



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores hospitalarios y no hospitalarios relacionados al trastorno de
estrés postraumático en pacientes con alta médica por COVID-19 del
Hospital de Chepén

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Rioja Castañeda, Miguel Eduardo. ORCID:0000-0001-9320-6136

ASESOR:

Mgr. Henry Santa Cruz Espinoza. ORCID: 0000-0002-6475-9724

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

TRUJILLO-PERÚ

2022

DEDICATORIA

EL presente trabajo va dirigido a Dios por brindarme la fortaleza y sabiduría para lograr mis metas a corto plazo. A mi madre y abuelos que siempre confiaron en mí a pesar de las adversidades y estuvieron impulsando a diario mi formación profesional. A los pacientes sobrevivientes de COVID-19, quienes a través de su apoyo y vivencias fue posible la realización del proyecto de investigación.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme fortaleza al estudiar el largo camino de la medicina, y brindarme esperanzas para iniciar un nuevo comienzo en la carrera.

A mi madre Liliana Castañeda y abuelos Alix Malca y Tomas Castañeda, por confiar en mi en cada decisión que he tomado y por ser parte fundamental de mi formación académica, mamá agradezco los consejos brindados y los momentos que me enseñaste a no rendirme en este largo camino.

Agradecimiento a los miembros de mi familia que fueron fuente constante de ánimos positivos.

Agradezco a mi asesor por orientarme y brindarme su tiempo para impartir sus conocimientos y a la Universidad César Vallejo, por su contribución y apoyo en mi formación profesional.

NDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.	20
Tabla 2.- Presencia de trastorno de estrés post traumático según sexo y edad, en pacientes dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.	21
Tabla 3.- Presencia del trastorno de estrés post traumático según antecedentes personales en pacientes dados de alta médica por COVID-19.	22
Tabla 4.- Relación entre el factor hospitalario: días de hospitalización por COVID-19 con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.	23
Tabla 5. Relación entre el factor hospitalario: tipo clínico de COVID-19 con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.	24
Tabla 6.- Relación entre el factor hospitalario: soporte ventilatorio no invasivo con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.....	25
Tabla 7.- Relación entre el factor hospitalario: soporte ventilarlo invasivo con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.....	26
Tabla 8.- Relación entre el factor no hospitalario: oxígeno como parte de la rehabilitación con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.	27
Tabla 9.- Relación entre el factor no hospitalario: signos y síntomas después del alta como manifestaciones neurológicas con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta hospitalaria.	28
Tabla 10.- Relación entre el factor no hospitalario: dificultad para respirar después del alta con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica por COVID-19.	29
Tabla 11.- Relación entre el factor no hospitalario: discriminación después del alta con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica por COVID-19.	30
Tabla 12.- Relación entre el factor no hospitalario: dificultad para reincorporación de sus actividades después del alta con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica por COVID-19.	31
Tabla 13.- Relación entre el factor no hospitalario: familiares infectados con COVID-19 con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.	32
Tabla 14. Relación entre el factor no hospitalario: familiares fallecidos con COVID-19 con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.	33

RESUMEN

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha tenido un impacto profundo en la salud mental en los pacientes sobrevivientes, interviniendo factores intra y extra hospitalarios en la aparición de angustia psicológica con relación en la sintomatología del TEPT después de la infección. Se realizó un estudio transversal correlacional, con el objetivo fue determinar la relación entre los factores hospitalarios y no hospitalarios con el trastorno de estrés post traumático en paciente con alta médica por COVID-19. La muestra estuvo constituida por 126 personas que estuvieron de alta médica, obteniéndose que el 51.6% de los pacientes presentan clínica de TEPT, además de encontrar asociación significativa de efecto moderado entre los factores hospitalarios: tiempo de hospitalización ($p < .001$) (V de Cramer = .325), tipo clínico de COVID-19 ($p < .005$) (V de Cramer = .325), el soporte ventilatorio invasivo ($p < .001$) (V de Cramer = .394) con el trastorno de estrés post traumático (TEPT); mientras que los factores no hospitalarios: oxigenoterapia ($p < .001$) (V de Cramer = .33), secuela neurológica ($p < .005$) (V de Cramer = .406), dificultad respiratoria ($p < .005$) (V de Cramer = .534), percepción de discriminación social ($p < .001$) (V de Cramer = .285), dificultad para reincorporación de actividades ($p < .001$) (V de Cramer = .402) y familiares infectados por COVID-19 ($p < .001$) (V de Cramer = .295) representando una relación significativa de efecto moderado con el TEPT. Se concluye una relación moderada entre los factores hospitalarios y no hospitalarios en pacientes de alta médica por COVID-19 y el TEPT.

Palabras clave: Coronavirus, COVID-19, Trastornos por Estrés Postraumático, alta del paciente, alta hospitalaria, salud mental

ABSTRACT

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) has had a profound impact on mental health in surviving patients, intervening in and out of hospital factors in the appearance of psychological distress related to the symptoms of PTSD after infection. A correlational cross-sectional study was carried out, with the objective of determining the relationship between hospital and non-hospital factors with post-traumatic stress disorder in a patient discharged from COVID-19. The sample consisted of 126 people who were discharged, obtaining that 51.6% of the patients presented symptoms of PTSD, in addition to finding a significant association of moderate effect between hospital factors: hospitalization time ($p < .001$) (V of Cramer = .325), clinical type of COVID-19 ($p < .005$) (V of Cramer = .325), invasive ventilatory support ($p < .001$) (V of Cramer = .394) with post traumatic stress (PTSD); while non-hospital factors: oxygen therapy ($p < .001$) (Cramer's $V = .33$), neurological sequela ($p < .005$) (Cramer's $V = .406$), respiratory distress ($p < .005$) (V of Cramer = .534), perception of social discrimination ($p < .001$) (V of Cramer = .285), difficulty in reincorporating activities ($p < .001$) (V of Cramer = .402) and relatives infected by COVID-19 ($p < .001$) (Cramer's $V = .295$) representing a significant relationship of moderate effect with PTSD. A moderate relationship is concluded between hospital and non-hospital factors in patients discharged from COVID-19 and PTSD.

Keywords: Coronavirus, COVID-19, Post-Traumatic Stress Disorders, patient discharge, hospital discharge, mental health.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud declaró el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) como una pandemia, el 11 de marzo de 2020. Los casos de COVID-19 han ido en aumento por semanas consecutivas, teniéndose un registro actual de más de 248 millones de casos y un conteo de más de 4 millones de muertes registradas en los últimos meses. ⁽¹⁾

En los siguientes meses después del brote de COVID-19, surgió una cantidad creciente de información, desde actualizaciones en propagación y letalidad de COVID-19, e incluso especulaciones falaces sobre la pandemia, lo que ha generado una preocupación en la salud mental a nivel global. ⁽²⁾

En comparación con otros brotes de años anteriores característicos de un alcance geográfico limitado, el brote de la enfermedad del nuevo coronavirus (COVID-19) que viene afectando a todo el mundo con nuevos reportes de infectados y un alto número de decesos, representa un riesgo psicosocial elevado, donde expertos consideran el incremento entre el 30 y 50% de la incidencia de alteraciones mentales como la presencia de estrés, síntomas depresivos, ansiedad, insomnio, negación, ira, miedo y la prevalencia del Trastorno de estrés Postraumático (TEPT), entre otros problemas que afectan la salud mental. ^{(3) (4)}

La gravedad de un evento traumático, desde factores estresantes, la duración de la cuarentena, el impacto socioeconómico y de salud durante una pandemia, se considera el predictor fuerte de desencadenar un TEPT, por lo que un estudio epidemiológico en 2010, se identificó factores predisponentes a TEPT crónico en supervivientes del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS), asociándose factores dependientes como un locus de control externo, mayor discapacidad funcional y mayor intensidad promedio del dolor. ⁽⁵⁾

La pandemia presenta repercusiones psicosociales a corto y largo plazo en la población, y en los sobrevivientes las consecuencias del COVID-19 en la percepción de la gravedad de la enfermedad, desenlaces trágicos con seres queridos, conlleva a episodios de estrés agudo, pero ello se puede prolongar que

llega a reportarse como estrés post traumático que aparece como consecuencia de un acontecimiento amenazante en la vida, como el TEPT como secuela de enfermedades críticas, manifestada en sobrevivientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una prevalencia de 27%, siendo de mayor riesgo en los jóvenes sobrevivientes de UCI. ⁽⁶⁾

Estudios recientes en diferentes países, destacan la presencia de síntomas clínicamente significativos de TEPT en los sobrevivientes de COVID-19, en una proporción del 40%. ⁽⁷⁾ En comparación con los sobrevivientes de SARS, se demostró que el TEPT prevaleció en un 47.8% de la población, perdurando con clínica durante los siguientes 30 meses. ^{(3) (8)}

En Perú mediante un estudio, se registró alteración en la salud mental de pacientes sobrevivientes de COVID-19 después del alta hospitalaria, con predominio en aquellos que estuvieron en cuidados intermedios e intensivos, reportándose prevalencia de síntomas de angustia en un 28.7% que conllevan a la aparición de TEPT posterior al alta hospitalaria. ⁽⁹⁾

Los pacientes infectados por COVID-19 pueden haber experimentado una variedad de sucesos estresantes y llegar a ser eventos traumáticos como dificultad para ingresar a las salas del hospital, aislamiento social y físico, muerte de otros pacientes y/o familiares. Además de presentarse factores asociados al desarrollo de TEPT como es la presencia de COVID-19 en la familia, menor apoyo social, el ingreso a UCI, presentar persistencia en los síntomas de COVID-19 y antecedente psicológico o psiquiátrico previo. Por otro lado, las personas a pesar de una leve severidad en su presentación clínica con tratamiento en instalaciones hospitalarias en cuarentena temporal, mientras que los sobrevivientes con síntomas más graves que fueron aislados y con tratamiento agresivo dentro del hospital, percibieron situaciones amenazantes de vida y en ambas situaciones se asoció la presentación de molestias físicas y psicológicas que permanecieron meses después del alta médica. ⁽¹⁰⁾

Se conoce la preocupación de las consecuencias de la pandemia en la salud mental y los factores a los que estuvieron expuestos las personas sobrevivientes. Por lo que se planteó el problema de la investigación: ¿Qué factores hospitalarios y no

hospitalarios están relacionados al trastorno de estrés postraumático en paciente con alta médica por COVID -19 en el Hospital Apoyo Chepén?

Es importante identificar a personas con posible diagnóstico de TEPT, porque experimentan síntomas como ansiedad crónica severa asociada con reexperimentación del evento traumático, flashbacks, pesadillas, aumento de la excitación y reducción de la vida social; además que en nuestro país existe brechas al acceso en la atención de la salud mental y por otro lado, personas vulnerables no buscan atención por falta de información sobre dónde y cómo obtener ayuda, el costo de la atención de la salud mental, el miedo a la estigmatización y la creencia de que el tiempo mejoraría los síntomas. ⁽¹¹⁾

El COVID-19 ha perpetuado la sensación de peligro e incertidumbre entre los trabajadores de la salud y el público, y hasta el momento no se cuenta con gran número de datos epidemiológicos sobre problemas de salud mental y morbilidades psiquiátricas de los pacientes que han sido diagnosticados por COVID-19. Es importante el estudio porque permite identificar tempranamente factores sociodemográficos, sociales e interindividuales mediante rastreo de pacientes sobrevivientes a quienes se les otorgará atención oportuna en su salud mental y lograr disminuir la consecuencia a largo plazo de TEPT como la ideación suicida, intento de suicidio, muerte por suicidio, autolesiones, abuso de alcohol y riesgos psicosociales como desconexión social, anomia o el sentirse una carga. ⁽¹²⁾

A través de este estudio se busca apoyar a los grupos vulnerables, capacitar al personal de salud en la atención de la salud mental por lo que se va identificar de manera temprana los síntomas asociados al TEPT, proporcionar una comunicación clara y actualizada a los pacientes para abordar la sensación de incertidumbre y miedo, así como proponer establecimiento de servicios que brinden asesoramiento psicológico que utilice dispositivos a la vanguardia tanto para pacientes afectados y el público, lograr que los sobrevivientes por COVID-19 tengan exámenes clínicos periódicos sobre su salud mental con la finalidad de favorecer la reincorporación social de los pacientes de alta médica. ⁽¹³⁾

El siguiente estudio tiene como objetivo general: Determinar la relación entre los factores hospitalarios y no hospitalarios con el trastorno de estrés post traumático en pacientes con alta médica por Covid-19 del Hospital de Chepén.

El estudio, presenta objetivos específicos como: Determinar la frecuencia del trastorno de estrés post traumático en pacientes con alta médica por COVID-19 del Hospital de Chepén. Determinar la presencia del trastorno de estrés post traumático según los factores demográficos de los pacientes con alta médica por COVID-19. Determinar la presencia del trastorno de estrés post traumático según antecedentes personales de los pacientes con alta médica por COVID-19. Identificar la relación entre los factores hospitalarios: tiempo de hospitalización, soporte respiratorio invasivo y no invasivo, tipo clínico y diagnóstico de COVID-19; con el trastorno de estrés postraumático en pacientes con alta médica por covid-19. Identificar la relación entre los factores no hospitalarios: complicaciones después del alta (dificultad respiratoria, secuela neurológica), discriminación, incorporación a actividades cotidianas, familiares con diagnóstico de covid-19, familiares fallecidos por covid-19; con el trastorno de estrés postraumático en pacientes con alta médica por covid-19 del hospital de Chepén.

II. MARCO TEÓRICO

La reciente propagación de la pandemia del coronavirus respiratorio agudo severo presenta implicaciones en la salud mental, se muestra en estudios que los sobrevivientes son los que presentan en mayor proporción manifestaciones psicológicas y/o psiquiátricas.

Abdelghani et al. ⁽¹⁴⁾ en su estudio transversal comparativo determinaron el impacto psicológico del COVID-19 con el TEPT, en un grupo de personas que sobrevivieron al brote en Egipto. Se demostró que un 72% de los sobrevivientes de COVID-19 experimentan TEPT de moderado a grave, con mayor probabilidad de tener síntomas de hiperactivación y estar asociado a la gravedad de la enfermedad.

Tarsitani et al. ⁽¹⁵⁾ evaluaron la prevalencia del TEPT y sus factores de riesgo, a través del seguimiento de cohortes durante 3 meses después del alta hospitalaria

en pacientes con COVID-19. En base a 115 pacientes, se encontró que el 10.4% de la muestra, recibió un diagnóstico de TEPT mientras que 8.6% de pacientes recibieron un diagnóstico de TEPT subumbral. Por otro lado, se propuso un análisis multivariante de regresión logística, demostrando que el diagnóstico previo psiquiátrico, el sexo femenino y la obesidad fueron factores de riesgo para desarrollar TEPT.

Chen et al. ⁽¹⁶⁾ otorgaron información sobre las tasas de prevalencia de TEPT, depresión y ansiedad entre los pacientes con COVID-19. En 898 pacientes se demostró que la prevalencia de TEPT fue de 13.2%, 21% para depresión y 16.4% para ansiedad. Los pacientes hospitalizados se vieron más afectados por las noticias negativas, mayor exposición a experiencias traumáticas, niveles más bajos de apoyo social percibido; relacionados con mayor riesgo en la afectación de la salud mental de los pacientes.

Einvik et al. ⁽¹⁷⁾ a través de dos estudios de cohortes longitudinales, evaluó la prevalencia y los determinantes del trastorno de TEPT, en pacientes hospitalizados y no hospitalizados, donde en un total de 211 sujetos hospitalizados y en 938 no hospitalizados, el 9.5% y el 7,0% respectivamente muestran TEPT. El sexo femenino, ser extranjero, la disnea durante el COVID-19 fueron factores de riesgo de síntomas persistentes de TEPT, mientras que en no hospitalizados se asociaron con antecedente de depresión y la carga de síntomas de COVID-19. Por lo que se concluye en que el TEPT es atribuido a la sintomatología y su gravedad del COVID-19.

Poyraz et al. ⁽¹⁸⁾ en su estudio de descriptivo transversal, investigaron la sintomatología psiquiátrica y los síntomas prolongados en pacientes que se habían recuperado de la infección por COVID-19, con un total de 284 participantes, el 34.5% presentaron clínica significativa de TEPT, mientras que el 43.3% presentó uno o más síntomas prolongados. Factores asociados al desarrollo de la clínica como género, antecedentes traumáticos, la situación actual de empleo ($p=0.003$), tiempo de duración de los síntomas ($p<0.001$), la gravedad del proceso infeccioso ($p<0.001$). Concluyeron que las personas son propensas a sufrir angustia

psicológica en los primeros meses después de la infección y los factores personales miden los efectos en la salud mental de las personas.

Bellan et al. ⁽¹⁹⁾ en su estudio de cohorte prospectivo en 328 pacientes y que fueron sometidos a seguimiento clínico 4 meses después de COVID-19, se observó que el 49% presentó secuelas a nivel pulmonar, deterioro motor en el 25.8% de los sujetos, sin embargo, no representó asociación con la aparición de los síntomas de TEPT ($p > 0.05$). Por otro lado, se evidenció asociación entre la edad, sexo, ingreso a UCI, duración de la estancia hospitalaria, y la gravedad de la enfermedad. Concluyeron que los síntomas y el deterioro de la salud mental siguen siendo muy prevalentes un año después de la enfermedad.

Martillo et al. ⁽²⁰⁾ en su estudio de cohorte descriptivo unicéntrico, determinó las características del síndrome de cuidados post intensivos en los dominios cognitivo, físico y psiquiátrico en los sobrevivientes de la UCI por COVID-19. Se incluyó 45 pacientes, se encontró que el 58% presentó algún grado de movilidad reducida, mientras que el 18% presentó TEPT. Se concluye que los supervivientes de enfermedad grave por COVID-19 tienen un alto riesgo de desarrollar síndrome de cuidados post- intensivos.

Cai et al. ⁽²¹⁾ examinaron la angustia psicológica y los factores predictores asociados al COVID-19 en las personas convalecientes en Shenzhen, donde de 126 sujetos en estudio, con una media de 45.7 presentaron sintomatología de TEPT, asociándose el apoyo social ($\beta = -0,295$, $t = -3,561$, $gl = 121$, $p = 0,001$), además presentarse en personas mayores de 60 años y en mujeres. Concluyeron que la tasa de angustia psicológica entre los sobrevivientes de COVID-19 en la convalecencia temprana fue alta.

Karatzias et al. ⁽²²⁾ mediante su propuesta de regresión logística, donde logran determinar las tasas de TEPT con el COVID-19 y factores asociados en 1041 participantes, resultando el 17.7% con síntomas de TEPT, asociados el tener una edad más joven, sexo masculino, vivir en una ciudad (OR=1.78), vivir con niños (OR=1.46), riesgo moderado y alto por infección por COVID-19

(OR=2.65). Concluyeron que los síntomas de TEPT relacionados con la pandemia de COVID-19 son frecuentes en la población general.

Chang et al. ⁽²³⁾ presentaron en su estudio la prevalencia de TEPT en pacientes con COVID-19 quienes fueron tratados y dados de alta en un hospital universitario de Corea. En un total de 64 pacientes, se encontraron que el 20.3% de los pacientes tenía TEPT y mediante el análisis entre la asociación del TEPT y las características demográficas y clínicas mediante la U de Mann-Whitney y pruebas de chi cuadrado, no se evidenció alguna asociación, incluido la edad, sexo, tiempo de hospitalización y la duración después del alta.

Liu et al. ⁽²⁴⁾ presentaron un análisis descriptivo, donde se utilizó la prueba exacta de Fisher y los métodos de regresión logística multivariable para explorar los factores de riesgo asociados con los problemas de salud mental (TEPT) en pacientes que fueron COVID-19 recuperados. De 675 participantes que fueron dados de alta, 98 presentaron síntomas de trastorno de estrés postraumático; los factores que se asocian al TEPT fueron la tos, la fatiga y el dolor torácico ($p < 0.05$), pacientes que vivían con sus hijos, tenían mayor riesgo ($p < 0.001$), gravedad de la enfermedad mayor (OR, 3,27, 95% CI [1.69,6.32]), que viven con niños (OR, 6,71, 95% C. I., [2.79,16.12]), la muerte de la familia miembro (OR, 7,05, 95% C. I., [1.78,27.88]), y con respecto a uno mismo como habiendo sido objeto de discriminación (OR, 1,67, 95% C. I., [1,48, 1,90]). Concluyeron que el predictor central de TEPT es la discriminación percibida, por lo que se apunta a la prevención y abordar el estigma social para brindar mejoras en la salud mental de los recuperados.

Park et al. ⁽²⁵⁾ propusieron en su estudio retrospectivo, determinar los problemas psicológicos en pacientes con COVID-19 en aproximadamente 1 mes después del alta hospitalaria. El 10% de los pacientes estudiados presentaron trastorno de estrés postraumático, donde el estigma percibido y antecedentes de tratamiento psiquiátrico se implicaron en la gravedad de los síntomas del TEPT. Se logra recaudar en los evaluados, la preocupación de infectar a las personas de su

entorno, sentirse discriminados y la decisión de evitar contacto con otros después del alta.

Philip ⁽²⁶⁾ mediante una revisión sistemática exploratoria en varias poblaciones expuestas a la pandemia COVID-19, se estimó la frecuencia del TEPT que osciló entre el 7-34% e identifican los factores como el sexo, el estado civil, síntomas físicos y un diagnóstico previo psiquiátrico, relacionados a la gravedad del TEPT. En la recopilación de las opiniones de los expertos del tema, destacaron la necesidad de prontas estrategias de prevención y tratamiento a largo plazo, la necesidad de innovación y colaboración de nuevas fuentes de información sobre TEPT.

Wu et al. ⁽²⁷⁾ en su estudio de cohorte, con una población de 131 sobrevivientes de síndrome respiratorio agudo severo al mes y 3 meses después del alta del hospital, el 6% de individuos presentaban síntomas de TEPT al primer mes, mientras que a los 3 meses después del alta, se presentó un 5% de personas con TEPT.

El coronavirus es un importante patógeno humano y animal. En Wuhan, provincia de Huabei, China, se identificó el nuevo coronavirus a finales de 2019, siendo la causa de casos de neumonía. En los próximos meses se extendió a otros países del mundo llegando a posicionarse como pandemia el 11 de marzo del 2020. ⁽²⁸⁾ A nivel mundial, se han informado más de 125 millones de casos confirmados de COVID-19. ^{(1) (29)}

Los coronavirus son virus de ARN de cadena positiva envueltos. La secuencia del genoma completo y el análisis filogenético indicaron que el coronavirus que causa COVID-19 es un betacoronavirus del mismo subgénero que el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), por lo que se denomina: síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2). ⁽³⁰⁾

El principal medio de transmisión del SARS-Cov-2 es través de persona a persona, contacto con superficies contaminadas, cortas distancias (por medio de partículas respiratorias) e incluso se propone la transmisión a largas distancias. ⁽³¹⁾ Una vez

en el huésped, la proteína pico (S) de los coronavirus y la proteasa celular TMPRSS2, facilitará la entrada del virus hacia las células diana, acoplándose a la enzima convertidora de angiotensina 2(ACE2) y lograr finalmente producir la enfermedad. ⁽³²⁾

El Covid-19 puede perjudicar el funcionamiento del sistema nervioso central, a través de la respuesta inmune inflamatoria asociada a las intervenciones médicas que se administran, esto se ve reflejado en estudios donde los pacientes hospitalizados tenían síntomas neuropsiquiátricos de nueva aparición, hasta eventos cerebrovasculares, alteraciones en el comportamiento, la cognición, la conciencia o la personalidad. ⁽³³⁾

Los pacientes críticamente enfermos con COVID-19 parecen estar en riesgo de padecer alguna enfermedad psiquiátrica persistente, porque cuanto más es el tiempo de permanecer en la UCI, mayor es el riesgo de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático. ⁽³⁴⁾

El Trastorno de estrés postraumático (TEPT), es un síndrome que abarca momentos de ansiedad y estrés luego de la exposición a una muerte real o amenazante, lesiones graves, agresión sexual, desastres naturales, ser diagnosticado con una enfermedad de riesgo vital. La persona afectada suele reaccionar con miedo, impotencia e incluso recrea constantemente los sucesos vividos mediante los sueños o durante vigilia (flashbacks) e intenta evitarlo. ⁽³⁵⁾

La afectación del TEPT presentan síntomas en 3 campos: intrusión tras el trauma representado como aquellos recuerdos o escenas retrospectivas (flashbacks) o sueños angustiosos siendo posible volver a sentir el mismo miedo y horror que sintió al momento de ocurrido el evento; la evitación de factores que conlleven al recuerdo, se incluye esfuerzo para evadir pensamientos o acciones que tengan que ver con el evento, afecto embotado, anhedonia, sensación de futuro acortado; y síntomas asociados al aumento del estado de alerta y reactividad, expresados inicialmente como irritabilidad o comportamientos agresivos o autodestructivos,

además de incluir insomnio, nerviosismo, disminución en la concentración hipervigilancia, sobresaltos exagerados y alteraciones en el sueño. ⁽³⁶⁾ ⁽³⁷⁾

El trastorno de estrés post traumático es una afección crónica, con solo un tercio de los pacientes recuperándose al año de seguimiento y un tercio todavía sintomático 10 años después de la exposición al evento. Las personas que desarrollan TEPT inician la sintomatología meses después del hecho, encontrándose que hasta un 25% experimenta un inicio tardío después de 6 meses o más. Alrededor del 30% de los pacientes se recuperan por completo, el 40% siguen con síntomas leves, el 20% continúan con síntomas moderados y el 10% continúan con la severidad del trastorno. ⁽³⁶⁾

La prevalencia de eventos traumáticos oscila entre el 61% y el 80% de la población. Después de dicho suceso, el trastorno de estrés post traumático ocurre en un aproximado del 5% al 10% de la población, siendo predominante en el género femenino. ⁽³⁵⁾ Se estima que la incidencia a lo largo de la vida del TEPT es del 9-15%, mientras que la prevalencia durante los años de vida es del 8% en la población en general, mientras que un 5-15% pueden experimentar formas subclínicas de dicho trastorno. ⁽³⁸⁾

Los factores de riesgo para el desarrollo del TEPT incluyen los factores biológicos y psicológicos tales como el género (mayor prevalencia en mujeres), adversidades infantiles, afectación mental preexistente, vulnerabilidad genética a enfermedades psiquiátricas, nivel socioeconómico bajo, menor educación, carencia de apoyo social, reciente ingesta desmesurada de alcohol. ⁽³⁵⁾ ⁽³⁹⁾

La interacción de factores ambientales contribuye a la susceptibilidad genética de un individuo para desarrollar TEPT, demostrando un fenotipo poligénico que probablemente está influenciado por miles de loci en todo el genoma, destacando variantes en CAMKV, KANSL1 y genes TCF4. Además, se evidenció que el gen FKBP5 relacionado con el estrés puede lograr un mayor riesgo de producir TEPT. ⁽⁴⁰⁾

Existen variables biológicas en personas con el trastorno de estrés post traumático, desde el compromiso de sistemas de neurotransmisores como la hiperactividad de los sistemas noradrenérgicos (modulación negativa de los receptores plaquetarios α_2 -adrenérgicos y linfocitarios β -adrenérgicos) y de opioides endógenos (descenso de las concentraciones plasmáticas de β -endorfinas), así como la hiperregulación del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal con una disminución de las concentraciones del cortisol a nivel plasmático y urinario. Cabe la posibilidad de que el hipocampo presente cambios estructurales en el TEPT como la reducción del volumen medio de dicha región en el cerebro. ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾

La presencia de más de un síntoma del TEPT puede variar en su inicio, abarcando entre 3 a más meses post exposición al trauma o manifestarse como una condición crónica, con consecuencias ocupacionales, deficiencias educativas a lo largo de la vida, dificultades maritales e incluso con una relación mayor de mortalidad en ciertas circunstancias como la presencia de ideación e intento de suicidio en una proporción cuatro veces mayor a la de persona sin síntomas de TEPT. ⁽⁴¹⁾

III. METODOLOGÍA:

3.1 Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación: Estudio correlacional de corte transversal. ⁽⁴²⁾

Diseño de investigación: Estudio con enfoque cuantitativo ⁽⁴³⁾; diseño observacional, no experimental. ⁽⁴⁴⁾

3.2 Variables y operacionalización

Variable 1: Trastorno de estrés post traumático (TEPT)

Definición conceptual: Es un trastorno que se desarrolla tras un acontecimiento estresante de corta o larga duración que interviene en la integridad del individuo. ⁽⁴⁵⁾

Definición operacional: Se consideró diagnóstico de TEPT en la escala de trauma de Davidson: TEPT >40 puntos y No presencia de TEPT: <40 puntos.

Dimensiones/Indicadores: Se evaluó las dimensiones de reexperimentación intrusiva, evasión y entumecimiento e hiperexcitación. Indicador con escala de Likert para medir frecuencia y gravedad en la escala de trauma de Davidson y toma como punto de corte la sumatoria >40 puntos.

Variable 2: Edad

Definición conceptual: Determinado tiempo en años que ha vivido una persona. ⁽⁴⁶⁾

Definición operacional: Se consideró los años de edad del paciente según grupos etarios.

Indicadores: Joven (18-29 años), adulto (30-39 años), adulto mayor (>60 años).

Variable 3: Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica que abraza masculino o femenina. ⁽⁴⁷⁾

Definición operacional: Dividir la población en femenino y masculino.

Indicadores: Masculino y Femenino.

Variable 4: Antecedente psicológico

Definición conceptual: Circunstancia anterior en la evaluación del estado mental, donde se observaron anomalías en su cognición y el comportamiento. ⁽⁴⁸⁾

Definición operacional: Verificación de alguna alteración en la salud mental del paciente que implique el tratamiento continuo con un especialista.

Indicadores: Sin diagnóstico psicológico previo: 0 puntos y con diagnóstico psicológico: 1 punto.

Variable 5: Antecedente de enfermedad pulmonar

Definición conceptual: Son trastornos que limitan el flujo aéreo que abarcan síntomas persistentes debido a anomalías de las vías respiratorias y/o alveolares. ⁽⁴⁹⁾

Definición operacional: Enfermedad pulmonar obstructiva como asma y EPOC diagnosticadas antes del proceso de enfermedad del covid-19.

Indicadores: Asma (Presenta:1 punto, No presenta: 0 puntos) y EPOC (Presenta:1 punto, No presenta: 0 puntos).

Variable 6: Antecedente de enfermedades crónicas

Definición conceptual: Es una enfermedad de larga duración, de progresión lenta y no se transmite de persona a persona. ⁽⁵⁰⁾

Definición operacional: Pacientes antes de ser hospitalizados por Covid-19 presentan diagnósticos de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Indicadores: Hipertensión arterial (Presenta:1 punto, No presenta: 0 puntos) y diabetes mellitus (Presenta:1 punto, No presenta: 0 puntos).

Variable 7: Tiempo de hospitalización

Definición conceptual: Es el tiempo de permanencia asignada a un paciente en una cama hospitalaria con los cuidados de enfermería según prescripciones médicas, donde se evidencia la evolución de su estado de salud y el efecto de su tratamiento. ⁽⁵¹⁾

Definición operacional: Son los días de estancia hospitalaria del paciente mientras es tratado para la enfermedad de covid-19.

Indicadores: Menos de 14 días y mayor de 14 días.

Variable 8: Tipo clínico y diagnóstico de COVID-19.

Definición conceptual: Pacientes con infección por coronavirus mediante hallazgos en el examen físico se asocian a la severidad de la enfermedad. ⁽⁵²⁾

Definición operacional: Pacientes mediante clasificación de la gravedad de infección respiratoria.

Indicadores: Leve (Hospitalizados con síntomas respiratorios y comorbilidades), Moderado (Hospitalizado por neumonía con soporte respiratorio) y Severo (Hospitalizado en unidad de cuidados intensivos).

Variable 9: Soporte respiratorio.

Definición conceptual: Es el uso de oxígeno a largo plazo proporcionado por un médico calificado, incluye prescripción individualizada y educación terapéutica con propósito de aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida a los pacientes hipoxémicos y enfermedades pulmonares crónicas. ⁽⁵³⁾

Definición operacional: La prescripción del uso de oxígeno durante la hospitalización como parte del tratamiento del Covid-19.

Indicadores: Soporte ventilatorio no invasivo (Utilizó máscara o cánula con alto flujo de oxígeno) y soporte ventilatorio invasivo (realización intubación orotraqueal y conexión a ventilador mecánico).

Variable 10: Oxigenoterapia en la rehabilitación

Definición conceptual: Es el uso de oxígeno a largo plazo con propósito de mejorar la calidad de vida a los pacientes hipoxémicos y enfermedades pulmonares crónicas. ⁽⁵³⁾

Definición operacional: La prescripción del uso de oxígeno en casa como parte de la rehabilitación y/o tratamiento a largo plazo de alguna secuela pulmonar por parte del Covid-19.

Indicadores: Usa oxígeno como parte de su rehabilitación (1 punto); no usa oxígeno como parte de su rehabilitación (0 puntos).

Variable 11: Signos y síntomas después del alta.

Definición conceptual: Complicaciones neurológicas que afecta disfunción del sistema nervioso central, alteración a nivel de la conciencia o complicaciones focales como convulsiones o afectación en el sistema nervioso periférico y del músculo esquelético como la miopatía. ⁽⁵⁴⁾
Complicaciones respiratorias que abarca experiencia subjetiva de malestar respiratorio que se compone de sensaciones distintas que varían en intensidad. ⁽⁵⁵⁾.

Definición operacional: Signos y síntomas persistentes o secuelas neurológicas o respiratorias por COVID-19.

Indicadores: Disnea: Dificulta para respiración (Presenta:1 punto, No presenta: 0 puntos) y secuela neurológica (Presenta:1 punto, No presenta: 0 puntos).

Variable 12: Discriminación.

Definición conceptual: Es la asociación negativa entre una persona o grupo de personas, siendo personas etiquetadas, estereotipadas o incluso que reciban un trato excluyente a causa de una percibida conexión con una enfermedad. ⁽⁵⁶⁾

Definición operacional: Paciente después del alta hospitalaria perciben discriminación social.

Indicadores: Perciben discriminación en su entorno después del alta:1 punto, No perciben discriminación en su entorno después del alta:0 punto.

Variable 13: Familiares infectados por COVID-19.

Definición conceptual: Personas que a través de una muestra clínica por hisopado nasofaríngeo u orofaríngeo ha sido confirmado por SARS-Cov2 por detección de ácido nucleico usando RT-PCR, independientemente de los signos y síntomas clínicos. ⁽⁵⁷⁾

Definición operacional: Personas del entorno familiar que presentan diagnóstico positivo de COVID-19.

Indicadores: Presentó familiares diagnosticados por COVID-19: 1 punto, no presentó familiares diagnosticados por COVID-19: 0 puntos.

Variable 14: Familiares fallecidos por COVID-19.

Definición conceptual: Hecho de perder a alguien, lo que conlleva un proceso doloroso que ayuda a familiares mediante emociones adaptarse a la pérdida. ⁽⁵⁸⁾

Definición operacional: Familiares que fallecieron a consecuencia de COVID-19.

Indicadores: Perdió familiares por COVID-19: 1 punto, no perdió familiares por COVID-19: 0 puntos.

Variable 15: Reincorporación a actividades cotidianas.

Definición conceptual: Proceso de integración de las personas que se han mantenido a resguardo por la pandemia de COVID-19 en diferentes actividades laborales asociadas a instituciones gubernamentales y no gubernamentales. ⁽⁵⁹⁾

Definición operacional: Personas dados de alta por COVID-19 presento adversidades para ejercer actividades diarias antes del proceso de la enfermedad.

Indicadores: Presento dificultades para realizar sus actividades después del alta: 1 punto, No presentó dificultades para realizar sus actividades después del alta: 0 puntos.

3.3 Población, muestra y muestreo

Población: El presente estudio estuvo dirigido a los 318 pacientes que estuvieron hospitalizados con diagnóstico de COVID-19 y que fueron dados de alta desde el mes de enero a julio de 2021.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, diagnosticados como COVID-19 positivos según sus síntomas y/o prueba antigénica o prueba rápida, recuperados del alta y que estuvieron estabilizados en su estado médico general durante el mes de enero a julio de 2021.

Criterios de exclusión: Pacientes sin instrucción, pacientes en deceso y que no aceptaron participar.

Muestra: La muestra que se incluyó fueron 126 pacientes con alta médica por COVID-19 desde el mes de enero a julio de 2021. 192 personas no se incluyeron en el estudio de los cuales 38 tuvieron números telefónicos erróneos, 63 no respondieron las llamadas telefónicas, 53 no aceptaron participar en el trabajo de investigación, 33 no cumplieron los criterios de inclusión del estudio y 5 fallecieron.

Fueron 126 personas las que contestaron las llamadas telefónicas y aceptaron participar en el estudio.

Unidad de análisis: Pacientes dados de alta médica por COVID-19.

Muestreo: No probabilístico censal.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el estudio se consideró aplicar un cuestionario tipo autoadministrado, el cual fue validado por expertos en el área de la salud mental (psicólogos y psiquiatra) y se aplicó a los participantes mediante llamadas telefónicas y/o a través del acceso virtual. ⁽⁴⁴⁾

El instrumento empleado fue la escala de trauma de Davidson (DTS), es un instrumento psicométrico que comprende 17 ítems que se relacionan y evalúan cada uno de los 17 síntomas en el DSM IV (Anexo 3). Clasifican en los elementos de 1 a 4 y 17: criterios B (reexperimentación intrusiva); ítems 5 a 11: criterios C (evasión y entumecimiento); y los ítems 12 a 16: criterios D (hiperexcitación). El individuo deberá puntuar la frecuencia de presentación y la gravedad en una escala Likert de 5 puntos (de 0, nunca o gravedad nula, a 4 a diario o gravedad extrema). Posee un puntaje total de 136 puntos, pero se considera TEPT con mayor de 40 puntos. ⁽⁶⁰⁾ La escala fue validada en su versión al español en un estudio multicéntrico por Bobes García y colaboradores en el año 2000, con un coeficiente α de Cronbach de 0.89, con una fiabilidad de test-retest (intervalo de 15 días) de 0.87 y con un coeficiente de correlación entre las puntuaciones de DTS total y GGI (Clinical Global Impression) de 0.62. ⁽⁶¹⁾

Para el presente estudio se realizó la validación por juicio de expertos para la escala de trauma de Davidson, estando a cargo 5 profesionales del área de la salud mental, siendo 4 psicólogos (2 encargados del área formativa de clínica y 2 con experiencia en educación e investigación, ambos con más de 5 años de experiencia laboral) y una psiquiatra (con más de 8 años de experiencia laboral en el área clínica y educativa). Se evaluó relevancia del instrumento y se evidenció un buen acuerdo entre los expertos respecto a la mayor puntuación de validez que reciben cada uno de los 17 ítems (V de Aiken: 0.86 a 1) y con un IC 95% de 0.62 a 1.0, por lo que se

decide mantenerse en su aplicación. Mientras que, para la coherencia de los 17 ítems, se obtuvo un buen acuerdo entre expertos respecto a la mayor puntuación de validez de cada ítem (V de Aiken: 0.86 a 1.0) y con IC 95% de 0.62 a 1.0, se decidió mantenerse en su aplicación. Por otro lado, al evaluar la claridad del instrumento, se evidenció que el ítem 4 en la dimensión de reexperimentación intrusiva, presentó un bajo acuerdo entre los expertos respecto a la puntuación de validez (V de Aiken: 0.53) y un IC 95% de 0.30 a 0.75, por lo que se decide mantenerse pero se logrará explicar a los participantes las recomendaciones otorgadas por expertos, sin embargo los demás 16 ítems en claridad presenta un buen acuerdo de expertos (V Aiken: 0.86 a 1.0) y IC95% de 0.6 a 1.0.

3.5 Procedimientos

El proyecto fue evaluado por el Comité de Ética de la Universidad César Vallejo y se emitió un acta de aprobación para el desarrollo de tesis. Se accedió a la población de estudio, mediante el permiso del jefe de la unidad de investigación académica del Hospital de Apoyo Chepén, bajo el cumplimiento de los aspectos éticos del estudio y obteniendo permiso para el acceso a las historias clínicas. Luego, se recolectó datos de las fichas epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 que estuvieron con alta médica, en una base de datos creada con Microsoft Excel 2013. Con el acceso a los números telefónicos de los pacientes, se realizaron llamadas correspondientes a cada paciente, se procedió a ser una presentación formal con una adecuada explicación del estudio, luego se solicitó el consentimiento informado (Anexo 2). Aprobado el consentimiento informado, se aplicó: escala de trauma de Davidson (DTS), a través de una llamada telefónica se procedió a leer las instrucciones, y se aplicó la DTS. Un grupo de participantes tuvieron acceso a un link virtual que los dirigió a contestar el cuestionario a través de la plataforma web de formularios de google. Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos y categorizados a través del programa de Microsoft Excel 2013. Se procedió con el análisis estadístico con el programa de Jamovi.

3.6 Métodos de análisis de datos

Los resultados obtenidos del estudio, se transcribieron a una ficha de recolección de datos en el programa de Microsoft Excel 10 para la elaboración de la base y la limpieza de la misma. Los resultados se procesaron por el programa estadístico Jamovi. Para las variables categóricas se describió frecuencias, porcentajes y chi cuadrado, además se determinó la significancia estadística. La importancia del chi cuadrado es probar la asociación entre dos variables y ver en qué medida se ajusta a la distribución de frecuencias.

Además, teniendo como alcance el valor de chi cuadrado, se procedió a medir el tamaño de su efecto entre variables categóricas usando la medida V de Cramer, presenta un valor máximo de 1 en caso de asociación perfecta y un valor mínimo de 0 en situación de una independencia de variables, pero en términos empíricos se puede considerar al 0.6 como un valor máximo habitual y al valor de 0.3 como valor intermedio. ⁽⁶²⁾

3.7 Aspectos éticos:

En este estudio se aplicó el principio 10 y 21 de la Declaración de Helsinki II, que señala la protección de la salud, vida y el respeto a la protección de la intimidad y dignidad de la persona. Para la identificación de los participantes, sólo se accedió al nombre para poder hacer contacto telefónico con el paciente. Ni en la ficha de recolección de información, ni en las bases en Microsoft Excel ni Jamovi, se usó el DNI, el nombre, ni el número de historia clínica, sólo un código al que sólo los investigadores tuvieron acceso. Este código fue un número que inició en 001 seguido por las iniciales del paciente. La base de datos fue guardada en la computadora personal del investigador y solo tendrán acceso a ella, estos. Para compartir información, sólo se usó el correo institucional. Se solicitó el permiso correspondiente al Hospital de Apoyo Chepén para el acceso a las historias clínicas. La OMS nos propone principios éticos que debemos cumplir como: integridad, sometimiento de cuentas, autonomía e imparcialidad, respeto y responsabilidad social. ⁽⁶³⁾

Mediante el consentimiento informado verbal, siendo este un acuerdo de voluntades entre el médico y paciente, se logró informar los beneficios, y el motivo del estudio, logrando la autorización por parte del paciente, respetando así el

derecho a la protección de la salud mental de la persona. Paciente entrevistado con resultado final de TEPT, se les invitó acudir a una evaluación por el especialista idóneo. ⁽⁶⁴⁾ Se cumplieron los requisitos necesarios para ser aprobado por el comité institucional de ética en investigación del Hospital Apoyo Chepén. Una copia del estudio fue entregado a la Unidad de investigación de la Universidad y al área de docencia e investigación del Hospital de Chepén.

IV. RESULTADOS

El estudio estuvo conformado a las 126 personas que contestaron las llamadas telefónicas y aceptaron participar en el estudio.

Tabla 1.- Trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

Presencia de TEPT	N°	%
Presenta	65	51.60 %
No Presenta	61	48.40 %
Total	126	100.00%

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 del Hospital de Chepén.

En la tabla 1, se observa que el 51.6% de los participantes presentaron manifestaciones que se asocian al trastorno de estrés post traumático, mientras que el 48.4% no presenta manifestaciones.

Tabla 2.- Presencia de trastorno de estrés post traumático según sexo y edad, en pacientes dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

Factor demográfico			Trastorno de estrés post traumático		
			NO	SI	Total
Sexo	Femenino	N°	43	29	72
		% total	34.10 %	23.00 %	57.10 %
	Masculino	N°	22	32	54
		% total	17.50 %	25.40%	42.90 %
	Total	N°	65	61	126
		% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %
Edad	Joven (18-29 años)	N°	20	13	33
		% total	15.90 %	10.30 %	26.20 %
	Adulto (30 a 59 años)	N°	40	34	74
		% total	31.70 %	27.00 %	58.70 %
	Adulto mayor (>60 años)	N°	5	14	19
		% total	4.00 %	11.10 %	15.10 %
	Total	N°	65	61	126
		% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 del Hospital de Chepén.

En la tabla 2 se observa que el 25.4% de los participantes de sexo masculino presentan trastorno de estrés post traumático, y en el caso de las mujeres el 23%. Considerando el grupo etario, el 27% de los participantes adultos (30 a 59 años) presentan TEPT siendo los más afectados, seguidos del 11.1% del grupo de adultos mayores, y finalmente el grupo de los más jóvenes (18 a 29 años) que representan el 10.3% de los participantes.

Tabla 3.- Presencia del trastorno de estrés post traumático según antecedentes personales en pacientes dados de alta médica por COVID-19.

Antecedentes personales			Trastorno de estrés post traumático		
			NO	SI	Total
Hipertensión arterial	No	N°	62	34	96
		% total	49.20 %	27.00 %	76.20 %
	Si	N°	3	27	30
		% total	2.40 %	21.40 %	23.80 %
	Total	N°	65	61	126
		% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %
Diabetes Mellitus	NO	N°	59	46	105
		% total	46.80 %	36.50 %	83.30 %
	SI	N°	6	15	21
		% total	4.80 %	11.90 %	16.70 %
	Total	N°	65	61	126
		% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %
Asma	NO	N°	37	42	79
		% total	29.40 %	33.30 %	62.70 %
	SI	N°	28	19	47
		% total	22.20 %	15.10 %	37.30 %
	Total	N°	65	61	126
		% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %
EPOC	NO	N°	63	54	117
		% total	50.00 %	42.90 %	92.90 %
	SI	N°	2	7	9
		% total	1.60 %	5.60 %	7.10 %
	Total	N°	65	61	126
		% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %
Antecedente psicológico	NO	N°	38	32	70
		% total	30.20 %	25.40 %	55.60 %
	SI	N°	27	29	56
		% total	21.40 %	23.00 %	44.40 %

	Total	N°	65	61	126
		% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

En la tabla 3 se observa que el 21.4% de los participantes con hipertensión arterial presentan trastorno de estrés post traumático, y en el caso de las personas con diabetes mellitus el 11.9% presentan TEPT, además de presentar en el 15.1% con asma, en el 5.6% con EPOC y en un 23% con antecedente psicológico.

Las tablas del 4 al 7 representan el hallazgo con respecto a la relación sobre los factores hospitalarios y el trastorno de estrés post traumático en los pacientes con alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

Tabla 4.- Relación entre el factor hospitalario: días de hospitalización por COVID-19 con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.

Tiempo de Hospitalización		Trastorno de estrés post traumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
Menos de 14 días	N°	29	9	38	13.3	1	<.001	0.325
	% total	23.00 %	7.10 %	30.20 %				
Más de 14 días	N°	36	52	88				
	% total	28.60 %	41.30 %	69.80 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén

En la tabla 4 se aprecia relaciones estadísticamente significativas ($p <.005$) de efecto moderado (V de Cramer =.325) entre el tiempo de hospitalización y la presencia de trastorno de estrés post traumático. Observándose un mayor

porcentaje de presencia de TEPT en los pacientes que permanecieron más de 14 días hospitalizados (41.3%), en comparación de aquellos que permanecieron menos de 14 días (7.1%).

Tabla 5. Relación entre el factor hospitalario: tipo clínico de COVID-19 con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.

Tipo clínico de COVID-19		Trastorno de estrés post traumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
Leve	N°	19	2	21	29.8	2	<.001	0.486
	% total	15.10 %	1.60 %	16.70 %				
Moderado	N°	46	43	89				
	% total	36.50 %	34.10 %	70.60 %				
Severo	N°	0	16	16				
	% total	0.00 %	12.70 %	12.70 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00%				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chapén

En la tabla 5 se aprecia relaciones estadísticamente significativas ($p <.005$) de efecto moderado (V de Cramer =.486) entre el tipo clínico de COVID-19 y la presencia de trastorno de estrés post traumático. Observándose un mayor porcentaje de TEPT en los pacientes que permanecieron hospitalizados con tipo moderado de COVID-19 (34.1%), en comparación de aquellos que se hospitalizaron con tipo severo (12.7%) y leve (1.6%).

Tabla 6.- Relación entre el factor hospitalario: soporte ventilatorio no invasivo con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.

Soporte ventilatorio		Trastorno de estrés postraumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
NO	N°	11	4	15	3.2	1	0.07	0.16
	% total	8.70 %	3.20 %	11.90 %				
SI	N°	54	57	111	2	3		
	% total	42.90 %	45.20 %	88.10 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

En la tabla 6 no se aprecia relación estadísticamente significativa (p.073) de efecto débil (V de Cramer=.486) entre el soporte ventilatorio no invasivo y la presencia de trastorno de estrés post traumático. Sin embargo, se observa un mayor porcentaje de TEPT en los pacientes que sí estuvieron con soporte ventilatorio no invasivo (45.2%) de aquellos que no estuvieron con soporte ventilatorio (3.2%), además de presentar un alto porcentaje en personas que no presentaron TEPT (42.9%) y que si utilizaron soporte ventilatorio no invasivo.

Tabla 7.- Relación entre el factor hospitalario: soporte ventilatorio invasivo con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.

Soporte ventilatorio invasivo		Trastorno de estrés postraumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
NO	N°	65	45	110	19.5	1	<.001	0.394
	% total	51.60 %	35.70 %	87.30 %				
SI	N°	0	16	16				
	% total	0.00 %	12.70 %	12.70 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

En la tabla 7 se aprecia relación estadísticamente significativa ($p < .005$) de efecto moderado (V de Cramer = .394) entre el soporte ventilatorio invasivo y la presencia de trastorno de estrés post traumático. El porcentaje de TEPT en los pacientes que sí estuvieron con soporte ventilatorio invasivo (12.7%) representa la totalidad de participantes en comparación de los que no estuvieron con soporte ventilatorio (35.7%).

Las tablas del 8 al 14 representan el hallazgo con respecto a la relación sobre los factores no hospitalarios y el trastorno de estrés post traumático en los pacientes con alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

Tabla 8.- Relación entre el factor no hospitalario: oxígeno como parte de la rehabilitación con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.

Oxigenoterapia en rehabilitación		Trastorno de estrés postraumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
NO	N°	64	47	111	13.8	1	<.001	0.33
	% total	50.80 %	37.30 %	88.10 %				
SI	N°	1	14	15				
	% total	0.80 %	11.10 %	11.90 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

En la tabla 8 se aprecia relación estadísticamente significativa ($p < .005$) de efecto moderado (V de Cramer =.33) entre el uso de oxígeno como parte de su rehabilitación y la presencia de trastorno de estrés post traumático. Se observa un mayor porcentaje de TEPT en los pacientes que no estuvieron con oxígeno en su rehabilitación (37.3%) de aquellos que sí estuvieron con oxígeno durante su rehabilitación (11.1%), sin embargo, no se presenta TEPT en aquellos que no presentaron oxígeno como parte de su rehabilitación (50.8%) de aquellos que sí presentaron (0.8%).

Tabla 9.- Relación entre el factor no hospitalario: signos y síntomas después del alta como manifestaciones neurológicas con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta hospitalaria.

Secuela neurológica		Trastorno de estrés postraumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
NO	N°	63	40	103	20.7	1	<.001	0.406
	% total	50.00 %	31.70 %	81.70 %				
SI	N°	2	21	23				
	% total	1.60 %	16.70 %	18.30 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén

En la tabla 9 se aprecia relación estadísticamente significativa ($p < .005$) de efecto moderado (V de Cramer =.406) entre la secuela neurológica después del alta y la presencia de trastorno de estrés post traumático. Se observa un mayor porcentaje de TEPT en los pacientes que no presentaron secuela neurológica (31.7%) de aquellos que si presentaron secuela neurológica (16.7%), sin embargo, se presenta mayor porcentaje en pacientes que no presentan TEPT y que no presentaron manifestaciones neurológicas (50%).

Tabla 10.- Relación entre el factor no hospitalario: dificultad para respirar después del alta con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica por COVID-19.

Dificultad para respirar		Trastorno de estrés post traumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
NO	N°	62	29	91	35.9	1	<.001	0.534
	% total	49.20 %	23.00 %	72.20 %				
SI	N°	3	32	35				
	% total	2.40 %	25.40 %	27.80 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chépén

En la tabla 10 se evidencia relación estadísticamente significativa ($p <.005$) de efecto moderado (V de Cramer =.534) entre la presencia de dificultad respiratoria post alta hospitalaria y el trastorno de estrés post traumático. Observándose un mayor porcentaje de presencia de TEPT en pacientes que presentan dificultad respiratoria post alta médica (25.4%), en comparación de aquellos que no presentan dificultad respiratoria (23.0%).

Tabla 11.- Relación entre el factor no hospitalario: discriminación después del alta con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica por COVID-19.

Discriminación social		Trastorno de estrés post traumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
NO	Observado	42	22	64	10.3	1	0.001	0.285
	% total	33.30 %	17.50 %	50.80 %				
SI	Observado	23	39	62				
	% total	18.30 %	31.00 %	49.20 %				
Total	Observado	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a paciente que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

En la tabla 11 se evidencia relación estadísticamente significativa ($p .001$) de efecto pequeño (V de Cramer =.285) entre la percepción de discriminación y el trastorno de estrés post traumático. Observándose un mayor porcentaje de presencia de TEPT en pacientes que perciben discriminación post alta médica (31%), en comparación de aquellos que no perciben discriminación (17.5%).

Tabla 12.- Relación entre el factor no hospitalario: dificultad para reincorporación de sus actividades después del alta con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica por COVID-19.

Dificultad para reincorporación de actividades		Trastorno de estrés de post traumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
NO	N°	33	8	41	20.3	1	<.001	0.402
	% total	26.2 %	6.3 %	32.5 %				
SI	N°	32	53	85				
	% total	25.4 %	42.1 %	67.5 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.6 %	48.4 %	100.0 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

En la tabla 12 se evidencia relación estadísticamente significativa ($p <.001$) de efecto moderado (V de Cramer =.402) entre la dificultad para reincorporación de actividades y el trastorno de estrés post traumático. Observándose un mayor porcentaje de presencia de TEPT en pacientes que presentaron dificultad para reincorporación de actividades (42.1%), en comparación de aquellos que no presentaron dificultad en su reincorporación (6.3%).

Tabla 13.- Relación entre el factor no hospitalario: familiares infectados con COVID-19 con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.

Familiares infectados con COVID-19	Trastorno de estrés post traumático			χ^2	gl	p	V Cramer	
	NO	SI	Total					
NO	N°	24	7	31	11	1	<.001	0.295
	% total	19.00 %	5.60 %	24.60 %				
SI	N°	41	54	95				
	% total	32.50 %	42.90 %	75.40 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

En la tabla 13 se evidencia relación estadísticamente significativa ($p < .001$) de efecto pequeño (V de Cramer =.295) entre familiares infectados por COVID-19 y el trastorno de estrés post traumático. Observándose un mayor porcentaje de presencia de TEPT en pacientes que presentaron familiares infectados (42.9%), en comparación de aquellos que no presentaron familiares infectados (5.6%).

Tabla 14. Relación entre el factor no hospitalario: familiares fallecidos con COVID-19 con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica.

Familiares fallecidos por COVID-19		Trastorno de estrés post traumático			χ^2	gl	p	V Cramer
		NO	SI	Total				
NO	N°	36	25	61	2.61	1	0.106	0.144
	% total	28.60 %	19.80 %	48.40 %				
SI	N°	29	36	65				
	% total	23.00 %	28.6 %	51.60 %				
Total	N°	65	61	126				
	% total	51.60 %	48.40 %	100.00 %				

Fuente: Aplicación del instrumento escala de trauma de Davidson a pacientes que han sido dados de alta médica por COVID-19 en el Hospital de Chepén.

En la tabla 14 no se evidencia relación estadísticamente significativa ($p = .106$) de efecto débil (V de Cramer = .144) entre familiares fallecidos por COVID-19 y el trastorno de estrés post traumático. Se observó un mayor porcentaje de presencia de TEPT en pacientes que presentaron familiares fallecidos (28.6%), en comparación de aquellos que no presentaron familiares fallecidos (19.8%).

V. DISCUSIÓN:

Durante la pandemia, los rezagos en la salud mental de personas que vivenciaron el proceso clínico, terapéutico y de rehabilitación de COVID-19, desencadenaron el inicio de sintomatología de estrés post traumático. ⁽⁵⁾ A través de este estudio, dirigido a 126 personas dados de alta médica en el Hospital de Chepén, se logró evidenciar los factores internos y externos al hospital relacionados al TEPT.

Con respecto a la frecuencia del TEPT, se evidencia que el 51.6% de los pacientes que estuvieron hospitalizados por COVID-19 en el Hospital de Chepén presentaron sintomatología, mientras que el 48.4% no presentaron clínica de TEPT. A comparación de un estudio realizado en Egipto en el 2021 publicado por Abdelghani et al., donde se evidenció que el 72% de su población de estudio presentó síntomas de TEPT ⁽¹⁴⁾, mientras que un estudio en Italia realizado por Tarsitani et al. ⁽¹⁵⁾, presentó un porcentaje menor de pacientes diagnosticados por TEPT(10.4%), mientras que en Perú en un estudio de Huarcaya et al, el 33.7% de la población en estudio presentaron síntomas predictores de TEPT. ⁽⁹⁾

Las diferencias encontradas en la frecuencia de los estudios se deben a las características en la organización sanitaria y la capacidad resolutoria de cada país frente a la pandemia. Perú, con un mayor porcentaje de TEPT, se asocia a la percepción de los participantes de las consecuencias de la pandemia durante la primera ola desde observar muertes diarias, el temor y angustia por contagiarse, la sobresaturación de información por medios de comunicación, sus comorbilidades, y más aún el estar hospitalizados, se convierte en una vivencia amenazante a la vida desencadenando estrés constante y preocupación. ⁽³⁵⁾

Con respecto al sexo, se demuestra que el 25.4% de varones y el 23% de mujeres presentan síntomas de TEPT, mientras que el 34.1% no presentaban. Con el estudio de Karatzias et al. ⁽²²⁾ en Irlanda se mostró que el 19.3% de sus encuestados del sexo masculino presentaron TEPT frente a un 16.2% del sexo femenino, por otro lado, en el estudio de Chang et al. ⁽²³⁾, el 56.3% representó a la población de sexo femenino con clínica de TEPT, mientras que el 43.7% de la población fueron varones. En el estudio se muestra un mayor número de encuestados del sexo

femenino, en comparación con los del sexo masculino sin embargo fueron los más propensos a desarrollar TETP, no obstante, se muestra oposición en los resultados porque hubo mayor número de féminas con un tiempo menor de hospitalización a comparación de pacientes varones con mayores días de estancia hospitalaria y mayor tasa de comorbilidades y con mayores días de estancia hospitalaria. ⁽³⁵⁾

Considerando el grupo etario, la población adulta de 30 a 59 años representa el 27% de los participantes que poseen clínica de TEPT, siendo los más afectados a comparación de los adultos mayores (>60 años) con un 14% y los jóvenes (18-29 años) con un 10.3%. Al ver las diferencias entre grupos de edades, las personas < de 60 años representan ser más susceptibles a presentar síntomas de TEPT, esto se debe a que las personas adultas y jóvenes presentan mayores responsabilidades tanto sociales como financieras durante los eventos traumáticos que los adultos mayores, además que la población menor de 60 años presenta mayor reactividad emocional a la infección, lo que produce una respuesta excesiva al estrés. En el estudio los adultos mayores presentaron mayor sintomatología de estrés porque estuvo relacionado con el mayor tiempo de hospitalización y representaron mayor percepción de gravedad en su clínica. ⁽⁶⁵⁾

En los participantes del estudio, se muestra la frecuencia de los antecedentes personales junto a los síntomas de TEPT, mostrándose un 21.4% de personas con hipertensión arterial, 11.9% con diabetes mellitus, 15.1% con asma, 5.6% con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y 23% con antecedente psicológico. Estos resultados se comparten con lo estudiado por Einvik et al. ⁽¹⁷⁾ donde evidencia cierto grado de asociación en las comorbilidades en los sobrevivientes por COVID-19, siendo las personas que presentaron TEPT en un 20% junto con asma, 3% con EPOC, un 28% con hipertensión arterial, un 12% junto a diabetes mellitus, sin embargo, no hubo quienes presentaron antecedente psicológico. Las comorbilidades personales representan una amenaza constante en pacientes durante la hospitalización de COVID-19 y refleja ansiedad y miedo en las personas. Philip et al. ⁽²⁶⁾ refiere que existe relación en la frecuencia de TEPT con un 27.5% con antecedente psiquiátrico. Tarsitani et al. ⁽¹⁵⁾, en su estudio representa el 42% de los sobrevivientes de COVID-19 presentan TEPT asociado a un diagnóstico previo psiquiátrico, siendo un predictor fuerte de TEPT, además, se

tiene registro en pandemia y sucesos traumáticos anteriores sobre su fuerte asociación entre variables. ⁽²⁷⁾

Se encontró relación estadísticamente significativa de efecto moderado entre el tiempo de hospitalización y la presencia de trastorno de estrés post traumático, observándose mayor porcentaje de TEPT en pacientes que permanecieron más de 14 días hospitalizados (41.3%). Se llega a interpretar que los participantes al estar más días de hospitalización, tomando como punto de corte 14 días, se presenta la posibilidad de presentar sintomatología de TEPT en pacientes que han sido dado de alta médica por COVID-19.

Según Liu et al. ⁽²⁴⁾ en su estudio el tiempo de hospitalización con un promedio de 26.62 días, con una significancia estadística ($p=0.004$), se asoció la aparición de TEPT a un tiempo mayor de 14 días de hospitalización, incluso en el estudio de Huarcaya et al. ⁽⁹⁾ en donde los pacientes hospitalizados con más de 14 días presentaron un mayor número de síntomas de angustia relacionados a TEPT. Esto se explica porque durante la hospitalización se incrementa la percepción de la situación crítica y el peligro que representa el proceso de infección de COVID-19, además el haber percibido las consecuencias sanitarias de la primera ola, conduce a una respuesta de estrés alta y constante. ⁽⁶⁶⁾

El tipo clínico de COVID-19 muestra una relación estadísticamente significativa de efecto moderado entre la presencia de trastorno de estrés post traumático. Observándose un mayor porcentaje de TEPT en los pacientes que permanecieron hospitalizados con tipo moderado de COVID-19 (34.1%), en comparación de aquellos que se hospitalizaron con tipo severo (12.7%) y leve (1.6%). Se interpreta que las personas que estuvieron hospitalizadas por clínica moderada y severa de COVID-19 presentan mayor sintomatología de TEPT.

Liu et al. ⁽²⁴⁾ muestra relación en los niveles de severidad de COVID-19 con el TEPT ($p=0.004$), presentando síntomas moderados con un 51.6% y severos en un 32.8%, mientras que Poyraz BC et al. ⁽⁶⁷⁾ refiere que los pacientes al auto percibirse con síntomas de moderados a severos de COVID-19, llegan a tener mayor posibilidad de presentar clínica de moderada a grave de TEPT, presentando una significancia estadística de $p < 0.001$. Se explica de tal modo que las personas hospitalizadas

durante la pandemia con sintomatología tanto moderada como grave perciben diferentes tipos de procedimientos médicos sumado la permanencia hospitalaria, lo que genera aumento de estrés y estime una amenaza a su vida.

El soporte ventilatorio no invasivo no presenta relación estadística y con efecto débil entre la presencia de trastorno de estrés post traumático. Poyraz et al. ⁽⁶⁷⁾, estudio el oxígeno suplementario requerido durante el tratamiento de COVID-19, logró evidenciar que no se presenta asociación en el inicio de síntomas de TEPT ($p > 0.005$). Se deduce que las personas hospitalizadas, sienten mejoría a la dificultad respiratoria con el oxígeno suplementario no invasivo lo que deja consigo la disminución de episodios traumáticos al brindar alivio sintomatológico y esperanza en su mejoría clínica.

Clínica del trastorno de estrés post traumático posee relación estadística de efecto moderado con el soporte ventilatorio invasivo y la presencia de trastorno de estrés post traumático. Evidenciando que un 12.7% de los participantes presentaron intubación y TEPT. Liu et al. ⁽²⁴⁾ en su estudio demuestra que la ventilación mecánica no representa ser un predictor significativo para desarrollar TEPT ($p > 0.05$), por otro lado Tarsinati et al. ⁽¹⁵⁾ nos refiere que la prevalencia combinada entre el TEPT en los supervivientes del tratamiento y hospitalización de la unidad de cuidados intensivos a los 3 meses del seguimiento fue del 15.9%, mientras que en el estudio las 16 personas que se asoció a la prevalencia combinada, representa el 12.7% del total de los participantes y nos manifiesta que el tratamiento en UCI representa mayor mortalidad durante la hospitalización, sin embargo genera situaciones de estrés y angustia en los sobrevivientes. Las complicaciones graves de las enfermedades médicas representan amenazas directas y graves a la vida, además, la hospitalización asociada con intervenciones médicas integrales o invasivas para mantener o restaurar las funciones vitales, aumentan la probabilidad de desarrollar síntomas de TEPT. ⁽¹⁴⁾

Se observa relación estadística de efecto moderado entre el uso de oxígeno como parte de su rehabilitación y la presencia de trastorno de estrés post traumático. Se representa un mayor porcentaje de TEPT en los pacientes que no estuvieron con

oxígeno en su rehabilitación (37.3%). Bellan et al. ⁽¹⁹⁾ menciona en su estudio que en los primeros meses después de la infección por SARS-Cov 2, los pacientes presentan alteración en la transferencia de gas alveolar que requieren oxígeno como terapia en el proceso de su recuperación post alta, se demuestra que el síntoma respiratorio a largo plazo como secuela respiratoria y los síntomas de la escala de eventos para evaluar el TEPT poseen relación significativa (p 0.001). La prevalencia en los síntomas del trastorno permaneció durante un periodo de 4-12 meses después del alta asociado a la relación a la persistencia de síntomas respiratorios. Al día de hoy, el hecho de llevar tratamiento en casa como parte de la rehabilitación en los pacientes post alta, genera recuerdos intrusivos de los sucesos hospitalarios que se asocian al soporte ventilatorio, evitando pensamientos o sentimientos internos relacionados con el trauma.

La secuela neurológica después del alta médica por COVID-19, presenta relación estadística de efecto moderado entre la presencia de trastorno de estrés post traumático. El 16.7% de las personas que refirieron presentar secuela neurológica como incapacidad al movimiento en extremidades se asoció a los síntomas de TEPT, siendo 21 personas las que han tenido estas manifestaciones irreversibles o reversibles con rehabilitación post alta hospitalaria, lo que genera situaciones de angustia y síntomas de evasión y sensación de un futuro desolador. Martillo et al. ⁽²⁰⁾ en su estudio verifico que el 86.7% de su población presento una discapacidad física, y que el 66.7% de los pacientes presentaban secuelas neurológicas como problemas para caminar e incluso uno de ellos refirió estar confinado en cama y además que el 17.8% de los mismo presentaron síntomas sugestivos de TEPT. Según Cimas, en su artículo refiere que las manifestaciones neurológicas se producen bajo el transporte axonal y transferencia por sinapsis del SARS-CoV-2 desde los nervios periféricos hasta el sistema nervioso central (SNC), lo que logra respuesta inflamatoria y la hipercoagulabilidad del sistema vascular cerebral y la barrera hematoencefálica lo que genera alteraciones sistémicas con persistencia de las mismas, presentándose alteraciones post alta como Guillain Barré, mielitis transversa, ictus, hemiplejias, hemiparesias. Además, manifiesta las alteraciones psicológicas y psiquiátricas que van desde la repercusión en situaciones por el temor y el confinamiento que se asocian a TEPT. ⁽⁶⁸⁾

En el estudio se encontró relación estadística de efecto moderado entre la presencia de dificultad respiratoria post alta hospitalaria y el trastorno de estrés post traumático. Observándose un mayor porcentaje de presencia de TEPT en pacientes que presentan dificultad respiratoria post alta médica (25.4%). Einvik et al. ⁽¹⁷⁾ presenta relación con la dificultad respiratoria y el TEPT ($p = .003$), siendo un 70% de las personas que estuvieron hospitalizadas y que presentan TEPT, esto genera causa y efecto de las emociones pasivas en los pacientes. Las personas al presentar disnea después del alta aumentan el riesgo de TEPT porque se generan recuerdos intrusivos, y genera desconfianza y expectativa incierta por la condición de su secuela respiratoria, y vive en incertidumbre al desconfiar en el tratamiento o el progreso de su rehabilitación o de sus síntomas, generando un episodio de estrés continuo.

La percepción de discriminación, posee relación estadísticamente significativa de efecto pequeño entre el trastorno de estrés post traumático. Observándose un mayor porcentaje de presencia de TEPT en pacientes que perciben discriminación post alta médica (31%). Según Chen et al ⁽¹⁶⁾, refiere que el bajo apoyo social percibido por el paciente después de su alta hospitalaria presenta una asociación significativa con el TEPT ($p < 0.001$), los pacientes consideran más importante los recursos externos que los recursos internos con respecto a su apoyo emocional. Liu et al ⁽²⁴⁾, muestra que ser objeto de discriminación presenta una relación significativa con el TEPT ($p < 0.001$), por lo que la baja percepción de apoyo social puede afectar a las personas indirectamente ya que el sobreviviente percibe poca resiliencia externa social y se asocia a la autopercepción del sobreviviente como amenaza en su entorno, resultando en una experiencia subjetiva de miedo que es fuertemente relacionada con el TEPT. Por otro lado, Cai et al. ⁽²¹⁾ Identificó que la relación entre el apoyo social y la puntuación del TEPT fue fuerte ($p = 0.001$), donde se menciona que la percepción de un buen apoyo social se asocia con síntomas de estrés emocional menos severos asociados con eventos traumáticos.

Existe asociación de efecto moderado entre el factor no hospitalario como la dificultad para la reincorporación de las actividades cotidianas después del alta médica con el TEPT. Observándose un mayor porcentaje de presencia de TEPT en personas que presentaron dificultad en la reincorporación de actividades (42.1%).

Poyraz et al. ⁽⁶⁷⁾ en su investigación refiere que la discapacidad temporal en los centros de trabajo de las personas post alta hospitalaria se asoció con la gravedad de los síntomas del TEPT ($p=0.03$), por lo que la dificultad en la reincorporación a las actividades se encuentra a los síntomas somático y neuropsiquiátricos como dolor musculoesquelético, dolores de cabeza, trastorno del sueño, dificultad de concentración, fatiga crónica, e incluso dolor; ello genera recordar eventos traumáticos y en consecuencia ir agravando los síntomas post traumáticos como los flashbacks.

Pacientes con familiares infectados por COVID-19, presentan asociación con la clínica del trastorno de estrés post traumático, presentando una relación significativa de efecto pequeño entre las variables, demostrando que el 42.9% de personas que presentaron TEPT tuvieron familiares infectados por COVID-19. Liu et al. ⁽²⁴⁾ refiere que los pacientes que tuvieron familiares no tuvieron asociación con el TEPT ($p=.106$), llegando a un 32.7% de la población de estudio quien presentó familiares infectados con COVID-19, esto se explica porque el país de China hubo mayor cumplimiento en las medidas de salud pública lo que ha generado confianza en la población de China, en cambio en nuestra región la disminución en la adherencia de las medidas sanitarias conlleva a la zozobra de un futuro incierto en los familiares infectados. Cai et al. ⁽²¹⁾ refiere que los familiares cercanos infectados fue un predictor de TEPT ($p<0.001$) debido a que las preocupaciones sobre los problemas de salud de los miembros de la familia infectados y la culpa de ser una fuente de infección, conducen al deterioro del estado de ánimo, lo que se suma a más síntomas de depresión y ansiedad, que pueden degradarse y desaparecer a medida que los seres queridos se recuperan, o deteriorarse y persistir de ser de mayor gravedad el COVID-19 en sus familiares.

Familiares fallecidos con COVID-19, no muestra relación con el trastorno de estrés post traumático en pacientes de alta médica, siendo el 28.6% los que presentaron TEPT tuvieron familiares fallecidos por COVID-19. Liu et al. ⁽²⁴⁾ refiere que el 7.1% de su población que presentan TEPT son los que han perdido a miembros de su familia por COVID-19, sin embargo, no poseen una relación significativa ($p=1$), en cambio en su análisis multivariado se observa la relación significativa entre las variables ($p0.005$). Por otro lado, Cai et al. ⁽²¹⁾ menciona que el duelo por COVID-

19 por familiares solo presenta el 0.8% de los sobrevivientes, no encontrándose asociación con las variables. La muerte de familiares, implica un proceso adaptativo en la aceptación de la ausencia del familiar, por lo que disminuye situaciones de estrés persistente, sin embargo, se considera un factor de riesgo para desencadenar síntomas significativos de TEPT al estar relacionado la causa de la muerte de sus familiares a los traumas relacionados al ser sobreviviente de la enfermedad grave.

La importancia del estudio con la identificación de la correlación de los factores intra y extra hospitalarios nos permiten identificar características epidemiológicas sobre los problemas de salud mental, considerar morbilidad psiquiátrica para preparar un plan de salud mental que implique la participación activa de las autoridades sanitarias como públicas, porque hasta el momento la atención en <la salud mental tanto para pacientes sobrevivientes del COVID-19 como del personal sanitario no se aborda correctamente. Se busca la realización en la notificación de principios básicos para la intervención de emergencia en crisis psicológicas para los casos de COVID-19, logrando brindar atención de la salud mental a los pacientes, contactos cercanos, casos sospechosos, familiares y amigos afectados y al público en general que lo necesite.

Este estudio tiene ciertas limitaciones, primero, el ser un estudio transversal que limita la inferencial causal. Segundo, el haber tenido un reducido número de participantes, sin embargo, sería deseable seguir trabajando con un mayor número de pacientes gravemente enfermos. Tercero, tener limitada la longitud del cuestionario porque cabe la posibilidad de haber pasado por alto algunos factores de riesgo en nuestro análisis como tiempo después del alta médica o tiempo de espera en la admisión hospitalaria. En el estudio no se analizó directamente la correlación de las comorbilidades médicas y tener una evaluación de los problemas de la salud mental antes del COVID-19, siendo una limitación significativa ya que la depresión y la ansiedad previas son factores de riesgo para recurrencia de síntomas. No se consideró en el estudio, grupos de participantes que por aislamiento social desarrollan violencia interpersonal, además de existir grupos con factores de estrés financieros. Los trabajos de investigación futuros deben

considerarse en estos grupos para tener mejor abordaje en causales de los problemas de salud mental.

VI. CONCLUSIONES

1. Existe relación entre los factores hospitalarios (tiempo de hospitalización, tipo clínico de COVID-19 y el soporte ventilatorio invasivo) y los no hospitalarios (oxigenoterapia, secuela neurológica, dificultad respiratoria, percepción de discriminación social, dificultad para reincorporación de actividades y familiares infectados por COVID-19) con el trastorno de estrés post traumático en pacientes con alta médica por COVID-19 del Hospital de Chepén en el 2021.
2. El 51.6% de las personas entrevistadas presentaron síntomas de trastorno de estrés post traumático, mientras que el 48.4% no presentan.
3. El sexo femenino representa un 23% de los sobrevivientes con síntomas de TEPT, mientras que el sexo masculino representa un 25.4% con TEPT. En el grupo de edades, los jóvenes representan un 10.3%, los adultos un 27% y los adultos mayores un 11.1% de los que presentan síntomas de TEPT.
4. La frecuencia del estrés post traumático y antecedentes personales se representa en 21.4%, con hipertensión arterial, 11.9% con diabetes mellitus, 15.1% con asma, 5.6% con EPOC y un 23% antecedente psicológico.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda trabajar en el seguimiento de los pacientes con alta hospitalaria, con el propósito de identificar alteraciones físicas y mentales a fin de evitar desequilibrio en la salud integral de los pacientes que sobrevivieron al proceso de COVID-19.
2. A los trabajadores que laboran en el área COVID-19 del Hospital de Chepén, se aconseja tener una comunicación clara sobre actualizaciones periódicas sobre COVID-19, además de otorgar información oportuna sobre las condiciones hospitalarias, el proceso infeccioso, de manera que se les brinda la confianza en especial a los pacientes con comorbilidades y antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos, resultando una disminución de la percepción de amenaza por el COVID-19.
3. Los trabajadores del área de salud mental del Hospital de Chepén, se sugiere la realización de un cribado psiquiátrico sistemático para las personas que fueron diagnosticadas por COVID-19, para lograr intervenir en las manifestaciones psiquiátricas tempranas y así evitar complicaciones a largo plazo.
4. A los estudiantes de medicina, se aconseja hacer mayor énfasis en el estudio de problemas de salud mental, que investiguen sobre asociaciones de diversos factores de riesgo con el TEPT.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Pandemia por enfermedad por coronavirus. [Online].; 2021 [cited 2021 abril 18]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia J, et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its Impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020; Vol. 66(4): 317-320. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
3. Wing Chit Mak, Chyou Pan, et al. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*. 2009 March; 31:318–326. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>
4. Jakovljevic M, Bjedov S, Jacksic N, et al. COVID-19 Pandemia an Public and Global Mental Health from the perspective of Global Health Security. *Psychiatria Danubina*. 2020; 32(1): 6-14. DOI: [10.24869 / psych.2020.6](https://doi.org/10.24869/psych.2020.6)
5. Wig Chit I, Ming Chu C, Chyou Pan P, et alt. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*. 2010 November–December; 32 (6): 590-598. DOI: [10.1016 / j.genhosppsych.2010.07.007](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.07.007)
6. Battle Ceri E, James K, Bromfield T, et al. Predictors of post-traumatic stress disorder following critical illness: A mixed methods study. *Journal of the Intensive Care Society*. 2017 June 26; 18(4): 289-293. DOI: [10.1177/1751143717713853](https://doi.org/10.1177/1751143717713853)
7. Tang W, Hu T, Chunchan J, Wang G, et al. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*. 2020 September; 274: 1-7. DOI: [10.1016 / j.jad.2020.05.009](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009)
8. Liang L, Ren H, Cao R, Yueyang Hu, et al. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*. 2020 April; 91: 841-852. DOI: [10.1007 /s11126-020-09744-3](https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3)
9. Huarcaya J, Barreto J, Aire L, et al. Research Square. [Online].; 2021 [cited 2021 abril 19]. Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-146200/v1>.
10. Holmes E, O'Connor R, Perry V, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun; 7(6): 547-560. DOI: [0.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).

11. Dutheil F, Mondillon L, Navel V. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychol Med.* 2020 April;1-2. DOI: [10.1017 / S0033291720001336](https://doi.org/10.1017/S0033291720001336)
12. Fhur D, Acarturk C, McGrath C, et al. Treatment gap and mental health service use among Syrian refugees in Sultanbeyli, Istanbul: a cross-sectional survey. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019 November 15; 29: 70. DOI: [10.1017 / S2045796019000660](https://doi.org/10.1017/S2045796019000660)
13. Bryant RA. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. *Curr Psychiatry Rep [Online]*. 2018 oct. [cited 2021 abril 19]; 20: 111. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-018-0976-x#citeas>
14. Abdelghani M, Hassan M, Alsadik M, et al. Post-traumatic stress symptoms among an Egyptian sample of post-remission COVID-19 survivors: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. *Middle East Current Psychiatry.* 2021 March; 28: 20. DOI: <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00102-y>
15. Tarsitani L, Vassalini P, Koukopoulos A, et al. Post-traumatic Stress Disorder Among COVID-19 Survivors at 3-Month Follow-up After Hospital Discharge. *J Gen Intern Med.* 2021 jun;36 (6): 1702-1707. DOI: 10.1007/s11606-021-06731-7.
16. Chen Y, Huang X, Zhang C, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China. *BMC Psychiatry.* 2021; 21(80). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03076-7>
17. Einvik G, Dammen T, Ghanima W, et al. Prevalence and risk factors for post-traumatic stress in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 patients. *Int. J. Environ Res Public Health.* 2021 feb; 18(4):2079. DOI: 10.3390/ijerph18042079
18. Poyraz BÇ, Poyraz C, Olgun Y, et al. Psychiatric morbidity and protracted symptoms after COVID-19. *Psiquiatria Res.* 2021; 295: 113604. DOI: 10.1016 / j. psychres.2020.113604
19. Bellan M, Baricich A, Patrucco F, et al. Long-term sequelae are highly prevalent one year after hospitalization for severe COVID-19. *Sci Rep.* 2021 noviembre; 11(1): 22666. DOI: 10.1038/s41598-021-01215-4
20. Martillo M, Dangayach N, Tabacof L, et al. Postintensive Care Syndrome in Survivors of Critical Illness Related to Coronavirus Disease 2019: Cohort Study From a New York City Critical Care Recovery Clinic. *Critical Care Medicine.* 2021 September; 49(9): 1427-1438. Disponible en: https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2021/09000/Postintensive_Care_Syndrome_in_Survivors_of.5.aspx

21. Cai X, Hu X, Ekumi, et al. Psychological distress and its correlates among COVID-19 survivors during early convalescence across age groups. 2020 Oct; 28(10): 1030-1039. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7347493/#bib0021>
22. Karatzias T, Shevlin M, Murphy J, et al. Posttraumatic stress symptoms and associated comorbidity during the COVID-19 pandemic in Ireland: A population-based study. *Journal Trauma Stress*. 2020 Aug.; 33(4): 365-370. DOI: 10.1002/jts.22565
23. Chang M, Donghwi P. Incidence of Post-Traumatic Stress Disorder After Coronavirus Disease. *Healthcare (Basel)*. 2020 Sep 30; 8(4):373. DOI: 10.3390/healthcare8040373
24. Liu D, BRVJea. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Res*. 2020 Oct; 292(113297). DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113297
25. Park HY, Jung J, Lee SH, et al. Psychological Consequences of Survivors of COVID-19 Pneumonia 1 Month after Discharge. *J Korean Med Sci*. 2020 december; 35(47): 409. DOI: 10.3346 / jkms.2020.35. e409
26. Philip R. Post-traumatic stress in the wake of the COVID-19 pandemic: a scoping review [version 1; peer review: 1 approved, 1 approved with reservations]. *F1000Research*. 2020; 9(675).
27. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress after SARS. *Emerg Infect Dis*. 2005 Aug; 11(8): 1297-300. DOI: 10.3201 / eid1108.041083
28. World Health Organization. Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. [Online].; 2020 [cited 2021 mayo 5. Available from: <http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>.
29. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. [Online].; 2020 [cited 2021 May 2. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/commercial-lab-surveys.html>.
30. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. [Online].; 2020. Available from: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.02.07.937862v1>.
31. Meyerowitz EA, Richterman A, Gandhi RT, Sax PE. Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. *Ann Intern Med*. 2021; 174(4): 69. DOI: <https://doi.org/10.7326/M20-5008>

32. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, et al. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*. 2020; 181(2): 271-280. DOI:10.1016 / j.cell.2020.02.052
33. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*. 2020 oct.; 7(10): 875-882. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X
34. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J. Covid-19 and Post Intensive Care Syndrome: A Call for Action. *J Rehabil Med*. 2020 Apr; 52(4):44. DOI: 10.2340/16501977-2677
35. James B, Alcott V, Ruiz P. *Manual de Psiquiatría Clínica*. Cuarta ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2017. Pp: 348-363.
36. Kaplan Sadock. *Sinopsis de la psiquiatría*. Decimoprimer ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
37. Black D, Andreasen N. *Texto Introductorio de Psiquiatría*. Primera ed. México: Manual Moderno; 2015.
38. Wang Z; Zhu H, Yuan M et al. The resting-state functional connectivity of amygdala subregions associated with post-traumatic stress symptom and sleep quality in trauma survivors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 feb; 271: 1053-1064. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01104-3>
39. Mann SK, Marwaha R. *Posttraumatic Stress Disorder [Libro].*; 2021 [cited 2021 mayo 5]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559129/>.
40. Duncan L CBSH. Robust Findings From 25 Years of PTSD Genetics Research. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 oct.; 20(12):115.
41. Roberts AL, Kubzansky LD, Chibnik LB, et al. Association of Posttraumatic Stress and Depressive Symptoms With Mortality in Women. *JAMA Netw Open*. 2020 Dec.; 3(12): e2027935. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.27935.
42. Nicomedes Esteban. *Tipos de Investigación*. Lima: Universidad Santo Domingo de Guzmán, Repositorio institucional [Online]; 2018[citado 28 marzo de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>
43. Sanchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Rev. Digit. Invest. Docencia Univ*. 2019; 13: 1,122. DOI: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.2019.644>.

44. Hernández R. Metodología de la Investigación. Sexta ed. México: Mc Graw Hill [online]; 2014 [citado 02 junio del 2021]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
45. Kapsambelis, Vassilis. Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto. Primera ed. México: Fondo de cultura económica; 2017
46. Real Academia Española. DLE. [Online].; 2020 [cited 2021 junio 29]. Available from: <https://dle.rae.es/edad>
47. Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. [Online].; 2020 [cited 2021 junio 29. Available from: <https://dle.rae.es/sexo>
48. Budinich M., Sastre J. Planificación del alta. Rev Med Clin Condes [online]. 2020 [citado 05 junio de 2021]; 31(1): 76-84. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-planificacion-del-alta-S0716864019301129>
49. Burney P, Jarvis D, Perez R. The global burden of chronic respiratory disease in adults. Int J Tuberc Lung Dis. 2015 Jan; 19(1):10-20. DOI: 10.5588/ijtld.14.0446
50. Costa A, Bak T, Caffarra P, Caltagirone C, et al. The need for harmonisation and innovation of neuropsychological assessment in neurodegenerative dementias in Europe: consensus document of the Joint Program for Neurodegenerative Diseases Working Group. Alzheimers Res Ther. 2017 Apr. 17; 9(1): 27. DOI: 10.1186/s13195-017-0254-x
51. Ceballos T, Velásquez P, Jaén J. Duración de la estancia hospitalaria. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2014; 13(27): 274-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
52. Infectología ACd. Clasificación clínica de casos y estratificación del riesgo de infección por SARS-COV2/COVID-19. Infectio. 2021 abril; III (1).
53. Romero C, Diaz I, Fernández E, et al. Neurologic manifestations in hospitalized patients with COVID-19. Neurology. 2020 Aug.; 95(8): e1060-e1070. DOI: 10.1212/WNL.00000000000009937
54. Jacobs SS, Lederer DJ, Garvey C, et al. Optimizing Home Oxygen Therapy. An Official American Thoracic Society Workshop Report. Ann Am Thorac Soc. 2018 Dec.; 15(12):1369-1381. DOI: 10.1513 / AnnalsATS.201809-627WS
55. Campbell M. Dyspnea. Crit Care Nurs Clin North Am. 2017 Dec.; 29(4): 461-470. DOI: 10.1164/rccm.201111-2042ST
56. UNICEF. El estigma social asociado con el COVID-19. [Online].; 2021 [cited 2021 setiembre 18. Available from:

<https://www.unicef.org/uruguay/media/2651/file/El%20estigma%20social%20asociado%20con%20el%20COVID-19%20-%20UNICEF%20Uruguay.pdf>

57. Souza T PKRRea. Consenso Panamericano para la atención basada en evidencias de la infección por SARS-Cov-2 y enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Rev Panm Enf Inf. 2020 Ag.; 3(1): 6-10.
58. Daniela O. Psychosocial Centre. [Online].; 2020 [cited 2021 setiembre 19. Available from:
https://pscentre.org/wp-content/uploads/2020/09/loss_grief_ES.pdf?wpv_search=true
59. Gutierrez M ZSQEea. Criterios y rutas de reincorporación laboral en contexto de pandemia COVID-19, El salvador. [Online].; 2020 [cited 2021 setiembre 19. Available from:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103533/criterios-de-reincorporacion-laboral-en-contexto-de-pandemia-c_rCckUUu.pdf
60. Davidson J BSCJea. Assessment of a new self- rating scale for posttraumatic disorder. Psychol Med. 1997; 27:153-160.
61. Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, et al. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Esp Psiquiatr [online]. 2000 [citado el 10 de junio de 2021]; 28(4):207-18. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11116791/>
62. López Pedro, Fachelli Sandra. Metodología de la investigación social cuantitativa. 1º ed. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015. 26 p.
63. Organización Mundial de la Salud. WHO. [Online].; 2020 [cited 2021 mayo 11]. Available from: <https://www.who.int/es/about/ethics>
64. Vasquez A, Ramírez E, Cota F, et al. Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético? Cir Gen [online]. 2017 sep. [citado 11 mayo de 2021]; 39(3): p. 175-182. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000300175&lng=es
65. Ni MY, Yao XI, Leung KSM, et al. Depression and post-traumatic stress during major social unrest in Hong Kong: a 10-year prospective cohort study. Lancet. 2020 enero; 395(10220): 273-284
66. RA., Bryant. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. World Psychiatry. 2019; 18(3): 259-269.

67. Poyraz BÇ PCOYea. Morbilidad psiquiátrica y síntomas prolongados después de COVID-19. *Psiquiatría Res.* 2021; 295: 113604.
68. Cimas J. Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2021 feb.; 28(2): 81-89.

IX. ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)	Es un trastorno que se desarrolla tras un acontecimiento estresante de corta o larga duración que interviene en la integridad del individuo. (45)	Se considera diagnóstico de TEPT en la escala de Davidson: TEPT: >40 pts No TEPT: < 40 pts	Escala de Likert: Frecuencia y gravedad TEPT: >40pts No TEPT: <40pts	Categórica dicotómica de escala ordinal
EDAD	Determinado tiempo en años que ha vivido una persona. (46)	Considerar los años de edad del paciente.	Joven (18-29 años) Adulto (30-59 años) Adulto Mayor (>60 años)	Categórica dicotómica de escala nominal
SEXO	Condición orgánica que abarca masculina o femenina. (47)	Dividir la población de estudio en: femenino y masculino	Masculino Femenino	Categórica dicotómica de escala nominal
ANTECEDENTE PSICOLÓGICO	Circunstancia anterior en la evaluación del estado mental, donde se observaron anomalías	Verificación de alguna alteración en la salud mental del paciente que implique el tratamiento	Sin Diagnóstico psicológico previo: 0 pts Diagnóstico psicológico previo: 1 pto	Categórica dicotómica de escala nominal

	en su cognición y el comportamiento. (48)	continuo con un especialista.		
ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PULMONAR	Son trastornos que limitan el flujo aéreo que abarcan síntomas persistentes debido a anomalías de las vías respiratorias y/o alveolares. (49)	Enfermedad pulmonar obstructiva como asma y EPOC diagnosticadas antes del proceso de enfermedad del covid-19.	Asma Ausente: 0 ptos. Presente: 1pto	Categórica dicotómica de escala nominal
			EPOC Ausente: 0 ptos. Presente: 1pto	
ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	Es una enfermedad de larga duración, de progresión lenta y no se transmite de persona a persona. (50)	Pacientes antes de ser hospitalizados por Covid-19 presentan diagnósticos de diabetes mellitus e hipertensión arterial.	Hipertensión arterial Ausente: 0 ptos. Presente: 1pto	Categórica dicotómica de escala nominal
			Diabetes Mellitus Ausente: 0 ptos. Presente: 1pto	
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	Es el tiempo de permanencia asignada a un paciente en una cama hospitalaria con los cuidados de enfermería según	Son los días de estancia hospitalaria del paciente mientras es tratado para la enfermedad de covid-19.	Menos de 14 días Mayor de 14 días	Categórica dicotómica de escala nominal

	prescripciones médicas, donde se evidencia la evolución de su estado de salud y el efecto de su tratamiento. (51)			
TIPO CLINICO Y DIAGNÓSTICO DE COVID-19	Pacientes con infección por coronavirus mediante hallazgos en el examen físico se asocian a la severidad de la enfermedad. (52)	Pacientes mediante clasificación de la gravedad de infección respiratoria.	Leve Hospitalizado con síntomas respiratorios y comorbilidad	Categórica dicotómica de escala nominal
			Moderado Hospitalizado por Neumonía con soporte respiratorio	
			Severo Hospitalizado por gravedad en UCI	

SOPORTE RESPIRATORIO	Es el uso de oxígeno a largo plazo proporcionado por un médico calificado, incluye prescripción individualizada y educación terapéutica con propósito de aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida a los pacientes hipoxémicos y enfermedades pulmonares crónicas. (53)	La prescripción del uso de oxígeno durante la hospitalización como parte del tratamiento del Covid-19.	Soporte ventilatorio no invasivo Utilizó máscara o cánula conectada a oxígeno de alto flujo.	Categórica dicotómica de escala nominal
			No utilizó máscara o cánula conectada a oxígeno de alto flujo.	
OXIGENOTERAPIA EN LA REHABILITACIÓN	Es el uso de oxígeno a largo plazo proporcionado por un médico calificado, incluye prescripción individualizada y	La prescripción del uso de oxígeno en casa como parte de la rehabilitación y/o tratamiento a largo plazo de alguna secuela	Soporte ventilatorio invasivo Realizaron intubación orotraqueal	Categórica dicotómica de escala nominal
			No realizaron intubación orotraqueal	
			No usa oxígeno: 0 pts Usa oxígeno: 1pto	

	educación terapéutica con propósito de aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida a los pacientes hipoxémicos y enfermedades pulmonares crónicas. (53)	pulmonar por parte del Covid-19.		
SIGNOS Y SINTOMAS DESPUÉS DEL ALTA	Complicaciones neurológicas que afectan la disfunción del sistema nervioso central, alteración a nivel de la conciencia o complicaciones focales	Signos y síntomas persistentes o secuelas neurológicas o respiratorias por COVID-19.	Disnea Presenta dificultad para respirar No presenta dificultad para respirar	Categórica dicotómica de escala nominal

	<p>como convulsiones o afectación en el sistema nervioso periférico y del músculo esquelético como la miopatía. (54)</p> <p>Complicaciones respiratorias que abarca experiencia subjetiva de malestar respiratorio que se compone de sensaciones distintas que varían en intensidad (55):</p>		<p>Secuela neurológica</p> <p>No presenta</p> <p>Hemiparesia/cuadriparesia</p> <p>Presenta</p> <p>Hemiparesia/cuadriparesia</p>	
DISCRIMINACIÓN	<p>Es la asociación negativa entre una persona o grupo de personas, siendo personas etiquetadas, estereotipadas o incluso que reciban un trato excluyente a causa de</p>	<p>Paciente después del alta hospitalaria perciben discriminación social.</p>	<p>Percibe discriminación en su entorno o se siente aislado después del alta</p>	<p>Categoría dicotómica de escala nominal</p>

	una percibida conexión con una enfermedad. (56)			
FAMILIARES INFECTADOS POR COVID-19	Personas que a través de una muestra clínica por hisopado nasofaríngeo u orofaríngeo ha sido confirmado por SARS-Cov2 por detección de ácido nucleico usando RT-PCR, independientemente de los signos y síntomas clínicos. (57)	Personas del entorno familiar que presentan diagnóstico positivo de COVID-19	Ha tenido familiares diagnosticados por COVID-19 No ha tenido familiares diagnosticados por COVID-19	Categoría dicotómica de escala nominal
FAMILIARES FALLECIDOS POR COVID-19	Hecho de perder a alguien, lo que conlleva un proceso doloroso que ayuda a familiares mediante emociones	Familiares que fallecieron a consecuencia de COVID-19.	Perdió familiares por COVID-19 No perdió familiares por COVID-19	Categoría dicotómica de escala nominal

	adaptarse a la pérdida. (58)			
REINCORPORACIÓN A ACTIVIDADES COTIDIANAS	Proceso de integración de las personas que se han mantenido a resguardo por la pandemia de COVID-19 en diferentes actividades laborales asociadas a instituciones gubernamentales y no gubernamentales. (59)	Personas dadas de alta por COVID-19 presentaron dificultades para ejercer actividades diarias antes del proceso de la enfermedad.	Presentó dificultades para realizar sus actividades después del alta No presentó dificultades para realizar sus actividades después del alta	Categórica dicotómica de escala nominal

Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Universidad César Vallejo

Investigadores: Rioja Castañeda, Miguel E. (Autor)

Henry Santa Cruz Espinoza (Asesor)

Buen día:

Soy Miguel E. Rioja Castañeda, estudiante de medicina humana de la Universidad César Vallejo y junto al doctor Henry Santa Cruz Espinoza, especialista en salud mental, estamos trabajando en el proyecto de investigación titulado “Frecuencia, características y factores asociados al Trastorno de Estrés Post Traumático en pacientes dados de alta por COVID-19 del Hospital de Apoyo Chepén del año 2021”. A través de esta llamada telefónica lo estamos invitando a participar de manera voluntaria del siguiente cuestionario, siendo parte de la investigación, con un tiempo no máximo de 15 minutos; garantizando confidencialidad de los datos personales brindados y bajo responsabilidad en su manipulación. Se le hace presente que sus datos personales no serán utilizados en ningún informe público. En caso de presentar sintomatología del trastorno de estrés postraumático (TEPT), se le volverá a contactar para brindarle las recomendaciones oportunas y pueda asistir a un especialista, garantizando mejoras en su salud mental.

CONSENTIMIENTO:

Usted, en calidad de paciente de alta hospitalaria por Covid-19 en el Hospital de Chepén, comprendió la información que se le brindó, por lo que usted ¿acepta voluntariamente participar y dar su consentimiento para el uso de los datos dentro de la encuesta? (Si la respuesta es “Sí acepto”, agradeceremos su participación. Si la respuesta es “No acepto”, finalizará la encuesta y/o entrevista)

SÍ ACEPTA

NO ACEPTA

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

Escala de Trauma de Davidson DTS

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a sucesos específicos, que usted puede haber experimentado durante la *última semana*. Para cada pregunta tenga en cuenta cuántas veces le ha sucedido (frecuencia) y con cuánta intensidad (gravedad). Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

	Frecuencia	Gravedad
1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.		
2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.		
3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo		
4. Hay cosas que me lo han hecho recordar.		
5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento. (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)		
6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.		
7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.		
8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.		
9. He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.		
10. Me he sentido distante o alejado de la gente.		
11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.		
12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.		
13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.		
14. He estado irritable o he tenido accesos de ira.		
15. He tenido dificultades para concentrarme		
16. Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia".		
17. He estado nervioso o me he asustado fácilmente		

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°de Ficha:

Nro.:

HCI:

Instrucciones: Estimado paciente la presente investigación tiene la finalidad de determinar la frecuencia, características y factores asociados del trastorno de estrés post traumático (TEPT), con la finalidad de diagnosticar a tiempo alteraciones psicológicas y tener un plan estratégico para garantizar el bienestar de su salud mental; motivo por el cual le pedimos absoluta sinceridad en sus respuestas, las mismas que serán confidenciales y anónimas.

I. Datos generales:

a) EDAD:

b) SEXO:

c) Tiempo de hospitalización por COVID-19:

II. Antecedentes:

a) **Enfermedades médicas crónicas:** Usted, presenta diagnóstico de alguna de estas enfermedades:

	SI	NO
i. Hipertensión arterial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Diabetes mellitus tipo 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) **Enfermedad pulmonar crónica:** Usted, presenta diagnóstico de alguna de estas enfermedades:

	SI	NO
i. ASMA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. EPOC:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) **Antecedente Psicológico:** Usted, asistió a consulta psicológica y/o psiquiátrica por algún diagnóstico relacionado a su salud mental:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

d) Tipo clínico y diagnóstico de COVID-19: Usted en que grado de severidad se encontró hospitalizado en el área de COVID-19:

- **Leve:** Hospitalizado con síntomas respiratorios y con antecedente de enfermedad de riesgo
- **Moderado:** Hospitalizado por neumonía con apoyo de soporte respiratorio
- **Severo:** Hospitalizado o referido a una UCI.

e) Soporte respiratorio: Durante la hospitalización:

a. Utilizó cánula o máscara con alto flujo de oxígeno

SI No

b. Le realizaron intubación orotraqueal conectado a ventilador mecánico

SI No

III. Alta hospitalaria y secuelas por COVID-19:

a) **Uso de oxígeno medicinal:** Al día de hoy, ¿usted aún utiliza oxígeno medicinal como parte de su rehabilitación?

SI NO

b) **Presenta disnea:** Al día de hoy, ¿usted presenta dificultad para respirar?

SI NO

c) **Secuela Neurológica:** Al día de hoy, usted ha manifestado hemiparesia/cuadriparesia en alguna parte de su cuerpo, después de su alta hospitalaria:

SI NO

d) **Discriminación:** Al ser dado de alta, ¿percibió ser excluido por las personas cercanas a su entorno personal?

SI

No

e) **Familiares infectados:** Durante su hospitalización y/o su alta ha tenido familiares que cursaron con COVID-19?

SI

No

f) **Familiares fallecidos:** ¿Durante su hospitalización o después del alta se enteró de familiares cercanos a usted haber fallecidos a causa del COVID-19?

SI

No

g) **Reincorporación a actividades:** ¿Después de su alta hospitalaria presentó dificultades para realizar actividades cotidianas o laborales?

SI

No

Anexo 4. Validación del Instrumento de recolección de datos; Escala de trauma de Davidson

Tabla 1.- Validación de expertos del instrumento (Relevancia): Escala de Trauma de Davidson.

Dimensión	Relevancia	RELEVANCIA					PROMEDIO	Vde Aiken	IC95%	Decisión
		Expertos								
		E1	E2	E3	E4	E5	O			
Reexperimentación Instrusiva	Item 1: ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 2: ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	3	3	3	2	2	2.6	0.86	0.62-0.96	Se mantiene
	Item 3: ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo?	3	3	3	2	2	2.6	0.86	0.62-0.96	Se mantiene
	Item 4: ¿Hay alguna cosa que lo hayan recordado?	3	3	2	3	2	2.6	0.86	0.62-0.96	Se mantiene
	Item 17: ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
Evasión y Entumecimiento	Item 5: ¿Ha tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 6: ¿Ha estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 7: ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden el acontecimiento?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 8: ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	3	3	2	3	2	2.6	0.86	0.62-0.96	Se mantiene
	Item 9: ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 10: ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	3	3	3	3	3	3	0.86	0.79-1.0	Se mantiene
Item 11: ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene	
Hiperexcitación	Item 12: ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 13: ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 14: ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 15: ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	3	3	1	3	3	2.6	0.86	0.62-0.96	Se mantiene
	Item 16: ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o como en guardia?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene

Fuente: Evaluación de los 17 ítems del instrumento: escala de trauma de Davidson por cinco expertos del área de salud mental.

Interpretación: Se evidencia en la tabla 1 que cada ítem presenta V de Aiken que va desde 0.86 a 1 y un-IC 95% del 0.62 a 1.0 con respecto a relevancia para el estudio de estrés post traumático, logrando mantenerse en la aplicación del instrumento.

Tabla 2.- Validación de expertos del instrumento (Coherencia): Escala de Trauma de Davidson

Dimensión	Relevancia	COHERENCIA					PROMEDIO	Vde Aiken	IC95%	Decisión
		Expertos								
		E1	E2	E3	E4	E5				
Reexperimentación Instrumentiva	Item 1: ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 2: ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	3	3	2	2	3	2.6	0.86	0.62 -0.96	Se mantiene
	Item 3: ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 4: ¿Hay alguna cosa que lo hayan recordado?	3	3	2	2	1	2.2	0.73	0.5-0.89	Se mantiene
	Item 17: ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
Evasión y Entumecimiento	Item 5: ¿Ha tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 6: ¿Ha estado evitando pensamientos o sentimiento sobre el acontecimiento?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 7: ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden el acontecimiento?	3	3	2	2	3	2.6	0.86	0.62 -0.96	Se mantiene
	Item 8: ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	3	3	2	2	2	2.4	0.8	0.54-0.93	Se mantiene
	Item 9: ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 10: ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
Hiperexcitación	Item 11: ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 12: ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 13: ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 14: ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 15: ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	3	3	1	3	3	2.6	0.86	0.62 -0.96	Se mantiene
	Item 16: ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o como en guardia?	3	3	2	3	3	2.8	0.86	0.62 -0.96	Se mantiene

Fuente: Evaluación de los 17 ítems del instrumento: escala de trauma de Davidson por cinco expertos del área de salud mental.

Interpretación:

Se evidencia en la tabla 2 que cada ítem presenta V de Aiken que va desde 0.86 a 1 y un-IC 95% del 0.62 a 1.0 con respecto a coherencia para el estudio de estrés post traumático, logrando mantenerse en la aplicación del instrumento.

Tabla 3.- Validación de expertos del instrumento (Claridad): Escala de Trauma de Davidson.

Dimensión	Relevancia	CLARIDAD					PROMEDIO Vde Aiken	IC95%	Decisión	
		Expertos								
		E1	E2	E3	E4	E5				
Reexperimentación Invasiva	Item 1: ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 2: ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 3: ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 4: ¿Hay alguna cosa que lo hayan recordado?	3	3	0	1	1	1.6	0.53	0.30-0.75	Se mantiene pero se especificará la observación de los expertos
	Item 17: ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
Evasión y Entumecimiento	Item 5: ¿Ha tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 6: ¿Ha estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 7: ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden el acontecimiento?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 8: ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	3	3	2	3	2	2.6	0.86	0.62 -0.96	Se mantiene
	Item 9: ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 10: ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
Hiperexcitación	Item 11: ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 12: ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene
	Item 13: ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 14: ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	3	3	3	3	3	3	1	0.79-1.0	Se mantiene
	Item 15: ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	3	3	1	3	3	2.6	0.86	0.62 -0.96	Se mantiene
	Item 16: ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o como en guardia?	3	3	2	3	3	2.8	0.93	0.70-0.98	Se mantiene

Fuente: Evaluación de los 17 ítems del instrumento: escala de trauma de Davidson por cinco expertos del área de salud mental.

Interpretación:

Se evidencia en la tabla 3, que cada ítem presenta V de Aiken que va desde 0.53 a 1 y un-IC 95% del 0.30 a 1.0 con respecto a claridad para el estudio de estrés post traumático, 3 de los 5 expertos brindaron recomendaciones para el mejor entendimiento del ítem 4 (IC 95%:0.30 -0.75); sin embargo, se mantiene el ítem con observación en la aplicación del instrumento.

Anexo 5. Autorización por parte del Hospital de Chepén



BICENTENARIO
PERU
1821-2021

"AÑO DEL BICENTENARIO: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Chepén, 03 de Noviembre del 2021

CARGO

MEMORANDUM N° 064-2021-GRLL-GGR/GRSS/RSCH/HACH/ODI

SR.

LEONARDO ZANINI DELGADO

A : JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA DE LA RED DE SALUD CHEPEN

DE : LIC. JANETT GLADYS CORRO ARTEAGA
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION DE LA RED DE
SALUD CHEPEN

ASUNTO : REALIZACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Por medio del presente lo saludo cordialmente y a la vez para presentar al estudiante de la carrera profesional de Medicina de la Universidad Cesar Vallejo Miguel Eduardo Rioja Castañeda quién va ha desarrollar el proyecto de Investigación "FACTORES HOSPITALARIOS Y NO HOSPITALARIOS RELACIONADOS AL TRANSTORNO DE STRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON ALTA MÉDICA POR COVID-19 DEL HOSPITAL DE CHEPEN" ; para quién se solicita le brinde las facilidades necesarias para el acceso de Historias Clínicas ,para la recolección de datos del proyecto de Investigación. Ya que dicho trabajo tiene la aprobación académica con la Resolución Directoral N°0379-2021-UCV-VA-P23-S/D.

Sin otro particular y agradeciendo anticipadamente la atención que brinde al presente documento; aprovecho la oportunidad para reiterarle muestras de consideración y estima personal.

ATENTAMENTE.

GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD CHEPEN

Lic. Janett Gladys Corro Arteaga
JEFE UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION





Chepén, 15 de noviembre del 2021

OFICIO N° 025-2021-GRLL/GGR/GRS/RSCH-UEL

A : SR. RIOJA CASTAÑEDA MIGUEL EDUARDO
DE : TC. LEONARDO ZANINI DELGADO
JEFE DE LA OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
RED DE SALUD CHEPÉN
ASUNTO : REMITO INFORMACIÓN SOLICITADA
REFERENCIA : MEMORANDUM N°064-2021-GRLL-GGR/GRSS/RSCH/HACH/ODI

Mediante el presente expreso a Usted mi cordial saludo y a la vez hago entrega de la información solicitada (NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR COVID-19) correspondiente al periodo: Enero – Julio 2021, del Hospital de Apoyo Chepén.

NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS COVID-19
DE ENERO A JULIO 2021
HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN

MES	N° EGRESOS
ENERO	32
FEBRERO	72
MARZO	66
ABRIL	55
MAYO	48
JUNIO	28
JULIO	17

Fuente: APLICATIVO SEEM

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD DE CHEPÉN

TC. LEONARDO ZANINI DELGADO
JEFE DE UNIDAD ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

LZD/.

"Justos por la Prosperidad"

Dirección: Avenida 28 de Julio S/N – Chepén – La Libertad
Página Web: www.redsaludchepén.gob.pe

Escaneado con CamScanner