tórax y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.</p> <p>3. Existe asociación entre la superficie de quemadura mayor de 30% y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.</p>	<p>Indicadores</p> <p>Depresión:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con depresión</li> <li>2. Sin depresión</li> </ol> <p>Disfunción familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Funcional</li> <li>— Disfuncional</li> </ul> <p>Localización de quemadura en el cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— En cabeza/cuello.</li> <li>— Otro lugar cuerpo</li> <li>—</li> </ul> <p>Extensión de la quemadura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Mayor a 30%</li> <li>— Menos a 30%</li> </ul>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>4. ¿Es la disfunción familiar actual un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el año 2017?</p> <p>5. ¿Es la ocurrencia de las quemaduras en el hogar un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el año 2017?</p> <p>6. ¿Es la quemadura producida por fuego, un factor asociado para Trastorno de Estrés postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del hospital Nacional Arzobispo, 2017?</p>	<p>4. Verificar si la disfunción familiar actual es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.</p> <p>5. Evidenciar si la ocurrencia de las quemaduras en el hogar es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017.</p> <p>6. Comprobar si la quemadura producida por fuego es un factor asociado para Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p>	<p>4. Existe asociación entre la disfunción familiar actual y el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.</p> <p>5. Existe asociación entre la ocurrencia de las quemaduras en el hogar como factor asociado para el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemadura de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017</p> <p>6. Existe asociación entre la quemadura producida por fuego como factor asociado para el incremento del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con quemaduras de tercer grado del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2017.</p>	<p>Lugar de Ocurrencia de quemadura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Hogar</li> <li>— trabajo</li> <li>— otro</li> </ul> <p>Agente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fuego</li> <li>— Líquido caliente</li> <li>— Químico</li> <li>— Eléctrico</li> </ul> <p>Variable dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Trastorno de estrés postraumático (TEPT)</li> </ul> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Con TEPT</li> <li>— Sin TEPT</li> </ul>

DISEÑO METODOLOGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Nivel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Relacional</li> </ul> <p>Tipo de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Estudio analítico transversal correlacional</li> </ul>	<p>Población: 105</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Pacientes con quemaduras de tercer grado.</li> <li>— Paciente hospitalizado en el servicio de quemados del Hospital Loayza.</li> <li>— Las quemaduras de tercer grado deben haber ocurrido como mínimo 1 mes atrás.</li> <li>— Pacientes de 18 a 60 años de edad.</li> <li>— Paciente que den su consentimiento informado, firmado.</li> </ul> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Paciente menor de edad.</li> <li>— Que los pacientes con quemadura de tercer grado, estén recibiendo tratamiento para depresión o trastorno de estrés postraumático.</li> <li>— Pacientes con retardo mental.</li> <li>— Paciente con diagnóstico de esquizofrenia.</li> </ul> <p>Tamaño de la muestra: 83</p>	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Ficha de recolección de datos</li> <li>— Ficha sociodemográfica</li> </ul> <p>Entrevista Neuropsiquiátrica DSM-V validada por Castro J. y col. (2018) para su uso en nuestro país en la investigación "Estrés Postraumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el Polideportivo del C.P. El Milagro – Distrito de Huanchaco (Trujillo).</p>