



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Trastorno de estrés postraumático asociado a severidad de covid-19 en pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría. Hospital nivel III-1. Trujillo, 2021.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

Carranza Depaz, Andrea de Fátima Mercedes (ORCID: 0000-0002-8490-7173)

ASESORES:

Dr. Meregildo Rodríguez, Edison Dante (ORCID: 0000-0003-1814-5593)

Dr. Rodríguez Alonso, Dante Horacio (ORCID: 0000-0002-6662-9210)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

TRUJILLO – PERÚ

2021

Dedicatoria

A mi madre Gladys,

Por su apoyo en las distintas facetas de mi vida personal y profesional, por ser motivo principal para el logro de mis metas.

A mi padre Javier,

Por su apoyo y enseñanza de vida constante para alcanzar mis objetivos trazados, y su amor incondicional.

A mi primo José,

Por las palabras de aliento, por tu cariño y protección, ahora nos cuidas desde el cielo.

Agradecimiento

Mi cordial agradecimiento y reconocimiento principalmente a mis padres por el apoyo brindado, son motivo e inspiración a dar lo mejor de mí cada día; asimismo a mis docentes, por sus enseñanzas, tiempo y apoyo brindado para la realización y culminación de este proyecto, y gracias a Dios por la oportunidad de tener un día más de vida para llevar a cabo las metas propuestas.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN:	1
II. MARCO TEÓRICO:	7
III. METODOLOGÍA:	19
3.1. Tipo y diseño de investigación:	19
3.2. Variables y operacionalización:	19
3.3. Población, muestra y muestreo:	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	22
3.5. Procedimientos:	23
3.6. Método de análisis de datos	24
3.7. Aspectos éticos	24
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	40
VI. CONCLUSIONES	44
VII. RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS	46
ANEXOS:	

Índice de tablas

TABLA N°1. Confirmación diagnóstica de Covid-19	26
TABLA N°2. Grado de severidad por Covid-19	26
TABLA N°3. Chi cuadrado (Hipótesis general)	27
TABLA N°4. Tabla cruzada	28
TABLA N°5. Prevalencia de TEPT de acuerdo al grado de severidad por Covid-19	28
TABLA N°6. Cálculo RP	29
TABLA N°7. Cálculo RP	29
TABLA N°8. Edad	29
TABLA N°9. Sexo	30
TABLA N°10. Presencia de trauma previo	30
TABLA N°11. Hábitos nocivos	31
TABLA N°12. Chi cuadrado (Hipótesis específica 1)	32
TABLA N°13. Chi cuadrado (Hipótesis específica 2)	33
TABLA N°14. Chi cuadrado (Hipótesis específica 3)	34
TABLA N°15. Chi cuadrado (Hipótesis específica 4)	35
TABLA N°16. Chi cuadrado (Hipótesis específica 5)	36
TABLA N°17. Confirmación diagnóstica TEPT	37

Índice de figuras

Figura N°01. Tamaño de muestra	21
Figura N°02. Fórmula RP	28

RESUMEN

El presente estudio, tuvo como propósito determinar la asociación del Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad de Covid-19 en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo. El estudio realizado fue observacional, descriptivo de diseño transversal, con enfoque analítico prospectivo. Se aplicó la ficha de recolección de datos a 271 pacientes que presentan diagnóstico por Covid-19 y/o TEPT, que acudieron al servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, dentro del periodo Enero a Octubre del 2021. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. Los resultados obtenidos fueron que, el grado de severidad por Covid-19 no se asocia directa y significativamente con el Trastorno de Estrés Postraumático ($p > 0.01$), sin embargo, se encontró que la prevalencia de TEPT en pacientes con Covid severo es 1.01 veces la prevalencia de TEPT en pacientes con Covid-19 moderado (IC95%) ($p = 0.933$). Por otro lado, como única variable con asociación significativa se encontró características sociodemográficas y factores de riesgo ($p < 0.05$). Se concluye que la gravedad por Covid-19 es independiente al TEPT, no existe una asociación significativa entre las dos variables, sin embargo, existe una alta prevalencia de TEPT en pacientes con Covid-19 moderado, por ello se debe generar programas preventivo – educativos centrados en el cuidado de la salud mental y el tratamiento de las diversas patologías que se abordan en el contexto por la pandemia, tanto en las personas que padecieron la enfermedad por Covid-19, independientemente del grado de severidad y la población vulnerable.

Palabras clave: TEPT, Covid-19, características sociodemográficas, factores de riesgo.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to determine the association between Post-Traumatic Stress Disorder and the degree of severity of Covid-19 in patients attended by the Psychiatry Service of the Hospital Regional Docente de Trujillo. The study was observational, descriptive, of cross-sectional design, with a prospective analytical approach. The data collection form was applied to 271 patients with a diagnosis of Covid-19 and/or PTSD, who attended the Psychiatry service of the Hospital Regional Docente de Trujillo, from January to October 2021. The instrument used was the data collection form. The results obtained were that the degree of severity by Covid-19 is not directly and significantly associated with Posttraumatic Stress Disorder ($p > 0.01$), however, it was found that the prevalence of PTSD in patients with severe Covid is 1.01 times the prevalence of PTSD in patients with moderate Covid-19 (95%CI) ($p = 0.933$). On the other hand, the only variable with a significant association was sociodemographic characteristics and risk factors ($p < 0.05$). It is concluded that the severity of Covid-19 is independent of PTSD, there is no significant association between the two variables, however, there is a high prevalence of PTSD in patients with moderate Covid-19, therefore it is necessary to generate preventive-educational programs focused on mental health care and treatment of the various pathologies that are addressed in the context of the pandemic, both in people who suffered the disease by Covid-19, regardless of the degree of severity and the vulnerable population.

Keywords: PTSD, Covid-19, sociodemographic characteristics, risk factors.

I. INTRODUCCIÓN:

Las experiencias a las que nos enfrentamos hoy en día como personas y comunidad frente a la muerte y enfermedad, provocaron un cambio de alto impacto en todos los aspectos de nuestras vidas, de la cual, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el día 11 de marzo de 2020 declaró como pandemia a la enfermedad por la COVID-19 (1); sin embargo meses antes (31 de diciembre de 2019), se había notificado en Wuhan, provincia de Hubei, China, una serie de casos clínicos atípicos de neumonía, causado por el virus de SARS CoV2, enfermedad producida por la familia de los coronavirus, llamado Covid-19; luego de esta declaración de la pandemia por su rápida propagación a nivel internacional, en muchos países tomaron medidas sanitarias drásticas para evitar expansión, tales como el confinamiento y aislamiento social, causando situaciones extraordinarias con múltiples estímulos generadores de estrés, miedo y pánico por las altas tasas de morbimortalidad que producían, afectando la salud mental de la población por miedo al contagio y la exposición a emociones negativas constantes.¹

Por esto, la pandemia por Covid-19, actualmente, a nivel mundial, se considera como una emergencia de salud pública de alta preocupación que cuenta hoy en día con 157 527 286 millones de casos activos a nivel mundial, 1.81 millones a nivel nacional y 69 163 casos confirmados a nivel regional; datos que continuamente varían de acuerdo al grado de evolución epidemiológica de la enfermedad, las nuevas variantes surgentes y la evolución de tratamientos y métodos de prevención junto con la capacidad de apoyo de la población general para la contención de la expansión y desarrollo de la enfermedad. ²

Así pues, dentro de las repercusiones dadas producto del contexto mundial por el que se atraviesa hoy en día, se expone al Trastorno de Estrés Postraumático, el que es considerado como un evento originado de la experimentación o evidencia de una amenaza directa a integridad física, del cual, la OMS, estima que alrededor del 50%

de personas a nivel mundial está expuesta a un suceso traumático durante toda su vida sin embargo no todas desarrollan Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ya que ésta puede variar en todas las personas debido a la capacidad de resiliencia que tengan para afrontarlo y los factores de riesgo involucrados en el proceso, también se detalló una prevalencia de la enfermedad en un 3,9% en la población general.⁴

De tal forma, diferentes revisiones sistemáticas recopiladas a nivel mundial, datan que en el contexto de antiguos desastres y brotes infecciosos previos a la pandemia por Covid-19, el TEPT puede presentarse hasta en el 30-40 % de las personas afectadas, especialmente las que perdieron a un ser querido, el personal de salud, y los sobrevivientes que perecieron la enfermedad, tal es así, que a comparación del contexto actual, estudios realizados en China, por diferentes autores, encontraron una prevalencia de 7 % de TEPT en las zonas más afectadas de China por Covid-19, valor que excede al de otras epidemias antiguas, lo que sugiere que la pandemia por Covid tuvo un impacto negativo más alto en la población.³

Así también, estudios a nivel internacional, mostraron que la pandemia actual por Covid-19, continúa trayendo consigo múltiples repercusiones negativas en la salud en general de la población, dando enfoque especial a los problemas de salud mental, de los que diversos estudios reportados en China, afirman que dentro de los principales afectados y personas vulnerables se encuentran los trabajadores pertenecientes al personal de salud en primera línea, pacientes hospitalizados y dados de alta por Covid-19, sin embargo, también existe afectación en la población en general, pero en menor dimensión a las ya expuestas.⁴

De igual forma, similares estudios sistemáticos internacionales realizados sobre los efectos negativos en la salud mental a nivel mundial, en el contexto por la pandemia de Covid-19, resaltan la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes hospitalizados por Covid-19, por ejemplo, un estudio realizado en China demostró que el 96% de 714 personas diagnosticadas con Covid-19 manifestaron síntomas clínicos de Trastorno de Estrés Postraumático⁵, sin embargo, otros estudios, identificaron prevalencias más bajas de esta enfermedad (entre 12% y 18%); asimismo

un estudio realizado en Italia expresó que un 30,2% de la muestra (pacientes con diagnóstico de Covid-19) había desarrollado Trastorno de Estrés Postraumático, siendo la mayoría mujeres (55,7%), asimismo los síntomas de esta enfermedad se presentaron con mayor frecuencia en la etapa posterior al alta hospitalaria.⁶

Repercusiones semejantes a las ya mencionadas, se presentaron en estudios internacionales en relación a la influencia que tuvo a nivel financiero, todo ello, a causa de la elevación en los precios de insumos de primera necesidad, los despidos en masa de diferentes empresas, sumándose también a la exposición de los medios audiovisuales presentando la realidad y desarrollo de la pandemia, lo cual dio como consecuencia al aumento de problemas en la salud mental de las personas tales como la ansiedad, estrés, depresión, y similares; que conllevaron a una angustia generalizada en la población, aumentando el agotamiento emocional y físico, produciendo incertidumbre, sucesos de ira, temor a ser infectado, aumento del consumo de alcohol, cigarrillos u otras sustancias en personas con dependencia, desarrollo de TEPT en la población vulnerable, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, y la percepción de la pérdida de la salud como ejemplos resaltantes de los muchos otros cuadros de patología mentales que se desarrollaron en el transcurso.⁷

Por otro lado, a nivel Nacional, existen pocos estudios relacionados al TEPT y su influencia en el contexto de la pandemia por Covid-19, debido a la falta de abordaje en el área de salud mental, tanto a la población general como a las personas más expuestas y vulnerables, sin embargo, hay estudios de revisión sistemática que mencionan que en el Perú la prevalencia del TEPT se sitúa entre el 14,6% y el 48,4% del total de casos de pacientes atendidos en los distintos centros de salud mental en el último año, siendo solo antecedido por casos de ansiedad y depresión.⁸ De igual forma, estudios a nivel nacional, también sugieren que se realizaron alrededor de 4376 atenciones en salud mental durante la emergencia sanitaria por Covid-19 y a nivel regional en el año 2020 se registraron 1,750 atenciones a nivel general de los distintos centros de salud mental.⁹

Igualmente, a nivel de ámbito local, en la ciudad de Trujillo, la cual actualmente cuenta con 968,725 mil habitantes, el escenario que se presenta hoy en día, no resulta ajeno a la problemática descrita, ya que como es de conocimiento en la región se abordan múltiples problemas en la salud física generados por la pandemia tales como las secuelas de la Covid-19, sin dejar de lado los otros problemas del día a día que son atendidos en los establecimientos de salud tanto del seguro social de salud como del MINSA, de la cual se resalta la participación y gran demanda del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), el cual a raíz de la pandemia fue considerado como Hospital Covid, donde se destinaban todos los casos y referencias de pacientes con esta patología.¹⁰

Así mismo, actualmente, a nivel regional, existe un aumento en la demanda de casos a nivel de salud mental debido a los rezagos negativos que dejó la pandemia, en especial, las personas que se encontraron en situaciones vulnerables como el personal de salud, las personas con diagnóstico Covid y que requirieron hospitalización, así como los que experimentaron casos cercanos a la enfermedad, entre los ejemplos más resaltantes; es por ello la gran importancia de brindar un abordaje oportuno en este nivel de salud; por esta razón, a la fecha, los establecimientos de salud tanto del MINSA como del seguro social de salud, incluido el Hospital Regional Docente de Trujillo, realizan algunas atenciones en salud, como el servicio de Psicología y Psiquiatría, mediante el servicio de consultorios externos y teleconsulta, lo cual, este segundo, permitió desde un inicio la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud a través de una computadora o teléfono con el propósito de recibir el diagnóstico y tratamiento oportuno, método que recibió la aprobación del Decreto Legislativo N° 1490, debido a las medidas de contención de la pandemia, así también para el telemonitoreo de los pacientes Covid y post Covid, y la teleorientación; todo este conjunto de acciones mediante uso de las TIC por parte de los profesionales de la salud permite a la población ser partícipe de la asesoría necesaria en todos los niveles de atención, tanto en la promoción, prevención de la salud y la recuperación o rehabilitación de las enfermedades.¹⁰

Por ello, de acuerdo a la realidad problemática expuesta, se propone la siguiente interrogante: ¿Cuál es la asociación entre el Trastorno de Estrés Post traumático y la severidad de Covid-19, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo Enero - Octubre. Trujillo, 2021?

Se justifica realizar este tipo de estudio, debido al aumento en la demanda de atenciones por salud mental a causa de la pandemia por Covid-19 las cuales están estrechamente relacionadas al aumento de los casos y defunciones tanto a nivel internacional, nacional y regional, esto debido a que la enfermedad de por sí no solo genera el daño físico también múltiples estudios confirman el impacto negativo en la salud mental que ejerce, por esta razón en consecuencia genera el aumento de casos en la población general de trastornos psicológicos como el Trastorno de Estrés Postraumático, especialmente en profesionales de la salud y pacientes post covid-19 debido a la exposición del trauma psicológico el cual varía de acuerdo a la intervención que se haya realizado de acuerdo a la severidad de la enfermedad, lo cual involucra una repercusión negativa en la vida cotidiana del paciente por lo que se requiere un abordaje diagnóstico y tratamiento oportuno.

La hipótesis planteada es: **Ha:** El grado de severidad por Covid-19 se asocia directa y significativamente con el Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo Enero - Octubre. 2021; **Ho:** El grado de severidad por Covid-19 no se asocia directa ni significativamente con el Trastorno de Estrés Postraumático, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo Enero - Octubre. 2021.

El objetivo planteado es: Determinar la asociación del Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad de Covid-19 en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo Enero - Octubre. 2021. Como **objetivos específicos:** Identificar el grado de severidad de Covid-19 en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021. Identificar las características sociodemográficas y factores

de riesgo de los pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021. Establecer la asociación entre la dimensión suceso traumático inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021. Establecer la asociación entre la dimensión reexperimentación inherente Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021. Establecer la asociación entre la dimensión evitación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021. Establecer la asociación entre la dimensión aumento de la activación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021.

II. MARCO TEÓRICO:

En este apartado se presentan los antecedentes empíricos nacionales e internacionales que permiten interpretar y contrastar con los resultados de trabajos relacionados con las variables del estudio, como los reportados por Rogers J. et al¹¹ (Reino Unido, 2020), estudiaron la prevalencia puntual de Trastorno de Estrés Postraumático revisando la base de datos de MEDLINE, Embase, PsycINFO y el Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Se identificaron todos los estudios en inglés o preprints que informaron datos sobre alteraciones psiquiátricas y neuropsiquiátricas de personas con sospecha de infección por COVID-19 o que se haya confirmado por laboratorio. El estudio realizado fue una revisión sistemática y meta-análisis. Los resultados obtenidos fueron una prevalencia puntual del Trastorno de Estrés Postraumático fue de 32,2% (IC (intervalo de confianza) del 95%: 23 742; 121 de 402 casos de cuatro estudios), la prevalencia de depresión fue del 14,9% (77 de 517 casos de cinco estudios), y el del trastorno de ansiedad fue del 14,8% (42 de 284 casos de tres estudios). Se concluye que la infección por SARS-COV2 podría causar delirio en una gran proporción de pacientes en fase aguda, así mismo existe gran posibilidad de fatiga, depresión, TEPT y depresión, pero a largo plazo.

De igual forma, Einvik G. et al¹² (Noruega,2021), identificaron la prevalencia y determinantes de TEPT en pacientes hospitalizados o no, alrededor de 1.5 – 6 meses post inicio de la COVID-19. La población estaba compuesta por 211 hospitalizados y 938 no hospitalizados. El estudio realizado fue de cohorte. Los resultados obtenidos fueron, el TEPT según lo indicado por los criterios del DSM-5, estuvo presente en 11 (9,5%) de los pacientes hospitalizados y 32 (7,0%) de los no hospitalizados ($p = 0,80$), también entre las mujeres 26/303 (8,6%) tenía PTSD en comparación con 17/268 (6,3%) entre los hombres ($p = 0,31$), asimismo la puntuación total de PCL-5 fue mayor en sujetos hospitalizados que en no hospitalizados (media 12,4 (DE 14,5) frente a 9,7 (11,3), $p = 0,042$). Se concluye, los síntomas de la COVID-19 mas no la hospitalización se asocia a TEPT y a la gravedad de estos.

Así también, el estudio de Krishnamoorthy Y. et al¹³ (India,2020), demostraron la prevalencia de diversas patologías psicológicas entre la población general, trabajadores de la salud y pacientes Covid-19. Los estudios incluidos fueron estudios realizados en la población general, personal sanitario y pacientes que padecen COVID-19. Los resultados obtenidos fueron, prevalencia de diversas morbilidades psicológicas entre la población general, trabajadores de la salud y pacientes Covid-19, la tasa de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático fue mayor en pacientes Covid-19 (96%; IC del 95%: 95-97%), seguido de la población (15%; 95% IC: 4-31%) y los trabajadores de la salud (13%; 95% IC: 11-16%). Se concluye, que la población con COVID-19 tiene mayores morbilidades psicológicas, y que estas deben ser mucho más estudiadas actualmente, debido a un gran aumento de incidencia y prevalencias de estas enfermedades.

En la investigación de Chang M. et al¹⁴ (Korea, 2020), identificaron la prevalencia de TEPT en pacientes con COVID-19 que fueron tratados y dados de alta en un Hospital Universitario de Corea. La población estaba compuesta por 64 pacientes diagnosticados por COVID-19. El estudio utilizado fue descriptivo – transversal. Las pruebas utilizadas fueron Mann Whitney y chi cuadrado. Los resultados obtenidos fueron, de los 64 pacientes que participaron en el estudio, 13 tenían una puntuación de PCL-5 de ≥ 33 , lo que indicó que la prevalencia de TEPT fue del 20,3% (n = 64) en los pacientes; la edad media de los pacientes fue de $54,7 \pm 16,6$ años y la proporción de sexos fue de 28:36 (hombre: mujer); la puntuación media de PCL-5 fue de $17,0 \pm 17,1$, la duración media del ingreso fue de $31,2 \pm 18,1$ días y la duración media tras el alta fue de $75,7 \pm 20,0$ días. Se concluye, existe una alta prevalencia de TEPT en pacientes con COVID-19, que han sido tratados y dados de alta, por ello la importancia de los especialistas de reconocer esta asociación que está aumentando deliberadamente a raíz de esta pandemia.

Del mismo modo, Sun L. et al¹⁵ (China,2020), identificaron la prevalencia y factores de riesgo de TEPT posterior a un brote masivo de COVID-19 en china. Se estudiaron a

2091 personas de ambos sexos. El estudio realizado fue de regresión lineal múltiple. Los resultados obtenidos mencionan que, con una puntuación de PCL-5 de 33 o más, lo que indica que la prevalencia de TEPT en esta muestra es del 4,6%. Como estimación aproximada, la prevalencia de TEPT en público de bajo riesgo fue de 5.2%, en público de alto riesgo fue de 18.4% y en salud trabajadores sanitarios fue del 4,4%. Se concluye que algunos pacientes manifestaron un TEPT agudo durante el brote de COVID-19, por ello es importante una intervención psicológica integral.

Así también, Liu N. et al¹⁶ (China,2020), demostraron la prevalencia de TEPT en personas residentes de Wuhan en China. Participaron del estudio 300 personas de ambos sexos. El estudio realizado fue descriptivo – transversal. Los resultados que se obtuvieron fueron, que el género ($\beta = 0.192$, $p < 0,001$) y la susceptibilidad de la población ($\beta = 0,153$, $p < 0,01$) son asociado positivamente con las puntuaciones PCL5-5 para el TEPT, asimismo la calidad del sueño subjetivo se asoció positivamente con las puntuaciones de PCL-5 ($\beta = 0,312$, $p < 0,001$), la imposibilidad de conciliar el sueño se asoció positivamente con PCL-5 puntuaciones ($\beta = 0,172$, $p < 0,01$), y el género estaba asociado positivamente con las puntuaciones del PCL-5 ($\beta = 0,102$, $p < 0,05$). Se concluye que existe una alta prevalencia de TEPT en zonas muy afectadas de China, y que las mujeres son las que mayormente sufren estos trastornos.

De igual forma, Bo H. et al¹⁷ (China,2020), demostraron la prevalencia de síntomas del trastorno de estrés postraumático asociados al Covid-19. La población está compuesta por 730 pacientes con COVID-19, de ellos 114 cumplieron los criterios de inclusión. El estudio realizado fue descriptivo – transversal. Los resultados obtenidos fueron, los hombres representaron el 49,1% de la muestra, y el 25,8% vivía solo antes del ingreso, la prevalencia de síntomas significativos asociados con el Covid-19 fue del 96,2% (IC del 95%: 94,8-97,6%); cabe destacar que la mayoría de Covid-19 los pacientes sufrieron síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático significativos asociados con la enfermedad antes del alta, y estos síntomas pueden dar lugar a resultados negativos, como menor calidad de vida y deterioro del rendimiento laboral. Se

concluye, la mayoría de pacientes que se encontraban clínicamente estables, sufrieron síntomas de estrés postraumáticos asociados a la COVID-19 antes del alta.

Así mismo, Chen Y. et al¹⁸ (China,2021), investigaron el grado de salud mental de pacientes hospitalizados por la COVID-19. La población está compuesta por 898 pacientes que al ser diagnosticados por COVID-19 fueron hospitalizados. El estudio realizado fue descriptivo – transversal. Se usaron las pruebas ANOVA, y análisis de regresión logística multivariable. Los resultados obtenidos fueron, los pacientes hospitalizados que se vieron más afectados por los informes de noticias negativos (OR =1,72, IC del 95% = 1,37 ~ 2,15) para TEPT; (OR = 1,69, IC del 95% = 1,40 ~ 2,05) para depresión; (OR = 1,62, IC del 95% = 1,32 ~ 1,99), tuvo una mayor exposición a experiencias traumáticas (OR = 1,20, IC del 95% = 1,12 ~ 1,29) para TEPT; (OR = 1,25, IC del 95% = 1,18 ~ 1,33) para la depresión; (OR = 1,24, IC del 95% = 1,15 ~ 1,32), y tenían niveles más bajos de percepción social apoyo (OR = 0,96, IC del 95% = 0,95 ~ 1,00) para TEPT; (OR = 0,97, IC del 95% = 0,96 ~ 0,98) para la depresión. Se concluye, las áreas de salud mental deben estar condicionadas de la mejor manera, para así poder mejorar la atención psicológica de los pacientes hospitalizados por COVID-19.

En esta misma línea, a nivel internacional, Janiri D. et al¹⁹ (Italia,2021), identificaron la incidencia de Estrés Postraumático en pacientes que se recuperaron de la infección por COVID-19. Se estudiaron a 381 pacientes que acudieron al servicio de urgencias con SARS-COV2. El estudio realizado fue observacional – transversal. Los resultados obtenidos fueron, encontraron TEPT en 115 participantes (30,2%), de los cuales los pacientes con TEPT eran en mayor frecuencia mujeres (64 [55,7%]), e informaron tasas más altas de antecedentes de trastornos psiquiátricos (40 [34,8%]) y delirio o agitación durante la enfermedad aguda (19 [16,5%]). Asimismo, la regresión logística identificó específicamente el sexo (Wald1 = 4,79; P = 0,02), el delirio o la agitación (Wald1 = 5,14; P = 0,02) y los síntomas médicos persistentes (Wald2 = 12,46; P = 0,002) como factores asociados con el TEPT. Se concluye que existe una alta prevalencia de TEPT en pacientes post recuperados de la infección por SARS-COV2.

De igual forma, Tarsitani L. et al²⁰ (Italia,2021), demostraron la prevalencia y factores de riesgo de TEPT después de tres meses en hospitalizados por COVID-19. Se contaron con 115 pacientes por vía telefónica. El estudio realizado fue cohortes. Los resultados obtenidos fueron, un total del 10,4% de la muestra (115 sobrevivientes reclutados 3 meses después del alta para recibir atención domiciliaria) recibió un diagnóstico de TEPT basado en PCL-5. Otro 8,6% de la muestra recibió un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Subumbral, lo que conduce a niveles significativos de angustia y deterioro. El análisis de regresión multivariante indicó que el diagnóstico psiquiátrico previo (Odds ratio (OR) = 6,3, intervalo de confianza (IC) del 95%: 3,7 a 78,6, $p < 0,001$) y obesidad (OR = 3,51, IC del 95%: 1,4 a 857,9, $p = 0,03$) fueron factores de riesgo para desarrollar TEPT. Se concluye, que existe una alta incidencia de TEPT en pacientes hospitalizados por COVID-19, así mismo, el sexo femenino y diversos problemas mentales, son factores de riesgo para TEPT.

Así mismo, a nivel latinoamericano, Ortiz J. et al²¹ (Colombia,2020), identificaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes post COVID-19. La población estaba compuesta por 964 pacientes de ambos sexos. El estudio realizado fue descriptivo – transversal. Los resultados obtenidos fueron, los diagnósticos psiquiátricos actuales más prevalentes fueron el Trastorno de Estrés Postraumático (25,6%), seguido de los trastornos depresivos (15,6%); también se menciona la asociación entre el curso longitudinal del TEPT y los trastornos coexistentes donde el 63,9% ($n = 23/36$) de los sujetos con post-SARS TEPT y otros trastornos psiquiátricos comórbidos post-SARS todavía cumplían los criterios de diagnóstico de TEPT en 30 meses después del SARS. Se concluye, el estrés postraumático es el trastorno psiquiátrico más común encontrado, así mismo es muy importante un mejor diagnóstico y manejo, por su alta prevalencia en estos pacientes.

Por esto, con el fin de brindar una conceptualización específica de las variables en estudio, se detalla principalmente a la enfermedad por Covid-19. que se atribuye a la pandemia que hoy en día atraviesa la población mundial, la cual fue originada en la ciudad de Wuhan, China; esto debido a un brote de la enfermedad por el virus del

síndrome respiratorio agudo severo tipo 2 (SARS CoV-2), el cual fue declarado como pandemia en marzo del año 2020, de la cual se demostró que las tasas de letalidad estimaron entre el 1% al 3% y afectaron inicialmente a la población adulto mayor y aquellos con comorbilidades asociadas como las enfermedades metabólicas, de inmunodeficiencia y enfermedades cardiovasculares.²²

Tal como se mencionó, la causa principal es el virus por SARS Cov-2, que ubicada taxonómicamente en la familia Coronaviridae y que se divide en cuatro géneros importantes: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus; así mismo los coronavirus poseen una forma esférica o irregular y tienen 125 nm de diámetro, el cual genómicamente está constituido por RNA de cadena sencilla, polaridad positiva y con 30.000 ribonucleótidos de longitud aproximada, también poseen 3 proteínas importantes ancladas en su envoltura lipídica denominadas E (envoltura), M (membrana), y S (espiga), siendo esta última la más importante debido a que ésta le da al virión la apariencia de una corona lo que facilita la unión al receptor, permitiendo la fusión con la membrana celular.²²

Dentro de la sintomatología, sugiere que es variable de acuerdo al curso de la enfermedad, esta abarca desde el periodo de incubación (con una duración aproximada de 2 a 7 días), pero que a veces puede variar hasta 2 semanas, así mismo, modelos matemáticos demuestran que la transmisión empieza entre los días 1 a 2 antes del inicio de los síntomas, por esto, el curso de la enfermedad inicia desde la infección asintomática hasta la forma de neumonía grave que requiere ventilación mecánica y tiene un desenlace fatal en la mayoría de casos.²³

De tal forma, la presentación asintomática y de formas leves son más comunes en la población joven, mientras que las formas graves se observan con mayor proporción en los adultos mayores y personas con comorbilidades previas ya antes descritas. Así pues, se describen como los síntomas principales a la fiebre (que puede ser alta y prolongada) y tos (seca o productiva y que en algunos casos se acompaña con hemoptisis), las cuales están presente en su mayoría de casos, pero no en todos los sintomáticos; también se presenta la disnea que puede aparecer desde el día 2, pero

puede variar hasta 17 días, el descenso de la saturación de oxígeno, y síntomas como la disnea, cefalea, dolor de garganta, congestión nasal, ageusia y anosmia; de igual forma se consideran las manifestaciones gastrointestinales como las náuseas, vómitos, malestar abdominal y diarrea que se presentan en una parte reducida de pacientes a partir de la segunda semana de la enfermedad. ²³

De tal forma, el diagnóstico va desde la evaluación clínica epidemiológica de los signos y síntomas tempranos y la historia clínica del paciente hasta las pruebas diagnósticas para su detección y confirmación donde hasta el momento la FDA aprobó el uso de 6 pruebas serológicas, 2 de ellas rápidas, que detectan anticuerpos contra el virus de SARS CoV-2, sin embargo, las más usadas por su efectividad en la confirmación diagnóstica son: la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa en tiempo real (rRT-PCR) o prueba molecular, que se basa en la detección de material genético (ARN) del virus en las muestras de secreciones respiratorias, saliva y de hisopado nasal o faríngeo, la cual se utiliza para el diagnóstico de rutina hoy en día, la prueba antigénica que se basa en la detección de antígenos virales (proteínas virales) las cuales pueden ser realizadas rápidamente en el lugar de atención, sin embargo existe información limitada sobre su rendimiento y tiene menor sensibilidad que la prueba molecular.²⁴

Así también, la prueba serológica de anticuerpos que busca la presencia de proteínas específicas producidas en respuesta a la infección (IgM , IgA e IgG), sin embargo esta prueba solo está considerada para situaciones excepcionales, en pacientes con un periodo de enfermedad mayor a 7 días y de manera complementaria a las pruebas moleculares y solo considerando un resultado reactivo a la IgM e IgG/IgM o evidenciándose la seroconversión del caso; de igual forma, se considera a la prueba por Tomografía Axial Computarizada como parte del diagnóstico confirmatorio de la enfermedad y es un plus para la visualización del compromiso pulmonar. ²⁴

Igualmente, se considera el uso de pruebas inespecíficas de laboratorio clínico, tales como el recuento de linfocitos, debido al recuento bajo de linfocitos, que es uno de los hallazgos más típicos, de igual forma, los pacientes manifiestan un incremento de las

enzimas hepáticas (ALT, AST), y niveles altos de dímero D, proteína C reactiva y las enzimas LDH y CPK; a la vez se muestra un aumento del tiempo de protrombina (PT), además citoquinas como la IL-6 e IL-10 y el TNF- α , que también puede encontrarse incrementado en relación al estado inmunológico del portador, y de forma complementaria también se realiza el uso de pruebas especiales como el análisis de gases arteriales en sangre (AGA).²⁵

De tal forma, la OMS, sugiere la diferenciación de los casos para el establecimiento de la enfermedad como caso sospechoso, al paciente con enfermedad respiratoria aguda, que tenga historial de viaje o residencia en un área en la que se haya reportado transmisión comunitaria del virus 14 días antes de la aparición de los síntomas; al paciente con enfermedad respiratoria aguda, que haya tenido en contacto con un caso probable o confirmado de Covid 14 días antes de la aparición de los síntomas y finalmente, al paciente con enfermedad respiratoria aguda severa, que requiera hospitalización, y no tenga otra alternativa diagnóstica que pueda justificar su clínica; por otro lado, como caso probable, al caso sospechoso con resultados no concluyentes en las pruebas para la detección de SARS CoV-2 o caso sospechoso en el que no se pudo realizar la prueba diagnóstica en sus diferentes tipos, y caso confirmado al paciente con prueba positiva de laboratorio para SARS CoV-2, sin importar su estado clínico.²⁶

Por esto, la clasificación de gravedad clínica, se ajusta a los tipos clínicos observadas hasta el día de hoy donde se consideran cuatro estadios de la enfermedad: caso leve (toda persona con infección respiratoria aguda que tiene al menos dos de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, fiebre, malestar general y/o congestión nasal), este tipo de caso no requiere hospitalización y se realiza atención y aislamiento domiciliario y seguimiento, en casos moderados (toda persona con infección respiratorio aguda que cumple los criterios de: disnea, taquipnea, alteración del nivel de consciencia (desorientación, confusión), hipotensión arterial o shock, signos clínicos o radiológicos de neumonía, y recuento leucocitario menos de 1000 células/ul) este tipo de caso requiere hospitalización.²⁷

Y en el caso severo (toda persona con infección respiratoria aguda que cumple criterios de: taquipnea, o $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$, alteración del nivel de consciencia, presión arterial sistólica menor a 100 mm Hg o $\text{PAM} < 65 \text{ mmHg}$, $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ o $\text{PaFi} < 30$, signos clínicos de fatiga muscular: uso de músculos accesorios, aleteo nasal, desbalance tóraco-abdominal, lactato sérico $> 2 \text{ mosm/l}$), en este caso requiere hospitalización en área de cuidados intensivos (UCI) o ventilación mecánica debido a la presencia de signos de sepsis y/o falla ventilatoria.²⁷

Finalmente, dentro del tratamiento de la enfermedad, este se considera individualizado, de acuerdo al grado de severidad de la Covid-19 y la evolución de cada paciente, debido a que no existe tratamiento antiviral aprobado hasta la fecha por la FDA, sino más bien éste se basa en el tratamiento sintomático, como por ejemplo reducir los síntomas de dolor, fiebre y entre otros malestar propios de la evolución de la enfermedad que surgen y fueron expuestos anteriormente; así también se destaca el uso de corticoides en cuadros severos de la enfermedad y antibióticos de amplio espectro, en la sospecha de alguna infección bacteriana concomitante de acuerdo a los patrones de resistencia y susceptibilidad microbiológica.²⁸

Por otro lado, como siguiente variable en estudio se presenta al Trastorno de Estrés Postraumático, la cual es una patología mental crónica definida como una reacción emocional de forma intensa, que viene a estar provocada principalmente luego de la exposición directa a un trauma severo que puede amenazar el bienestar o la vida misma del individuo afectado, la cual se relaciona característicamente con recuerdos intrusivos, sueños angustiantes, estados de ánimo negativos, entre otros¹⁸; así también el National Institute of Mental Health (NIMH), define al TEPT como una patología crónica que está caracterizada por su presentación luego de experimentar un hecho impactante, aterrador o peligroso, y esta se diferencia debido a que solo se puede considerar diagnóstico de la enfermedad a aquellas personas que continúan experimentando los síntomas característicos por un periodo de tiempo prolongado, mayor al umbral de tiempo esperado en personas normales.²⁹

Así mismo, la etiología de esta patología suele ser multifactorial, el cual varía mucho de acuerdo a los distintos factores de riesgo que se relacionan, tales como: factor estresante (suele ser la causa primordial e inicial de la enfermedad, ésta se puede haber presentado años o décadas anteriores, sin embargo el tiempo suele variar en distintas personas, junto a ello se debe considerar las características biológicas y psicosociales del paciente y el tipo de trauma, ya que no todos perciben el trauma de la misma forma, y esto se relaciona mucho con la capacidad de resiliencia de cada uno, así también, se encuentran involucrados los traumas de la infancia), el sexo (múltiples estudios incluyen al sexo femenino antecediendo al sexo masculino, como un factor de riesgo predisponente a padecer ésta patología), las comorbilidades cardiovasculares y psiquiátricas (comorbilidades predisponentes tales como depresión, ansiedad, estrés agudo, entre otros; que exacerbaban el cuadro clínico), consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas.³⁰

También se consideran dentro de la etiología a los factores psicodinámicos, los cuales son los traumas ya existentes como antecedentes que sin embargo se activan al sufrir un nuevo suceso traumático; los factores cognitivos conductuales, que se da en personas que no presentan una buena regulación emocional, y los factores biológicos, donde se encuentra la hiperactividad de los sistemas noradrenérgicos, la alteración del sistema AHA y la desregulación del sistema opioide).³¹

Dentro de la parte de clínica, para el reconocimiento oportuno de los pacientes con este padecimiento es importante conocer el periodo de la enfermedad, el cual data que los síntomas aparecen dentro de los 3 meses luego del incidente traumático, sin embargo existen estudios que avalan que éstos pueden surgir tiempo aún más tarde, aproximadamente hasta un año después y de la misma forma dentro de los requisitos para el cumplimiento de los criterios de esta enfermedad está que los síntomas deben durar más de un mes y ser lo suficientemente graves como para interferir en aspectos de la vida cotidiana del sujeto, ya sea dentro de la parte familiar como el desenvolvimiento social, así también, el curso de esta patología varía en el tiempo y algunas personas suelen recuperarse en seis meses, pero otras tienen síntomas que

durán más de 1 año, ya que como se había mencionado esto es variable dependiendo del tipo de asimilación y resiliencia de la persona.³²

Así mismo, la sintomatología aceptada está basada en observaciones de los clínicos, la teoría científica y la investigación que muestra a nivel emocional de los pacientes la presencia de flashbacks, dificultad para sentir emociones positivas, sensación de que un nuevo evento traumático sucede nuevamente, irritabilidad, enojo, miedo, sensación de soledad, pérdida de interés en actividades que antes solía parecerle atractivas, preocupación, culpabilidad, angustia intensa; en los niveles de sueño podemos encontrar trastornos tales como el insomnio o sueños perturbadores y pesadillas, también a nivel corporal se puede percibir tensión, el estado de hipervigilancia, reacciones físicas a los sucesos que le recuerden el suceso traumático, así también surgen problemas en el comportamiento tales como el aislamiento, el abuso de sustancias, depresión y conducta autodestructiva, de tal forma toda esta clínica sintomatológica se resume y engloba en la reviviscencia, evasión, síntomas cognitivos, hiperexcitación y cambios en el estado de ánimo; sin embargo, no suele ser igual para todas las personas ya que cada sujeto experimenta los síntomas a su tiempo y manera de acuerdo a la adaptabilidad que posea.³³

Por esta razón, el diagnóstico principalmente viene a ser clínico y se basa en los ocho criterios del DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), los cuales van del criterio A al criterio H: el criterio A está en referencia a la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas en que se exponen en sus criterios; el criterio B, está direccionado a la presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión asociados al suceso traumático, que comienzan después del mismo suceso traumático; el criterio C que menciona a la evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático que requieren de esfuerzos para evitar los recuerdos y pensamientos estrechamente relacionados al suceso; el criterio D que refiere a las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso inicial.³⁴

Así también se expone al criterio E, el cual está en referencia a la alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del echo; el criterio F, que datan que la duración de la alteración (que engloban a los criterios B, C, D y E) debe ser superior a un mes; el criterio G, que menciona que la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; finalmente en criterio H, que especifica que la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (medicamentos, alcohol, tabaco) u otra afección médica, así mismo se enfatiza que estos se aplican en niños (> 6 años), adolescentes y adultos, y a diferencia de éste la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), no establece un tiempo de evolución de la sintomatología y sustituye el criterio D por dificultad de no recordar elementos importantes del trauma.³⁵

De este modo, la parte terapéutica está basada en dos pilares fundamentales, la psicoterapia, la cual es el enfoque principal de tratamiento para esta enfermedad en todos los rangos de edad, que incluye a las terapias cognitivas conductuales (TCC), terapias psicodinámicas y las terapias centradas en la regulación de la emoción, ésta consta de tres fases que son la norma ya que cada una de ellas representa un objetivo en el tratamiento como por ejemplo la primera fase está basada en garantizar que el paciente está suficientemente seguro y se encuentra psicológicamente preparado para estar expuesto a factores estresantes traumáticos, la fase dos, que luego permitirá al terapeuta entender las reacciones de estrés persistentes y modificarlas de forma biológica y psicológica, y la tercera fase, que trata de la aceptación y compromiso del paciente para comenzar a reanudar la tranquilidad por medio de capacidades psicológicas y recursos sociales como el apoyo familiar, social y la recreación; el tiempo de duración de la terapia es variable de acuerdo a cada caso de los pacientes, sin embargo, estudios demuestran que la terapia cognitiva recibida intensamente durante más de una semana fue tan eficaz como la terapia cognitiva por más de 3 meses; por otro lado, en el segundo pilar de tratamiento, tenemos a la farmacoterapia que resulta importante para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático, el cual posee un amplio uso de medicamentos, de los cuales la mayoría se desarrolló para

tratar la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos convulsivos y condiciones médicas tales como la hipertensión.³⁶

III. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación: Observacional, descriptivo, de diseño transversal, con enfoque analítico prospectivo. (Esteban N., 2018)³⁷

Diseño de investigación: No experimental. Descriptivo analítico con diseño transversal. (Martínez A., 2013)³⁸

3.2. Variables y operacionalización:

Variable 1: Trastorno de Estrés Postraumático.

Variable 2: Severidad del Covid-19.

La tabla de operacionalización de variables se describe en el Anexo 01.

3.3. Población, muestra y muestreo:

Población: Según Porras A. (2017)³⁹, la población es el conjunto de individuos a estudiar, sobre los cuales en teoría se aplicarán los instrumentos y/o una prueba para la recolección de datos: la población está determinada por el registro de pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo enero - octubre. Trujillo, 2021; por consiguiente, la población es heterogénea debido que está constituida por pacientes de sexo masculino y femenino.

Cuadro N° 1: Pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría. Enero - Octubre, Trujillo, 2021.

SEXO	FRECUENCIAS	hi	hi*n
HOMBRE	198	0.48	130
MUJER	216	0.52	141
Total	N = 414	1.00	n=271

Fuente: Archivos de oficina de registros del Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo, 2021.

- Criterios de inclusión:

1. Pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, que presentan diagnóstico clínico de Covid-19. Trujillo, 2021.
2. Pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría Hospital Regional Docente de Trujillo, que presentan diagnóstico clínico de Trastorno de Estrés Postraumático. Trujillo, 2021.
3. Pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, con diagnóstico de Covid-19 y Trastorno de Estrés Postraumático que desean participar en el estudio, con el anonimato correspondiente. Trujillo, 2021.

- Criterios de exclusión:

1. Pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, que no presentan diagnóstico clínico de Covid-19. Trujillo, 2021.
2. Pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría Hospital Regional Docente de Trujillo, que no presentan diagnóstico clínico de Trastorno de Estrés Postraumático. Trujillo, 2021.

3. Pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, con diagnóstico de Covid-19 y Trastorno de Estrés Postraumático que no desean participar en el estudio. Trujillo, 2021.

Muestra: El tamaño de la muestra se establece empleando una fórmula estadística para definición de muestra en poblaciones finitas, considerando que la población del estudio está determinada cuantitativamente. (figura n°1)

Figura N°01:

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

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = (coeficiente crítico depende del nivel de confianza) $\alpha = 95\%$; Z= 1,96

P = (proporción de N controlada) = 50%

q = (1- p) = 50%

e = (margen de error admitido) = 5%

Aplicando la fórmula para calcular el tamaño de la muestra

N = 414

n = x

Z = 1,96

p = 0,5

q = 0,5

e = 0,05

Dónde: n= 271

El tamaño determinado de la muestra mediante la fórmula es de 271.

Muestreo: Dado que la población de estudio es heterogénea, por consiguiente, el tipo de muestreo fue bietápico, en primer lugar, se aplicó el modelo matemático para determinar el tamaño adecuado de la muestra por afijación proporcional y luego el muestreo no probabilístico y técnica intencional. (Porras A., 2017).³⁹

Unidad de análisis: Pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo que presentan diagnóstico de Covid-19 y Trastorno de Estrés Postraumático, en el periodo Enero – Octubre. Trujillo, 2021.

Unidad de muestra: Pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La técnica aplicada es la encuesta, que es una herramienta para recabar información a través de la aplicación de un cuestionario a una muestra de personas, de la que se puede obtener información sobre la opinión, actitud o comportamiento de los participantes, se permite aplicar masivamente y con ello obtener información sobre un amplio abanico de cuestionamientos que realiza el investigador. (Casas A, et al. 2003).⁴⁰

Por otro lado, el instrumento de recolección de datos que se aplicará es la ficha de recolección de datos que consta de tres partes; la primera parte, recoge información relacionada al grado de severidad de la Covid-19 que cuenta con tres ítems que detallan la confirmación diagnóstica, la severidad del cuadro patológico y el tiempo de duración de la enfermedad; la segunda parte, recoge información sobre las características sociodemográficas y factores de riesgo que presentan los pacientes en estudio, el cual, consta de 11 ítems elaborados; y finalmente, la tercera parte, hace referencia al Trastorno de Estrés Postraumático, siendo ésta extraída de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, que funciona a modo de entrevista estructurada, siendo una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad de la enfermedad según los criterios del DSM-IV, que posee un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación, que se

encuentran en las tres dimensiones direccionadas y también recoge información para la clasificación de la gravedad del mismo; así mismo, posee una eficacia diagnóstica muy alta del 95,45%, con un cociente de fiabilidad test-retest ($r = 0.89$; $p < 0,001$) y un índice de consistencia interna ($r = 0,92$).

3.5. Procedimientos:

Los procedimientos que se llevaron a cabo en este estudio son: principalmente se solicitó las autorizaciones correspondientes para extraer información esencial y valiosa para el estudio, a través del sistema informático institucional en el Hospital Regional Docente de Trujillo; para ello se presentaron requisitos de autorización que constan en la solicitud dirigida al director del Hospital Regional Docente de Trujillo, la constancia del asesor y co - asesor (señalando sus funciones específicas (metodología, ejecución), dentro de las cuales se encuentran el acompañamiento, revisión y proporción de sugerencias en el proceso de elaboración del informe del proyecto de investigación hasta la aprobación del mismo, incluyendo el levantamiento de observaciones de los miembros del jurado; también la inclusión de los aspectos éticos y las normas nacionales e internacionales que se aplicarán en el proyecto, la resolución de aprobación del comité permanente de investigación de la Universidad César Vallejo, Trujillo; seguido de la presentación del cronograma de actividades, y el pago correspondiente en caja por la autorización del proyecto de investigación junto con la presentación del proyecto en físico, encontrando receptividad y apoyo de parte de las autoridades del establecimiento de salud.

Una vez conseguidas las autorizaciones para extraer la información relativa al estudio se procedió a coordinar con el feje de la Oficina de Estadística e Informática de la institución el tiempo y espacio en que se realizó la recolección de datos de los pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría, con diagnóstico de Covid-19 y diagnóstico de TEPT, en el periodo de Enero a Octubre del presente año, de los que posteriormente, con el permiso de los especialistas encargados del servicio, se procedió a contactar a los pacientes, que presentan los diagnósticos anteriormente descritos, por vía telefónica (números extraídos de las historias clínicas), y se les

solicitó la autorización pertinente para formar parte del estudio, con la seguridad de anonimato correspondiente para la recolección de datos mediante la ficha de recolección.

Una vez recabada la recolección de datos se realizó la ejecución estadística por medio del procesamiento de la tabulación de la base de datos en formato Excel, estimando un tiempo aproximado de 1- 2 días hábiles; y finalmente se concluyó con la elaboración de los resultados, discusión, conclusiones y la lista de recomendaciones para la mejora de posteriores estudios respecto al tema de investigación presentado.

3.6. Método de análisis de datos

La recolección de información y resultados fueron responsabilidad del autor, los cuales se ingresaron a tabular en el programa de Microsoft Excel versión 2016, posteriormente se trasladó al programa informático IBM SPSS versión 26.0 para el procesamiento y estadística correspondiente.

Asimismo, se utilizó la prueba estadística inferencial de Chi cuadrado⁴⁴ para analizar la significancia del valor hallado y por tanto aceptar la hipótesis alterna, y de igual forma la aplicación de la razón de prevalencias e intervalo de confianza.

3.7. Aspectos éticos

La presente investigación fue probada por el Jurado de Ética e Investigación de la escuela profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo, la cual respeta los siguientes reglamentos: Principios éticos para estudios médicos en humanos numerales 5, 11, 23, 24, 35 y 36 contenidos en la Declaración de Helsinki⁴⁵, código de ética del C. M. P. art. 48 cap. 6.⁴⁶, el acuerdo CIOMS (2005)⁴⁷, que data sobre las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos y el Informe Belmont (1979)⁴⁸, que detalla los principios y guías éticos para la protección de los sujetos Humanos de investigación.

Además, la investigación fue sometida a los requisitos éticos de la Universidad César Vallejo – Trujillo⁴⁹, y a la prueba sin copia del formato de paquete informático Estadístico Tipográfico: Turnitin, no excediendo sus niveles de aceptación.

IV. RESULTADOS

La población recolectada consistió en un total de 271 pacientes, de los cuales, un total de 255, con confirmación diagnóstica por Covid-19, fueron parte del proceso posterior de recolección de información por medio de la ficha de recolección de datos.

Tabla N° 1: Severidad por Covid-19.

Confirmación diagnóstica de Covid-19.

Confirmación diagnóstica de Covid-19	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	16	5,9
Si	255	94,1
Total	271	100,0

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla N°1, del total de pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría (271), el mayor porcentaje (94,1%) 255, pertenece a los que presentaron confirmación diagnóstica por Covid-19 y la minoría (5,9%) 16, pertenece a los que no presentaron confirmación diagnóstica por Covid-19.

Tabla N° 2: Grado de severidad por Covid-19.

Grado de severidad por Covid-19	Frecuencia	Porcentaje (%)
Moderado	212	83,1
Severo	43	16,9
Total	255	100,0

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla N°2, del total de pacientes con confirmación diagnóstica por Covid-19 y por tanto prosiguieron para el estudio, el mayor porcentaje (83,1%) 212, pertenece a los que presentaron grado de severidad moderado por Covid-19; y la minoría (16,9%) 43, pertenece a los que presentaron un grado de severidad severo.

Se tuvo por objetivo principal, determinar la asociación del Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad de Covid-19 en los pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, en el periodo Enero – Octubre del año 2021, para lo cual se realizó el estudio de Chi cuadrado en base a la hipótesis general planteada en la matriz de consistencia, el cual tuvo como fin el mismo objetivo a estudiar.

Prueba de asociación de Chi cuadrado:

El grado de severidad por Covid-19 se asocia directa y significativamente con el Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021.

1. Prueba de hipótesis estadística.

Ho: El grado de severidad por Covid-19 no se asocia directa y significativamente con el Trastorno de Estrés Postraumático.

H1: El grado de severidad por Covid-19 se asocia directa y significativamente con el Trastorno de Estrés Postraumático.

2. Nivel de significancia $\alpha = 0.01$.

3. Cálculo del estadístico chi cuadrado.

TABLA N° 3: Chi cuadrado.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,353 ^a	3	,950
Razón de verosimilitud	,356	3	,949
N de casos válidos	255		

a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,53.

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

4. Regla de decisión.

- a) $p_valor < \alpha = 0.01 \rightarrow$ Aceptas la H1
- b) $p_valor \geq \alpha = 0.01 \rightarrow$ Aceptas la H0

La regla de decisión aceptada es la a), se observa que $p_valor > \alpha$; o sea $0.950 > 0.01$, por tanto, se rechaza H1 y se acepta Ho

5. Toma de decisión.

Se concluye, que el grado de severidad por Covid-19 no se asocia directa y significativamente con el Trastorno de Estrés Postraumático.

Así mismo se realizó el cálculo de la razón de prevalencias (RP) de las determinantes en estudio, el cual a su vez permitió el resultado del intervalo de confianza del estudio; y de igual forma, se elaboró la tabla cruzada para determinar la prevalencia del grado de severidad por Covid-19, el cual se propone en el primer objetivo específico que fue identificar el grado de severidad de Covid-19 en los pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría.

Cálculo RP:

Figura N°02: Fórmula para cálculo RP:

$\frac{a}{c} + \frac{b}{d}$
TABLA N° 4: Cálculo RP.

RP: 1.01 **IC 95%** **0.405-2.679**

p = 0.933

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

TABLA N° 5: Cálculo RP.

RP **0.82857143** **1.01**

0.82272727

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

Interpretación: de acuerdo a la tabla n° 4, se obtuvo un IC del 95% para el estudio con una RP del 0.8, así también se obtuvo la $p = 0.933$.

TABLA N° 6: Tabla cruzada.

TABLA CRUZADA TEPT*SEVERIDAD

Recuento

	Severidad			Total
	0	2	3	
TEPT	0	39	6	45
	1	181	29	210
TOTAL		220	35	255

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

TABLA N° 7: Prevalencia de TEPT de acuerdo al grado de severidad por Covid-19.

		TEPT		
		SI	NO	
RIESGO	3	29	6	35
	2	181	39	220

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en las tablas N°: 6, 7, se data que la prevalencia de TEP en pacientes con Covid severo es 1.01 veces la prevalencia de TEPT en pacientes con Covid-19 moderado (IC95%) ($p = 0.933$).

Por otro lado, dentro de los siguientes objetivos específicos se propuso identificar las características sociodemográficas y factores de riesgo de los pacientes, y posteriormente establecer la asociación entre las dimensiones inherentes al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19 en los pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría; para lo cual se obtuvo y detalla lo siguiente.

Tabla N° 8: Características sociodemográficas y factores de riesgo.

Edad.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
26 - 33	14	5,5
34 - 43	101	39,6
44 - 52	102	40,0
53 - 60	38	14,9
Total	255	100,0

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla N°8, obtuvieron el mayor porcentaje y frecuencia las edades comprendidas entre los 44 a 52 años (40 %) 102, y el menor porcentaje lo obtuvieron las edades entre los 26 a 33 años (5.5%) 14.

Tabla N° 9: Sexo.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
F	146	57,3
M	109	42,7
Total	255	100,0

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla N°9, se obtuvo que el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino 57,3% (146), y el menor porcentaje, el sexo masculino 42,7% (109).

Tabla N° 10: Presencia de trauma previo.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	229	89,8
Si	26	10,2
Total	255	100,0

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla N°10, obtuvieron un mayor porcentaje (89,8%) 229, los pacientes que no tuvieron la presencia de algún trauma

previo (físico y/o psicológico) en la infancia, adolescencia o etapa adulta, y en menor porcentaje (10,2%) 26, los que tuvieron la presencia de algún trauma previo.

Tabla N° 11: Hábitos nocivos.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Fuma cigarillos	13	5,1
Toma alcohol	4	1,6
Ninguna	238	93,3
Total	255	100,0

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla N°11, el mayor porcentaje (93,3%) 238, pertenece a los pacientes que no presentaron ningún hábito nocivo, y en menor porcentaje se encuentra a los pacientes que fuman cigarrillos (5,1%) 13, y toman alcohol (1,6%) 4, respectivamente.

Prueba de asociación de Chi cuadrado (características sociodemográficas):

Existe asociación significativa de las características sociodemográficas y factores de riesgo de los pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021

1. Prueba de hipótesis estadística

H₀: No existe asociación significativa entre las características sociodemográficas y factores de riesgo.

H₁: Existe asociación significativa entre las características sociodemográficas y factores de riesgo.

2. Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

3. Cálculo del estadístico

Tabla N° 12 : Chi cuadrado.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,556 ^a	3	,023
Razón de verosimilitud	9,396	3	,024
Asociación lineal por lineal	5,037	1	,025
N de casos válidos	255		

a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,01.

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

4. Regla de decisión:

- a) $p_valor < \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H1
- b) $p_valor \geq \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H0

La regla de decisión aceptada es la a), se observa que $p_valor < \alpha$; o sea $0.024 < 0.05$, por tanto, se acepta la H1

5. Toma de decisión.

Se concluye, que existe asociación significativa entre las características sociodemográficas y factores de riesgo.

Prueba de asociación de Chi cuadrado (dimensiones):

Suceso traumático: Existe relación significativa entre la dimensión suceso traumático inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021.

1. Prueba de hipótesis estadística.

H₀: No existe asociación significativa entre la dimensión suceso traumático inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

H₁: Existe asociación significativa entre la dimensión suceso traumático inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

2. Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

3. Cálculo del estadístico

Tabla N° 13: Chi cuadrado.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,013 ^a	2	,993
Razón de verosimilitud	,013	2	,993
Asociación lineal por lineal	,011	1	,916
N de casos válidos	255		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,90.

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

4. Regla de decisión:

- c) $p_valor < \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H₁
- d) $p_valor \geq \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H₀

La regla de decisión aceptada es la b), se observa que $p_valor > \alpha$; o sea $0.993 > 0.05$, por tanto, se acepta la H_0

5. Toma de decisión.

Se concluye, que no existe asociación significativa entre la dimensión suceso traumático inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

Reexperimentación: Existe relación significativa entre la dimensión reexperimentación inherente Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021.

1. Prueba de hipótesis estadística

H_0 : No existe asociación significativa entre la dimensión reexperimentación inherente Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

H_1 : Existe asociación significativa entre la dimensión reexperimentación inherente Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

2. Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

3. Cálculo del estadístico

Tabla N° 14: Chi cuadrado.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,946 ^a	3	,176
Razón de verosimilitud	4,891	3	,180

Asociación lineal por lineal	3,869	1	,049
N de casos válidos	255		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

4. Regla de decisión:

- e) $p_valor < \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H1
- f) $p_valor \geq \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H0

La regla de decisión aceptada es la b), se observa que $p_valor > \alpha$; o sea $0.176 > 0.05$, por tanto, se acepta la H0

5. Toma de decisión.

Se concluye, que no existe asociación significativa entre la dimensión reexperimentación inherente Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

Evitación: Existe relación significativa entre la dimensión evitación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021.

1. Prueba de hipótesis estadística

H_0 : No existe asociación significativa entre la dimensión evitación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

H_1 : Existe asociación significativa entre la dimensión evitación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

2. Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

3. Cálculo del estadístico

Tabla N° 15: Chi cuadrado.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,477 ^a	2	,290
Razón de verosimilitud	2,473	2	,290
Asociación lineal por lineal	,042	1	,837
N de casos válidos	255		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,27.

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

4. Regla de decisión:

- g) $p_valor < \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H1
- h) $p_valor \geq \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H0

La regla de decisión aceptada es la b), se observa que $p_valor > \alpha$; o sea $0.290 > 0.05$, por tanto, se acepta la Ho

5. Toma de decisión.

Se concluye, que no existe asociación significativa entre la dimensión evitación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

Aumento de la activación: Existe relación significativa entre la dimensión aumento de la activación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad

por la Covid-19, en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2021.

1. Prueba de hipótesis estadística

H₀: No existe asociación significativa entre la dimensión aumento de la activación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

H₁: Existe asociación significativa entre la dimensión aumento de la activación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

2. Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

3. Cálculo del estadístico

Tabla N° 16: Chi cuadrado.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,245 ^a	3	,742
Razón de verosimilitud	1,324	3	,723
Asociación lineal por lineal	,032	1	,857
N de casos válidos	255		

a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,70.

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

4. Regla de decisión:

- i) $p_valor < \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H1
- j) $p_valor \geq \alpha = 0.05 \rightarrow$ Aceptas la H0

La regla de decisión aceptada es la b), se observa que $p_valor > \alpha$; o sea $0.742 > 0.05$, por tanto, se acepta la H_0

5. Toma de decisión.

Se concluye, que no existe asociación significativa entre la dimensión aumento de la activación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19.

Finalmente, se valoró por medio de la escala de gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, cuántos de los pacientes obtuvieron la puntuación que determina la compatibilidad con la sintomatología de TEPT.

Tabla N° 17: Confirmación diagnóstica TEPT.

	Frecuencia	Porcentaje
TEPT	208	82
NO TEPT	47	18
Total	255	100

Fuente: resultados de la ficha de recolección de datos.

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla y figura N°26, el mayor porcentaje (82%) 208 del total, pertenece a los pacientes que presentan síntomas compatibles con TEPT, y en menor porcentaje (18%) 47, pertenece a los pacientes que no alcanzaron la puntuación mínima para la sintomatología compatible con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT).

V. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, para dar respuesta a nuestro objetivo general no existe asociación significativa entre el grado de severidad por Covid-19 (83,1% (212) grado moderado y 16,9% (43) grado severo) y el Trastorno de Estrés Postraumático (82% (208) confirmación de sintomatología por TEPT), obteniendo valores no estadísticamente significativos ($p < 0.01$), lo que demuestra que el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático es independiente al grado de severidad por Covid-19, de tal forma que se contrarresta con lo descrito por Janiri D. et al¹⁹ (Italia,2021), quienes identificaron al Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes que se recuperaron de la infección por COVID-19, concluyendo que existe una alta prevalencia de TEPT en pacientes post recuperados de la infección por SARS-COV2. Lo cual se asemeja a los datos obtenidos por Einvik G. et al¹² (Noruega,2021), quienes identificaron la prevalencia y determinantes de TEPT en pacientes hospitalizados o no, alrededor de 1.5 – 6 meses post inicio de la COVID-19, demostrando que los síntomas por Covid-19, mas no la hospitalización, se asocia a TEPT y a la gravedad de esto.

Estos resultados describen una problemática ya existente, que desde que inició la pandemia por Covid-19 tomó más notoriedad, la cual se trata de la carencia de atención en la salud mental de la población, que se vio mayormente reflejada en las personas con mayores factores de riesgo físico o social, personas que padecieron la enfermedad o su entorno como familiares o parientes cercanos, del cual como ejemplo en este estudio se presenta como población vulnerable a los pacientes que presentaron diagnóstico por Covid-19, del que en un estudio similar descrito por Ortiz J. et al²¹ (Colombia,2020), identificaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes post Covid-19, donde el estrés postraumático fue el trastorno psiquiátrico más común encontrado, y sugirieron un mejor diagnóstico y manejo, por su alta prevalencia en estos pacientes.

Del total de pacientes con diagnóstico confirmatorio por Covid-19 (confirmados 94,1%: 255, no confirmados 5,9%: 16), el 83,1% (212) presentó grado moderado y el 16,9% (43), grado severo; así también de acuerdo a lo expresado en la tabla N°4 se obtuvo que existe una alta prevalencia entre los casos con grado de severidad moderado por Covid y su relación con el TEPT (220), datos que nos datan conclusiones descritas previamente en estudios relacionados como los de Bo H. et al¹⁷ (China,2020), donde demostraron la prevalencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático asociados al Covid-19, donde los pacientes hospitalizados presentaron síntomas de TEPT asociados con la enfermedad días antes del alta, y estos síntomas dieron lugar a resultados negativos, como menor calidad de vida y deterioro del rendimiento laboral; lo cual refleja que la enfermedad por Covid-19 trajo repercusión significativa en el estado de salud mental de la población, en este caso implicada en el proceso de enfermedad, por lo cual es de importancia brindar mayor estudio a nivel de salud mental a esta población en especial.

Dentro de las características sociodemográficas presentadas en este estudio, se obtuvo en mayor porcentaje a la edad (44 a 52 años 40 % (102)) y el sexo (femenino 57,3% (146)), y dentro de los factores de riesgo con mayor porcentaje están la presencia de algún trauma previo (físico y/o psicológico) en la infancia, adolescencia o etapa adulta con un 89,8% (229), y el 93,3% (238), que pertenece a los pacientes que no presentaron ningún hábito nocivo, asimismo, presentaron una asociación significativa entre las características sociodemográficas y factores de riesgo ($p < 0.05$); de los cuales se contrastan con resultados obtenidos por Chang M. et al¹⁴ (Korea, 2020), donde la edad media de los pacientes con Covid-19 hospitalizados que presentaron TEPT fue de $54,7 \pm 16,6$ años y la proporción de sexos fue de 28:36 (hombre: mujer), de igual forma Liu N. et al¹⁶ (China,2020), que encontraron TEPT en 115 participantes (30,2%), de los cuales los pacientes con TEPT eran en mayor frecuencia mujeres (64 (55,7%)), e informaron tasas más altas de antecedentes de trastornos psiquiátricos y delirio o agitación durante la enfermedad aguda.

Estos datos reflejan que el sexo femenino independientemente de la edad, es más propenso a padecer esta patología mental tal como los resultados obtenidos en este estudio, lo cual se explica debido a estudios que demuestran que la mayoría de mujeres son más propensas a sufrir enfermedades mentales como la depresión y ansiedad en el transcurso de su vida lo que les brinda vulnerabilidad a padecer esta enfermedad. Asimismo, la asociación de traumas previos y el consumo de hábitos nocivos en nuestro estudio brindó porcentajes mínimos a comparación de los resultados presentados en informes previos que demuestran que son factores elementales en el desarrollo del TEPT.

Por otro lado, dentro de las características desglosadas del instrumento de evaluación para la sintomatología por Trastorno de Estrés Postraumático y su asociación con la severidad por Covid-19, se obtuvo que no existe asociación significativa entre la dimensión suceso traumático inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19 con una $p < 0.05$; no existe asociación significativa entre la dimensión reexperimentación inherente Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19 con una $p > 0.05$, no existe asociación significativa entre la dimensión evitación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19 con una $p > 0.05$ y no existe asociación significativa entre la dimensión aumento de la activación inherente al Trastorno de Estrés Postraumático y el grado de severidad por la Covid-19 con una $p < 0.05$; lo cual demuestra las dimensiones de evaluación y los puntajes obtenidos resaltan la percepción de la población en estudio de la intensidad de los síntomas, mas no demuestran que no se haya dado la enfermedad o la asociación de las variables en estudio.

La investigación presentó las siguientes limitaciones; la primera limitación lo comprende el tipo de muestreo utilizado que es de tipo no probabilístico lo que impediría generalizar los resultados, por lo que conviene en futuras investigaciones se puedan trabajar con un tipo de muestreo probabilístico para poder hacer inferencias en la población en general. La segunda limitación consiste en que la investigación se

ha realizado en el periodo de la pandemia por Covid-19, dificultando el proceso de recabar información en la ficha de recolección de datos, debido a los horarios de atención y la exposición prolongada al contagio por Covid-19; asimismo el tiempo que implica el proceso de aceptación para el desarrollo, en un inicio del proyecto de investigación, ya que al tratarse un Hospital nivel III-1 existen procesos previos al desarrollo de la investigación, por lo que en futuros estudios se espera tener mayor disponibilidad y facilidad para su desarrollo.

De forma contraria, las fortalezas que presentó tanto en la recolección como el desarrollo del presente estudio, fue la facilidad y disponibilidad para contar con las historias clínicas de los pacientes del servicio de psiquiatría, lo cual fue un paso importante para la recolección de datos, de igual forma al tratarse de un Hospital concurrido por la población Trujillana, comprende personas de diferentes distritos de la localidad; de igual forma el presente estudio, a comparación de otros realizados en nuestra localidad, está representado por pacientes que presentaron la enfermedad por Covid-19, siendo estos parte de la población vulnerable que muy poco fue estudiada en el contexto por la pandemia actual.

Las implicancias que se extraen de este estudio, es que permitió demostrar si existe una asociación directa y significativa entre el grado de severidad por Covid-19 y el TEPT, de igual forma con sus objetivos específicos e hipótesis específicas, tales como las características sociodemográficas y factores de riesgo y las dimensiones el instrumento de evaluación correspondiente a la sintomatología por TEPT, lo cual se demuestra en los resultados anteriormente expuestos. Asimismo, este estudio permitirá encontrar soluciones en pro de la concientización y abordaje oportuno de la salud mental de la población, ya sea por esta patología u otras asociadas, lo cual permitirá afrontar de manera eficiente los rezagos que dejó y sigue dejando la pandemia por Covid-19.

VI. CONCLUSIONES

1. No existe asociación significativa entre el grado de severidad por Covid-19 (83,1% (212) grado moderado y 16,9% (43) grado severo) y el Trastorno de Estrés Postraumático (82% (208) confirmación de sintomatología por TEPT), obteniendo valores estadísticamente significativos ($p < 0.01$).
2. Del total de pacientes con diagnóstico confirmatorio por Covid-19 (confirmados 94,1%: 255, no confirmados 5,9%: 16), el 83,1% (212) presentó grado moderado y el 16,9% (43), grado severo; de igual forma, se data que la prevalencia de TEP en pacientes con Covid severo es 1.01 veces la prevalencia de TEPT en pacientes con Covid-19 moderado (IC95%) ($p = 0.933$).
3. Se obtuvo en mayor porcentaje a la edad (44 a 52 años 40 % (102)) y el sexo (femenino 57,3% (146)), y dentro de los factores de riesgo con mayor porcentaje están la presencia de algún trauma previo (físico y/o psicológico) en la infancia, adolescencia o etapa adulta con un 89,8% (229), y el 93,3% (238), que pertenece a los pacientes que no presentaron ningún hábito nocivo, asimismo, presentaron una asociación significativa entre las características sociodemográficas y factores de riesgo ($p < 0.05$).
4. No existe asociación significativa entre la dimensión suceso traumático inherente al TEPT y el grado de severidad por la Covid-19 con una $p < 0.05$; no existe asociación significativa entre la dimensión reexperimentación inherente TEPT y el grado de severidad por la Covid-19 con una $p > 0.05$, no existe asociación significativa entre la dimensión evitación inherente al TEPT y el grado de severidad por la Covid-19 con una $p > 0.05$ y no existe asociación significativa entre la dimensión aumento de la activación inherente al TEPT y el grado de severidad por la Covid-19 con una $p < 0.05$.

VII. RECOMENDACIONES

- I. El Gobierno Regional junto con el Ministerio de Salud deberían promover espacios de esparcimiento que promuevan hábitos mentales saludables en la población, con actividades físico recreativas que respeten las reglas de protección en pro de la contención de la pandemia por Covid-19, la cual tendría especial dirección hacia las personas más vulnerables.
- II. Ampliar el estudio en otros posibles contextos, esto con la finalidad de conseguir resultados que puedan complementar el estudio ya realizado, y así poder crear leyes y estrategias dirigidas en la búsqueda de prevención y soluciones.
- III. Realizar programas preventivo – educativos centrados en el cuidado de la salud mental y el tratamiento de las diversas patologías que se abordan en el contexto por la pandemia, tanto en las personas que padecieron la enfermedad por Covid-19 independientemente del grado de severidad y la población vulnerable.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. [citado el 27 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline---covid19>
2. Lozano A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. Lima, 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000100051&script=sci_arttext
3. OceanoMedicina. Trastornos de estrés postraumático en pacientes con COVID-19 agudo. [Internet]. Lima, 2021 [citado 15 Mayo 2021]. Disponible en: <https://magazine.oceanomedicina.com/pe/actualidad/trastornos-de-estres-postraumatico-en-pacientes-con-covid-19-agudo>
4. Peña E. Peralta V. Castro M. Hernández A. Uso de pruebas serológicas para la detección de anticuerpos contra el SARS CoV-2. Seguro Social de Salud. ESSALUD. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Reporte Breve N° 01-2021. Lima, 2021. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/covid_19/RB_01_2021.pdf
5. Ministerio de Salud (MINSA). Prevención y atención de las personas afectadas por Covid-19 en el Perú. Resolución Ministerial. Documento Técnico N° 139.2020. Lima, 2020. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574295/resolucion-ministerial-139-2020-MINSA.PDF>
6. OceanoMedicina. Trastornos de estrés postraumático en pacientes con COVID-19 agudo. [Internet]. Lima, 2021 [citado 15 Mayo 2021]. Disponible en: <https://magazine.oceanomedicina.com/pe/actualidad/trastornos-de-estres-postraumatico-en-pacientes-con-covid-19-agudo>
7. Lozano A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-*

- Psiquiatría*, 83(1), 51-56. Lima, 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000100051&script=sci_arttext
8. OceanoMedicina. Trastornos de estrés postraumático en pacientes con COVID-19 agudo. [Internet]. Lima, 2021 [citado 15 Mayo 2021]. Disponible en: <https://magazine.oceanomedicina.com/pe/actualidad/trastornos-de-estres-postraumatico-en-pacientes-con-covid-19-agudo>
 9. Andina. Agencia Peruana de Noticias. Trujillo: municipio de Víctor Larco abre centro de salud mental comunitario [Internet]. Lima, 2021 [citado 15 Mayo 2021]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-trujillo-municipio-victor-larco-abre-centro-salud-mental-comunitario-835383.aspx>
 10. Mendoza L. Trastorno de Estrés Postraumático en personal de salud de primera línea frente a la pandemia del Covid-19. [Tesis para optar por el título profesional de médico cirujano]. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, 2020. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7177>
 11. Rogers J. Chesney E. Oliver D. Pollak T. McGuire P. Poli P. Zandi M. Lewis G. David A. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*; 7: 611–27. Reino Unido, 2020. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930203-0>
 12. Einvik G. Dammen T. Ghanima W. Heir T. Stavem K. Prevalence and Risk Factors for Post-Traumatic Stress in Hospitalized and Non-Hospitalized COVID-19 Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 2079. Noruega, 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7924607/pdf/ijerph-18-02079.pdf>
 13. Krishnamoorthya Y. Nagarajana R. Kumar G. Menonb V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 293:113382. India, 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7417292/pdf/main.pdf>

14. Chang M. Park D. Incidence of Post-Traumatic Stress Disorder after Coronavirus Disease. *Healthcare* 2020, 8, 373. Korea, 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7712968/pdf/healthcare-08-00373.pdf>
15. Sun L. Sun Z. Wu L. Zhu Z. Zhang F. Shang Z. Jia Y. Gu J. Zhou Y. Wang Y. Liu N. Liu W. Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *Medrxiv*. China, 2020. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.06.20032425v1.full.pdf>
16. Liua N. Zhanga F. Weia C. Jiaa Y. Shanga Y. Suna L. Wua L. Suna Z. Zhoua Y. Wanga Y. Liua W. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research* 287:112921. Elsevier. China, 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102622/pdf/main.pdf>
17. Bo H. Li W. Yang Y. Wang Y. Zhang Q. Cheung T. Wu X. Xiang Y. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine* 1–2. China, 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7200846/pdf/S0033291720000999a.pdf>
18. Chen Y. Huang X. Zhang C. An Y. Liang Y. Yang Y. Liu Z. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China. *BMC Psychiatry* (2021) 21:80. China, 2021. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-021-03076-7.pdf>
19. Janiri D. Carfi A. Kotzalidis G. Bernabei R. Landi F. Sani G. Posttraumatic Stress Disorder in Patients After Severe COVID-19 Infection. *JAMA Psychiatry*; 78(5):567–569. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0109. Italia, 2021. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2776722>
20. Tarsitani L. Vassalini P. Koukopoulos A. Borrazzo C. Alessi F. Nicolantonio C. Serra R. Alessandri F. Ceccarelli G. Mastroianni C. Ettore G. Post-traumatic Stress

- Disorder Among COVID-19 Survivors at 3-Month Follow-up After Hospital Discharge. J Gen Intern Med DOI: 10.1007/s11606-021-06731-7. Italia, 2021. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11606-021-06731-7.pdf>
21. Ramírez J. Castro D. Lerma C. Yela F. Escobar F. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Colombian Journal of Anesthesiology; 48(4):e930. Colombia, 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf
 22. Rojas M. Trastorno de estrés postraumático. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamerica Lxxiii (619) 233 – 240. Art. Rev. Costa Rica, 2016. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf>
 23. Diaz F. Toro A. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Medicina & Laboratorio. Vol. 24: 183-205. Art. Rev. Colombia, 2020. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
 24. Mendoza A. Valencia G. Quintana A. Cerpa B. García G. Álvarez C. Rivero J. Clasificación clínica y tratamiento temprano de la COVID-19. Reporte de casos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima-Perú. Acta Med Peru. 2020;37(2):186-91. Lima, 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n2/1728-5917-amp-37-02-186.pdf>
 25. Peña E. Peralta V. Castro M. Hernández A. Uso de pruebas serológicas para la detección de anticuerpos contra el SARS CoV-2. Seguro Social de Salud. ESSALUD. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Reporte Breve N° 01-2021. Lima, 2021. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/covid_19/RB_01_2021.pdf
 26. Mendoza A. Valencia G. Quintana A. Cerpa B. García G. Álvarez C. Rivero J. Clasificación clínica y tratamiento temprano de la COVID-19. Reporte de casos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima-Perú. Acta Med Peru. 2020;37(2):186-91. Lima, 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n2/1728-5917-amp-37-02-186.pdf>
 27. Ministerio de Salud (MINSA). Prevención y atención de las personas afectadas por Covid-19 en el Perú. Resolución Ministerial. Documento Técnico N° 139.2020.

- Lima, 2020. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574295/resolucion-ministerial-139-2020-MINSA.PDF>
28. Mendoza A. Valencia G. Quintana A. Cerpa B. García G. Álvarez C. Rivero J. Clasificación clínica y tratamiento temprano de la COVID-19. Reporte de casos del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima-Perú. Acta Med Peru. 2020;37(2):186-91. Lima, 2020. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n2/1728-5917-amp-37-02-186.pdf>
29. Iglesias S. Acosta J. Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. Arch Prev Riesgos Labor vol.23 no.3 Barcelona. Scielo. Lambayeque, 2020. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492020000300363#B3
30. NIHM. Trastorno por estrés postraumático. Núm. 20-MH-8124S. Revisada 2020. [Acceso 15 de Mayo del 2021]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/20-mh-8124s-ptsd-sp_160750.pdf
31. Zegarra J. Chino B. Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. Revista Mexicana de Neurociencia. Art. Rev. Arequipa, 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2019/rmn191d.pdf>
32. Bermúdez L. Barrantes M. Bonilla G. Trastorno por estrés postrauma. Revista Médica Sinergia Vol.5(9). Costa Rica, 2020. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568/969>
33. Zegarra J. Chino B. Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. Revista Mexicana de Neurociencia. Art. Rev. Arequipa, 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2019/rmn191d.pdf>
34. Bermúdez L. Barrantes M. Bonilla G. Trastorno por estrés postrauma. Revista Médica Sinergia Vol.5(9). Costa Rica, 2020. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568/969>
35. NIHM. Trastorno por estrés postraumático. Núm. 20-MH-8124S. Revisada 2020. [Acceso 15 de Mayo del 2021]. Disponible en:

- https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/20-mh-8124s-ptsd-sp_160750.pdf
36. Quintero J. Pérez J. Mora F. Diagnóstico y manejo del trastorno por estrés postraumático. Fisterra, Guías Clínicas. Elsevier. España, 2021. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diagnostico-manejo-trastorno-por-estres-postraumatico/>
37. Esteban N. Tipos de Investigación. Art. Rev. Universidad Santo Domingo de Guzmán. Lima, 2018. [acceso 14 de mayo del 2021] Disponible en: <http://biblioteca.usdq.edu.pe/bitstream/USDG/34/1/Tipos-de-Investigacion.pdf>
38. Martínez A. Diseño de investigación. Principios teórico metodológicos y prácticos para su concreción. Art. Rev. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina, 2013. [acceso 14 de mayo del 2021] Disponible en: [file:///C:/Users/Andrea19/Downloads/12664-Texto%20del%20art%C3%ADculo-33992-1-10-20151124%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Andrea19/Downloads/12664-Texto%20del%20art%C3%ADculo-33992-1-10-20151124%20(1).pdf)
39. Porras A. Tipos de muestreo. [Diplomado en Análisis de Información Geoespacial]. Centro de Investigación en Geografía y Geomática. CONACYT. México, 2014. Disponible en: <https://centrogeo.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1012/163/1/19-Tipos%20de%20Muestreo%20-%20%20Diplomado%20en%20An%C3%A1lisis%20de%20Informaci%C3%B3n%20Geoespacial.pdf>
40. Casas A. Repullo L. Donado C. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. Elsevier. Vol. 31. Núm. 8. Pág. 527-538. España, 2016. [acceso 14 de mayo del 2021] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13047738>
41. Porras A. Tipos de muestreo. [Diplomado en Análisis de Información Geoespacial]. Centro de Investigación en Geografía y Geomática. CONACYT. México, 2014. Disponible en: <https://centrogeo.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1012/163/1/19-Tipos%20de%20Muestreo%20-%20%20Diplomado%20en%20An%C3%A1lisis%20de%20Informaci%C3%B3n%20Geoespacial.pdf>

[%20%20Diplomado%20en%20An%C3%A1lisis%20de%20Informaci%C3%B3n%20Geoespacial.pdf](#)

42. Robles P. Rojas M. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. Revista Nebrija de Lingüística Aplicada. Roma, 2015. Disponible en: https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf
43. Amat J. ANOVA análisis de varianza para comparar múltiples medias [Internet]. Attribution 4.0 International. 2016. [acceso 14 de mayo del 2021] Disponible en: https://www.cienciadedatos.net/documentos/19_anova
44. Escurra L. Cuantificación de la validez de contenido por Criterio de Jueces. Art. Rev. Universidad Pontificia Católica del Perú. [acceso 14 de mayo del 2021] Disponible en: <file:///C:/Users/Andrea19/Downloads/Dialnet-CuantificacionDeLaValidezDeContenidoPorCriterioDeJ-6123333.pdf>
45. Ortiz P. Perales A. Mendoza A. Molero D. Zavala S. Código de Ética y Deontología. Colegio Médico del Perú. Lima, 2020. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>
46. Escurra L. Cuantificación de la validez de contenido por Criterio de Jueces. Art. Rev. Universidad Pontificia Católica del Perú. [acceso 14 de mayo del 2021] Disponible en: <file:///C:/Users/Andrea19/Downloads/Dialnet-CuantificacionDeLaValidezDeContenidoPorCriterioDeJ-6123333.pdf>
47. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Guía Ética. ISBN: 978-92-9036088-9. 2016. [acceso 14 de mayo del 2021] Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
48. Universidad César Vallejo. Resolución de Consejo Universitario N°0126-2017/UCV. Código de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo. Trujillo. 2017. Disponible en: <https://www.ucv.edu.pe/datafiles/C%C3%93DIGO%20DE%20%C3%89TICA.pdf>
49. INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. Revista Medica Herediana

[Internet]. 16. Sep. 2013 [citado 12. Oct. 2021]; 4(3). Disponible en:
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/424>

ANEXOS:

ANEXO 01: Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUBVARIABLES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 01: Trastorno de Estrés Posttraumático	Patología mental crónica definida como una reacción emocional de forma intensa provocada luego de la exposición directa a un trauma severo que amenaza el bienestar o la vida misma del individuo afectado. ⁶	Presencia o ausencia de síntomas en la aplicación del instrumento de evaluación. ANEXO 02	Características sociodemográficas y factores de riesgo.	Características generales:	Continua Nominal
				<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo 	
			Suceso traumático.	Factores de riesgo:	Nominal Nominal
				<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de trauma previo • Hábitos nocivos 	
			Reexperimentación.	Tiempo del suceso	Ordinal
				Desde cuándo lo experimenta	
			Reexperimentación.	Recuerdos intrusivos	Ordinal
Sueños intrusivos	Ordinal				
Sentimientos intrusivos	Ordinal				
	Malestar psicológico	Ordinal			
	Malestar fisiológico	Ordinal			

			Evitación	De pensamientos, sentimientos.	Ordinal
				De actividades, lugares, personas.	Ordinal
				Amnesia.	Ordinal
				Perdida interés actividades significativas.	Ordinal
				Sensación desapego o enajenación.	Ordinal
				Restricción de la vida afectiva.	Ordinal
				Desesperanza al futuro.	Ordinal
			Aumento de la activación	Insomnio	Ordinal
				Irritabilidad	Ordinal
				Dificultades de concentración	Ordinal
				Hipervigilancia	Ordinal
				Respuesta de sobresalto	Ordinal
Variable 02: Severidad del COVID-19	Enfermedad infecciosa causada por el virus del SARS-CoV-2. ²	Diagnóstico positivo por Covid-19 según: - Prueba molecular. - Prueba antigénica. - TAC.	Grado de severidad de Covid-19	Confirmación diagnóstica por Covid-19: • Positivo • Negativo	Nominal
				Grado de severidad por Covid-19: • Covid-19 Leve • Covid-19 Moderado • Covid-19 Severo	Ordinal

ANEXO 02: Trastorno de Estrés Postraumático asociado a severidad de Covid-19 en pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría. Hospital nivel III-1. Trujillo, 2021

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le solicita llenar el siguiente formulario con la verdad. Como usted puede observar es una ficha de recolección que no considera datos de identificación personal por ser un estudio que resguarda el anonimato. Gracias.

Marcar con una "X" la respuesta indicada por el entrevistado:

I. DATOS RELACIONADOS CON EL GRADO DE SEVERIDAD DE COVID-19:

1. ¿Tuvo confirmación diagnóstica por Covid- 19 positivo?

- A. Si ()
- B. No ()

Si la respuesta es "no" culminar la entrevista, caso contrario, continúe con la entrevista:

2. ¿Cuál fue el grado de severidad por Covid- 19 que presentó?

- A. Leve (atención domiciliaria) ()
- B. Moderado (hospitalización) ()
- C. Severo (ventilación mecánica, UCI) ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FACTORES DE RIESGO:

1. Edad:

- A. 18 - 25 años ()
- B. 26 – 33 años ()
- C. 34 – 43 años ()
- D. 44 – 52 años ()
- E. 53 – 60 ()
- F. 60 años a más ()

2. Sexo:

- A. Femenino ()
- B. Masculino ()

3. ¿Ha sufrido algún trauma previo (físico y/o psicológico) en la infancia, adolescencia o etapa adulta?

- A. Si ()
- B. No ()

4. En relación a los hábitos, usted:

- A. Fuma cigarrillos ()
- B. Toma alcohol ()
- C. Consume drogas ()
- D. Ninguno ()

II. DATOS RELACIONADOS CON EL TRASTORNO DE ESTRÉSPOSTRAUMÁTICO (ESCALA DE GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO), (Echeburúa E., et al. 1997):

3.1 SUCESO TRAUMATICO: _____

1. ¿Hace cuánto tiempo ocurrió? (< 5 meses/ > 5 meses): _____

2. ¿Desde cuándo experimenta el malestar? (< 5 meses/ > 5 meses): _____

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

0: nada

1: poco /una vez por semana o menos

2: bastante/ 2 a 4 veces por semana

3 mucho/ 5 o mas veces por semana

REEXPERIMENTACIÓN		NADA (0)	POCO (UNA VEZ POR SEMANA O MENOS) (1)	BASTANTE/ 2 A 4 VECES POR SEMANA (2)	MUCHO/ 5 O MAS VECES POR SEMANA (3)
1.	¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?				
2.	¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?				
3.	¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?				
4.	¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
5.	¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
RANGO: 0 – 15		PC: 5		TOTAL:	
EVITACIÓN		NADA (0)	POCO (UNA VEZ POR (1)	BASTANTE/ 2 A 4 VECES (2)	MUCHO/ 5 O MAS VECES (3)

		SEMANA O MENOS) (1)	POR SEMANA (2)	POR SEMANA (4)	
1.	¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?				
2.	¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?				
3.	¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?				
4.	¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?				
5.	¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?				
6.	¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?				
7.	¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?				
RANGO: 0 – 21		PC: 6	TOTAL:		
AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN		NADA (0)	POCO (UNA VEZ POR SEMANA O MENOS) (1)	BASTANTE/ 2 A 4 VECES POR SEMANA (2)	MUCHO/ 5 O MAS VECES POR SEMANA (4)

1.	¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?				
2.	¿Está irritable o tiene explosiones de ira?				
3.	¿Tiene dificultades de concentración?				
4.	¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?				
5.	¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?				
RANGO: 0 – 15		PC: 4		TOTAL:	
PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO					
RANGO: 0 – 51		PC: 15		TOTAL:	

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el aumento de la activación. El entrevistador marcará de acuerdo a los resultados obtenidos:

SI:

NO: