

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Estrés postraumático asociado a intención suicida en
la población de Huancayo-Jauja durante la pandemia
del COVID-19 en el año 2022**

Joshua Deyvis Fernández Ríos
Juan Carlos Solano Aymara

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



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

Dedicatoria

A nuestros queridos padres, que durante este tiempo nos han apoyado y guiado incansablemente en la formación de nuestra carrera profesional.

A nuestras familias, que siempre nos motivaron a seguir adelante con la maravillosa frase: “Lo único imposible es aquello que no intentas”.

Joshua Deyvis y Juan Carlos.

Agradecimiento

A nuestros padres, por su constante, incansable e incondicional apoyo durante el trayecto de toda nuestra carrera.

A nuestros maestros y mentores, que después de años de dedicación, guía y mucho esfuerzo, nos permiten culminar con éxito nuestra carrera profesional.

A la facultad de Medicina Humana, por formarnos como médicos por vocación de servicio a su comunidad.

A nuestro asesor, por su acertada orientación en todo el proceso de investigación.

Los autores.

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Contenidos	iv
Índice de Tablas	vi
Índice de Figuras	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x
Capítulo I Planteamiento del Estudio	12
1.1. Delimitación de la Investigación	12
1.1.1. Delimitación Territorial.	12
1.1.2. Delimitación temporal	12
1.1.3. Delimitación conceptual	12
1.2. Planteamiento del Problema.....	12
1.3. Formulación del Problema	14
1.3.1. Problema General.....	14
1.3.2. Problemas Específicos.	14
1.4. Objetivos de la Investigación	15
1.4.1. Objetivo General.	15
1.4.2. Objetivos Específicos.	15
1.5. Justificación.....	15
Capítulo II Marco Teórico.....	18
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	18
2.1.1. Antecedentes Internacionales.	18
2.1.2. Antecedentes Nacionales.	20
2.2. Bases Teóricas.....	21
2.2.1. Estrés Postraumático.....	21
2.2.2. Riesgo Suicida.	25
2.3. Definición de Términos Básicos.....	27
Capítulo III Hipótesis y Variables	30
3.1. Hipótesis	30
3.1.1. Hipótesis Alterna.....	30
3.1.2. Hipótesis Nula.....	30

3.2. Identificación de Variables Principales.	31
3.3. Operacionalización de Variables	32
Capítulo IV Metodología.....	35
4.1. Método, Tipo y Nivel de la Investigación.....	35
4.1.1. Método de la Investigación.	35
4.1.2. Tipo de la Investigación.	35
4.1.3. Nivel de la Investigación.....	35
4.2. Diseño de la Investigación.	35
4.3. Población y Muestra.....	36
4.3.1. Población.....	36
4.3.2. Muestra.....	36
4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	37
4.4.1. Instrumentos de Recolección de Datos.....	37
4.4.2. Procedimiento de la Investigación.	39
4.5. Consideraciones Éticas.....	39
Capítulo V Resultados	41
5.1. Presentación de Resultados.....	41
5.2. Discusión de Resultados.....	46
Conclusiones.....	50
Recomendaciones.....	51
Referencias bibliográficas	52
Anexos	56

Índice de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los encuestados en Jauja y Huancayo.	41
Tabla 2. Características patológicas de los encuestados en Jauja y Huancayo.	42
Tabla 3. Características socio-demográficas asociadas al riesgo suicida moderado o alto en los encuestados en Jauja y Huancayo.	43
Tabla 4. Características patológicas asociadas al riesgo suicida moderado o alto en los encuestados en Jauja y Huancayo.	44
Tabla 5. Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados al riesgo suicida moderado o alto en los encuestados en Jauja y Huancayo.	45

Índice de Figuras

Figura 1. Población adulta con al menos una discapacidad o inhabilidad.	13
Figura 2. Cálculo de la muestra.....	36
Figura 3. Frecuencias de riesgo suicida y estrés post traumático en los encuestados en Jauja y Huancayo.	43

Resumen

La pandemia del COVID-19 ha causado que gran parte de la población presente trastorno de estrés postraumático (TEP), sin embargo, aún no existen estudios sobre el impacto de esta patología y su relación con el riesgo suicida en las ciudades de Jauja y Huancayo. El **objetivo** del estudio fue determinar la asociación entre el estrés post traumático y el riesgo suicida en la población de las ciudades de Jauja y Huancayo, al final de la pandemia del COVID-19. La **metodología** refiere que fue un estudio transversal analítico, en el cual se usaron pruebas validadas para la medición del estrés *post* traumático y el riesgo suicida, este último se logró asociar a otras variables socioeducativas y patológicas. Se obtuvieron datos estadísticos descriptivos y analíticos. Los **resultados** señalan que, de los 400 encuestados, el 59,2 % tenía un estrés post traumático probable o confirmado, y el 23,5 % tenía un riesgo suicida moderado o alto. Se encontró más frecuencia de riesgo suicida entre los que tenían estrés postraumático (RPa: 7,83; IC95%: 3,17-19,30; valor $p < 0,001$), entre los que el último año habían padecido un dolor físico (RPa: 1,89; IC95%: 1,06-3,36; valor $p = 0,031$), si padecen de enfermedades mentales (RPa: 2,20; IC95%: 1,38-2,98; valor $p < 0,001$) y los que no saben si las padecen (RPa: 2,38; IC95%: 1,72-3,30, valor $p < 0,001$), ajustado por dos variables. La **conclusión** señala que, la asociación principal entre las dos variables más importante fue muy fuerte, a esto se le agregó al riesgo que tienen los que padecen un trastorno mental y los que han tenido alguna dolencia de carácter físico, por lo que, es imperativo que las instituciones de salud del país realicen campañas de detección de manera oportuna de esto, ya que, podrían generar a lo largo años de vida perdidos y morbilidad.

Palabras claves: estrés postraumático, COVID-19, pandemia, Jauja, Huancayo, riesgo suicida.

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has caused a large part of the population to present post-traumatic stress, but this has hardly been related as a factor associated with suicide risk in the cities of Jauja and Huancayo. **Objective:** To determine the association between post-traumatic stress and suicidal risk in the population of the cities of Jauja and Huancayo, at the end of the COVID-19 pandemic. **Methodology:** Cross-sectional analytical study, in which validated tests were used to measure post-traumatic stress and suicide risk, the latter being associated with other socio-educational and pathological variables. Descriptive and analytical statistical data were obtained. **Results:** Of the 400 respondents, 59.2% had probable or confirmed post-traumatic stress disorder and 23.5% had moderate or high suicidal risk. A higher frequency of suicidal risk was found among those with post-traumatic stress (PRa:7.83; 95% CI: 3.17-19.30; $p<0.001$), among those who had suffered physical pain in the last year (RPa: 1.89; CI95%: 1.06-3.36; value $p=0.031$), if they suffer from mental illnesses (RPa: 2.20; CI95%: 1.38-2.98; value $p<0.001$) and those who do not know if they suffer from them (RPa: 2.38; 95% CI: 1.72-3.30, value $p<0.001$), adjusted for two variables. **Discussion:** The main association between the two most important variables was very strong, to this was added the risk of those who suffer from a mental disorder and those who have had some physical ailment, therefore, it is imperative that the institutions. The country's health authorities carry out detection campaigns in a timely manner, since they could generate lost years of life, morbidity and mortality over time.

Keywords: post-traumatic stress, COVID-19, pandemic, Jauja, Huancayo, suicidal risk

Introducción

Es sabido que a lo largo de la historia de la humanidad, el ser humano ha pasado y pasa por episodios traumáticos, siendo los más comunes, por mencionar algunos, hechos de violencia como las guerras, catástrofes climáticas, inundaciones y terremotos; no dejando de lado los asociados a las grandes urbes como, asaltos, secuestros, violencia intrafamiliar, de género y, por su puesto, pandemias como la que vivimos actualmente COVID-19 (1).

Además, debe considerarse los primeros relatos que provienen de la Grecia clásica. Hipócrates menciona pesadillas relacionadas con los combates en soldados sobrevivientes a ciertas batallas, y Heródoto por otro lado, en su “Tratado sobre la Historia”, menciona acerca de los síntomas que presentaban los soldados que habían participado en la Batalla de Maratón (2).

El trastorno de estrés post traumático (TEP) es un trastorno psiquiátrico muchas veces debilitante y potencialmente mortal, dicho desorden representa entre el 5 al 10% de prevalencia en la población americana, pero es particularmente mayor en ciertos grupos de personas que atraviesan por experiencias de miedo intenso, y sobre todo que hayan sido expuestos a traumas severos, al mismo tiempo que es uno de los desórdenes asociados al suicidio y comportamiento agresivo (3).

Por otra parte, se reporta en un estudio realizado en 1998, que la tasa de suicidio después de un acontecimiento desastroso se incrementa anualmente hasta en un 13,8 %; siendo de vital importancia para la salud pública su abordaje y prevención (4).

Así mismo, la tasa de suicidio en la población joven va en aumento según un estudio realizado en Washington, D.C, donde se evidencia que hechos de violencia dentro del hogar hace de los niños y jóvenes especialmente susceptible a cometer suicidio. Lo que origina un

efecto “bola de nieve”, especialmente en niños, donde este comportamiento es seguido por los demás chicos de su entorno que atraviesan circunstancias similares (5).

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1.1. Delimitación de la Investigación

1.1.1. Delimitación Territorial.

Ciudades de Jauja y Huancayo.

1.1.2. Delimitación Temporal.

Desde el mes de mayo del 2022.

1.1.3. Delimitación Conceptual.

Población expuesta a niveles de estrés generados por la pandemia de COVID-19; incremento de casos de suicidio durante la misma y su posible asociación con la presencia de estrés postraumático.

1.2. Planteamiento del Problema

La pandemia del COVID-19 comenzó en China en diciembre de 2019, luego llegó a Perú a principios de marzo de 2020. Es así que diversos especialistas como Rubin (2020) declararon que la aparición de esta nueva enfermedad creó una situación muy confusa y de una evolución rápida, creando diversas restricciones en muchas ciudades; que a pesar de que se controle el brote, genera efectos psicológicos (6). Priyanka en una noticia en India, menciona que el incremento abrupto de los casos, hizo que se realice un bloqueo en todo el país por 21 días, lo cual podría provocar escasez de alimentos y perjudicar la fuerza laboral no organizada, medidas estrictas tomadas debido a la enfermedad (29). En una declaración de

prensa en marzo del 2020, el Dr. Hans Henri (Director Regional de la OMS-Europa) menciona que, las medidas tomadas debido a la enfermedad (distanciamiento físico, aislamiento, cierre de escuelas o centros de labores) nos presenta un desafío, ya que afecta en nuestras actividades cotidianas; además será normal que nos genere episodios de ansiedad, estrés, soledad y miedo; dejando así consecuencias muy importantes en nuestro bienestar psicológico y salud mental (30).

Así mismo, de acuerdo a los estudios epidemiológicos en Salud Mental (EESM) que desarrolla el INSM “HD-HN”, la presencia de al menos alguna discapacidad o inhabilidad en la población general es en promedio del 14 %, fluctuando entre 8,3 % en las ciudades de la sierra rural hasta 26,5 % en Lima y Callao (Figura 1) (8).

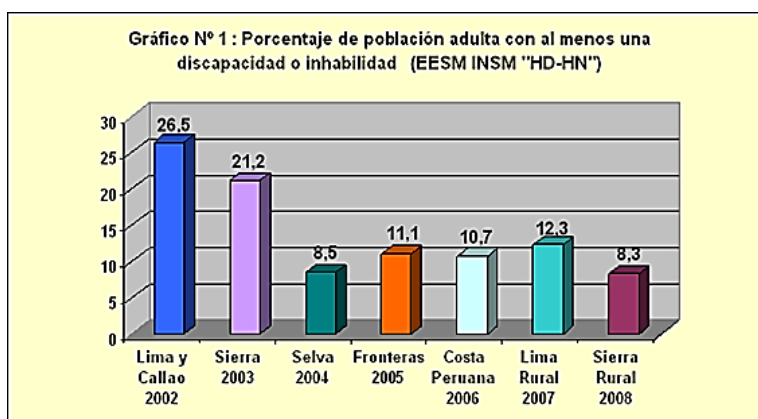


Figura 1. Población adulta con al menos una discapacidad o inhabilidad.

Fuente. Extraído del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” y fue elaborado por Favio Vega Galdós (8).

Estas cifras nos muestran que al menos uno de cada siete peruanos (3 950 907 personas) tendría algún tipo de discapacidad que dificulta su desempeño personal, familiar, académico, laboral y/o social. En lo referente a la discapacidad específica por trastornos mentales, se encuentra que la prevalencia de vida de trastornos mentales a nivel nacional que es de 33,7 % (9 510 397 personas), lo cual significa que aproximadamente uno de cada tres peruanos en algún momento de su vida, presentará algún problema de salud mental (8).

Por otra parte, existen efectos potenciales del confinamiento prolongado sobre la salud mental de las personas vinculando la literatura reciente sobre el confinamiento en contexto de la pandemia de COVID-19. En ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que las consecuencias sobre la salud mental sean potencialmente numerosas, por ejemplo, trastornos de ansiedad, TEP, depresión (16).

Es sabido por registros de pandemias anteriores, que las tasas de suicidio se incrementan, como ocurrió durante los años 1918 y 1919 con la gripe española, y en 2003 en Hong Kong con el síndrome respiratorio agudo grave (SARS). Un estudio realizado en España durante los años 2019 y 2021, registró un total de 3 388 consultas por ideas o intentos de suicidio. Lo cual significó un incremento del 43,20 % en la incidencia mensual de ideas e intentos de suicidio durante la pandemia, en comparación con el periodo 2018 y 2019, alcanzando un incremento máximo del 573,8 % en menores de edad en el mes de mayo de 2021. El suicidio es un gran problema de salud pública. Se estima que cada año en el mundo fallecen por suicidio alrededor de 800 000 personas. Sin embargo, hay que tener presente que las estadísticas solo reflejan los fallecimientos y no los intentos de suicidio ni las ideas de suicidio, que se estima son 20 veces más frecuentes, convirtiéndose así en un problema de salud pública de gran importancia (10).

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General.

¿El estrés postraumático está asociado a la intención suicida en los pobladores de Huancayo y Jauja durante la pandemia de COVID-19 en el 2022?

1.3.2. Problemas Específicos.

1. ¿Existe una prevalencia importante de estrés postraumático en la población de Jauja y Huancayo, para el año 2022?

2. ¿Existe una prevalencia importante del potencial suicida en la población de Jauja y Huancayo, para el año 2022?
3. ¿Existe asociación entre el estrés postraumático y el nivel de riesgo suicida?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General.

Determinar si el estrés postraumático está asociado a la intención suicida en los pobladores de Huancayo y Jauja durante la pandemia de COVID-19 en el 2022.

1.4.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar la prevalencia de estrés postraumático en la población a través del instrumento de evaluación Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E).
2. Identificar el nivel de riesgo suicida mediante el cuestionario de PLUTCHIK.
3. Identificar la existencia de asociación entre el estrés postraumático y el nivel de riesgo suicida.

1.5. Justificación

El TEP se ha convertido en un trastorno importante de interés, ya que, se ha visto su incremento significativo a lo largo del tiempo, afectando las grandes urbes, países en vías de desarrollo y lugares de extrema pobreza; lo que se traduce en una alta prevalencia que genera un alto impacto social, socioeconómico y de salud pública para el Estado (31,32).

Ortner en el 2014 menciona que esta enfermedad es un problema que afecta a múltiples personas en el mundo, las cuales atravesaron por un evento traumático previo de gran magnitud (guerras, violaciones, desastres naturales, etc); es así, que los síntomas podrían aparecer luego

de estos sucesos, los cuales no discrimina edad ni género; siendo los síntomas igual de insidiosos en niños y adultos (11).

Es de vital importancia poner atención a estas cifras, debido a que, el TEP se asocia con una afectación económica, social y en la salud de las personas que lo padecen, siendo distintas las manifestaciones según el grupo etario afectado, así que, el TEP es una causa importante de ausentismo escolar entre los niños, mayor prevalencia de afectación en la salud asociados principalmente entre ellos a problemas gastrointestinales, circulatorios, respiratorios, enfermedades de transmisión sexual e infertilidad entre jóvenes, y deserción laboral entre adultos jóvenes. (12,33-35).

No todas las personas que pasan por episodio traumático desarrollan TEP, sin embargo, los estudios han demostrado que la mayoría de personas con riesgo de desarrollar TEP acude al médico en busca de ayuda tras algunos síntomas, mas no al psiquiatra, lo que representa un mayor riesgo de desarrollar síntomas más acentuados con el pasar del tiempo (1).

Así mismo, la tasa de suicidio se ha visto incrementada después de la pandemia, y muchas patologías mentales que antes eran asolapadas, se vieron acentuadas por la desesperanza, incertidumbre y encierro (36,37). Durante la cuarentena se desató una cadena larga de efectos posteriores, entre los cuales están, el desempleo, disminución del ingreso per cápita, aumentó la violencia, robos y asesinatos en todo el mundo, siendo todos estos factores predisponentes para el TEP, las cifras estadísticas revelan que aproximadamente el 15 % de la población sufre de TEP, y al menos un 40 al 90 % de la población, ha pasado por un episodio traumático al año (1,32)

Bader en el 2017 menciona que en el Perú en cada 8 a 12 horas, una persona se suicida, de tal forma que dos a tres personas se quitan la vida al día, llegando de 800 a 1000 personas al año que toman esta decisión fatal; este estudio tomó una muestra de 489 personas y se determinó que el género que predominó fue de las mujeres, con el 65,5 %, y el 34,5 % fueron

varones; con un promedio de edad de 22 años, siendo más predominante en personas de 30 años con un 67,6 % (13).

Por lo que, mediante el presente trabajo se buscó determinar la asociación entre estrés post traumático y el nivel de riesgo suicida en la población de Junín, mediante instrumento de evaluación Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E) y el cuestionario del inventario de BECK-HF y PLUTCHIK.

Se desea encontrar la prevalencia de estrés postraumático en la población, ya que dicha condición tiene un gran impacto en las relaciones sociales, familiares, la salud pública y representa un gasto elevado para el estado.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Los estudios epidemiológicos nos permiten calcular las tasas de trastornos y su impacto en la comunidad y el sistema de salud (38). La prevalencia de la exposición a eventos traumáticos en sí mismos es una parte importante del estudio del TEP, además, estudios epidemiológicos recientes han demostrado que alrededor del 40 al 90 % de individuos de la comunidad adulta, han sido expuestos a un evento traumático (39). Las tasas de vida de prevalencia de TEP varían del 5 al 15 % en países desarrollados. Hoy en día, del 4 al 6 % de la población presenta síntomas de TEP, considerando solo el peor evento traumático (40).

En un estudio realizado en España en el 2019 se encontró que el 50 al 90 % de personas estarán expuestos a eventos traumáticos, pero no todos desarrollarán trastorno de estrés agudo (TEA) o TEP, de esta población, el 25 al 30 % desarrollarán TEP; además menciona que según el sexo, el 60,7 % tienen el riesgo de sufrir un evento traumático, y el 51,2 % de mujeres, de los cuales, solo el 8 % de varones y el 20 % de mujeres, podrán desarrollar TEP. También hace referencia que en Europa, el TEP se encontraba entre el 6,4 y 6,8 %, específicamente en España la prevalencia es del 2,2 % (14).

Un artículo publicado en el 2009 sobre trastorno de estrés postraumático, refiere que el porcentaje de prevalencia de TEP es del 3,5 % en la población general, estos factores estresantes frecuentemente son producto de lo que pensamos, y que afecta dos de tres niños menores de 16 años y en más de la mitad de los adultos, también se ha visto que muchos tipos de eventos pueden llevar a estrés postraumático normalmente entre el 10-25 % de niño o adultos expuestos; siendo uno de los trastornos psiquiátricos que suelen ser acompañados por otras enfermedades psiquiátricas, y fue un problema de salud muy costoso para los EE. UU. en los años 2000, 2004 y 2008 (15).

Una revisión de casos en Castilla-España realizada el 2019, se estudió el riesgo de conductas suicidas en las prisiones asociado al trauma infantil; menciona que los prisioneros tenían un riesgo de suicidio de un 27 % en comparación a la población general que era de un 3,6 %, estos prisioneros, el 41 % y 50 % fueron víctimas de abuso infantil severo durante su infancia. Además, se encontró que el 90 % de los delincuentes juveniles, habían sufrido por lo menos un evento traumático en el pasado, y el 50 % de los prisioneros adultos sufrió un tipo de trauma moderado o severo (7).

En el artículo de revisión en el cual se estudió sobre el trastorno por estrés a causa de la cuarentena en el periodo de la pandemia por la COVID-19, realizada en el 2020, menciona que, de 398 padres que cumplieron la cuarentena, el 30 % de ellos reunieron criterios para TEP. Respecto al personal de salud, de 2 091 participantes, el 4,4 % reportó síntomas de TEP. Otra población muy perjudicada fue en las zonas más afectadas de China, con una prevalencia de 7 % de TEP (16).

Un presentado el 2021 en el hospital University of Texas Southwestern Medical Center - en Dallas, reportó una paciente de 37 años de edad, que luego de ser diagnosticada con COVID-19, presentó síntomas de ansiedad depresión y posteriormente ideación suicida (9).

En un estudio que se realizó después del terremoto del 27 de febrero del 2017 en Chile, se encontró una prevalencia del 8,9 % de ideación suicida, así como el 4,9 % presentó ideación suicida y TEP; indicando que el TEP es un predictor de conductas suicidas (17).

1.2.1. Antecedentes Nacionales.

En un trabajo de investigación realizado en Perú en el año 2021 sobre depresión, ansiedad, estrés postraumático en personal sanitario y población en general, incluyeron 830 personas participantes, de los cuales 640 eran de la población general y 190 eran personal de salud, se encontró una gran prevalencia en general de personas con síntomas depresivos (16 %), estrés postraumático (14,9 %) y ansiedad (11,7 %) pero los síntomas de estrés postraumático, ansiedad y síntomas depresivos, se identificaron mayormente en la población general (28,6 %) en comparación a los trabajadores sanitarios (17,9 %) (18).

En una tesis del 2020 que estudió sobre el estrés postraumático asociado al riesgo suicida en mujeres las cuales hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo, menciona que hay una relación directa entre el estrés postraumático y riesgo suicida en mujeres que hayan sufrido un episodio de aborto (19).

En la tesis que estudió a pobladores afectados de tres distritos de Lambayeque que fueron afectados por el fenómeno El Niño Costero en el 2018, hace mención que, de los 372 pobladores afectados por este fenómeno, la prevalencia de estrés postraumático fue del 39,78 %, de los cuales el 57,8 % fueron mujeres, el 52,4 % tenían edades que oscilaban entre los 30 y 60 años, del 42,20 % su estado civil era casados/convivientes, y el 38,71 % había culminado la secundaria; la edad de los ciudadanos fue de 38,76 años en promedio. En el caso del estrés postraumático, presentó mayor prevalencia en el sexo femenino con un 58,11 %, en una edad que oscilaba entre los 30 y 59 años con un 52,03 %, y las personas con estado civil casados y convivientes, con 41,89 %. Además, el distrito que presentó una mayor prevalencia de estrés postraumático fue Pacora con 38,51 % (20).

Según la base de datos del SINADEF en los años 2018, 2019 y 2020 el porcentaje de suicidios por año ha fluctuado de la siguiente manera: 27,4 %, 38,2 % y 34,4 % respectivamente, de los cuales el 69,8 % fueron de sexo masculino y el 30,2 % de sexo femenino (21).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Estrés Postraumático.

Según el DSM V aparece en el momento en el cual la persona ha sufrido o ha presenciado una agresión física hacia uno mismo u otra persona y la reacción emocional que experimentó implica una respuesta intensa a causa del miedo, horror o indefensión.

2.2.1.1. Reacción al Estrés Agudo.

El estrés agudo es un trastorno transitorio grave que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés excepcional y que tiende a remitir en horas o días, la reacción al estrés agudo no debe diagnosticarse después del mes, así como el TEP no debe diagnosticarse antes del mes de ocurrido el evento traumático (22).

2.2.1.2. Criterios Diagnósticos.

El diagnóstico desde luego, requiere la presencia de un evento traumático, sin embargo, por sí solo no es necesario para desarrollar el trastorno, ya que también cumplen un rol importante la vulnerabilidad y resiliencia. Los eventos susceptibles de devenir traumáticos son aquellos que son súbitos, de alta intensidad y crónicos, y son los que se asocian a los cambios profundos y permanentes de la personalidad (22).

2.2.1.3. Etiología.

a. Factores neuroendocrinos.

El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) es uno de los sistemas encargados de coordinar la respuesta al estrés, sin embargo, su relación con la fisiología del TEP es compleja y no comprendida en su totalidad.

Situaciones estresantes activan el eje HHA, el cual produce liberación de glucocorticoides por la corteza adrenal. Es de interés en el TEP que entre todas sus funciones, los glucocorticoides contribuyen a aumentar la atención, la vigilancia, forman memorias que son emocionalmente perturbadoras, y contribuyen a modular los efectos de otros sistemas involucrados en la reactividad al estrés, como lo es el noradrenérgico (22).

La elevación persistente de los niveles de cortisol puede ser tóxico a nivel periférico y central. A nivel central, mediante receptores de glucocorticoides (GR) que normalmente hacen retroalimentación negativa sobre el eje HHA, puede lesionar el hipocampo, con daño del árbol dendrítico, pérdida de espinas dendríticas y alteraciones de la neurogénesis. Sin embargo, en pacientes que atravesaron eventos traumáticos como las guerras, violencia, etc. Se ha demostrado niveles disminuidos de cortisol en orina y sangre, los pacientes con TEP (a diferencia del patrón observado en la depresión) además muestran mayor supresión de cortisol tras la administración de dosis bajas de dexametasona, y una respuesta aplanada de liberación de ACTH tras aplicación de CRF. Esto sugiere que lo que predomina es una desregulación del eje HHA, más que un exceso o deficiencia de cortisol (22).

b. Factores Neuroquímicos.

Se ha vinculado la hiperactividad noradrenérgica con la fisiopatología del TEP, la noradrenalina (NA) interactúa con la CHR para aumentar el condicionamiento del miedo y la codificación de memorias de contenido emocional en la amígdala; a nivel periférico, se

observa una hiperactividad del componente simpático del sistema nervioso autónomo, con aumento de la frecuencia cardíaca e hipertensión arterial, entre otros (22).

El glutamato, cuya liberación es activada por los glucocorticoides, contribuye vía receptores NMDA a la consolidación de memorias traumáticas en el TEP. La sobreexposición al glutamato causa excitotoxicidad que podría contribuir al daño hipocampal. El neuropéptido-Y (NPY) inhibe la acción de los sistemas CRF/NA involucrados en la respuesta al estrés, así como la liberación de NA de las fibras simpáticas. Los pacientes que muestran concentraciones séricas bajas de NPY y veteranos de guerra que no desarrollaron TEP muestran niveles séricos elevados por lo que se ha sugerido un papel del NPY en la capacidad de recuperación frente al trauma psíquico. Los pacientes con TEP muestran niveles aumentados de opioides endógenos como las beta endorfinas, lo que se ha relacionado con los síntomas disociativos, y embotamiento afectivo (22).

c. Factores Neuroanatómicos.

Estudios han encontrado una reducción en el volumen hipocampal del 7 al 14 % que se asocia con los síntomas cognitivos del TEP, así como la dificultad para apagar la respuesta al estrés del eje HHA con la pérdida de discriminación entre los estímulos ambientales inocuos y los peligrosos. También se ha notado un incremento de la actividad amigdalina ante estímulos que recuerdan la situación traumática, el córtex prefrontal medial, que ejerce control inhibitorio sobre la respuesta de estrés de la amígdala, muestra volúmenes disminuidos en pacientes con TEP, particularmente en el cíngulo anterior (22).

d. Factores Psicológicos.

El punto de vista psicodinámico conceptuó que el evento traumático experimentado en la adultez revive traumas infantiles tempranos, generando comportamientos agresivos, se observa además una concentración de la energía psíquica del sujeto en la única tarea de

establecer contracatexis, ante lo que es vivido, lo que se traduce como una emergencia económica, obligando así una redistribución de los recursos y a un empobrecimiento general en múltiples áreas del funcionamiento YOICO como el trabajo, el mantenimiento de vínculos y la sexualidad (22).

Por otra parte, las rumiaciones, la repetición activa y constante del trauma en los sueños y flashbacks serían intentos de controlar el excedente de energía psíquico que aparece tras la irrupción masiva de estímulos, igualmente, los síntomas neurovegetativos y la hipervigilancia, serían intentos fallidos de querer controlar la angustia resultante, mediante una exagerada atención a las señales de angustia que provienen del YO, la búsqueda incansable de la repetición de la situación traumática lleva a pérdida de la capacidad de distinguir entre estímulos peligrosos y neutros, tanto de origen externo e interno (22).

Desde este planteamiento, el fallo en la adaptación del YO a los eventos traumáticos, ocurre como una unión de factores constitucionales y vitales que ha formado la historia en la que se ha desarrollado el individuo. Una persona con un YO altamente conflictual, tendrá mayor riesgo y predisposición de desarrollar un TEP, ya que en el momento de los hechos, se encuentra alterada su economía psíquica en muchos procesos defensivos ante pulsiones, demandas superyoicas y exigencias de la realidad, sin la capacidad de prever el futuro, un YO tal, es superado por el presente, de allí que en la etiología del TEP, el evento traumático precipitante se encuentra distribuido de forma directa y en correlación con la vulnerabilidad preexistente (22).

En el modelo cognitivo, se llega a enfatizar las alteraciones que aparecen en la codificación fragmentada de las memorias traumáticas, que posteriormente van a impedir la correcta integración con la memoria autobiográfica de base del individuo, lo que refuerza los síntomas intrusivos y la continuación del cuadro (22).

2.2.2. Riesgo Suicida.

Es la posibilidad de consumar un evento suicida o la acción que trae posibles consecuencias de tipo físico, lo cual pone en riesgo la vida del individuo, debido a las causas epidemiológicas, estado mental, antecedentes personales, y del estrés al que está sometido el individuo (13).

2.2.2.1. Clasificación.

a. Niveles de riesgo suicida: Alto

Para calificar este nivel, el individuo debe tener sentimientos y pensamientos inmediatos sobre el suicidio, es decir, tiene un proyecto armado para realizar el acto y con la posibilidad de realizarlo, además de pasar por un estado de depresión o ansiedad, y tener historial de intentos suicidas (13).

b. Niveles de riesgo suicida: Moderado.

Para calificar este nivel, el individuo ha presentado o presenta pensamientos suicidas, pero, no tiene una obligación por realizarlo, además de no tener historia de intentos de suicidio (13).

c. Niveles de riesgo suicida: Bajo.

Para calificar este nivel, el individuo no tiene historial de intentos de suicidio o pensamientos suicidas, es decir, no presenta ninguna causa de quitarse la vida, pero, si presenta un cuadro de depresión leve o moderada (13).

2.2.2.2. Etiología.

a. Factores Biológicos.

El sistema de neurotransmisión serotoninérgica es muy importante en respuesta al suicidio y fundamental con respecto a la regulación del humor, se menciona que el ácido 5-

hidroxi-indol acético (5-HIAA) se encuentra disminuido en el líquido cefalorraquídeo, siendo este es un elemental metabolito de la serotonina (13).

b. Factores Psicológicos.

Los factores presentes en la ideación suicida, tienen precedentes en trastornos de salud mental, siendo los síntomas depresivos y baja autoestima, los que incrementan la ideación suicida (13).

La depresión es el trastorno mental más habitual relacionado a conductas o ideaciones suicidas, el cual no presenta límites de edad; siendo un indicador muy importante para el riesgo suicida (13).

El auto concepto está compuesto de pensamientos, sentimientos e imágenes, que cada uno se brinda de sí mismo (13).

El antecedente de tentativa suicida, es el intento suicida que suele repetirse durante la vida; no obstante, la reincidencia de un intento suicida se puede pronosticar por los diferentes antecedentes que la persona tuvo, como por ejemplo, en el caso del género masculino el presentarse un episodio de intento de suicidio, incrementa el riesgo de suicidarse; en el caso del género femenino es menos sustancial (13).

c. Factores Familiares.

- *Historia familiar de conductas suicidas.*

Algunos autores coinciden que la conducta suicida puede provocarse por imitación o aprendizaje, lo cual indica que si un familiar tuvo intentos de suicidio o llegó a cometerlo, tiene una alta probabilidad de riesgo suicida (13).

- *Historia familiar de psicopatología.*

La presencia de psicopatologías, desorden del ánimo, y el abuso de sustancias, tiende a influir en la ideación suicida o incluso llegar a consumarse (13).

d. Factores Sociales.

El desarrollo e incremento económico en conjunto a los cambios del mercado, ocasiona trastornos mentales; las demandas que la sociedad implanta en los jóvenes para poder alcanzar el éxito como: terminar la universidad, buscar empleo, formar una familia; son factores que conllevan a la conducta suicida. Por otro lado, los hechos que pasan en la sociedad como: asaltos, asesinatos, corrupción y el acoso, los vuelve vulnerables a cometer conductas autolesivas (13).

2.3. Definición de Términos Básicos.

2.3.1. Comportamiento.

El conjunto de respuestas, bien por presencia o por ausencia, que presenta un ser vivo en relación con su entorno o mundo de estímulos (24).

2.3.2. Despersonalización.

Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio) (23).

2.3.3. Desrealización.

Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado) (23).

2.3.4. Evento Traumático.

Evento único, prolongado y repetido durante meses o años. El abuso y la negligencia infantil, la violencia doméstica, la pobreza extrema y la privación, y el combate militar son ejemplos de traumas repetidos que pueden causar efectos psicológicos graves (23).

2.3.5. Evitación.

Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s) (23).

2.3.6. Miedo.

Sentimiento de desconfianza que impulsa a creer que va a suceder algo negativo, se trata de la angustia ante un peligro que, y eso es muy importante, puede ser real o imaginario (24).

2.3.7. Percepción.

La percepción es el mecanismo individual que realizan los seres humanos que consiste en recibir, interpretar y comprender las señales que provienen desde el exterior, codificándolas a partir de la actividad sensitiva (24).

2.3.8. Reacción Disociativa.

Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo) (23).

2.3.9. Riesgo suicida.

Probabilidad de cometer un evento suicida de manera futura o la acción deliberada que trae posibles consecuencias físicas, y que pone en riesgo la vida del ser humano a través de causas epidemiológicas, antecedentes personales, estado mental y de los estresores actuales a los que está sometido el individuo (25). Otro autor define, la conducta parasuicida es cuando el sujeto se genera lesiones con el fin de solo hacerse daño y no llegar a la muerte, en muchos

de los casos se considera un llamado de atención para manipular, quiere decir que la persona con conductas parasuicidas busca cambiar el entorno ambiental ya que tiene carácter gestual (13).

2.3.10. Sentimiento.

Se entiende por sentimiento a todo estado pasivo del yo vivenciado directamente como agradable o desagradable (24).

2.3.11. Suicidio.

La Real Academia Española (2021) define al suicidio como acciones o conductas que pueden perjudicar gravemente a quien la realiza, nace de las palabras latinas *sui* y *occidere* que lo interpreta como el acto de matarse a uno mismo (24). Según la OMS (2010) considera al suicidio como el acto intencionado que realiza un individuo sabiendo que el resultado será la muerte (25).

2.3.12. Trastorno de Estrés Postraumático.

Según el DSM V, el TEP aparece en el momento en el cual la persona ha sufrido o ha presenciado una agresión física hacia uno mismo u otra persona, y la reacción emocional que experimentó implica una respuesta intensa a causa del miedo, horror o indefensión (23).

Capítulo III

Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis Alterna.

Si existe asociación entre el estrés postraumático y el nivel de riesgo de la intención suicida en los pobladores de Huancayo y Jauja.

3.1.2. Hipótesis Nula.

No existe asociación entre el estrés postraumático y el nivel de riesgo de la intención suicida en los pobladores de Huancayo y Jauja.

3.2. Identificación de Variables Principales.

Variables principales	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Trastorno de Estrés postraumático	Según el DSM V aparece en el momento en el cual la persona ha sufrido o ha presenciado una agresión física hacia uno mismo u otra persona y la reacción emocional que experimentó implica una respuesta intensa a causa del miedo, horror o indefensión.	Se evaluará a través de la escala Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E)	Síntomas	Niveles de fenómenos invasores	Ordinal
				Niveles de conductas de evitación	Ordinal
				Niveles respuestas a un acontecimiento	Ordinal
Riesgo suicida	Es la posibilidad de consumar un evento suicida o la acción que trae posibles consecuencias de tipo físico, lo cual pone en riesgo la vida del individuo, debido a las causas epidemiológicas, estado mental, antecedentes personales, y del estrés al que está sometido el individuo.	Se evaluará a través de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik	Riesgo	Intentos autolíticos previos	Ordinal
				Intensidad de la ideación suicida actual	Ordinal
				Sentimientos de depresión, desesperanza y otros	Ordinal

3.3. Operacionalización de Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición	Fuente de información
Estrés postraumático	Serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos	Autorreporte del encuestado	Si No No sabe/No contesta	Categórica politómica	Nominal	Encuesta virtual
Riesgo suicida	Acción por la cual un individuo se causa un daño, muy independiente del grado de intención y de la razón por la cual son los verdaderos motivos.	Autorreporte del encuestado	Si No No sabe/No contesta	Categórica politómica	Nominal	Encuesta virtual
Variables inherentes a la población	Definición conceptual	Definición operacional	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición	Fuente de información
Padecimiento del COVID-19	Haber salido positivo para el nuevo virus de la familia de los coronavirus.	Autorreporte del encuestado	Infectados No infectados	Categórica dicotómica	nominal	Encuesta virtual
Edad	Tiempo vivido al momento de la encuesta	Autorreporte del encuestado	18-50	Numérica discreta	Razón	Encuesta virtual
Sexo	Condiciones anatómicas y fisiológicas el encuestado	Autorreporte del encuestado	Masculino Femenino	Categórica dicotómica	Nominal	Encuesta virtual

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición	Fuente de información
Estado civil	Conjunto de condiciones de una persona física, la cual determina su situación jurídica y se le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones.	Autorreporte del encuestado	- Soltero (a) - Casado (a) - Divorciado (a) - Viudo (a) - Conviviente	Categórica politómica	Nominal	Encuesta virtual
Trastorno psiquiátrico	Es una alteración continua de tipo emocional, cognitiva y/o de comportamiento, en la cual quedan alterados los procesos psicológicos básicos, los cuales dificultan que la persona pueda adaptarse al entorno cultural y social en el que vive.	Autorreporte del encuestado	Si No No sabe/No contesta	Categórica politómica	Nominal	Encuesta virtual
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios que una persona ha realizado o está en proceso de culminarlo.	Autorreporte del encuestado	- Primaria completa - Secundaria completa - Superior completa - Sin instrucción	Categórica politómica	Nominal	Encuesta virtual
Estado socioeconómico	Se entiende la capacidad económica y social que puede tener un individuo.	Autorreporte del encuestado	Si No No sabe/No contesta	Categórica politómica	Nominal	Encuesta virtual
Estado laboral	Situaciones vinculadas de una u otra forma con el trabajo, que se entiende	Autorreporte del encuestado	Si No	Categórica politómica	Nominal	Encuesta virtual

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición	Fuente de información
	como cualquier actividad física o intelectual, la cual recibe algún tipo de remuneración.		No sabe/No contesta			
Antecedentes epidemiológicos	Parte estadística dentro de la distribución, frecuencia y factores determinantes en las poblaciones.	Autorreporte del encuestado	Si No No sabe/No contesta	Categórica politómica	Nominal	Encuesta virtual
Antecedentes traumáticos	Evento altamente estresante que sufre un individuo en circunstancias inesperadas.	Autorreporte del encuestado	Si No No sabe/No contesta	Categórica politómica	Nominal	Encuesta virtual
Cambios en el estado de animo	El estado de ánimo se define como la actitud o disposición emocional que poseemos, prolongada y poco cambiante.	Autorreporte del encuestado	si no no sabe/no contesta	categórica politómica	nominal	Encuesta virtual

Capítulo IV

Metodología

4.1. Método, Tipo y Nivel de la Investigación.

4.1.1. Método de la Investigación.

Se usó el método científico de tipo hipotético deductivo, porque está basado en el ciclo de inducción-deducción-inducción, para establecer hipótesis y comprobarlas o refutarlas (27,28).

4.1.2. Tipo de la Investigación.

La investigación fue de tipo aplicada, porque genera conocimiento debido a la aplicación directa a los problemas de la sociedad (27,28). Fue de enfoque cualitativo, porque desarrolla preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección de datos y el análisis de los mismos (27,28). Fue observacional debido a que no hubo manipulación de las variables del estudio, se realizó el seguimiento natural de los sucesos de la variable principal (27,28).

4.1.3. Nivel de la Investigación.

El estudio corresponde al descriptivo correlacional, debido a que es una investigación no experimental en la cual medimos dos variables principales (27,28).

4.2. Diseño de la Investigación.

El diseño fue observacional, porque tiene un carácter estadístico demográfico, en la cual se limita la medición de variables en el estudio (27,28). Fue de corte transversal, ya que analiza diferentes variables sobre una población en un determinado periodo (27,28).

4.3. Población y Muestra.

4.3.1. Población.

La población encuestada estuvo conformada por personas que vivan en los distritos de Jauja y Huancayo, de 18 años a 50 años y que tenían acceso a internet para el llenado de la encuesta.

4.3.2. Muestra.

Se calculó que se requería 202 personas a ser encuestadas con estrés postraumático y 202 sin estrés postraumático, con una potencia estadística del 90 %, nivel de confianza del 95 %. Todo esto calculado con el programa Stata versión 11,1. A continuación se muestran los datos que sirvieron para el cálculo de tamaño de muestra, que se obtuvieron de un estudio piloto previo realizado en una población similar a la que se iba a tomar en cuenta la investigación (figura 2).

```
. tab ept_alta_prob suic_mod_sev, nokey row chi2
```

RECODE of interpret (INTERPRET .)	RECODE of interpretation (INTERPRETACION)		Total
	0	1	
0	10 90.91	1 9.09	11 100.00
1	15 78.95	4 21.05	19 100.00
Total	25 83.33	5 16.67	30 100.00

```
      Pearson chi2(1) = 0.7177  Pr = 0.397
```

```
. sampsi 0.091 0.211, p(.90)
```

Estimated sample size for two-sample comparison of proportions
Test Ho: p1 = p2, where p1 is the proportion in population 1
and p2 is the proportion in population 2
Assumptions:
alpha = 0.0500 (two-sided)
power = 0.9000
p1 = 0.0910
p2 = 0.2110
n2/n1 = 1.00

Estimated required sample sizes:
n1 = 202
n2 = 202

Figura 2. Cálculo de la muestra.

a. Criterios de inclusión.

- Personas mayores de 18 años hasta los 50 años.
- Personas que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria.

- Personas que vivían en las provincias de Jauja y Huancayo.

b. Criterios de exclusión.

- Personas que no rellenaron adecuadamente la encuesta.
- Gestantes y puérperas.
- Personas sin acceso a internet.
- Personas con un grado de instrucción inadecuado para el llenado de la encuesta.

4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Se hizo la recolección de datos mediante el uso de instrumentos validados previamente, tanto para estrés postraumático como para la ideación suicida. Se usó formatos de consentimiento virtual, esto debido a que el estudio utilizó información de carácter personal, pero anónimo. Se envió vía online la encuesta, esto a través de la plataforma de Google Forms, en la cual la encuesta estuvo detallada y explicada de forma sencilla, con opciones múltiples y algunos datos para rellenar. Luego se procedió al control de calidad de la data, en donde se tomó en cuenta los criterios de selección, así como, la depuración de la base en el programa Microsoft Excel.

4.4.1. Instrumentos de Recolección de Datos.

a. Diseño.

Instrumento: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Es un instrumento autoadministrado, consta de 15 ítems con respuestas, **si, no**. Cada respuesta afirmativa suma un punto. La puntuación de la escala oscila entre 0-15.

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación mayor o igual a 6. Siendo la calificación: 0 puntos: sin riesgo, 1-5 puntos: bajo riesgo, 6-10 puntos: moderado riesgo, 11-15 puntos: alto riesgo.

Instrumento: Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E)

Este instrumento consta de 12 ítems de SPRINT-E, que son respondidas con una escala de tipo Likert de tres ítems (mucho, poco y nada).

Si la respuesta a una pregunta es mayor o igual a 3 puntos, la estimaremos como intensa, tal y como lo recomiendan las creadoras de la escala; 3 o más respuestas intensas es un indicador de presencia de TEP, aunque con 7 o más respuestas estaremos seguros de que la probabilidad de que ocurra un falso positivo es muy baja.

b. Confiabilidad.

Confiabilidad de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik, Van Praag, Conte & Ricard, 1989), la versión original dio reporte de coeficientes de consistencia interna por cada ítem en un rango 0,84 a 0,90, y su fiabilidad test-retest de 0,89. Hernández, Fernández y Baptista (1998) mencionan que la confiabilidad es el resultado que produce cuando se aplica un instrumento a una misma persona u objeto y dicho resultado debe ser similar o igual en todas las demás aplicaciones. Aplicada en una población de la ciudad de Huancayo en el año 2018 demostrando ser un instrumento confiable (alfa de Cronbach = 0,16) (13).

Confiabilidad Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E):

Según los criterios del DSM-IV, para poder usarla, encontramos que fue revalidada en Chile por Leiva-Bianchi y Gallard (2013), donde se logró una confiabilidad alta para esta escala (alfa de Cronbach = 0,92).

c. Validez.

Validez de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik: Hernández, Fernández y Baptista (1998) mencionan que la validez es el grado en que un instrumento realmente mida la variable que pretenda medir, sin embargo, para Tamayo y Tamayo (2012) validar es determinar cuantitativa y cualitativamente un dato. Por ello, para la validación del instrumento se utilizó la técnica de juicio de expertos y la prueba piloto, donde profesionales del área de campo revisaron detalladamente los ítems de la escala.

Validez de Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E): Fue creado por Connor y Davidson (2001), con el objetivo de estimar la sintomatología postraumática (9). Según los criterios del DSM-IV, para poder usarla, encontramos que fue revalidada en Chile por Leiva-Bianchi y Gallardo (2013). Aplicada también en el Perú por Mejía en el 2020 durante la pandemia por COVID-19.

4.4.2. Procedimiento de la Investigación.

Se elaboró el protocolo en el mes de enero en supervisión de nuestro asesor para su presentación, revisión y aprobación por el comité de ética de la Universidad Continental, para empezar el proceso de recolección de datos. Se realizó una encuesta virtual y anónima a través de la plataforma de Google Forms enviada a través de las redes sociales, se recopiló los datos en un documento de Excel y se procedió a su selección y codificación para poder realizar el correcto análisis estadístico; así mismo se continuó con la elaboración del marco teórico del documento de la tesis, realizando las correcciones pertinentes sugeridas por el jurado.

4.5. Consideraciones Éticas

El proyecto de tesis fue enviado en el mes de enero, posteriormente con la aprobación de dicho comité se procedió a la recopilación de datos.

No se necesitó de la aprobación del comité de ética institucional, debido a que el instrumento por el cual se recopilaban los datos, fue a través de encuestas virtuales con en las que se adjuntó el consentimiento informado pertinente.

Capítulo V

Resultados

5.1. Presentación de Resultados.

De los 400 encuestados, la mayoría fue del sexo femenino (54,7 %), la mediana de edades fue de 26 años (rango intercuartílico: 22-35 años), la mayoría vivía en la ciudad de Jauja (50,3 %), tenía estado civil soltero(a) (70,3 %), con estudios universitarios (58,0 %), laboraba en ese momento (62,5 %) y mencionó que si pudo satisfacer las necesidades básicas del hogar en el último año (57,5 %) (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los encuestados en Jauja y Huancayo.

Variable	f_i	h_i %
Sexo		
Femenino	219	54,7%
Masculino	181	45,3%
Edad (años)		
Media y desviación estándar	29,3	10,0
Mediana y rango intercuartílico	26	22-35
Lugar de residencia		
Jauja	201	50,3%
Huancayo	199	49,7%
Estado civil		
Soltero(a)	281	70,3%
Casado(a)	80	20,0%
Divorciado(a)	8	2,0%
Conviviente	31	7,7%
Grado de instrucción		
Secundaria o menos	168	42,0%
Estudios universitarios	232	58,0%
Actualmente labora		
No	150	37,5%
Si	250	62,5%
Satisfizo las necesidades del hogar*		
Si pude	230	57,5%
No pude	170	42,5%

Nota. *En el último año.

El 47,3 % mencionó que padeció de COVID-19, el 77,3 % no padece de enfermedades mentales, el 53,3 % experimentó algún evento desastroso, el 88 % no vivió un suicidio en su entorno, el 74,3 % no sufre de enfermedad alguna, el 84,2 % no consume ni fármacos ni drogas, el 42,5 % tuvo un dolor emocional el último año, el 59,2 % tenía un estrés post traumático probable o confirmado y el 23,5% tenía un riesgo suicida moderado o alto (tabla 2).

Tabla 2. Características patológicas de los encuestados en Jauja y Huancayo.

Variable	f_i	h_i %
Padeció de COVID-19		
No	170	42,5%
Si	189	47,3%
No se	41	10,2%
Padece de enfermedad mental		
No	309	77,3%
Si	48	12,0%
No se	43	10,7%
Experimentó suceso desastroso		
No	213	53,3%
Si	187	46,7%
Vivió un suicidio en su entorno		
No	352	88,0%
Si	48	12,0%
Sufre de alguna enfermedad		
No	297	74,3%
Si	103	25,7%
Consume fármacos o drogas		
No	337	84,2%
Si	63	15,8%
Tuvo dolor físico o emocional		
Ninguno	123	30,8%
Si, emocional el último año	170	42,5%
Si, físico el último año	107	26,7%
Estrés post traumático		
No	163	40,8%
Probable o presente	237	59,2%
Riesgo suicida		
Ninguno o bajo riesgo	306	76,5%
Moderado o alto riesgo	94	23,5%

Cuando se desglosó el riesgo suicida, se encontró que el 3 % tenía alta probabilidad y el 21 % moderado riesgo. En cuanto al estrés post traumático, el 2 % tenía una segura presencia de estrés post traumático y el 58 % una alta probabilidad (figura 3).

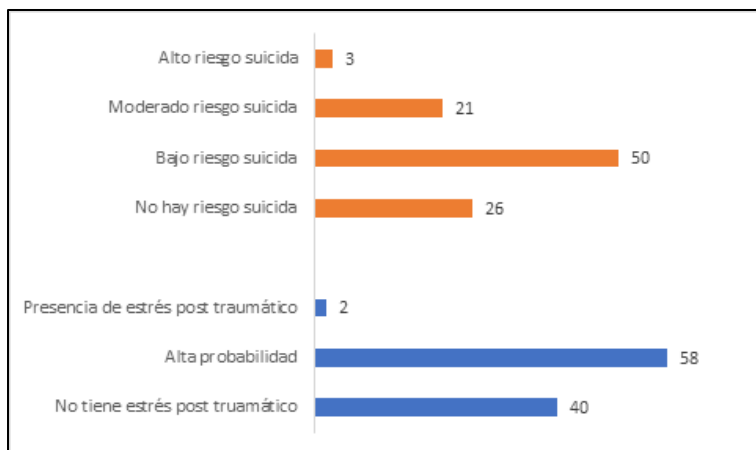


Figura 3. Porcentaje de riesgo suicida y estrés post traumático en los encuestados en Jauja y Huancayo.

Al realizar el análisis bivariado de las características socioeducativas asociadas al riesgo suicida, de las siete variables inherentes a la población (sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, grado de instrucción, si laboraba actualmente y si satisfizo las necesidades del hogar en el último año), no se encontró asociación con el riesgo suicida (todos los valores p fueron mayores a 0,05) (tabla 3).

Tabla 3. Características socio-demográficas asociadas al riesgo suicida moderado o alto en los encuestados en Jauja y Huancayo.

Variable	Riesgo suicida		Valor p
	No (%)	Si (%)	
Sexo			
Femenino	161 (73,5)	58 (26,5)	0,122
Masculino	145 (80,1)	36 (19,9)	
Edad (años)*	26 (22-37)	26 (20-30)	0,113
Lugar de residencia			
Jauja	162 (80,6)	39 (19,4)	0,052
Huancayo	144 (72,4)	55 (27,6)	
Estado civil			
Soltero	211 (75,1)	70 (24,9)	0,395
Casado	66 (82,5)	14 (17,5)	
Divorciado	7 (87,5)	1 (12,5)	
Conviviente	22 (71,0)	9 (29,0)	
Grado de instrucción			
Secundaria o menos	126 (75,0)	42 (25,0)	0,547
Estudios universitarios	180 (77,6)	52 (22,4)	
Actualmente labora			
No	110 (73,3)	40 (26,7)	0,247
Si	196 (78,4)	54 (21,6)	
Satisfizo las necesidades del hogar**			
Si pude	184 (80,0)	46 (20,0)	0,055
No pude	122 (71,8)	48 (28,2)	

Nota. *Variable tomada de forma cuantitativa (el valor p fue obtenido con la prueba de Wilcoxon).

**En el último año. Los valores p fueron obtenidos con la prueba del chi cuadrado (excepto para la edad).

Al realizar el análisis bivariado de las características patológicas asociadas al riesgo suicida, hubo asociación según el haber padecido de COVID-19 (hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que no sabían si habían padecido de COVID-19, valor $p < 0,001$), entre los que padecían de una enfermedad mental (hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que no sabían si tenían una enfermedad mental de trasfondo, valor $p < 0,001$), si vivió un suicidio en su entorno (hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que si habían padecido un suicidio en su entorno, valor $p < 0,001$), entre los que sufrían alguna enfermedad (hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que sufrían alguna enfermedad, valor $p = 0,008$), entre los que tenían un dolor físico o emocional (hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que sufrieron de un dolor emocional el último año, valor $p < 0,001$) y entre los que tenían estrés post traumático (hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que si tenían estrés post traumático, valor $p < 0,001$) (tabla 4).

Tabla 4. Características patológicas asociadas al riesgo suicida moderado o alto en los encuestados en Jauja y Huancayo.

Variable	Riesgo suicida		Valor p
	No (%)	Si (%)	
Padeció de COVID-19			
No	146 (85,9)	24 (14,1)	<0,001
Si	134 (70,9)	55 (29,1)	
No se	26 (63,4)	15 (36,6)	
Padece de enfermedad mental			
No	261 (84,5)	48 (15,5)	<0,001
Si	27 (56,2)	21 (43,8)	
No se	18 (41,9)	25 (58,1)	
Experimentó suceso desastroso			
No	170 (79,8)	43 (20,2)	0,095
Si	136 (72,7)	51 (27,3)	
Vivió un suicidio en su entorno			
No	287 (81,5)	65 (18,5)	<0,001
Si	19 (39,6)	29 (60,4)	
Sufre de alguna enfermedad			
No	237 (79,8)	60 (20,2)	0,008
Si	69 (67,0)	34 (33,0)	
Consume fármacos o drogas			
No	258 (76,6)	79 (23,4)	0,950
Si	48 (76,2)	15 (23,8)	
Tuvo dolor físico o emocional			
Ninguno	111 (90,2)	12 (9,8)	<0,001
Si, emocional el último año	115 (67,6)	55 (32,4)	
Si, físico el último año	80 (74,8)	27 (25,2)	
Estrés post traumático			
No	158 (96,9)	5 (3,1)	<0,001
Probable o presente	148 (62,5)	89 (37,5)	

Los valores p fueron obtenidos con la prueba del chi cuadrado.

En la prueba bivariada se encontró asociación con la edad ($p = 0,034$), con el padecer de COVID-19 ($p = 0,001$ para dos de las categorías), con el padecer de enfermedad mental ($p < 0,001$ para dos de las categorías), si vivió un suicidio en su entorno ($p < 0,001$), si tuvo un dolor físico o emocional ($p < 0,004$ para ambos valores p) y si tuvo estrés post traumático ($p < 0,001$). Todas estas variables entraron al modelo final, en donde se encontró que hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que tenían estrés post traumático (RPa: 7,83; IC95%: 3,17-19,30; valor $p < 0,001$), entre los que el último año habían padecido un dolor físico (RPa: 1,89; IC95%: 1,06-3,36; valor $p = 0,031$), si padecen de enfermedades mentales (RPa: 2,20; IC95%: 1,38-2,98; valor $p < 0,001$) y los que no saben si las padecen (RPa: 2,38; IC95%: 1,72-3,30, valor $p < 0,001$), ajustado por la edad, si padeció de COVID-19 y si vivió un suicidio en su entorno (tabla 5).

Tabla 5. Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados al riesgo suicida moderado o alto en los encuestados en Jauja y Huancayo.

Variable	Análisis bivariado	Análisis multivariado
Sexo masculino	0,75 (0,52-1,08) 0,126	No entró al modelo final
Edad (años)*	0,979 (0,960-0,998) 0,034	0,99 (0,97-1,01) 0,248
Reside en Huancayo	1,42 (0,99-2,04) 0,055	No entró al modelo final
Estado civil		
Soltero	Categoría de comparación	No entró al modelo final
Casado	0,70 (0,42-1,18) 0,181	No entró al modelo final
Divorciado	0,50 (0,08-3,18) 0,464	No entró al modelo final
Conviviente	1,17 (0,65-2,10) 0,609	No entró al modelo final
Estudios universitarios	0,90 (0,63-1,28) 0,547	No entró al modelo final
Actualmente labora	0,81 (0,57-1,16) 0,246	No entró al modelo final
No satisfizo las necesidades del hogar	1,41 (0,99-2,01) 0,055	No entró al modelo final
Padeció de COVID-19		
No	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Si	2,06 (1,34-3,18) 0,001	1,19 (0,80-1,77) 0,399
No se	2,59 (1,50-4,48) 0,001	1,37 (0,80-2,37) 0,254
Padece de enfermedad mental		
No	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Si	2,82 (1,86-4,25) <0,001	2,02 (1,38-2,98) <0,001
No se	3,74 (2,60-5,38) <0,001	2,38 (1,72-3,30) <0,001
Experimentó suceso desastroso	1,35 (0,95-1,93) 0,097	No entró al modelo final
Vivió un suicidio en su entorno	3,27 (2,38-4,49) <0,001	1,91 (1,37-2,64) <0,001
Sufre de alguna enfermedad	1,63 (1,14-2,33) 0,007	1,02 (0,75-1,38) 0,916
Consume fármacos o drogas	1,02 (0,63-1,65) 0,950	No entró al modelo final
Tuvo dolor físico o emocional		
Ninguno	Categoría de comparación	Categoría de comparación
Si, emocional el último año	3,32 (1,86-5,93) <0,001	1,46 (0,84-2,50) 0,172
Si, físico el último año	2,59 (1,38-4,85) 0,003	1,89 (1,06-3,36) 0,031
Con estrés post traumático	12,24 (5,08-29,50) <0,001	7,83 (3,17-19,30) <0,001

Para obtener las razones de prevalencias (izquierda), los intervalos de confianza al 95 % (dentro del paréntesis) y valores p (derecha); se usó los modelos lineales generalizados (familia Poisson, función de enlace log y modelos para varianzas robustas). *Variable tomada como cuantitativa.

5.2. Discusión de Resultados.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio realizado en las ciudades de Jauja y Huancayo de la región Junín, cuya población fue de 400 personas encuestadas con el instrumento Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E), los resultados fueron los siguientes; del 100 % de la población, el 58 % presenta una alta probabilidad de padecer estrés postraumático, así mismo el 2 % evidencia una segura presencia de síntomas asociados al TEP, lo que representa que, seis de cada diez personas, presentan síntomas de estrés post traumático. Esta frecuencia es realmente elevada, tomando en cuenta que una revisión llevada a cabo por Palacios (2002) antes de la llegada del COVID-19 se estimaba que, en la población mundial, los índices de prevalencia de TEP variaban del 5 al 15 % en países de primer mundo (1). O el reportado por Ressler (2018) que indica que la prevalencia en la población americana oscila entre el 5 y 10 % (3). Palomino (2020) en su artículo de revisión menciona que la prevalencia de TEP en China es del 7 % (16), y finalmente Leiva (2019) en un estudio que realizó en el 2017 en Chile, después de un evento catastrófico reportó que la prevalencia de TEP e ideación suicida fue de 4,9 % (17).

Con relación a la tabla 4, características patológicas asociadas al riesgo suicida en la escala del riesgo suicida, se evidenció que el 21 % de la población, mostró moderado riesgo y el 3 % una alta probabilidad de cometer suicidio. Por consiguiente, en base al análisis de resultados publicados por Jerónimo (2019) en una revisión publicada en Elsevier indica que 800 000 personas en el mundo mueren por suicidio cada año y se cataloga como la primera causa de muerte no natural dentro del grupo (10); las muertes por suicidio representan el 1,4 %

de muertes en todo el mundo, encontrándose en las principales causas de muerte violenta (41). Por otra parte, Leiva (2017) en su estudio, reportó que luego de un evento catastrófico, se encontró que el 8,9 % tenía ideación suicida (17). Un artículo que hace mención sobre la prevalencia del TEP entre los bomberos en los EE. UU. oscilan entre 8 y 22 %. Del mismo modo, la prevalencia de la ideación suicida y los intentos de suicidio entre los bomberos es relativamente alta (25 a 44 %)(42). La relación del TEP con el suicidio ha sido muy estudiada, con datos como que el intento de suicidio aumenta de dos a tres veces en presencia de TEPT12 (43).

Por otro lado, se acepta la hipótesis alterna, que dice que existe relación entre la estrés postraumático y el nivel de riesgo de intención suicida en los pobladores de Jauja y Huancayo durante la pandemia de COVID-19, ya que hubo una asociación estadística entre el riesgo suicida y padecer estrés post traumático que se representa en una probabilidad de 7,83 veces más de riesgo de suicidio para quienes sufrían de TEP. Situación que es similar con un estudio que se publicó desde 1998 en el *The New England Journal of Medicine*, donde se evidenciaba que existía incremento en la tasa de suicidios de 13,8 % tras un evento catastrófico (4), o los registrados en los años 1918-1919 tras la gripe española (10), así mismo, según los reportes del SINADEF para el año 2021 se aprecia un incremento del 11,5 % en el Perú en la tasa de suicidios respecto al año anterior a la pandemia de COVID-19 (26).

También se evaluó la frecuencia de riesgo suicida entre las personas que sufrían alguna enfermedad, el valor obtenido es de $p = 0,008$. Los que tenían un dolor físico o emocional, se encontró una mayor prevalencia de riesgo suicida entre los que sufrieron de un dolor emocional el último año, el valor es de $p < 0,001$, y, por último, hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que si tenían estrés post traumático, valor $p < 0,001$. Como lo demuestra un estudio presentado por Seng (2005), donde hace referencia que las personas afectadas por TEP presentan una mayor comorbilidad (12).

De acuerdo al análisis bivariado de las características patológicas asociadas al riesgo suicida, se encontró una correlación de riesgo suicida entre los que no sabían si habían padecido de COVID-19, el valor es $p < 0,001$, entre los que padecían de una enfermedad mental, del mismo modo, se encontró más frecuencia de riesgo suicida entre los que no sabían si tenían una enfermedad mental de trasfondo, mostrando un valor de $p < 0,001$; en asociación si vivió un suicidio en su entorno, los resultados obtenidos fueron; hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que si habían padecido un suicidio en su entorno, cuyo valor es de $p < 0,001$.

Respecto al análisis bivariado y multivariado de los factores asociados al riesgo suicida moderado o alto en los encuestados, se encontró una relación en la edad con un valor de $p = 0,034$, con padecer de COVID-19 ($p = 0,001$), el sufrir de enfermedad mental ($p < 0,001$), si vivió un suicidio en su entorno ($p < 0,001$), si tuvo un dolor físico o emocional ($p < 0,004$) y si tuvo estrés post traumático ($p < 0,001$). En todas estas variables se halló más frecuencia de riesgo suicida entre los que tenían estrés post traumático, obteniendo los siguientes valores; RPa: 7,83; IC95%: 3,17-19,30; valor $p < 0,001$, los que el último año habían padecido un dolor físico muestran un RPa: 1,89; IC95%: 1,06-3,36; valor $p = 0,031$, las personas que padecen de enfermedades mentales obtuvo un RPa: 2,20; IC95%: 1,38-2,98; valor $p < 0,001$ y los que no saben si las padecen muestran un RPa: 2,38; IC95%: 1,72-3,30, valor $p < 0,001$, alcanzando valores aceptables. Situaciones de estrés de diversa índole puede generar una serie de reacciones orgánico-psicológicas, que de no ser atendidas oportunamente y con la importancia pertinente por personal especializado, podrían generar estados crónicos, causando de esta manera efectos deletéreos en la funcionalidad del individuo en las diferentes áreas que desempeña dentro de la sociedad, haciendo de este un círculo vicioso negativo de causa y efecto. Es así que el 74,8 % de la población encuestada manifestó que presentó algún tipo de dolor ya sea físico o emocional, lo que corrobora lo mencionado en cuanto al curso natural del TEP que se realizó en una revisión en año 2002 (1).

Según la base de SINADEF en el año previo a la pandemia (2019) se reportaron 638 casos de suicidios, sin embargo, para el cierre del año 2021 previo a nuestro estudio, el reporte de suicidios según esta misma entidad fue de 712 casos reportados; y para el mes de mayo del 2022 el reporte nos brinda una data 288 reportes de suicidio; una cifra alarmante en lo que va del año con proyecciones a crecer y superar la cifra del año pasado (26).

La presencia de un evento traumático para presentar riesgo suicida es muy importante, ya que este antecedente predispone con mayor facilidad a que se incremente el riesgo, como se vio en mujeres que sufrieron aborto e hizo que este evento incremente el riesgo suicida; como vimos en nuestro estudio, las personas con mayor frecuencia de riesgo suicida que tenían estrés postraumático habían padecido de un dolor físico en el último año (19).

Conclusiones

1. Ambas patologías están presentes en gran cantidad de participantes de las poblaciones encuestadas, se encontró que hubo más frecuencia de riesgo suicida entre los que tienen estrés post traumático (RPa: 7,83; IC95%: 3,17-19,30; valor $p < 0,001$), dentro de la muestra de 400 personas; se desglosó el riesgo suicida y se encontró que el 3 % tenía alta probabilidad y el 21 % moderado riesgo. Con respecto al estrés post traumático, el 2 % tenía presencia de estrés post traumático, y el 58 % una baja probabilidad de falso positivo.
2. A causa de la pandemia por el COVID-19, gran cantidad de la población encuestada a través del instrumento Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E) que tiene una confiabilidad de $\alpha = 0,92$, presentan signos de estrés postraumático con una prevalencia que asciende hasta un 59,2 %.
3. Gran parte la población que participó del estudio y estuvo expuesta al confinamiento debido a la pandemia del COVID-19 en ambas ciudades, presentan una tendencia al suicidio, lográndose identificar que, un 3 % de dicha población, muestra una alta probabilidad de riesgo suicida, el 21 % riesgo moderado y finalmente el 50 % tuvo bajo riesgo suicida.
4. El estrés postraumático sufrido a causa de la pandemia del COVID-19, la población encuestada tiene una probabilidad de 7,83 veces más de padecer de riesgo suicida, cifra que resulta alarmante según los reportes de SINADEF a la fecha que indican que anualmente se incrementan las tasas de suicidio.

Recomendaciones.

1. Difundir sobre la salud mental en la población desde temprana edad, ya que estudios previos han arrojado resultados, que tener antecedentes de eventos previos, solo agravan el cuadro de forma posterior y que, si vuelven a sufrir de un evento traumático la respuesta a este, será perjudicial.
2. Realizar seguimiento constante a las poblaciones jóvenes que hayan sufrido eventos traumáticos mientras permanezcan en sus instituciones educativas y en constante comunicación con sus padres, para el posterior seguimiento.
3. Capacitar al primer nivel de atención para poder realizar el diagnóstico temprano de estas patologías y poder derivar de manera oportuna al especialista, para evitar sucesos trágicos.
4. Evaluar constantemente en ambientes laborales al personal, ya que estas patologías también influyen en el desarrollo y desempeño laboral de los trabajadores.

Referencias bibliográficas

1. Palacios L, Heinze G. Trastorno Por Estrés Postraumático. Una Revisión del Tema. *Salud Mental*. 2002 jun; 25(3):19–26.
2. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: Aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2002 nov;40(SUPPL. 2):20–34.
3. Ressler K. Alpha-Adrenergic Receptors in PTSD — Failure or Time for Precision Medicine? *New England Journal of Medicine*. 2018 feb 8;378(6):575–6.
4. Shoaf K. Suicides After Natural Disasters. *The New England Journal of Medicine*. 1998;338(25):1851.
5. Pfeffer C. Suicide Among Youth: Perspectives on Risk And Prevention. Vol. 322. *The New England Journal of Medicine*; 1990. 785 p.
6. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*2020;368:m313.
7. Driessen M, Schroeder T, Widmann B, Von Schönfeld CE, Schneider F. Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminal behavior in prisoners in Germany: a comparative study in incarcerated women and men. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67:1486-92.
8. Vega F. Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú [Internet]. Lima; 2008. Available from: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>
9. North CS, Sorg EM, Youn S, Chu JT. Case 28-2021: A 37-Year-Old Woman with Covid-19 and Suicidal Ideation. *New England Journal of Medicine*. 2021 Sep 16;385(12):1125–32.
10. Jerónimo MÁ, Piñar S, Samos P, González AM, Bellsolà M, Sabaté A, et al. Suicidal attempt and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic compared to previous years. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2021 sep.
11. Castro Escobar JF, Radas Barbié D. Estrés postraumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el Polideportivo de IC. P. El Milagro. Distrito de Huanchaco, Setiembre 2017. *Revista Semestral de la Psicología de las Emergencias*. 2017; 7:27–57.

12. Seng JS, Graham-Bermann SA, Clark MK, McCarthy AM, Ronis DL. Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: Results from service-use data. *Pediatrics*. 2005 Dec;116(6).
13. Gutarra B. Estructura familiar y riesgo suicida del personal voluntario en servicio militar - Cuartel 9 diciembre, Huancayo, 2018. 2019.
14. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kevin Kjernisted, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014; 14 Suppl1:S1.
15. Ford Julian D; Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions First ed. United State of America: Elsevier Inc. 2009, 1-278.
16. Palomino-Oré C, Huarcaya-Victoria J. Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. 2020 Dec 28;20(4): e1218. Available from: <https://bit.ly/3z4VTuS>
17. Leiva-Bianchi M, Soto-Escalona P, Serrano C. Ideación suicida y estrés postraumático después del terremoto y tsunami del 27-F. *Revista de Psicología*. 2017 jul 19;26(1).
18. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Vilela-Estrada AL, Huarcaya-Victoria J. Depression, post-traumatic stress, anxiety, and fear of COVID-19 in the general population and health-care workers: prevalence, relationship, and explicative model in Peru. *BMC Psychiatry*. 2021 Dec 1;21(1).
19. Torres Vilchez C. Estrés postraumático y riesgo suicida en mujeres que hayan presentado aborto en el distrito de Trujillo. [Trujillo]: Universidad Privada del Norte; 2020.
20. Salazar Bustíos M. Estrés postraumático en pobladores de tres distritos de Lambayeque afectados por el Fenómeno El Niño Costero, 2018. [Lambayeque]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019.
21. Rober T, Rivadeneyra Ulloa S. Comparación epidemiológica de los suicidios ocurridos en el Perú a través de Sinadef en el periodo 2018-2020. Huancayo; 2021.
22. Escobar JUM. Avances en Psiquiatría. Escobar JUM, editor. Bogotá; 2014. 149–151 p.
23. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 [Internet]. 5th ed. Restrepo R, editor. Washington; 2014. Available from: www.appi.org
24. RAE. Diccionario de la lengua española Edición del Tricentenario RAE - ASALE.

25. OMS. Suicidio [Internet]. Available from: <https://bit.ly/3MQ9yKd>
26. SINADEF. REUNIS [Internet]. Available from: <https://bit.ly/3NF0yaL>
27. Supo J. Taxonomía de la investigación: El arte de clasificar aplicado a la investigación científica. 1 edition. *CreateSpace Independent Publishing Platform*; 2015. 70 p.
28. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación Para las Ciencias de la Salud. 2 edition. *CreateSpace Independent Publishing Platform*; 2014. 340 p.
29. Pulla P. Covid-19: India imposes lockdown for 21 days and cases rise. *BMJ*2020;368:m1251.
30. Kluge HNP. Statementephysical and mental health key to resilience during COVID-19 pandemic. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-physical-and-mental-health-key-to-resilience-during-covid-19-pandemic>(accessed on 30th March, 2020).
31. Ballenger J, Davidson J, Lecrubier Y: Focus on posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 61 (supl5):3-12, 2000.
32. KORN M: New Insights into PTSD. XXII Congreso del Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologi-cum, MEDSCAPE. ([www.http//medscape.com](http://medscape.com)).
33. Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J, eds. *Gender and PTSD*. New York, NY: Guilford Publications; 2002
- 34.. Seng JS, Oakley DJ, Sampsel CM, Killion C, Graham-Bermann S, Liberzon I. Association of posttraumatic stress disorder with pregnancy complications. *Obstet Gynecol*.2001;97:17–22
35. Office of Research on Women's Health. *Agenda for Research on Women's Health for the 21st Century*. Vol 1. Washington, DC: National Institutes of Health; 1999:48
36. Gelezelyte O, Dragan M, Grajewski P, Kvedaraite M, Lotzin A, Skrodzka M, et al. Factors Associated With Suicide Ideation in Lithuania and Poland Amid the COVID-19 Pandemic. *Crisis*.2021
37. Turner BJ, Robillard CL, Ames ME, Craig SG. Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation and Deliberate Self-harm in Canadian Adolescents During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Can J Psychiatry*. 2021,7067437211036612.

38. Breslau N, Kessler Rc, Chicoat Hd, Schultzlr, Davis Gc, Andreski P: Trauma and posttraumaticstress disorder in the community: the 1996 Detroit AreaSurvey of Trauma. Arch Gen Psychiatry, 55:626-632,1998.
39. Breslau N, Davis Gc, Andreski P y cols.: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urbanpopulation of young adults. Arch Gen Psychiatry,48:216-222, 1991.
40. Kessler Rc, Sonnega A, Bromet E y cols.: Posttraumatic stress disorder in the NationalComorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 52:1048-1060,1995.
41. Tabares ASG, Núñez C, Osorio MPA, Aguirre AMG. Risk and suicidal ideation and its relationship with impulsivity and depression in school adolescent. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluacion Psicologica. 2020;54(1):147–63.
42. Noor N, Pao C, Dragomir-Davis M, Tran J, Arbona C. PTSD symptoms and suicidal ideation in US female firefighters. Occupational Medicine. 2019 Dec 31;69(8–9):577–85.
43. Krysinska K, Lester D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. Archives of Suicide Research. 2010 Jan;14(1):1–23.

Anexos

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Planteamiento del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Muestra	Diseño	Instrumentos	Análisis estadístico
<p>Formulación del Problema</p> <p>¿El estrés postraumático está asociado a la intención suicida en los pobladores de Huancayo y Jauja durante la pandemia de COVID-19 en el 2022?</p>	<p>Objetivo General Determinar si el estrés postraumático está asociado a la intención suicida en los pobladores de Huancayo y Jauja durante la pandemia de COVID-19 en el 2022.</p> <p>Objetivo Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la prevalencia de estrés postraumático en la población a través del instrumento de evaluación Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E). • Identificar el nivel de riesgo suicida mediante el cuestionario de PLUTCHIK. • Identificar la existencia de asociación entre el estrés postraumático y el nivel de riesgo de potencial suicida. 	<p>Hipótesis</p> <p>Hipótesis alterna: Si existe asociación entre el estrés postraumático y el nivel de riesgo de la intención suicida en los pobladores de Huancayo y Jauja.</p> <p>Hipótesis nula: No existe asociación entre el estrés postraumático y el nivel de riesgo de la intención suicida en los pobladores de Huancayo y Jauja.</p>	<p>Variable Dependiente Riesgo suicida</p> <p>Variables Independientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrés postraumático • Edad • Lugar de residencia • Estado civil • Sexo • Antecedente de COVID-19 • Grado de instrucción • Estado laboral • Antecedentes de enfermedad psiquiátrica • Antecedente traumático • Antecedente de haber presenciado suicidio • Cobertura de necesidades básicas • Antecedente de patologías • Antecedente de medicación. 	<p>Todos los pobladores de las ciudades de Jauja y Huancayo desde los 18 años hasta los 50 años.</p>	<p>Estudio tipo observacional, no experimental, prospectivo, transversal y analítico.</p>	<p>Ficha de recolección de datos. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E)</p>	<p>Para la estadística analítica se trabajó con una significancia estadística del 95% y se utilizó los modelos lineales generalizados para obtener las razones de prevalencia crudas (RPc), ajustadas (RPa), intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y los valores p. Se consideró estadísticamente significativos a los valores $p < 0.05$.</p>

Anexo 2. Documento de Aprobación por el Comité de Ética



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huancayo, 05 de mayo del 2022

OFICIO N°038-2022-VI-UC

Investigadores:
Fernández Ríos Joshua Deyvis
Solano Aymara Juan Carlos

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: "ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ASOCIADO A INTENCIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN DE HUANCAYO-JAUJA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL AÑO 2022".

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

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

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

Atentamente,



Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

Anexo 3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Continental

Investigadores: Fernández Ríos Joshua Deyvis.

Solano Aymara, Juan Carlos.

Título: Estrés postraumático asociado a intención suicida en la población de Huancayo-Jauja durante la pandemia del COVID-19 en el año 2022.

INTRODUCCIÓN:

Lo estamos invitando a participar del estudio de investigación llamado: “Estrés postraumático asociado a intención suicida en la población de Huancayo-Jauja durante la pandemia del COVID-19 en el año 2022” Este es un estudio desarrollado por investigadores de la institución: Universidad Continental

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

Estamos realizando este estudio con el objetivo de evaluar la relación entre ideación suicida y estrés post traumático; que se fundamenta en el aumento de casos de estrés generado tras la pandemia de covid-19 en los años 2019-2022.

Por lo señalado creemos necesario profundizar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.

METODOLOGÍA:

Si usted acepta participar, le informamos que deberá llevar a cabo lo siguiente:

- Responder las preguntas de un cuestionario virtual, responder según sea su criterio y en el tiempo que usted considere necesario.

MOLESTIAS O RIESGOS:

No existe ninguna molestia o riesgo mínimo al participar en este trabajo de investigación. Usted es libre de aceptar o de no aceptar.

BENEFICIOS:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial de algún resultado que se crea conveniente que usted tenga conocimiento.

COSTOS E INCENTIVOS:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio, su participación no le generará ningún costo.

CONFIDENCIALIDAD:

Los investigadores registraremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados en una revista científica, no se mostrará ningún dato que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE:

Si usted tiene alguna duda adicional, puede preguntar al Investigador principal JOSHUA DEYVIS FERNÁNDEZ RÍOS o llamarlo a los teléfonos 989708828.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al presidente del Comité Institucional de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Continental. Av. San Carlos 1980-HUANCAYO.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, he comprendido perfectamente la información que se me ha brindado sobre las cosas que van a suceder si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Anexo 3. Instrumentos de Recolección de Datos

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE <u>PLUCTCHICK</u>		
INSTRUCCIONES:		
Las siguientes preguntas tratan sobre las cosas que usted ha sentido o hecho. Conteste marcando en el casillero SI o NO su respuesta más habitual.		
	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

ENCUESTA ANÓNIMA:

Se me ha informado del propósito, el alcance, los resultados esperados y el carácter de mi participación en este estudio. También soy plenamente consciente de que la información que proporciono es confidencial y anónima, al igual que debe ser utilizada con fines estrictamente científicos. Me informaron que podía discutir el proyecto y sus objetivos en cualquier momento y que, si lo decida sin afectarlo, podía retirarme del proyecto. Por lo tanto, al responder la encuesta doy mi consentimiento para que se utilice la información para los fines ya mencionados.

- EDAD: _____ FECHA: ___/___/___
- LUGAR DE RESIDENCIA: _____
- ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO/A ()
- DIVORCIADO/A () VIUDO/A () CONVIVIENTE ()
- USTED ESTUVO ENFERMO CON COVID-19: SI () NO ()
- NO ESTOY SEGURO ()
- GRADO DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA COMPLETA ()
- SECUNDARIA COMPLETA () SUPERIOR COMPLETA () SIN
- INSTRUCCIÓN ()
- USTED SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA:
- SI () NO ()
- ACTUALMENTE SE ENCUENTRA LABORANDO: SI () NO ()
- USTED HA EXPERIMENTADO UN HECHO DESASTROSO EN EL
- ULTIMO AÑO (MUERTE DE UN FAMILIAR, DESASTRES
- NATURALES, SUCESO VIOLENTO DENTRO O FUERA DEL
- HOGAR: SI () NO () OTROS _____
- (ESPECIFICAR): _____
- USTED HA TENIDO CONOCIMIENTO DE ALGUNA PERSONA
- QUE HAYA COMETIDO SUICIDIO DENTRO DE SU ENTORNO
- CERCANO: SI () NO ()
- DURANTE EL ULTIMO AÑO USTED NO HA PODIDO
- SATISFACER LAS NECESIDADES DE SU HOGAR
- (ALIMENTACIÓN, VESTIMENTA, MEDICAMENTOS)
- USTED SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD: SI () NO ()
- CONSUME ALGÚN TIPO DE FÁRMACOS RECREATIVOS O
- DROGAS RECREATIVAS: SI () NO () ESPECIFICAR: _____
- DURANTE EL ULTIMO AÑO USTED VIENE EXPERIMENTANDO
- ALGÚN TIPO DE DOLOR EMOCIONAL O FÍSICO:
- 1. FÍSICO () 2. EMOCIONAL () 3. NINGUNO ()
- DURANTE EL ULTIMO AÑO CONSIDERA USTED QUE SE
- ENCUENTRA MAS IRRITABLE O AGRESIVO: SI () NO ()

Test de Estrés Posttraumático: ¿Carca de algún evento traumático que haya vivido

USUA	PREGUNTAS	MUCHO	POCO	NADA
1	¿Cuánto le han molestado los recuerdos no deseados o pesadillas de lo que pasó?			
2	¿Cuánto esfuerzo ha hecho para evitar pensar o hablar sobre lo sucedido o realizar actos que le recuerden lo sucedido?			
3	¿Hasta qué punto ha perdido el placer por las cosas, se mantiene distante de la gente, o le ha sido difícil experimentar sentimientos a consecuencia de lo sucedido?			
USUA	PREGUNTA	MUCHO	POCO	NADA
4	¿Cuánto le han incomodado problemas de sueño, concentración, nerviosismo, irritabilidad o sentirse muy alerta de lo que le rodea a consecuencia de lo sucedido?			
5	¿Qué tan desanimado o deprimido se ha sentido a consecuencia de lo sucedido?			
6	¿Considera que su habilidad para manejar otras situaciones o eventos estresantes se ha visto dañada?			

7	¿Considera que sus reacciones interfieren con el cuidado de su salud física? Por ejemplo, ¿se alimenta poco, no descansa suficiente, fuma más, o se ha dado cuenta que ha incrementado el uso de alcohol y otras sustancias?			
8	¿Qué tan estresado o incómodo se siente con respecto a sus reacciones?			
9	¿Qué tanto han interferido sus reacciones con su habilidad para trabajar o llevar a cabo actividades diarias, como labores del hogar o académicas?			
USUA	PREGUNTA	MUCHO	POCO	NADA
10	Dadas sus reacciones ¿qué tan afectadas se han visto sus relaciones familiares o de amistad?, ¿que tanto han interferido en sus actividades sociales, recreativas o comunitarias?			
11	¿Qué tan preocupado se ha sentido acerca de su habilidad para vencer problemas que podría enfrentar sin mayor asistencia?			
12	¿Hay alguna posibilidad de que usted tenga deseos de herirse o suicidarse?			

Anexo 4. Encuesta virtual:

<https://forms.gle/oQSemNzrMZDoYNbg9>

Estrés postraumático asociado a intención suicida durante la pandemia del COVID-19 en el 2022

Usted ha sido invitado a participar en la investigación, teniendo como objetivo indentificar la relación entre el estrés post-traumático y el riesgo suicida. Se le solicitará que brinde información verídica que el investigador registrará en esta encuesta.
Para esta investigación no se aplicarán incentivos monetarios ni de ninguna otra índole, por lo que su participación es netamente voluntaria.

ENCUESTA ANÓNIMA:
Se me ha informado del propósito, el alcance, los resultados esperados y el carácter de mi participación en este estudio. También soy plenamente consciente de que la información que proporciono es confidencial y anónima, al igual que debe ser utilizada con fines estrictamente científicos. Me informaron que podía discutir el proyecto y sus objetivos en cualquier momento y que, si lo decida sin afectarlo, podía retirarme del proyecto. Por lo tanto, al responder la encuesta doy mi consentimiento para que se utilice la información para los fines ya mencionados.

EDAD *

Texto de respuesta breve
.....