

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Trastorno de estrés post-traumático y factores
asociados en distintas poblaciones laborales en la
ciudad de Huancayo, 2022 - 2023**

Samantha Stephanie Campos Cristobal
Juan Carlos Curo Fernandez

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2023

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%	17%	4%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net	8%
	Fuente de Internet	
2	repositorio.urp.edu.pe	3%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.continental.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	tesis.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	tesis.usat.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	www.elsevier.es	1%
	Fuente de Internet	
7	www.researchgate.net	1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.unphu.edu.do	1%
	Fuente de Internet	
9	zdocs.mx	1%
	Fuente de Internet	

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

Dedicatoria

A mi madre Lucy Cristóbal.

Mi querida tía Ana.

A Thiago.

A mi amada abuelita.

Sam.

A mis amados padres.

A mi querido hermano Benjamín.

A mi querida hermana Ruth.

A mi amada abuelita Margarita.

A la memoria de mi abuelo Celestino.

Juan Carlos.

Agradecimiento

A mi amada madre Lucy Cristóbal, por el esfuerzo y amor que me ha sabido dar desde pequeña, por nuestro crecimiento en cada etapa y su gran sabiduría para decir las palabras adecuadas en momentos difíciles.

A mi querida tía Ana, que se convirtió en más que una amiga en este camino, que muchas veces fue la mano y la picardía que una necesita como dosis de alegría junto con Thiago.

A mi querida abuelita, por todo y por existir.

Samantha Stephanie Campos Cristóbal.

A mis queridos padres, por todo el apoyo y compañía en este largo camino, por sus consejos y amor incondicional.

A mi hermano menor Benjamín, que aun siendo más joven me ha enseñado lo que es el verdadero esfuerzo, perseverancia, y nobleza de una persona que hace cada pequeña cosa con pasión y dedicación.

A mi hermana menor Ruth, por sus palabras y mostrarme que a pesar de todo con la ayuda de Dios, uno puede salir de las más grandes adversidades, y que los tiempos de Dios son perfectos.

A mi querida abuelita Margarita, que me cuidó desde pequeño.

A mi abuelo Celestino, que desde el cielo ve como su nieto logra sus sueños.

Juan Carlos Curo Fernández.

A Dios, por permitirnos vivir cada etapa de esta tesis, con cada error y acierto, brindándonos la oportunidad de seguir aprendiendo y empezar de nuevo, lograr nuestros objetivos con el tiempo y la espera que el sacrificio amerite.

A nuestro asesor, el Dr. Mejía, por ser inspiración no solo a través de la teoría, sino con sus anécdotas sobre el gran futuro que nos espera siguiendo nuestra vocación.

A los que aportaron y se cruzaron en nuestros caminos, las mil historias escuchadas con las encuestas y una que otra lágrima, gracias a las personas que aun toman la decisión de seguir luchando por la vida y cuidando del otro.

A la Universidad Continental, por darnos la bienvenida al mundo tal como es, ser nuestra alma mater y ponernos en contacto con diferentes médicos, quienes nos brindaron todos sus conocimientos y soporte para consolidarnos.

Los autores.

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	v
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Figuras.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	xi
Capítulo I Planteamiento del Estudio.....	13
1.1. Delimitación de la Investigación.....	13
1.1.1. Delimitación Territorial.....	13
1.1.2. Delimitación Temporal.....	13
1.1.3. Delimitación Conceptual.....	13
1.2. Planteamiento y Formulación del Problema.....	13
1.3. Formulación del Problema.....	14
1.3.1. Problema General.....	14
1.3.2. Problemas Específicos.....	15
1.4. Objetivos.....	15
1.4.1. Objetivo General.....	15
1.4.2. Objetivos Específicos.....	15
1.5. Justificación.....	16
1.5.1. Justificación Teórica.....	16
1.5.2. Justificación Metodológica.....	17
1.5.3. Justificación Práctica.....	17
Capítulo II Marco Teórico.....	18
2.1. Antecedentes del problema.....	18
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	18
2.1.1. Antecedentes Nacionales.....	20
2.2. Bases Teóricas.....	21
2.2.1. Infección por SARS-CoV-2.....	21
2.1.1. Estrés Postraumático.....	22
2.2. Términos Básicos.....	22
Capítulo III Hipótesis y Variables.....	25
3.2. Hipótesis.....	25
3.2.1. Hipótesis General Alternativa.....	25
3.2.2. Hipótesis General Nula.....	25

3.3. Identificación de Variables	25
3.3.1. Variables Independientes.....	25
3.3.2. Variable Dependiente.	26
3.4. Operacionalización de Variables	26
Capítulo IV Diseño Metodológico	28
4.1 Métodos, tipo y nivel de la investigación	28
4.1.1 Método de la investigación.....	28
4.1.1 Tipo de Investigación.	28
4.1.2 Nivel de Investigación.....	28
4.2 Diseño de la Investigación.....	28
4.3 Población y Muestra.....	29
4.3.1 Población.....	29
4.1.1 Muestra.....	29
a. Criterios de Inclusión.	29
b. Criterios de Exclusión.	29
4.1.2 Cálculo del Tamaño Muestral.....	29
4.4 Técnicas de Recolección y Análisis de Información.....	30
4.4.1 Técnicas de Análisis de Datos	30
4.4.2 Instrumento de recolección de datos.....	31
a. Diseño.	31
b. Confiabilidad.....	32
c. Validez.	32
4.4.3 Procedimiento de la Investigación.....	32
4.4.4 Consideraciones Éticas.....	33
Capítulo V Resultados.....	34
5.1. Presentación de Resultados	34
5.2. Discusión de Resultados.....	38
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Referencias Bibliográficas	46
Anexos.....	53

Índice de Tablas

Tabla 1. Características socio-laborales de los encuestados.	35
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de la depresión, ansiedad, estrés y estrés postraumático.	36
Tabla 3. Análisis crudo de los factores socio-laborales asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana.	36
Tabla 4. Análisis crudo de la depresión, ansiedad y estrés asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana.	37
Tabla 5. Análisis ajustado de los factores socio-laborales asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana.	38

Índice de Figuras

Figura 1. Cálculo del tamaño de la muestra.	30
Figura 2. Población y muestra encuestada.....	34

Resumen

El periodo de aislamiento social y el confinamiento durante la pandemia del COVID-19 ha generado a nivel mundial un aumento indiscriminado y silencioso, y ahora notable de los trastornos de la esfera mental, y su asociación a padecer de trastorno de estrés postraumático (TEP), no obstante, estas cifras también han ido teniendo cambios según la flexibilidad de las normas en cuanto a cada ola que por la enfermedad hubo, teniendo en cuenta este contexto, no hay estudios hasta el momento sobre el tema que mencionen el impacto de diversos factores como sociolaborales, psicológicos y los propios por padecimiento de COVID-19 y su asociación con el riesgo de padecer de trastorno de estrés postraumático en los distritos de El Tambo, Huancayo y Chilca de la provincia de Huancayo. El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados a padecer trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo en el periodo 2022-2023. Se utilizó los métodos hipotético-deductivo y transversal-analítico; en el cual se utilizaron dos escalas: DASS -21 y IES-R, los mismo que fueron validados para la evaluación de tres trastornos en la esfera mental: la depresión, ansiedad y estrés, y la medición del trastorno de estrés postraumático, según corresponda; además de factores sociolaborales y los propios por el padecimiento por el COVID-19. Se evidenciaron datos estadísticos descriptivos y analíticos. Los resultados señalan que, de 900 trabajadores encuestados, al realizar el análisis crudo para las patologías de la esfera mental, hubo más estrés postraumático entre los trabajadores que tuvieron grados moderados o severos de depresión (RPc: 5,71; IC95 %: 4,41-7,38; valor $p < 0,001$), ansiedad (RPc: 7,28; IC95 %: 5,13-10,33; valor $p < 0,001$) y estrés (RPa: 5,27; IC95 %: 4,32-6,41; valor $p < 0,001$). La conclusión señala que se encontró una mayor frecuencia de estrés postraumático entre los trabajadores que tuvieron grados moderados o severos de depresión, y también entre los que tuvieron ansiedad.

Palabras claves: trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión, estrés, COVID-19, pandemia.

Abstract

The period of social isolation and confinement during the COVID-19 pandemic has generated worldwide an indiscriminate and silent, and now remarkable increase of disorders of the mental sphere, and its association with suffering from post-traumatic stress disorder (PTSD), however, these figures have also been having changes according to the flexibility of the norms in terms of each wave that the disease had, Taking into account this context, there are no studies so far on the subject that mention the impact of various factors such as socio-labor, psychological and those of COVID-19 and its association with the risk of suffering from post-traumatic stress disorder in the districts of El Tambo, Huancayo and Chilca in the province of Huancayo. The aim of the study was to determine the factors associated with post-traumatic stress disorder during the COVID-19 pandemic in different working populations in the city of Huancayo in the period 2022-2023. Hypothetico-deductive and transversal-analytical methods were used; in which two scales were used: DASS -21 and IES-R, which were validated for the evaluation of three disorders in the mental sphere: depression, anxiety and stress, and the measurement of post-traumatic stress disorder, as appropriate; in addition to sociolaboral factors and the own factors for suffering from COVID-19. Descriptive and analytical statistical data were obtained. The results indicate that, out of 900 workers surveyed, when performing the crude analysis for the pathologies of the mental sphere, there was more post-traumatic stress among workers who had moderate or severe degrees of depression (RPc: 5.71; 95%CI: 4.41-7.38; p-value <0.001), anxiety (RPc: 7.28; 95%CI: 5.13-10.33; p-value <0.001) and stress (RPa: 5.27; 95%CI: 4.32-6.41; p-value <0.001). The conclusion indicates that a higher frequency of post-traumatic stress was found among workers who had moderate or severe degrees of depression, and also among those who had anxiety.

Key words: POST-traumatic stress disorder, anxiety, depression, stress, COVID-19, pandemic.

Introducción

Se documentó en tablillas, hace más de 3000 años en la antigua Mesopotamia, los primeros síntomas de este padecimiento, por aquellos tiempos, habían supersticiones acerca de embrujos y posesiones por fantasmas, aunque el diagnóstico de ese entonces tenía como base situaciones de conflicto militar y otros, en la actualidad el gremio médico reconoce que el trastorno de estrés postraumático, afecta de igual manera a civiles y soldados asociados a múltiples factores y causas. Se sabe que las personas que desarrollan o tienen tendencia a padecer de estrés postraumático después de sufrir y/o presenciar algún evento traumático y la repercusión que esto conlleva, afecta la forma en cómo se desenvuelve cada uno en su presente y con su entorno.

Lo que engloba el trastorno de estrés postraumático, es cada vez más amplio, desde vivencias personales o narradas por cercanos, crisis sanitarias, tener alguna enfermedad que condicione alguna intervención quirúrgica que conlleve un riesgo de mortalidad o no, el cambio climático y desastres naturales, pérdidas de familiares cercanos en accidentes traumáticos y otros incidentes. Todo esto conlleva a que diversos factores se asocian y aumentan el riesgo, desde algo tan básico como una pesadilla, que nos conduce a periodos de insomnio, falta de concentración, apatía, pérdida de la memoria inconscientemente o pensamientos negativos que generen impulso o malas decisiones acumuladas por periodos de estrés, entonces, desdoblado mil y un factores que cada año siguen aumentando el riesgo de trastorno de estrés postraumático.

Se entiende al trastorno de estrés postraumático como una condición psiquiátrica crónica que aparece como una reacción de nuestro cuerpo físico y mental frente a eventos traumáticos, que logran de alguna forma en algunos a tener limitaciones o cierto temor en actividades cotidianas. Sin embargo, un gran porcentaje de ellos no recibe atención médica o alguna guía psicológica por diversos motivos, desde infravalorar lo sucedido a tomarlo por precaución en su futuro; también, otra cantidad si tendrá la necesidad de recibir apoyo por la repercusión significativa que tuvo dicho evento en su vida y todas sus esferas.

Diversos estudios que se realizaron desde los primeros meses de iniciada la pandemia por COVID-19 hasta la actualidad, han demostrado una fluctuación en los porcentajes de la prevalencia de estrés postraumático, debido a los cambios de las normas sanitarias y la flexibilidad que se fue dando, dependiendo de los picos que se generaron durante todo este trayecto, y el descenso de casos por la propia enfermedad, incluyendo escenarios internacionales.

La importancia de este trabajo de tesis, radica en demostrar los diversos factores que se relacionan en nuestro presente con el trastorno de estrés postraumático en un escenario post

pandémico en la ciudad de Huancayo. Así mismo, tener un escenario más claro sobre como apoyar en estas situaciones y dar un soporte oportuno e integral a personas que tengan desde una afectación mínima hasta la más severa.

Los autores.

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1.1. Delimitación de la Investigación

1.1.1. Delimitación Territorial.

Este presente estudio se realizó en los distritos de El Tambo, Huancayo y Chilca, de la provincia de Huancayo, región Junín.

1.1.2. Delimitación Temporal.

Se llevó a cabo desde diciembre de 2022 hasta marzo de 2023.

1.1.3. Delimitación Conceptual.

La probable asociación de trastorno de estrés postraumático durante el periodo post-pandemia por COVID-19 en una población con diferentes características individuales, sociales, laborales, psicológicas y propias del padecimiento que se tuvo por padecer la enfermedad.

1.2. Planteamiento y Formulación del Problema.

El SARS-CoV-2 se ha convertido en el principal agente etiológico de este siglo (1); generando inquietud y temor en varios países a nivel mundial (2). Hasta la actualidad se contabilizan millones de infectados y fallecidos en el ámbito internacional, además, de repercusiones económicas, cuarentenas, toques de queda y otras consecuencias que ha tenido esta enfermedad (3,4); situándola como una de las más importantes de la historia de la humanidad.

Por otro lado, se ha visto que el bienestar mental de la población ha sido uno de los principales aspectos afectados por esta pandemia (5,6), ya que, se han generado una serie de problemas a causa del aislamiento social creado por las cuarentenas, los problemas económicos en múltiples hogares, la nueva normalidad de uso de implementos de protección, la pérdida de familiares y amigos cercanos como consecuencia de esta nueva enfermedad, entre otros (7,8). Siendo los más afectados, aquellas personas que se encontraban más expuestas a la enfermedad, como los trabajadores sanitarios, los policías, los militares y otros que estuvieron en la primera línea de defensa; del mismo modo, los ancianos y aquellos que

tenían una condición que los pusiese en riesgo, todos ellos tuvieron serios problemas para manejar el estrés, la ansiedad y la depresión (9,10).

Frente a este contexto, existen reportes de Asia y Europa, que fueron los primeros asolados por la enfermedad, que evidencian una afectación en el bienestar mental de la población, siendo las patologías más importantes la depresión, ansiedad y estrés postraumático (7,11,12). Del mismo modo, en nuestro país existen reportes de un aumento en el número de casos de depresión, ansiedad y estrés (5). En el caso de la región Junín, el gobierno regional comunicó que en la primera mitad del año 2020 se incrementó un 25 % el número de casos atendidos en los centros de salud mental comunitarios, registrándose un total de 3 554 pacientes con estas patologías (13). Sin embargo, no existen estudios suficientes realizados en esta región para evaluar la salud mental de su población, sobre todo de los trabajadores, pues son ellos quienes constituyen el pilar de la recuperación económica.

En Perú, durante el periodo del año 2020 hasta agosto del 2021, en todos los establecimientos de atención de primer nivel y en apoyo con los centros de salud mental comunitario y hospitalario a cargo de la Dirección de Salud Mental, conjuntamente con el Ministerio de Salud, se logró ampliar el acceso que existen a la carta de servicios a la salud mental, incluyendo alrededor de 50 nuevos centros de salud mental comunitario para cubrir toda la nueva demanda; ya que, el efecto nocivo y silencioso que se tuvo a raíz de la cuarentena por el COVID-19 fue un incremento en los porcentajes del riesgo de sufrir padecimientos relacionados a cuadros de síndromes ansiosos y depresivos, dichas cifras se fueron demostrando en el año 2020, comparativo con solo la mitad de año del 2021. Dentro de las cifras que demostraron todo el trabajo del personal de salud, se atendieron también por su incremento de nuevos casos de psicosis (50 898), trastornos emocionales relacionados al comportamiento en niños y adolescentes (50 528), trastornos de desarrollo psicológico (50 118), trastornos de la personalidad (22 078), entre otros.

En el año 2022, El Ministerio de Salud indicó que los esfuerzos por cubrir la demanda de pacientes con problemas de salud mental que se hayan originado durante la pandemia por el COVID-19, continuaron en ascenso a comparación del año 2021; alrededor de 300 000 pacientes, esto solo durante las fechas del mes de enero a junio del 2022 (14).

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General.

¿Cuáles son los factores asociados a padecer trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo, durante el periodo 2022-2023?

1.3.2. Problemas Específicos.

1. ¿Cuál es la prevalencia de trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023?
2. ¿Cuáles son los factores psicológicos que influyen en la prevalencia de trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023?
3. ¿Cuáles son los factores sociales que influyen en la prevalencia de trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023?
4. ¿Cuáles son los factores laborales que influyen en la prevalencia de trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023?
5. ¿Cuáles son los factores propios del padecimiento de la COVID-19 que influyen en la prevalencia de trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General.

Determinar los factores asociados a padecer trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023.

1.4.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023.
2. Identificar los factores psicológicos y sociales que influyen en la prevalencia de trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023.
3. Identificar los factores laborales y propios del padecimiento que influyen en la prevalencia de trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-

19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023.

1.5. Justificación

1.5.1. Justificación Teórica.

Teóricamente, esta investigación se justifica en que, debido a la pandemia de COVID-19 la salud mental de la población en general se ha visto afectada en gran manera, repercutiendo en la relación que establecen los individuos con su entorno, en su capacidad de desenvolvimiento diaria y no menos importante en la sobrevivencia. Además, el impacto psicológico que ha tenido esta pandemia en la población en general y sus efectos en la salud tanto mental como física, podrían estar caracterizadas por el desarrollo del trastorno de estrés postraumático y trastornos neuróticos (15). En este sentido, resulta relevante estudiar la salud mental de grandes poblaciones, pues es esperable que haya repercusiones ante tantos problemas y cambios generados por la pandemia.

Es sorprendente como en personas que no tenían con anterioridad algún diagnóstico en relación a salud mental ahora lo tienen, evidenciando dicha relación sobre todo a la primera etapa de la cuarentena, donde el miedo, la incertidumbre, pérdidas de seres queridos, la soledad, problemas económicos y familiares, dieron paso al inicio de los padecimientos en salud mental. En personas con algún tipo de diagnóstico previo al inicio del aislamiento social, los síntomas y signos se tornaron más intensos, encontrándose incluso hasta nuevas manifestaciones como trastornos del sueño, síndrome de piernas inquietas, pesadillas y terrores nocturnos.

Es de gran valor, que cada individuo en su entorno individual y grupal, respecto a sus compañeros de trabajo, amigos y/o familiares, puedan detectar cualquier cambio mínimo en el comportamiento que den la sospecha de tener algún padecimiento en relación a la salud mental, para que de esta forma se le pueda dar apoyo necesario desde el inicio, puesto que, se encuentra asistencia vía telefónica en línea gratuita y programas estatales que brindan apoyo en cuanto a salud mental se refiere, ya sean, establecimientos de salud de primer nivel de atención, centros de salud mental comunitario y hospitalario.

En el 2022, ya con otro contexto social y luego de 2 años de haber iniciado el aislamiento social por la cuarentena por el COVID-19, nos encontramos con un escenario nuevo, con vacunas administradas en la población que tienen hasta el momento cuatro dosis, además de medidas sanitarias más flexibles que van cambiando según los picos epidemiológicos o evidencias de incrementos de casos y/o variantes, asimismo de tener con más conocimiento sobre el COVID-19 y sus repercusiones en la salud física y mental.

1.5.2. Justificación Metodológica.

La investigación se justifica por el hecho que se realizó un diseño de tipo transversal analítico, que se basa en proporcionar una encuesta con una presentación del proyecto en el consentimiento informado, además que, está dividida en tres secciones que se tomó a las personas en sola una oportunidad, donde se obtuvieron resultados según las escalas y demás información solicitada, llegando a obtener razones de prevalencias, sus intervalos de confianza y valores p. Esto sumado al hecho que la encuesta que se utilizó, fue validada en una amplia población peruana. Por lo que, ambas permitieron que la investigación fue factible de realizar.

1.5.3. Justificación Práctica.

Si bien se conoce que la pandemia de la COVID-19 ha tenido repercusiones en la salud mental de la población, se han realizado pocos estudios acerca de este tema en las distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo y/o que se incluya a nivel nacional. Esta problemática debe ser estudiada con la finalidad de detectar los factores asociados y la prevalencia del estrés postraumático en esta población, específicamente en tres distritos cuya población es la más densa en la ciudad de Huancayo.

Los resultados del presente estudio permitirán conocer la prevalencia y predictores de trastornos neurótico y trastorno de estrés postraumático durante la pandemia de COVID-19 en el Perú en la ciudad de Huancayo, generando así una base de datos verídica para estudios posteriores; asimismo, para que las instituciones de salud puedan mejorar y promover sus programas de intervención específicos para cada población, según su nivel de afectación en los distintos establecimientos y centros de apoyo. Igualmente, que empresas grandes y pequeñas puedan tener más conocimientos sobre la afectación mental que pudieron padecer sus colaboradores durante todo el tiempo de aislamiento, y cómo dichos problemas son afrontados en una nueva realidad en un contexto diferente con nuevas normas y reglas que también siguen modificándose frente a cada circunstancia y/o variables; además, es importante mencionar, cómo será posible mejorar sus condiciones de vida, en el área laboral y resultados del mismo.

El presente estudio fue viable, porque se dispuso de recursos humanos, económicos y materiales para desarrollar la investigación, bajo principios éticos, morales y de confidencialidad.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Mejía-Zambrano y Ramos, realizaron una revisión sistemática en el año 2021 de 22 estudios, que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19 en personal de salud y población en general. Se halló que, con un total de 24 593 participantes, la ansiedad tuvo una prevalencia de 36,4 %, depresión 26,6 %, estrés 44,3 % y trastorno de estrés postraumático (TEPT) 5,9 %. Además de la enfermedad, las medidas tomadas ya sean cuarentenas o toques de queda propiciaron en la población pánico, ansiedad, comportamientos obsesivos, paranoia, depresión y TEPT a largo plazo. En cuanto al TEPT los niveles altos de estrés se asociaron el ser joven, sexo femenino, tener que acudir a las jornadas laborales, tener algún conocido o familiar afectado por COVID-19, por otro lado, mostraron niveles altos de estrés las personas que no tenían familiares infectados y pertenecer a un nivel socioeconómico bajo (16).

Valiente y otros autores, realizaron un informe que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático frente al contexto social de la pandemia por COVID-19. Para este estudio contaron con la participación de más de 2 000 personas que residían en España al momento de realizar la encuesta. El International Trauma Questionnaire (ITQ) fue la escala utilizada por los autores para medir los niveles de estrés postraumático en su población. En este informe se evidenció que 19,7 % de los participantes mostraban niveles de estrés postraumático elevado. Además, se mencionaba que los más jóvenes parecen ser más vulnerables a síntomas de estrés postraumático, al igual que las personas que conviven con niños pequeños y las personas que incrementaron su consumo de sustancias adictivas durante la cuarentena. Sin embargo, en los participantes que presentaban factores de riesgo y comorbilidades asociadas a la infección por SARS-CoV-2 no se evidenciaron más casos de estrés postraumático, tampoco en aquellos que se habían enfermado (17).

Pazmiño Erazo y otros autores, realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar los principales factores asociados a los efectos adversos psiquiátricos en el personal sanitario durante el contexto social de la pandemia por COVID-19 en Ecuador. Para esta investigación, más de 1 000 profesionales de la salud, que se encontraban trabajando en áreas COVID-19 en Ecuador, respondieron los test PHQ-9, GAD-7, ISI y EIE-R. Los resultados el 27,3 % de estos profesionales tenían síntomas de depresión; además el 39,2 % presentaba síntomas de ansiedad; el 16,3 %, insomnio y el 43,8 % otros síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático. También se evidenció que estos síntomas eran de grado moderado y grave. Los autores mencionan que los principales factores asociados a esta sintomatología fueron laborar en las ciudades que presentaban un mayor número de casos de infectados, ser médico y tener la percepción de no contar con el equipo de protección adecuado. Por lo cual, los autores sugieren que se realicen más estudios conforme la pandemia vaya evolucionando, para medir la afectación a la salud mental sobre la población, sobre todo en el personal sanitario (18).

Bonsaksen y otros autores, realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar y caracterizar el estrés postraumático ocasionado por la pandemia de la COVID-19 en la población de Noruega, para esto se encuestó de manera virtual a 4 257 personas mayores de 18 años que residían en este país durante los primeros meses de la pandemia. Para evaluar los síntomas y categorizar el trastorno de estrés postraumático de los participantes, se usó la guía de criterios diagnósticos del DSM-5. Después de realizar el análisis de regresión logística simple y multivariada, se encontró que la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en esta población era mayor en las mujeres (19,5 %) que en los hombres (12,5 %). Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre esta patología y el ser más joven, la falta de apoyo social, las preocupaciones económicas, el aislamiento social, ser población de riesgo, entre otras variables propias de la pandemia. En conclusión, los autores mencionan que el trastorno de estrés postraumático parece ser frecuente en la población de Noruega, siendo los principales factores asociados a esto las preocupaciones económicas, de salud, familiares y sociales (19).

Bassi y otros autores, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el bienestar mental de los trabajadores de salud de la región de Lombardía, en Italia, tras el aumento de hospitalizaciones de pacientes con COVID-19. Realizaron una encuesta virtual en la que participaron 653 trabajadores de salud. Se evaluó el trastorno de estrés postraumático, mediante la guía de criterios diagnósticos del DSM-5, y la salud mental positiva mediante un formulario corto de continuidad de la salud mental. Después del análisis de datos de los participantes que cumplían con los criterios de trastorno de estrés postraumático, se encontró que caso el 40 % de participantes tenía un diagnóstico provisional de esta patología, además

el 33,4 % tenía una buena salud mental, el 57,7 % moderada y el 8,9 % lánguida. Factores como ser mujer, ser enfermera, trabajar en primera línea y una salud mental lánguida, estuvieron más asociados al desarrollo de trastorno de estrés postraumático. En conclusión, identificar a los grupos vulnerables de trabajadores de salud durante los brotes masivos de enfermedades y brindarles apoyo a través de la promoción de la salud mental positiva y la prevención del TEPT podría ser beneficioso (20).

2.1.1. Antecedentes Nacionales.

En el año 2021 en Lima metropolitana, mediante un análisis en base al COVID-19 y las secuelas que dejó este, realizado por el Instituto de Salud Mental con una muestra de 1823 personas contactadas vía telefónica, se halló que el 57,2 % de la población padecía de estrés y un 54,6 % tenía problemas para conciliar el sueño que merecían consejería profesional (21).

Mejía y otros autores, realizaron un estudio con la finalidad de determinar el riesgo de estrés postraumático relacionado al COVID-19 según la ocupación de la población peruana y otros factores asociados. Para este estudio se encuestó de manera virtual a 953 participantes en total, los cuales residían en las principales ciudades del Perú. En mencionado estudio el estrés postraumático y su severidad, se evaluó mediante el test Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview, asimismo se le preguntó a los encuestados acerca de su ocupación y otras variables sociodemográficas. Después del análisis de datos, se encontró que en la mayoría de ocupaciones, la frecuencia de estrés postraumático era de 12 a 39 %; además, existía un menor riesgo de desarrollar esta patología entre las personas que se dedicaban al rubro de alimentación, el rubro transporte y los que laboraban para el Estado. También se evidenció que el estrés, la depresión y el haber perdido algún familiar a causa de la infección por SARS-CoV-2, tenían un mayor riesgo de presentar estrés postraumático grave. En conclusión, se evidencia un importante porcentaje de trabajadores con esta afectación y su presentación grave, existiendo varios factores asociados que incrementan o disminuyen el riesgo (22).

Campos, en su tesis de grado tuvo como objetivo determinar el trastorno de estrés postraumático, su frecuencia y factores asociados, en el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos de COVID (UCI-COVID) de un hospital de Cusco. Para este estudio, la autora recopiló información acerca de los factores socio demográficos, laborales, epidemiológicos y de bioseguridad de 85 trabajadores de salud, también se evaluó el trastorno de estrés postraumático. En los resultados se encontró que la frecuencia de esta patología era de 21,2 %, siendo los principales factores asociados a esto el ser mujer, ser soltero o divorciado, ser enfermero, haber sido diagnosticado con COVID-19, o que algún familiar haya sido diagnosticado con esta enfermedad y una jornada laboral muy demandante. Por otro lado,

se encontró que los factores no asociados eran la edad, la percepción de seguridad de los equipos de protección personal y la percepción de sus capacidades para la atención de pacientes en el área de UCI-COVID (23).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Infección por SARS-CoV-2.

A principios del 2020, la OMS nombró la enfermedad como COVID-19 y al coronavirus responsable de causar la enfermedad como SARS-CoV-2. Este virus pertenece a la familia *Orthocoroniviridae*, que tiene propiedades similares al coronavirus que se encuentra en los murciélagos. Sin embargo, también comparte similitudes con otras especies que posiblemente podrían explicar su salto zoonótico hacia la especie humana (24). La infección por este virus tiene diferentes efectos según la persona. Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos, dificultad para respirar y mialgia o fatiga. Además, se sabe que alrededor del 20 % de los pacientes tienen complicaciones severas, más comúnmente neumonía y síndrome de dificultad respiratoria en adultos. Asimismo, también se ha reportado que la mayoría de los casos complicados se dan en adultos mayores, sobre todo en los que tienen ciertas comorbilidades (25).

Para infectar a las células del huésped, una proteína de la cápsula del virus se une a una proteína de receptor de membrana celular, liberando de esta forma el ARN vírico en el citoplasma de las células del hospedador (26). El genoma del coronavirus tiene un parecido muy similar al ARN mensajero del huésped, esto permite que se adhiera a los ribosomas para su traducción. Además, tienen también una proteína replicasa en su genoma, lo que permite que el ARN viral sea traducido por el mismo huésped.

La acción patógena de este virus va a depender del tejido que infecte. En los seres humanos solo es capaz de replicarse en el interior de células epiteliales respiratorias. La entrada de los coronavirus al interior de estas células se produce por contacto de la espícula de la cápside viral con sus receptores en la célula diana, permitiendo la entrada de los viriones al citoplasma por un proceso de endocitosis, esto ocasiona la producción de mediadores inflamatorios, lo que da origen a las manifestaciones clínicas de los pacientes (27).

En la actualidad, ya se cuenta con pruebas de diagnóstico que detectan al virus, y pruebas de anticuerpos que demuestran la respuesta inmunológica del huésped después de la infección, y sirven para llevar a cabo estudios de seroprevalencia. Es así, que para realizar el diagnóstico de COVID-19, las pruebas moleculares nos brindan una alta sensibilidad y especificidad, consiste en una reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-qPCR). Para poder realizar esta prueba, se recomienda utilizar una muestra

de exudado faríngeo, y nasofaríngeo, esto con el propósito de aumentar la carga viral (28). Por otro lado, también se cuenta con las pruebas rápidas, las cuales, si bien nos brindan un resultado en menos de 30 min, no son recomendadas para realizar el diagnóstico clínico, pues su sensibilidad se puede ver afectada fácilmente por el tipo de muestra, la recolección o el transporte de estas (29).

2.1.1. Estrés Postraumático.

El estrés postraumático se produce después de que el individuo ha estado expuesto a un hecho impactante, aterrador o peligroso. Es necesario mencionar que durante y después de un evento traumático, es normal tener una reacción de estrés y sentir miedo, esto forma parte de la respuesta de “lucha o huida” del cuerpo, y permite evitar o actuar frente a un posible peligro. Sin embargo, estas reacciones suelen superarse con el tiempo en la mayoría de los casos, siendo que, si persisten en el tiempo, más de 6 meses, se puede considerar como un trastorno por estrés postraumático (TEPT) (30).

Las personas con TEPT presentan síntomas de intrusión como, recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios del suceso, sueños angustiosos y recurrentes relacionados al evento, reacciones disociativas, reacciones fisiológicas y/o malestar psicológico al exponerse a factores que les recuerdan el evento. Estas personas suelen evitar o tratar de evitar recuerdos o factores externos relacionados al trauma al que estuvieron expuestos. Además, el TEPT suele acompañarse de alteraciones del estado de ánimo, alteraciones importantes de la reactividad, como comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación), comportamiento imprudente o autodestructivo, respuesta de sobresalto exagerada, problemas para concentrarse, alteraciones de la calidad de sueño (31).

Existen factores de riesgo asociados al desarrollo de TEPT, entre ellos se incluye antecedentes de problemas emocionales durante la infancia, antecedentes de trastornos de ansiedad y depresión, nivel socioeconómico bajo, estrategias de afrontamiento evitativas, el sexo femenino, gravedad del evento traumático (a mayor magnitud mayor probabilidad de desarrollar TEPT) y acontecimientos adversos posteriores (32).

Por otro lado, dentro de los factores protectores encontramos la resistencia al estrés, contar con una información pública que sea válida y confiable, asistencia institucional oportuna, contar con un grupo de apoyo, recibir apoyo financiero, entre otros (32).

2.2. Términos Básicos

2.2.1. Ansiedad.

Es la respuesta involuntaria del cuerpo a estímulos externos o internos, estos estímulos son considerados como amenazas o peligros por el individuo y van acompañados de síntomas

físicos de malestar o tensión. Este tipo de estímulos puede hacer que las personas tomen las medidas necesarias para enfrentar la amenaza (36).

2.2.2. Depresión.

Es una alteración mental común, en la que se presentan síntomas como tristeza, pérdida de interés o disfrute, sensación de interioridad o falta de autoestima, pérdida del sueño o del apetito, cansancio y falta de atención. La depresión puede convertirse en una enfermedad de larga data o puede ser recurrente y afectar gravemente el desempeño laboral y/o académico, así como la capacidad de afrontar la vida diaria, y en su peor forma, puede llevar al suicidio (35).

2.2.3. Estrés.

Supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo. El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distrés*, que significa en inglés antiguo “pena o aflicción”; con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones. En todo caso, es una relación entre las personas y el entorno que los rodea, en esta relación el sujeto percibirá hasta qué punto las demandas de su ambiente suponen una amenaza para su felicidad, y si superan o igualan sus recursos para afrontarlas (37).

2.2.4. Pandemia.

Para que una enfermedad se denomine pandemia se deben cumplir dos condiciones, la epidemia debe afectar a más de un continente, y en cada país ya no solo deben reportarse casos importados, sino que también debe haber reportes de transmisión comunitaria. Es decir, este término no implica una gravedad mayor o menor de la enfermedad, sino una propagación rápida y mundial. Ha habido un número importante de pandemias en la historia humana, todas ellas generalmente zoonosis, que han llegado con la domesticación de animales, tales como la viruela, difteria, gripe, COVID-19 y tuberculosis (33).

2.2.5. Salud Mental.

Las capacidades cognitivas y sociales, así como la capacidad para reconocer, manifestar y modular las propias emociones, entender a otros; la flexibilidad y la capacidad para afrontar a los sucesos vitales adversos y funcionar en los papeles sociales; y la interacción armoniosa entre el cuerpo humano y la mente, representan elementos relevantes de la salud psicológica que contribuyen, en grados diversos, al estado de equilibrio interno (34).

2.2.6. Trauma Psicosocial.

Se refiere al importante impacto que tienen los eventos perturbadores, como guerras o desastres naturales, en la sociedad y cómo esto afecta a cada individuo; porque dicho trauma no tendrá un impacto homogéneo o común en toda la sociedad, sino que dependerá de la experiencia específica de cada persona (38).

Capítulo III

Hipótesis y Variables

3.2. Hipótesis

3.2.1. Hipótesis General Alterna.

Sí existen factores asociados a padecer trastorno de estrés postraumático (TEPT) durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023.

3.2.2. Hipótesis General Nula.

No existen factores asociados a padecer trastorno de estrés postraumático (TEPT) durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo durante el periodo 2022-2023.

3.3. Identificación de Variables

3.3.1. Variables Independientes.

- Sexo.
- Edad.
- Nivel de instrucción.
- Ocupación.
- Comorbilidades.
- Infección previa por SARS-CoV-2.
- Pérdida de una persona cercana por COVID-19.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Estrés.

3.3.2. Variable Dependiente.

- Estrés postraumático.

3.4. Operacionalización de Variables

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Variable Independiente				
Sexo	Cualitativa	Características biológicas y fisiológicas que definen a varones de mujeres	Nominal Dicotómica	0 = Masculino 1 = Femenino
Edad	Cuantitativa	Años vividos desde el nacimiento	Razón	Edad colocada por el participante en la ficha de recolección de datos
Lugar de residencia	Cualitativa	Todo aquel lugar diseñado para ser habitado en un lugar específico.	Nominal politómica	0 = Huancayo 1 = El Tambo 2 = Chilca
Nivel de instrucción	Cualitativa	Grado académico alcanzado hasta el momento de la encuesta	Nominal politómica	0 = Ninguno 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Técnico 4 = Superior 5 = Posgrado
Ocupación	Cualitativa	Área de trabajo donde se desempeña principalmente	Nominal politómica	0 = Salud 1 = Educación 2 = Minería 3 = Construcción 4 = Banco/financiero 5 = Alimentación 6 = Transporte 7 = Legal/Judicial 8 = Trabajador independiente 9 = Jubilado 10 = Ama de casa 11 = Estudiante 12 = Otro
Comorbilidades	Cualitativa	Padecer alguna enfermedad crónica que pueda empeorar el pronóstico si llegara a enfermarse de COVID-19	Nominal politómica	0 = Diabetes 1 = Hipertensión arterial 2 = Obesidad 3 = Enfermedades cardiovasculares 4 = Ninguna
Infección por SARS-CoV-2	Cualitativa	Haberse enfermado previamente de COVID-19	Nominal dicotómica	0 = No me llegué a enfermar o cuando menos no lo supe 1 = Sí me enfermé de COVID-19
Pérdida de una persona cercana por COVID-19	Cualitativa	Fallecimiento de una persona cercana por causas de la infección por SARS-CoV-2	Nominal politómica	0 = Amistad 1 = Colega 2 = Familiar cercano 3 = Familiar lejano 4 = Ninguno

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Depresión	Cualitativa	Padecimiento de depresión (Según la escala DASS-21)	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No
Ansiedad	Cualitativa	Padecimiento de ansiedad (Según la escala DASS-21)	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No
Estrés	Cualitativa	Padecimiento de estrés (Según la escala DASS-21)	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No
Variable Dependiente				
Estrés postraumático	Cualitativa	Padecimiento de estrés postraumático generado por la pandemia de la COVID-19 (Según la escala IES-R)	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No

Capítulo IV

Diseño Metodológico

4.1 Métodos, tipo y nivel de la investigación

4.1.1 Método de la investigación

El método que se utilizó en la investigación fue el hipotético-deductivo, ya que, a partir de la observación de casos particulares y el marco teórico, se planteó la hipótesis, y mediante un razonamiento deductivo se validó empíricamente los datos obtenidos.

El estudio fue ejecutado aplicando una encuesta en diversos momentos del día, y sectorizando los distritos seleccionados (Huancayo, El Tambo y Chilca) en relación a las horas de más concentración poblacional, para captar la mayor cantidad de unidades de análisis requerida para el estudio. Tal encuesta, fue seleccionada previa evaluación de estudios desarrollados anteriormente en relación al propósito de esta investigación.

4.1.1 Tipo de Investigación.

La investigación fue tipo transversal – analítica, ya que, nos centramos en describir los factores asociados al padecimiento de estrés postraumático (TEPT) durante la pandemia de COVID-19 en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo, mas no explicaremos a detalle sobre el trastorno de estrés postraumático.

4.1.2 Nivel de Investigación.

La investigación fue de tipo observacional, ya que, buscamos describir (no intervenir) cada una de las variables estudiadas, hecho que sirve como precedente y base para el desarrollo de otros niveles de investigación.

4.2 Diseño de la Investigación

Se desarrolló un estudio no experimental de tipo transversal analítico, porque no se ha manipulado ninguna variable independiente para ver sus efectos en la variable dependiente, esto mediante la aplicación de una encuesta que fue realizada de forma presencial en los distintos distritos seleccionados de la ciudad de Huancayo (Huancayo, El Tambo y Chilca).

4.3 Población y Muestra

4.3.1 Población

Residentes de la ciudad de Huancayo de la región Junín, en los distritos seleccionados (Huancayo, El Tambo, Chilca) con edades de 18 a 75 años.

4.1.1 Muestra.

a. Criterios de Inclusión.

- Residentes de la provincia de Huancayo de la región Junín, en los distritos seleccionados (Huancayo, El Tambo, Chilca) con edades de 18 a 75 años.
- Residentes de la ciudad de Huancayo que acepten formar parte del estudio.
- Mayores de 18 años de edad y menores de 75 años de edad.
- Habitantes que residan en la provincia de Huancayo en los siguientes distritos: Huancayo, El Tambo y Chilca.

b. Criterios de Exclusión.

- Que no acepten formar parte del estudio.
- Menores de 18 años de edad y mayores de 75 años de edad.
- Los que no respondan la totalidad de preguntas.
- Los que brinden respuestas incoherentes.
- Los que no residan en los distritos El Tambo, Huancayo y Chilca.

4.1.2 Cálculo del Tamaño Muestral.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó información de una investigación previa realizada en nuestro país, en la cual se midió el estrés postraumático en distintas profesiones. En este escenario se encontró una mínima diferencia porcentual de 12,29 % para los que tenían empleos y 15,51 % para los que estaban desempleados. Esto se ingresó al programa estadístico Stata (versión 11,1), se tomó en cuenta una potencia al 80 %, un nivel de confianza al 95 % y para el cálculo de una única muestra poblacional (por ser un estudio transversal analítico). Con todos estos datos se obtuvo que el mínimo tamaño muestral debería ser de 868 trabajadores, a estos valores se agregaron unas cuantas personas más para prever las pérdidas y anticipar las respuestas inadecuadas.

```

. tab ept desempleado, nokey row

```

Estrés post traumático	RECODE of ocupacion_2 (Ocupacion_2)		Total
	0	1	
No	621 87.71	87 12.29	708 100.00
Si	207 84.49	38 15.51	245 100.00
Total	828 86.88	125 13.12	953 100.00

```

. sampsi 0.1229 0.1551, p(.8) onesample
Estimated sample size for one-sample comparison of proportion
to hypothesized value
Test Ho: p = 0.1229, where p is the proportion in the population
Assumptions:
      alpha = 0.0500 (two-sided)
      power = 0.8000
      alternative p = 0.1551
Estimated required sample size:
      n = 868

```

Figura 1. Cálculo del tamaño de la muestra.

4.4 Técnicas de Recolección y Análisis de Información

4.4.1 Técnicas de Análisis de Datos

Se realizó el análisis de la data recolectada, esto mediante un primer análisis descriptivo de las características sociodemográficas. Donde se obtuvieron los valores de las frecuencias y porcentajes en las variables categóricas y las medidas de tendencia central de dispersión en las variables cuantitativas. Además, se obtuvieron los valores p, esto con la prueba chi-cuadrado (para el cruce de dos variables categóricas; según la evaluación de los supuestos) o la U de Mann-Whitney (para el cruce de variable categórica versus cuantitativa; según la evaluación de los supuestos).

Luego se obtuvo el análisis bivariado y multivariado con las regresiones, se tomó como variable dependiente al estar en el tercer superior de las medidas preventivas versus las otras variables independientes. Para esto se utilizó los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, con la función de enlace log y con los modelos para varianzas robustas. Con todo esto se obtuvo las razones de prevalencias crudas (RPc), las razones de prevalencia ajustadas (RPa), los intervalos de confianza al 95 % y los valores p. Para toda esta estadística bi y multivariada se consideró el punto de corte de 0,05 como estadísticamente significativa (este será el punto de corte para pasar del modelo bivariado al modelo multivariado) y se trabajó con un nivel de confianza al 95 %.

4.4.2 Instrumento de recolección de datos

La presentación de las encuestas realizadas, tuvieron un consentimiento informado para poder presentar la idea del proyecto hacia el participante, así como, subsanar algunas dudas que ellos pudieran tener.

La recolección de datos fue realizada a través de una encuesta que incluyó la escala IES-R (Escala del impacto estresante revisada), la cual permite medir de forma efectiva el estrés postraumático por la sintomatología presentada en cada participante de dicha encuesta. Como mencionaron en 1979, Wilner, Horowitz y Álvarez, hay factores que definen la reacción a un evento traumático como: intrusión, definida como cualquier pensamiento y otros relacionados al evento; y, evitación, por la negación del que sufre el evento, sus consecuencias y lo que conlleva a eventos futuros.

Por tal motivo, dicha encuesta ha sido utilizada en muchos aspectos y relacionados a muchos acontecimientos en la historia de la salud que corresponden a enfermedades que perturban el estado de cualquier persona, dando muy buenos resultados para corroborar y discriminar consecuencias de eventos traumáticos (39).

Para seguir midiendo el grado de trastorno de estrés postraumático, se usó como instrumento la escala del DASS-21, con la que se pretendió encontrar estados actuales de ansiedad, depresión y estrés entre los encuestados, ya que, esta escala tiene como objetivo evaluar los efectos negativos de discriminación de los diferentes padecimientos y su severidad (40,41).

Además, la encuesta tuvo una sección socio-educativa, se preguntó al participante acerca de su sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación, comorbilidades, infección previa por SARS-CoV-2 y la pérdida de una persona cercana a causa del COVID-19, para poder complementar toda la información requerida para su clasificación.

a. Diseño.

IES-R.

La escala de impacto del evento estresante fue elaborada por Horowitz, Wilner y Álvarez en 1979.

El IES-R tiene un contenido de 22 ítems y está dividido en cuatro secciones que incluyen: intrusión (aparición de pensamientos o imágenes relacionados al evento traumático), evitación (evitación de pensamientos, sentimientos y situaciones relacionadas con el evento estresor).

DASS-21.

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) fue elaborada en 1995 por Lovibond y Lovibond, tuvo como objetivo evaluar el efecto negativo del trastorno de ansiedad, depresión y estrés.

Esta escala evalúa la presencia e intensidad de estos tres trastornos relacionados en la última semana que haya transcurrido, mediante una escala de respuesta de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems de cada escala y varía entre 0 y 21 puntos.

b. Confiabilidad.

IES-R.

La presente escala, fue aplicada ampliamente a nivel nacional e internacional, demostrando valores altos de confiabilidad que justifican su aplicación en diversos estudios.

DASS-21.

Su aporte es ser un instrumento de auto-reporte, sencillo, fácil de responder y que ha presentado un acertado en las propiedades psicométricas en los diferentes estudios de validación que se desarrolló en la población en general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes desde 1995 hasta el 2009.

c. Validez.

IESR.

La escala fue validada por Gargurevich en el año 2009, utilizando la técnica de juicio de expertos y la prueba piloto, donde expertos del tema revisaron a detalle cada sección.

DASS-21.

La Escala DASS-21 muestra una confiabilidad que fue evaluada a través de indicadores satisfactorios en una población general, mide sus tres factores a nivel nacional.

4.4.3 Procedimiento de la Investigación.

Para la recolección de datos, se realizó un muestreo por conveniencia. Se calculó si es que la potencia estadística es la adecuada para ver las asociaciones específicas. Se tomó al valor de 80 % como la potencia mínima que debería tener cada uno de los cruces para decir que es adecuado. La encuesta se realizó en los meses de diciembre a marzo.

La recolección de datos tuvo como parte inicial un consentimiento informado, esto para darle la confianza y seguridad respecto a la idea del proyecto de tesis por el cual se estuvo

realizando dichas encuestas, además de proporcionarles nuestros números para absolver cualquier duda que tenga a posteriori.

Luego de la recolección de las encuestas, se procedió a la transferencia de los datos a una hoja en el programa Microsoft Excel, donde se realizó la depuración y control de calidad de la base de datos. Luego de esto, se pasó toda la información recolectada al programa Stata, en donde se analizó la información y se obtuvieron múltiples tablas como resultado de la investigación.

4.4.4 Consideraciones Éticas.

Antes de comenzar la encuesta se procedió a hacer una presentación de los que realizarán la encuesta, con el fin de poder crear un ambiente cómodo para el encuestado, posterior a ello, se le explicó al participante los objetivos de la investigación y se le consultó por su aceptación para firmar el consentimiento informado y formar parte de este estudio. La información se reservó como protección del participante, y para evitar sesgos en la información proporcionada. Además, se le explicó que puede retirarse en cualquier momento de sentirse incómodo.

Este proyecto fue evaluado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Continental (Oficio N.º 0293-2022-VI-UC).

Capítulo V Resultados

5.1. Presentación de Resultados

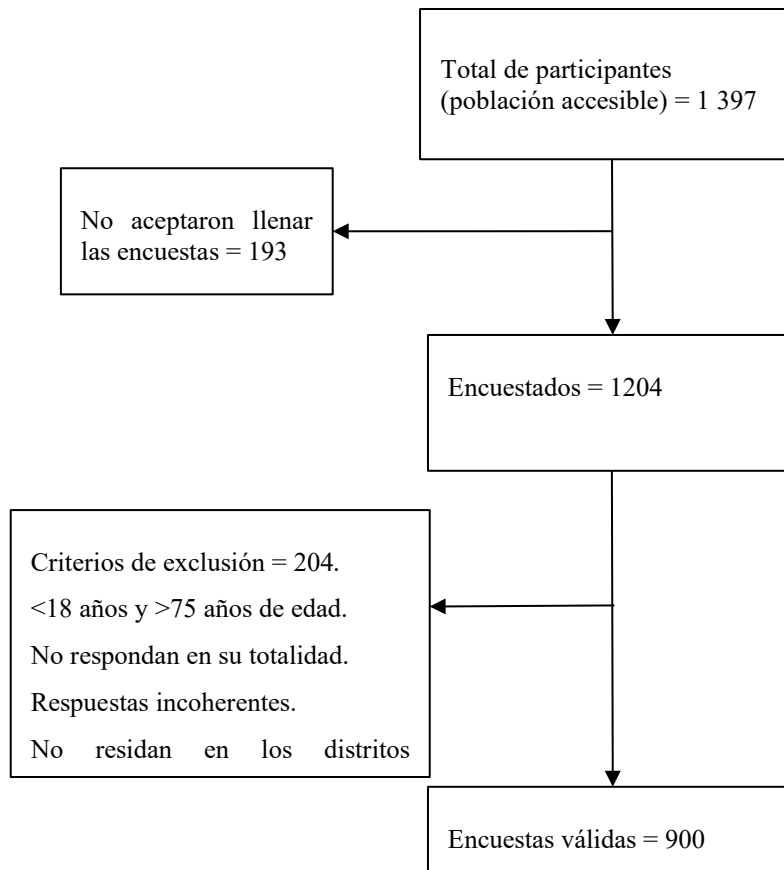


Figura 2. Población y muestra encuestada.

Durante la recolección de datos (figura 2) se obtuvieron características socio-laborales de los 900 trabajadores encuestados, haciendo referencia al género, edad, grado de instrucción, rubro laboral al que pertenecían, si se llegaron a enfermar de COVID-19, si falleció algún familiar cercano o lejano, amistad o colega, y cuantas dosis de vacuna tiene hasta el momento.

Se identificó que la mayor prevalencia de los entrevistados fue del sexo masculino (53,9 %) y el resto del femenino (46,1 %), la mediana de las edades fue de 30 años (rangos intercuartílicos 26 – 38 años), con un grado de instrucción superior (42,1 %), se evidenció que muchos de ellos tenían trabajos diversos (24,9 %).

En relación al proceso de enfermedad de los participantes, se llegaron a enfermar de COVID-19 (70,7 %), y la mayor parte sufrió la pérdida de un familiar cercano (37,1 %), asimismo, el 59 % de los encuestados contaba con tres dosis de vacuna (tabla 1).

Tabla 1. Características socio-laborales de los encuestados.

Variable	<i>fi</i>	<i>hi %</i>
Sexo		
Femenino	415	46,1 %
Masculino	485	53,9 %
Edad (Años cumplidos) *		
Media y desviación estándar	33,1	10,7
Mediana y rangos intercuartílicos	30	26-38
Grado de instrucción		
Hasta secundaria	225	25,0 %
Técnicos	206	22,9 %
Superior	469	52,1 %
Rubro laboral		
Otros	224	24,9 %
Salud	96	10,7 %
Educación	94	10,4 %
Minería	120	13,3 %
Construcción	90	10,0 %
Banco/financiero	57	6,3 %
Alimentación	26	2,9 %
Transporte	36	4,0 %
Legal/judicial	42	4,7 %
Independiente	115	12,8 %
Enfermó de COVID-19		
No	264	29,3 %
Si	636	70,7 %
Algún conocido falleció por COVID-19		
Ninguno	180	20,0 %
Amistad	155	17,2 %
Colega	105	11,7 %
Familiar cercano	334	37,1 %
Familiar lejano	126	14,0 %
Cantidad de dosis contra la COVID-19		
Ninguna	21	2,3 %
Una o dos	57	6,3 %
Tres	530	59,0 %
Cuatro	292	32,4 %

*Nota. *Variable tomada como cuantitativa.*

Haciendo referencia al test DASS-21, el trastorno más frecuente fue el estrés (normal 66,8 %, leve 7,1 %, moderado 11,5 %, severo 11,6 % y muy severo 10,1 %), seguido por la depresión (normal 51 %, leve 9,2 %, moderado 20,9 %, severo 3 % y muy severo 10,1 %), y por último, la ansiedad (normal 40,2 %, leve 7,8 %, moderado 21,5 %, severo 6,6 % y muy severo 23,9 %).

Respecto al análisis de los resultados, los tres trastornos presentaron valores normales; la depresión (51 %), ansiedad (40,2 %) y el estrés (66,8 %).

Mediante la valoración con el test IES-R se demostró que gran parte de los participantes no tienen estrés postraumático (69,2 %), así mismo, se verificó que no tuvieron ningún tipo de estrés postraumático severo (81,1 %) (tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de la depresión, ansiedad, estrés y estrés postraumático.

Variable	<i>fi</i>	<i>hi %</i>
Depresión		
Normal	459	51,0 %
Leve	83	9,2 %
Moderado	188	20,9 %
Severo	79	8,8 %
Muy severo	91	10,1 %
Ansiedad		
Normal	360	40,2 %
Leve	70	7,8 %
Moderado	193	21,5 %
Severo	59	6,6 %
Muy severo	214	23,9 %
Estrés		
Normal	601	66,8 %
Leve	64	7,1 %
Moderado	103	11,5 %
Severo	104	11,6 %
Muy severo	27	3,0 %
Estrés postraumático		
No	622	69,2 %
Si	277	30,8 %
Estrés postraumático severo		
No	729	81,1 %
Si	170	18,9 %

Nota. *Las preguntas de ansiedad, depresión y estrés fueron obtenidas con el test DASS-21 y las de estrés postraumático en test IES-R (Escala del impacto estresante revisada)

Al realizar el análisis bivariado para los factores socio-laborales, hubo más estrés postraumático entre los trabajadores que tuvieron más edad (RPc: 1,02; IC95 %: 1,01-1,02; valor $p < 0,001$), si habían perdido a un colega (RPc: 1,95; IC95 %: 1,29-2,94; valor $p = 0,001$) o a un familiar cercano estrés (RPc: 2,26; IC95 %: 1,61-3,17; valor $p < 0,001$) (tabla 3).

Tabla 3. Análisis crudo de los factores socio-laborales asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana.

Variable	Estrés postraumático		Análisis crudo	
	No n (%)	Si n (%)	RPc (IC95 %)	Valor p
Sexo				
Femenino	275 (66,4)	139 (33,6)	Categoría de comparación	
Masculino	347 (71,6)	138 (28,4)	0,85 (0,70-1,03)	0,097
Edad (años cumplidos) *	30 (25-37)	32 (27-42)	1,02 (1,01-1,02)	<0,001
Grado de instrucción				
Hasta secundaria	158 (70,2)	67 (29,8)	Categoría de comparación	
Técnicos	148 (72,2)	57 (27,8)	0,93 (0,69-1,26)	0,652
Superior	316 (67,4)	153 (32,6)	1,10 (0,86-1,39)	0,455
Rubro laboral				
Otros	155 (69,2)	69 (30,8)	Categoría de comparación	

Variable	Estrés postraumático		Análisis crudo	
	No n (%)	Si n (%)	RPc (IC95 %)	Valor p
Salud	70 (72,9)	26 (27,1)	0,88 (0,60-1,29)	0,510
Educación	59 (62,8)	35 (37,2)	1,21 (0,87-1,68)	0,257
Minería	82 (68,3)	38 (31,7)	1,03 (0,74-1,43)	0,869
Construcción	70 (77,8)	20 (22,2)	0,72 (0,47-1,11)	0,140
Banco/financiero	39 (69,6)	17 (30,4)	0,99 (0,63-1,53)	0,948
Alimentación	17 (65,4)	9 (34,6)	1,12 (0,64-1,97)	0,685
Transporte	24 (66,7)	12 (33,3)	1,08 (0,65-1,79)	0,758
Legal/judicial	25 (59,5)	17 (40,5)	1,31 (0,87-1,99)	0,198
Independiente	81 (70,4)	34 (29,6)	0,96 (0,68-1,35)	0,815
Enfermó de COVID-19				
No	195 (73,9)	69 (26,1)	Categoría de comparación	
Si	427 (67,2)	208 (32,8)	1,25 (0,99-1,58)	0,056
Duelo por COVID-19				
Ninguno	148 (82,2)	32 (17,8)	Categoría de comparación	
Amistad	114 (73,6)	41 (26,4)	1,49 (0,99-2,24)	0,057
Colega	68 (65,4)	36 (34,6)	1,95 (1,29-2,94)	0,001
Familiar cercano	200 (59,9)	134 (40,1)	2,26 (1,61-3,17)	<0,001
Familiar lejano	92 (73,0)	34 (27,0)	1,52 (0,99-2,32)	0,055
Dosis COVID-19				
Ninguna	12 (57,1)	9 (42,9)	Categoría de comparación	
Una o dos	38 (67,9)	18 (32,1)	0,75 (0,40-1,40)	0,366
Tres	388 (73,2)	142 (26,8)	0,63 (0,38-1,05)	0,073
Cuatro	184 (63,0)	108 (37,0)	0,86 (0,51-1,45)	0,576

Nota. *Las razones de prevalencia (RPa), los intervalos de confianza al 95 % (IC95 %) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log y modelos para varianzas robustas).

Al realizar el análisis bivariado para las patologías de la esfera mental, se encontró una relación de padecer de más estrés postraumático entre los trabajadores que tuvieron grados moderados o severos de depresión (RPc: 5,71; IC95 %: 4,41-7,38; valor p < 0,001), trastorno de ansiedad (RPc: 7,28; IC95 %: 5,13-10,33; valor p < 0,001) y estrés (RPa: 5,27; IC95 %: 4,32-6,41; valor p < 0,001) (tabla 4).

Tabla 4. Análisis crudo de la depresión, ansiedad y estrés asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana.

Variable	Estrés postraumático		Análisis crudo	
	No n (%)	Si n (%)	RPc (IC95 %)	Valor p
Depresión				
No	483 (89,3)	58 (10,7)	Categoría de comparación	
Si	139 (38,8)	219 (61,2)	5,71 (4,41-7,38)	<0,001
Ansiedad				
No	399 (92,8)	31 (7,2)	Categoría de comparación	
Si	221 (47,5)	244 (52,5)	7,28 (5,13-10,33)	<0,001
Estrés				
No	567 (85,4)	97 (14,6)	Categoría de comparación	
Si	54 (23,1)	180 (76,9)	5,27 (4,32-6,41)	<0,001

Las preguntas de ansiedad, depresión y estrés, fueron obtenidas con el test DASS-21. Las razones de prevalencia (RPa), los intervalos de confianza al 95 % (IC95 %) y los valores

p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log y modelos para varianzas robustas).

En el análisis multivariado, hubo más estrés postraumático entre los trabajadores que tuvieron grados moderados o severos de depresión (RPa: 1,69; IC95 %: 1,19 - 2,41; valor $p = 0,003$), ansiedad (RPa: 2,76; IC95 %: 1,73-4,42; valor $p < 0,001$) y estrés (RPa: 2,34; IC95 %: 1,85-2,95; valor $p < 0,001$), ajustado por el sexo, la edad, el rubro laboral, si enfermó por COVID-19, si algún familiar o amigo falleció por COVID-19 o la cantidad de dosis de vacuna que tenía (tabla 5).

Tabla 5. Análisis ajustado de los factores socio-laborales asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana.

Variable	RPa (IC95 %)	Valor p
Sexo masculino	0,91 (0,76-1,08)	0,288
Edad (años cumplidos) *	1,00 (0,99-1,01)	0,860
Rubro laboral		
Otros	Categoría de comparación	
Salud	0,79 (0,55-1,13)	0,189
Educación	1,05 (0,80-1,39)	0,709
Minería	1,10 (0,84-1,44)	0,492
Construcción	0,84 (0,59-1,20)	0,332
Banco/financiero	0,87 (0,64-1,18)	0,370
Alimentación	0,96 (0,55-1,65)	0,869
Transporte	1,25 (0,80-1,96)	0,330
Legal/judicial	1,13 (0,81-1,58)	0,461
Independiente	1,05 (0,80-1,38)	0,736
Enfermó de COVID-19	0,84 (0,69-1,02)	0,080
Duelo por COVID-19		
Ninguno	Categoría de comparación	
Amistad	1,24 (0,86-1,80)	0,244
Colega	1,30 (0,93-1,81)	0,127
Familiar cercano	1,32 (0,98-1,78)	0,068
Familiar lejano	1,15 (0,83-1,60)	0,396
Dosis COVID-19		
Ninguna	Categoría de comparación	
Una o dos	0,87 (0,50-1,53)	0,643
Tres	0,87 (0,55-1,37)	0,549
Cuatro	0,88 (0,55-1,41)	0,599
Depresión moderada	1,69 (1,19-2,41)	0,003
Ansiedad moderada	2,76 (1,73-4,42)	<0,001
Estrés moderado	2,34 (1,85-2,95)	<0,001

Nota. *Variable tomada como cuantitativa. Las preguntas de ansiedad, depresión y estrés fueron obtenidas con el test DASS-21 y las de estrés postraumático en test IES-R (Escala del impacto estresante revisada). Las razones de prevalencia (RPa), los intervalos de confianza al 95 % (IC95 %) y los valores p fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log y modelos para varianzas robustas).

5.2. Discusión de Resultados

Según los resultados logrados en el estudio realizado en la ciudad de Huancayo, en los distritos de El Tambo, Huancayo y Chilca de la región Junín, con una población de 900 personas encuestadas, utilizando dos instrumentos: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés

(DASS-21) y la Escala del Impacto Estresante revisada (Test IES-R), se obtuvo los siguientes resultados; el 30,8 % de la población, presenta un alto riesgo de padecer síntomas asociados a estrés post traumático, el 18,9 % muestran síntomas asociados a un grado severo de estrés postraumático, lo que se interpreta como, 5 de cada 10 personas tendrían síntomas asociados a estrés postraumático. Por su parte, Valiente y otros autores, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de síntomas ya sea de ansiedad, depresión y estrés postraumático durante la pandemia por COVID-19; el 19,7 % presentó nivel de estrés postraumático elevado. Bassi y otros autores, desarrollaron un estudio en el personal de salud, y encontraron que el 40 % presentó criterios de trastorno de estrés postraumático (17). A diferencia de Campos en su tesis de grado, también estudió al personal de salud de un hospital en Cusco, encontrando que el 21,2 % tenía síntomas de estrés postraumático; así mismo, el estudio de Becerra-Canales realizado a fines del año 2021, encontró que el 21,4 % de la población estudiada presentó síntomas de TEPT (23); por su parte Bac Nguyen y otros autores encontraron que el 22,9 % de su población tuvieron TEPT durante el periodo de infección por COVID-19, así mismo, el 5,5 % presentaba síntomas de estrés moderado, y un 17,4 % síntomas severos de TEPT (42). Rui She y otros autores, desarrollaron un estudio en China a finales del año 2020, donde la prevalencia de tener riesgo de síntomas de TEPT en el personal de salud fue de 42 % (43).

En un meta-análisis realizado por Diamond y otros autores, analizaron 18 estudios, que en su mayoría fueron de Inglaterra, Estados Unidos y Australia a finales del 2021, evaluaron la evolución de la prevalencia de COVID-19; se encontró que en el primer mes, a los seis meses y a los meses, fue 27 %, 19,5 % y 16,9 % respectivamente, evidenciándose un descenso de la prevalencia, y en el segundo año se mantuvo sin cambios (44). En contraste con el estudio de Kalaitzaki y otros autores, que desarrollaron sus estudio durante el primer y segundo aislamiento a causa de la pandemia por COVID-19 en Grecia, encontraron que la prevalencia de TEPT fue de 26,1 % y 35,5 %, respectivamente, evidenciándose un aumento en la prevalencia, a diferencia del estudio anterior que mostraba una disminución del mismo (45).

Considerando la interpretación de la tabla 4, que trata acerca del análisis crudo de la depresión, ansiedad y estrés, asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana; se demostró que el 76,9 % de la población que presentaba algún nivel de estrés, se asoció a padecer de estrés postraumático, a diferencia de la proporción de un 52,5 % que tenían algún síntoma de ansiedad que se asociaba a padecer de TEPT, por otro lado se tenía que un 61,2 % de los que presentaba un indicio de depresión, se asociaron a padecer de TEPT. Teniendo en cuenta las limitaciones propias de la pandemia por COVID-19, a inicio Villareal-Zegarra y otros autores, realizaron un estudio en la ciudad de Lima, dentro de los tres primeros meses de la cuarentena por COVID-19, donde se evidenció que la población padecía de

síntomas depresivos en un 16 %, ansiedad con un 11,7 % y síntomas de estrés postraumático en 14,9 % (46); mientras que, teniendo aún las limitaciones por el periodo de contingencia y nuevas olas por las variantes del COVID-19, en el 2021 se realizó una encuesta vía telefónica en la ciudad de Lima Metropolitana por el instituto de Salud Mental, evidenciándose que un 57,2 % padecía estrés (21). A diferencia de Mejía-Zambrano y Ramos que en su revisión sistemática de 22 estudios realizada en el año 2021, determinó la prevalencia de los principales trastornos mentales en personal de salud y población en general, hallando una prevalencia de 44,3 % de estrés que aún se mantendría según los estudios mencionados; 5,9 % de estrés postraumático, valor que habría disminuido considerablemente; 36,4 % de ansiedad, que habría incrementado significativamente a diferencia de inicios de la pandemia y 26,6 % de depresión, siendo también un aumento considerable (16). En Vietnam, durante la cuarta ola que fue de julio a octubre del 2021. Hoang Bac Nguyen y otros autores, hallaron la prevalencia de TEPT, ansiedad y depresión, siendo 22,9 %, 11,2 % y 17,4 % respectivamente, evidenciándose que la pandemia afecta de diferente magnitud a cada nación (42).

Según la tabla 3, se habla del análisis crudo de los factores socio-laborales asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana, se evidenció que el 33,6 % fueron de sexo femenino y tuvieron mayor riesgo de padecer de síntomas de estrés postraumático, en comparación con el 28,4 % del sexo masculino en tener riesgo de padecer síntomas de TEPT, así mismo, el promedio de éstos fue de 32 años. El grado de instrucción que se vio con tendencia a tener un mayor riesgo de estrés postraumático fue el superior con 32,6 %, teniendo en cuenta el rubro laboral, se mostró que los trabajadores del sector legal/judicial presentaron un 40,5 % de riesgo de padecer algún síntoma de TEPT, a diferencia del ámbito de construcción que presentó un 22,2 % de padecer algún síntoma de estrés postraumático; Mejía y otros autores, en su estudio descubrieron frecuencias de 12 % a 39 % de padecer síntomas de TEPT en sus diferentes poblaciones laborales, siendo las amas de casa (39 %) y los del sector transporte (30,4 %) los de mayor frecuencia, sin embargo, en el rubro de construcción se encontró similitud con los resultados que se obtuvo en un 16 %, siendo el de menor frecuencia en tener menor riesgo a desarrollar TEPT (22).

En Noruega, durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19, se evidenció que la población con más prevalencia era la femenina (19,7 %) a comparación de la población masculina (12,5 %) Bonsaksen (19). Muchos autores en diversos estudios, revisiones y otros, también encontraron una prevalencia hacia el género femenino en su relación a presentar síntomas de TEPT, así mismo, hallaron diversos factores, los cuales cambiaban según el transcurso de la pandemia, tales como: centralidad del evento, estratos socioeconómicos, desorden de sueño, labilidad emocional, distimia, abulia, atención a información negativa y otros (47-51).

Se tiene en cuenta que un 32,8 % de las personas que llegaron a enfermar de COVID-19, tuvieron tendencia a padecer algún síntoma de estrés postraumático; así como un 40,1 % de los participantes que perdieron algún familiar cercano, tuvieron disposición a tener algún síntoma de estrés postraumático, mientras que, el 17,8 % de aquellos que no sufrieron pérdidas o duelos por COVID-19, tenían menor prevalencia de padecer algún síntoma de estrés postraumático; tal como, el 37 % de los que presentaban cuatro dosis de COVID-19 tuvieron mayor prevalencia de sufrir algún síntoma de estrés postraumático, en contraste con un 42,9 % de los que no tenían ninguna vacuna tuvieron menor riesgo de padecer algún síntoma de estrés postraumático. También en un estudio realizado en Perú evidenciaron que el estrés, la depresión y el haber perdido a algún familiar a causa del COVID-19, tenían mayor riesgo de sufrir estrés postraumático grave, menciona Mejía (22). Así mismo, Alejandro-Salinas y otros autores, realizaron un estudio en la ciudad de Lima a inicios de la pandemia por COVID-19, hallaron factores similares a nuestro estudio, que se asociaban a mayor TEPT como tener algún familiar o amigo cercano que haya contraído la enfermedad, además agregaron a su estudio, otros factores que contribuyen como el no tener algún seguro médico y familias que tengan un estrato socioeconómico bajo (52).

De acuerdo al análisis bivariado de la depresión, ansiedad y estrés asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana, se encontró una correlación en que ciertos trabajadores tenían mayor riesgo de presentar síntomas de depresión postraumático, en que aquellos participantes que tuvieran algún grado moderado o severo de depresión, teniendo un valor $p < 0,001$; y así mismo, de aquellos que tenían algún cuadro de ansiedad, con un valor $p < 0,001$, y por último presentar algún síntoma de estrés, con un valor $p < 0,001$.

Referente al análisis multivariado de los factores socio-laborales asociados al estrés postraumático en trabajadores de la serranía peruana, se demostró que el género no tiene correlación con incrementar el riesgo de padecer estrés postraumático (RPa: 0,91; IC95 %: 0,76-1,08; valor $p = 0,288$), de la misma manera como la edad, esta no influyó en aumentar el riesgo de padecer estrés postraumático (RPa: 0,99; IC95 %: 0,99-1,01; valor $p = 0,860$); teniendo diversos sectores laborales como participantes, se concluyó que indistintamente al rubro al que pertenecían, no tuvieron significancia en incrementar el riesgo de algún síntoma de estrés postraumático. Las personas que se llegaron a contagiar de COVID-19, no presentaron mayor riesgo de padecer estrés postraumático de los que no se contagiaron (RPa: 0,84; IC95 %: 0,69-1,012; valor $p = 0,080$); tal como, aquellos participantes que perdieron algún familiar cercano o lejano, amistad o colega, el riesgo de padecer estrés postraumático no se incrementaron. A diferencia de las variables: depresión con un grado moderado (RPa: 1,69; IC95 %: 1,19-2,41; valor $p = 0,003$), ansiedad de grado moderado (RPa: 2,976; IC95 %:

1,73-4,42; valor $p < 0,001$) y un cuadro de estrés moderado (RPa: 2,34; IC95 %: 1,85-2,95; valor $p < 0,001$) que sí tuvieron mayor riesgo de estrés postraumático.

Teniendo un escenario previo a la pandemia por COVID-19, Contreras en su estudio encontró que, factores como un grado de instrucción bajo, eventos traumáticos tales como, violencia política y accidentes graves estaban relacionados a padecer de TEPT (53); teniendo un marco actual diferente con medidas menos restrictivas, destacaremos que los factores de aquel entonces fueron modificados a través del tiempo por obvios sucesos por la pandemia por COVID-19 y los rezagos del mismo.

Por su parte, Reyes-Tejeda realizó un estudio a mediados del año 2020, encontró que los factores que se asociaban a tener riesgo de padecer TEPT fueron, ser mujer, algún familiar o amistad que se haya contagiado o fallecido de COVID-19, padecer de algún trastorno de la esfera mental; por otra parte, el tener mayor edad y un grado de instrucción superior suponían menos riesgo de padecer de TEPT (54). No siendo así en nuestro estudio, que se encontró que teniendo mayor edad y mayor grado académico, incrementaba el riesgo de padecer TEPT. Del mismo modo, Villareal-Zegarra en un estudio hecho en Lima a inicios de la pandemia por COVID-19, identificaron que había una relación significativa entre los síntomas de TEPT, el sexo, la edad y síntomas ansiosos (46). En otro orden, Mejía y otros autores, encontraron que el riesgo de padecer TEPT se asoció a ser ama de casa, ser personal de salud, laborar en el rubro de alimentación y haber perdido a algún familiar por COVID-19 (22).

En un escenario internacional, Hoang Bac Nguyen realizó un estudio en Vietnam durante la cuarta ola que fue de julio a octubre del 2021, señala que los factores asociados a padecer TEPT, fueron: mayor grupo etario, nivel educativo alto, y algún conocido que haya fallecido por COVID-19 (42). Diamond, en su estudio realizado durante los dos primeros años de la pandemia por COVID-19 en países de Inglaterra, Australia y Estados Unidos, encontró que pertenecer al género femenino y ser joven, se asocia a una mayor prevalencia de trastorno de TEPT (44). En Italia, Bassi y otros autores, en su estudio en personal de salud, hallaron que ser mujer, ser enfermera, trabajar en primera línea y tener salud mental lánguida, se asoció a desarrollar trastorno de estrés postraumático (20).

En una revisión sistemática realizada por Mejía-Zambrano y Ramos, encontraron que el ser joven, de sexo femenino, tener que acudir a jornadas laborales, tener algún familiar o conocido afectado por COVID-19 se asociaron a niveles altos de estrés (16).

Respecto a la hipótesis alterna, ésta es aceptada, ya que, se halló factores asociados a padecer trastorno de estrés postraumático durante el periodo de la pandemia por COVID-19 en tres distritos de la ciudad de Huancayo, puesto que se encontró una asociación estadística

sólo en los factores psicológicos en el estudio, en relación a padecer de trastorno de estrés postraumático.

Conclusiones

1. Se deduce que la mayoría de participantes que presentaron síntomas asociados a trastorno de estrés postraumático, se vinculan teniendo mayor riesgo si padecían algún grado de depresión moderada (RPa: 1,69; IC95 %: 1,19-2,41; valor $p = 0,003$), ansiedad de grado moderado (RPa: 2,976; IC95 %: 1,73-4,42; valor $p < 0,001$) o un cuadro de estrés moderado (RPa: 2,34; IC95 %: 1,85-2,95; valor $p < 0,001$). Se identificó que, el 76,9 % de la población que tenía algún grado de estrés, se asocia a padecer de TEPT, mientras que un 52,5 % que tenía algún síntoma de ansiedad, se asocia a padecer de TEPT, y por último, un 61,2 % de los que tenían algún indicio de depresión, se asocia con padecer de TEPT.
2. Durante el contexto a inicios del 2020 de la pandemia por el COVID-19 hasta la fecha, la población ha presentado cambios en todas sus esferas, siendo parte de estas demostradas mediante los test que realizamos como La Escala del Impacto Estresante Revisada (IES-R) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), con una confiabilidad de valores alfa de 0,87 a 0,88 para la escala de depresión; de 0,72 a 0,79 para la escala de ansiedad, y de 0,82 a 0,83 para la escala de estrés. El 30,8 % tuvo un riesgo alto de padecer síntomas asociados a TEPT, así como el 18,9 % llegarían a tener síntomas asociados a un grado severo de TEPT.
3. Los factores sociales, laborales y los propios padecimientos de la enfermedad por COVID-19, no tuvieron correlación significativa, no obstante, los factores psicológicos demostraron tener una correlación relevante.
4. Los factores psicológicos, tales como, depresión, ansiedad y depresión, se asociaron a TEPT, ya que, la evolución y adaptación de cada individuo, fueron variando según su entorno, y también modificados por la pandemia del COVID-19, presentándose antes de su aparición diversos factores, que también fueron cambiados y hasta el momento algunos se han homogeneizados.
5. El estrés postraumático desarrollado durante la pandemia por el COVID-19 en la población, ciertas personas muestran un grado de depresión moderada, con una probabilidad de 1,69 veces más de padecerlo, así como 2,34 veces más los que padecían de algún grado de estrés moderado, y por último, el que tenía una probabilidad mayor con un 2,76 veces más los que tenían un cuadro de ansiedad moderada.

Recomendaciones

1. Instaurar estrategias y políticas a nivel nacional de detección temprana, sistemas de vigilancia epidemiológica de los síntomas asociados a ansiedad, estrés y depresión, ya que, estos fomentan la aparición de trastorno de estrés postraumático y conllevan a problemas de salud más graves e incluso discapacidades.
2. Hoy en día la tecnología nos ha brindado más que un servicio de entretenimiento, por lo tanto, se recomienda el uso de las herramientas tecnológicas como aplicativos móviles o asistencia virtual que fomentan el bienestar emocional.
3. Los autores recomiendan la ejecución de distintos estudios en relación al padecimiento de estrés postraumático en diferentes poblaciones urbanas o rurales, para calcular la magnitud del daño causado o impacto que repercutieron en las personas, y, si este cambiará o se mantendrá a través del tiempo.
4. En los Centros de Salud de primera atención, se sugiere una capacitación integral y oportuna al personal de salud, puesto que la comunidad alcanzará mejores niveles de desempeño laboral, no solo como individuo sino como comunidad, además de una acción temprana frente a casos que ameriten ser derivados para una atención por un profesional de la salud especializado.
5. Se recomienda la difusión de información gratuita, accesible y de fácil comprensión a la población en general, independientemente de su nivel socioeconómico o estrato social, acerca de la importancia de la salud mental y las instituciones que brinden una atención gratuita o los accesos por vía telefónica disponibles
6. Se recomienda seguimientos y controles activos por parte de las empresas y/o compañías, así como actividades de recreación, para poder promover estilos y hábitos de vida saludable, que contribuyan a una disminución de padecer algún síntoma de depresión, ansiedad o estrés.
7. Prestar más atención a la salud mental, no solo hablando en sí de la enfermedad sino de la prevención, para que se pueda dar en un futuro los cambios globales que se dan constantemente por la aparición de situaciones nuevas.
8. Acorde a los hallazgos de esta investigación, se recomienda realizar estudios semejantes que permitan consolidar los resultados encontrados, para poder considerar las necesidades de los trabajadores independientemente del rubro al que pertenezcan, para brindar el apoyo en salud mental, no solo como un encuentro sino al seguimiento, incluso midiendo mayores variables o encontrando un tamaño de muestra mayor.

Referencias Bibliográficas

1. Esterwood E, Saeed SA. Past Epidemics, Natural Disasters, COVID19, and Mental Health: Learning from History as we Deal with the Present and Prepare for the Future. *Psychiatr Q.* 2020;91(4):1121-33.
2. Palacios Cruz M, Santos E, Velázquez Cervantes MA, León Juárez M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clínica Esp.* 2021;221(1):55-61.
3. Barrutia Barreto I, Silva Marchan HA, Sánchez Rev. RM. Consecuencias económicas y sociales de la inamovilidad humana bajo COVID-19: caso de estudio Perú. *Lect Econ.* 2021;94(10):285-303.
4. Baumer Y, Farmer N, Premeaux TA, Wallen GR, Powell-Wiley TM. Health Disparities in COVID-19: Addressing the Role of Social Determinants of Health in Immune System Dysfunction to Turn the Tide. *Front Public Health.* 2020;8(1):589.
5. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2020;37(3):327-34.
6. Arias Molina Y, Herrero Solano Y, Cabrera Hernández Y, Guyat DC, Mederos YG. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Rev Habanera Cienc Médicas.* 2020;19(1):1-13.
7. Grover S, Sahoo S, Mehra A, Avasthi A, Tripathi A, Subramanyan A, et al. Psychological impact of COVID-19 lockdown: An online survey from India. *Indian J Psychiatry.* 2020;62(4):354-62.
8. G. Corpuz JC. Beyond death and afterlife: the complicated process of grief in the time of COVID-19. *J Public Health.* 2021;43(2): e281-2.
9. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020;88(6):901-7.

10. Dey A, Majumdar P, Saha A, Sahu S. COVID-19 pandemic lockdown-induced altered sleep/wake circadian rhythm, health complaints and stress among traffic police personnel in India. *Chronobiol Int.* 2021;38(1):140-8.
11. Li W, Yang Y, Liu Z-H, Zhao Y-J, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci.* 2020;16(10):1732-8.
12. Ammar A, Trabelsi K, Brach M, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of home confinement on mental health and lifestyle behaviours during the COVID-19 outbreak: insights from the ECLB-COVID19 multicentre study. *Biol Sport.* 2021;38(1):9-21.
13. DIRESA JUNIN. Junín en 25 % se incrementó ansiedad, depresión y estrés a consecuencia del COVID-19 [Internet]. Dirección Regional de Salud. 2020 [citado 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3HRaVrM>
14. Ministerio de Salud. gob.pe. [Online].; 2021 [cited 2022 Agosto 23]. Disponible en: <https://bit.ly/3HMG13p>.
15. Iglesias-Osores S, Acosta-Quiroz J, Iglesias-Osores S, Acosta-Quiroz J. Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. *Arch Prev Riesgos Laborales.* 2020;23(3):363-5.
16. Mejía-Zambrano Henry, Ramos-Calsín Livia. Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 Ene [citado 2023 Abr 18]; 85(1): 72-82. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972022000100072&lng=es. Epub 21-Mar-2022. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4157>.
17. Valiente C, Vásquez C, Peinado V, Contreras A, Trucharte A. Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2020 [citado 2 de septiembre de 2021] p. 1-19. (VIDA-COVID-19). Report No.: 2. Disponible en: <https://bit.ly/3pc1z36>
18. Pazmiño Erazo EE, Alvear Velásquez MJ, Saltos Chávez IG, Pazmiño Pullas DE. Factors Associated With Psychiatric Adverse Effects in Healthcare Personnel

- During the COVID-19 Pandemic in Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021;50(3):166-75.
19. Bonsaksen T, Heir T, Schou-Bredal I, Ekeberg Ø, Skogstad L, Grimholt TK. Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors during the Early Stage of the COVID-19 Pandemic in Norway. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(24):9210.
 20. Bassi M, Negri L, Delle Fave A, Accardi R. The relationship between post-traumatic stress and positive mental health symptoms among health workers during COVID-19 pandemic in Lombardy, Italy. *J Affect Disord.* 2021;280(1):1-6.
 21. Comunicaciones Od. Instituto Nacional de Salud Mental. [Online].; 2021 [cited 2022 Noviembre 17]. Available from: <https://bit.ly/3HRFKwt>.
 22. Mejía CR, Reyes-Tejada AL, Gonzales-Huaman KS, Leon-Nina EC, Murgu Cabrera AX, Carrasco-Altamirano JA, et al. Riesgo de estrés postraumático según ocupación y otros factores durante la pandemia por COVID-19 en el Perú. *Rev Asoc Esp Espec En Med Trab.* 2020;29(4):265-73.
 23. Campos Segovia S. Trastorno de estrés postraumático en trabajadores de salud del servicio UCI-Covid del Hospital Regional del Cusco, frente a la pandemia del Covid 19, 2021 [Internet] [Tesis de Grado]. [Cusco]: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco; 2021 [citado 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3B4eE1h>
 24. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol.* 2020;5(4):536-44.
 25. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet.* 2020;395(10223):497-506.
 26. Zumla A, Hui DS, Perlman S. Middle East respiratory syndrome. *Lancet Lond Engl.* 2015;386(9997):995-1007.

27. Mehta P, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *The Lancet*. 2020;395(10229):1033-4.
28. OPS. Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección con el virus COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 [citado 2 de septiembre de 2021] p. 1-11. Report No.: 1. Disponible en: <https://bit.ly/3VI9r8E>
29. Khairat SM, Guindy NE, Motaleb MSEA, Soliman NS. Evaluation of two rapid antigen tests for detection of SARS-CoV-2 virus. *Int J Microbiol Biotechnol*. 2020;5(3):131.
30. National Institute of Mental Health. Trastorno por estrés postraumático [Internet]. Mental Health Information. 2020 [citado 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/42e0eHG>
31. American Psychiatric Association. Suplemento del manual diagnóstico estadístico de trastornos mentales [Internet]. 5° edición. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing; 2016 [citado 2 de septiembre de 2021]. 1-33 p. Disponible en: <https://bit.ly/2FZbDUP>
32. Reynoso-Eraza L, Becerra Gálvez A, Lugo González I. Trastorno de estrés postraumático en adultos. Intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos [Internet]. 1ra ed. Hermosillo, México: Qartuppi; 2019 [citado 2 de septiembre de 2021]. 96 p. Disponible en: <https://bit.ly/3HRNmyL>
33. Peláez Sánchez O, Más Bermejo P. Brotes, epidemias, eventos y otros términos epidemiológicos de uso cotidiano. *Rev Cuba Salud Pública*. 2020;46(2): e2358.
34. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Hacia una nueva definición de la salud mental. *World Psychiatry*. 2015;13(2):231-3.
35. Cobo Gómez JV. El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. *Psiquiatria.com*. 2005;9(4):1-16.
36. Piqueras Rodríguez JA, Martínez González AE, Ramos Linares V, Rivero Burón R, García López LJ, Oblitas Guadalupe LA. Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicol*. 2008;15(1):43-74.

37. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar E Subjetividade*. 2003;3(1):11-60.
38. Bustos M. Trauma psicosocial [Internet]. *Apsique*. 2007 [citado 2 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/42mbzFJ>
39. Horowitz M, Wilner N, Álvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979; 41: 209-18.
40. Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995a). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335 - 343.
41. Lovibond, S., & Lovibond P. (1995b). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
42. Hoang Bac Nguyen, Thi Hong Minh Nguyen, Thi Hong Nhan Vo, Thi Cam Nhung Vo, Duc Nguyet Quynh Nguyen, et al. Post-traumatic stress disorder, anxiety, depression and related factors among COVID-19 patients during the fourth wave of the pandemic in Vietnam, *International Health*, 2022; ihac040, <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihac040>
43. She R, Li L, Yang Q, Lin J, Ye X, Wu S, et al. Associations between COVID-19 Work-Related Stressors and Posttraumatic Stress Symptoms among Chinese Doctors and Nurses: Application of Stress-Coping Theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2022 May 19;19(10):6201. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19106201>
44. P. R. Diamond, J. N. Airdrie, R. Hiller, A. Fraser, L. V. Hiscox, C. Hamilton-Giachritsis & S. L. Halligan (2022) Change in prevalence of post-traumatic stress disorder in the two years following trauma: a meta-analytic study, *European Journal of Psychotraumatology*, 13:1, DOI: [10.1080/20008198.2022.2066456](https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066456)
45. E Kalaitzaki A, Tsouvelas G, Tamiolaki A, Konstantakopoulos G. Post-traumatic stress symptoms during the first and second COVID-19 lockdown in Greece: Rates, risk, and protective factors. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Feb;31(1):153-166. doi: 10.1111/inm.12945.

46. Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Vilela-Estrada, A.L. *et al.* Depression, post-traumatic stress, anxiety, and fear of COVID-19 in the general population and health-care workers: prevalence, relationship, and explicative model in Peru. *BMC Psychiatry* **21**, 455 (2021). <https://bit.ly/3NW0C9H>
47. Xima Yang, Yongyong Xu, Ruyue Tan & Xiao Zhou (2022) Event centrality and post-traumatic stress symptoms among college students during the COVID-19 pandemic: the roles of attention to negative information, catastrophizing, and rumination, *European Journal of Psychotraumatology*, 13:1, DOI: [10.1080/20008198.2022.2078563](https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2078563)
48. Ke S, Sun L, Zhou J, Wang Y, Bu T, Chu H, Yang J, Wang W, Wang W, Li J, Zhao L, Qiao Z, Qiu X, Yang X, Cao D, Yang Y. Factors Influencing Post-traumatic Stress Symptoms in Chinese Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2022 May 31; 13:892014. doi: 10.3389/fpsyt.2022.892014.
49. Fino E, Mema D, Treska V. COVID-19 fear, post-traumatic stress, growth, and the role of resilience. *Open Med (Wars)*. 2022 Apr 1;17(1):614-618. doi: 10.1515/med-2022-0458.
50. Li W, Zhao YJ, Zhang SF, Yang B, Cheung T, Jackson T, Sha S, Xiang YT. Mapping post-traumatic stress disorder symptoms and quality of life among residents of Wuhan, China after the COVID-19 outbreak: A network perspective. *J Affect Disord*. 2022 Dec 1; 318:80-87. doi: 10.1016/j.jad.2022.08.074. Epub 2022 Aug 27. PMID: 36030998; PMCID: PMC9420032.
51. Korkut, S. (2022). Research of the Coronavirus Anxiety, Post-Traumatic Stress, Generalized Anxiety Disorder, Quality of Life, and Stress Coping Styles in COVID-19 Survivors. *Psychological Reports*, 125(6), 3069–3083. <https://doi.org/10.1177/00332941221129131>
52. Alejandro-Salinas, Rodrigo et al. Factors associated with post-traumatic stress disorder symptoms in the post-quarantine context of the COVID-19 pandemic in Peruvian medical students *Heliyon*, Volume 8, Issue 5, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09446>
53. Contreras-Rodríguez Jimena, Quintana-Cadillo Angela, Yacchi-Sarmiento Ayko, Saavedra-Castillo Javier. Aspectos clínicos y factores asociados al estrés

postraumático en pacientes adultos de tres ciudades de la sierra peruana. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2022 jul [citado 2023 Abr 18]; 85(3): 206-223.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

85972022000300206&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i3.4330>

54. Reyes-Tejada A, Gonzales-Huaman K, Leon-Nina E, Murga-Cabrera A, Carrasco--Altamirano J, Mejía C. Presentación aguda del estrés postraumático por la COVID-19. **Revista Cubana de Medicina Militar** [Internet]. 2022 [citado 18 Abr 2023]; 51 (2) Disponible en: <https://bit.ly/42hHJCb>

Anexos

Anexo 1. Documento de aprobación por el comité de ética



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huancayo, 22 de diciembre del 2022

OFICIO N°0293-2022-VI-UC

Investigadores:
Samantha Stephanie Campos Cristóbal
Juan Carlos Curo Fernández

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y FACTORES ASOCIADOS EN DISTINTAS POBLACIONES LABORALES EN LA CIUDAD DE HUANCAYO, 2022 – 2023.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,




Walter Catterón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

Anexo 2. Consentimiento Informado

TÍTULO DEL TRABAJO: TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y FACTORES ASOCIADOS EN DISTINTAS POBLACIONES LABORALES EN LA CIUDAD DE HUANCAYO, 2022 – 2023

INVESTIGADORES: Samantha Campos Cristóbal - Juan Carlos Curo Fernández

ESCUELA PROFESIONAL: Medicina Humana de la Universidad Continental

FECHA DE REALIZACIÓN:

Introducción/Objetivo:

Los Investigadores Samantha Campos Cristóbal y Juan Carlos Curo Fernández están realizando un proyecto de investigación para optar el título profesional de Médico Cirujano. El objetivo del estudio es Determinar los factores asociados a trastorno de estrés postraumático en distintas poblaciones laborales en la ciudad de Huancayo.

Procedimientos: Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Desarrollará una encuesta de 4 secciones, la cual tiene preguntas relacionadas a sus hábitos durante la pandemia.

El tiempo estimado para completar los formularios es de aproximadamente 10 minutos.

Beneficios: El trabajo le permitirá tener un panorama más amplio sobre los cambios que ha experimentado durante la emergencia sanitaria Covid-19.

Confidencialidad: La información brindada por su persona será codificada de manera que su identidad no será revelada, además de que esta información no se utilizará para otros fines que no sean para el presente estudio.

Riesgos Potenciales/Compensación: El presente estudio no contará con riesgos para la salud, ya que no se realizará ninguna intervención física, ni de administración de medicamentos u otros.

Participación Voluntaria/Retiro: Independientemente de la firma efectuada usted como participante tiene derecho a retirarse voluntariamente en el momento que lo disponga.

Contacto: Ante cualquier duda se puede comunicarse con las investigadoras: Samantha Campos Cristóbal (962915449) y Juan Carlos Curo Fernández (982086480)

Firmando aceptando participar voluntariamente en este estudio de investigación

Nombre del participante:

Fecha:

Firma: _____

Anexo 3. Instrumento de Recolección de Datos

COVID-19 en Huancayo

1. Sexo: Masculino () Femenino ()
2. Edad: _____ años cumplidos.
3. Lugar de residencia: El Tambo () Huancayo () Chilca ()
4. Nivel de instrucción: Ninguno () Primaria () Secundaria () Técnico () Superior/Universitario () Posgrado ()
5. ¿Padece alguna de estas enfermedades?: Diabetes () Hipertensión arterial () Obesidad () Enf. cardiovasculares () Ninguna ()
6. ¿En qué rubro/sector labora actualmente? Salud () Educación () Minería () Construcción () Banco/financiero () Alimentación ()
Transporte () Legal/Judicial () Trabajador independiente () Jubilado () Ama de casa () Estudiante () Otro:.....
7. Respecto al COVID-19: No me llegué a enfermar o cuando menos no lo supe () Si me enfermé de COVID-19 ()
8. ¿Falleció algún amigo o familia a causa del COVID-19? Amistad () Colega () Familiar cercano () Familiar lejano () Ninguno ()
9. Si se llegó a enfermar ¿Cómo lo diagnosticaron? Prueba Molecular () Prueba rápida () Por síntomas/clínicamente () Por radiología ()
10. Respecto a la vacuna contra la COVID-19: Aún no tengo la vacuna () Tengo la vacuna ()
Cuántas dosis:

Responda cada una de las siguientes preguntas, según como se sienta actualmente:

Preguntas	Much o	Po co	Nad a
¿Cuánto le han molestado los recuerdos no deseados o pesadillas de lo que pasó?			
¿Cuánto esfuerzo ha hecho para evitar pensar o hablar sobre lo sucedido o realizar actos que le recuerden lo sucedido?			
¿Hasta qué punto ha perdido el placer por las cosas, se mantiene distante de la gente, o le ha sido difícil experimentar sentimientos a consecuencia de lo sucedido?			
¿Cuánto le han incomodado problemas de sueño, concentración, nerviosismo, irritabilidad o sentirse muy alerta de lo que le rodea a consecuencia de lo sucedido?			
¿Qué tan desanimado o deprimido se ha sentido a consecuencia de lo sucedido?			
¿Considera que su habilidad para manejar otras situaciones o eventos estresantes se ha visto dañada?			
¿Considera que sus reacciones interfieren con el cuidado de su salud física? Por ejemplo, ¿se alimenta poco, no descansa suficiente, fuma más, o se ha dado cuenta que ha incrementado el uso de alcohol y otras sustancias?			
¿Qué tan estresado o incómodo se siente con respecto a sus reacciones?			
¿Qué tanto han interferido sus reacciones con su habilidad para trabajar o llevar a cabo actividades diarias, como labores del hogar o académicas?			

Dadas sus reacciones ¿qué tan afectadas se han visto sus relaciones familiares o de amistad?, ¿que tanto han interferido en sus actividades sociales, recreativas o comunitarias?			
¿Qué tan preocupado se ha sentido acerca de su habilidad para vencer problemas que podría enfrentar sin mayor asistencia?			
¿Hay alguna posibilidad de que usted tenga deseos de herirse o suicidarse?			

Por favor responda:

En la última semana, con qué frecuencia...	Nunca	Poco	Bastante	Mucho
Me costó mucho relajarme				
Me di cuenta que tenía la boca seca				
No podía sentir ningún sentimiento positivo				
Se me hizo difícil respirar				
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
Sentí que mis manos temblaban				
Sentí que tenía muchos nervios				
Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
Sentí que no tenía nada por que vivir				
Noté que me agitaba				
Se me hizo difícil relajarme				
Me sentí triste y deprimido				
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
Sentí que estaba al punto de pánico				
No me pude entusiasmar por nada				
Sentí que valía muy poco como persona				
Sentí que estaba muy irritable				
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
Tuve miedo sin razón				
Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

Acercas de su preocupación por la reinfección con alguna variante de la COVID-19	Nunca o raras ocasiones	Algunas veces	A menudo	Casi todo el tiempo
Durante la última semana, ¿con qué frecuencia ha pensado usted sobre sus probabilidades de ser infectado con una variante del nuevo coronavirus?				
Durante la última semana, el pensar sobre la posibilidad de ser infectado con una variante del nuevo coronavirus, ¿ha afectado su capacidad para realizar sus actividades diarias?				
¿Hasta qué punto le preocupa la posibilidad de ser infectado con una variante del nuevo coronavirus algún día?				
¿Con qué frecuencia se preocupa usted sobre la posibilidad de ser infectado con una variante del nuevo coronavirus?				
El estar preocupado por ser infectado con una variante del nuevo coronavirus, ¿es un problema importante para usted?				