



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Impacto psicosocial de la pandemia por Covid-19, en
pobladores de un asentamiento humano en Puente Piedra,
2021

PRESENTADO POR

Cortez Menguay, Elizabeth Alejandra

ASESOR

Millones Gomez, Segundo German

Los Olivos, 2021

Agradecimiento

En especial a la Universidad de Ciencias y Humanidades por formar profesionales con espíritu científico y humano; a mis docentes, por acompañarme a lo largo del camino universitario.

Dedicatoria

A Dios; a mi hermana Karen que está en el cielo; a mi amado esposo; a las razones de mi vida, mis tres hijos; a mis padres y a mis hermanas, sin el apoyo de ellos y sin su amor incondicional nada sería posible.

Índice General

| | |
|--|-----------|
| Agradecimiento | 1 |
| Dedicatoria | 2 |
| Índice General | 3 |
| Índice de Tablas | 4 |
| Índice de Anexos | 5 |
| Resumen | 6 |
| Abstract | 7 |
| I. INTRODUCCIÓN | 8 |
| II. MATERIALES Y MÉTODOS | 17 |
| 2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 17 |
| 2.2 POBLACIÓN..... | 17 |
| 2.3 VARIABLE DE ESTUDIO | 18 |
| 2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN..... | 18 |
| 2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS | 20 |
| 2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos | 20 |
| 2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos..... | 20 |
| 2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO..... | 20 |
| 2.7 ASPECTOS ÉTICOS | 21 |
| III. RESULTADOS | 23 |
| IV. DISCUSIÓN | 29 |
| 4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA..... | 29 |
| 4.2 CONCLUSIONES | 33 |
| 4.3 RECOMENDACIONES | 34 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 35 |
| ANEXOS | 42 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154) | 23 |
| Tabla 2. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154) | 25 |
| Tabla 3. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 según su dimensión depresión en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154)..... | 26 |
| Tabla 4. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 según su dimensión ansiedad en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154)..... | 27 |
| Tabla 5. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 según su dimensión estrés en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154) | 28 |

Índice de Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo A. Operacionalización de la variable o variables..... | 43 |
| Anexo B. Instrumento de recolección de datos | 44 |
| Anexo C. Consentimiento informado..... | 46 |

Resumen

Objetivo: Identificar el impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021.

Materiales y métodos: En cuanto al enfoque y diseño del estudio asumidos tenemos el cuantitativo y descriptivo-transversal respectivamente. Se trabajó con la población total conformada por 154 pobladores, estos fueron debidamente seleccionados. Para la recolección de datos se valió de la técnica de encuesta y el instrumento de medición fue la escala DASS-21, que presenta 21 reactivos/ítems y 3 dimensiones.

Resultados: Del total de participantes, el 42% (n=66) son de sexo femenino y el 57,1% (n=88) de sexo masculino. En cuanto al objetivo general, se observa que el 52,5% (n=81) tienen un impacto psicosocial de nivel moderado, seguido del 29,2% (n=45) con nivel leve, el 10,4% (n=45) con nivel severo, el 6,5% (n=10) con nivel normal y el 1,3% (n=2) con nivel extremadamente severo. En cuanto a las dimensiones, en depresión obtuvo una mayor frecuencia el nivel moderado con 48,7% (n=75), en ansiedad obtuvo una mayor frecuencia el nivel moderado con 42,2% (n=65) y finalmente, en estrés obtuvo una mayor frecuencia el nivel moderado con 42,2% (n=65).

Conclusiones: En cuanto al impacto psicosocial, predominó el nivel moderado, seguido leve, severo, normal y extremadamente severo. En cuanto a las dimensiones, en depresión predominó el nivel moderado, en ansiedad el nivel moderado y finalmente, en estrés también el nivel moderado.

Palabras clave: Depresión; Ansiedad; Estrés; Poblaciones vulnerables; COVID-19 (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To identify the psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on residents of a Human Settlement in Puente Piedra, 2021.

Materials and methods: The research approach of the study assumed was quantitative with a cross-sectional, descriptive design respectively. The population was composed of 154 residents who were duly selected. The data collection technique was the survey and the measurement instrument was the DASS-21 scale, which contains 21 statements / items and 3 dimensions.

Results: Of the total number of participants, 42% (n = 66) were female and 57.1% (n = 88) were male. Regarding the general objective, it is observed that 52.5% (n = 81) have a moderate level of psychosocial impact, followed by 29.2% (n = 45) with a mild level, 10.4% (n = 45) with a severe level, 6.5% (n = 10) with a normal level and 1.3% (n = 2) with an extremely severe level. As to the dimensions, the moderate level obtained a higher frequency in depression with 48.7% (n = 75), in anxiety with 42.2% (n = 65) and finally in stress with 42.2% (n = 65).

Conclusions: Regarding the psychosocial impact, the moderate level prevailed, followed by the mild, severe, normal and extremely severe level. Concerning the dimensions, the moderate level prevailed in depression, anxiety and stress.

Keywords: Depression; anxiety; stress; vulnerable populations; COVID-19 (Source: MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

La COVID-19 fue declarada emergencia de salud pública internacional el 30 de enero del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El aislamiento y la cuarentena de las personas afectadas o sospechosas se implementaron a gran escala sin precedentes en poblaciones de todo el mundo para limitar la propagación de la infección (1).

Existe una gran preocupación sobre cómo los cambios en las formas en que las personas normalmente se involucran en las actividades cotidianas afectan su salud y bienestar. Esto es especialmente relevante para quienes se encuentran en aislamiento o en cuarentena, donde pueden manifestarse sentimientos de depresión, miedo, culpa e ira (2). Por lo tanto, la prevención de problemas de salud mental debe ser integral para promover resultados positivos en la vida (3). La OMS anunció oficialmente que COVID-19 era una pandemia y llamó al mundo entero a trabajar juntos para enfrentar este mal que se difunde por todo el planeta (4). Al enfrentar este evento de salud pública infeccioso a gran escala y estas enormes alteraciones en la vida diaria, las personas se encuentran bajo una presión sin precedentes y están experimentando una angustia psicológica grave (5).

El aumento de casos de COVID-19 a nivel global y la nueva normalidad genera alarma, angustia e incertidumbre en las personas. A través de la historia, brotes ocurridos en años anteriores, como el de SARS, afectaron la salud emocional, dejando tras su paso evidencia de estrés postraumático en la población (6).

Durante los períodos de encierro, el estrés, la inactividad forzada, cambios en estilos de vida y los cambios físicos pueden producir cambios en los parámetros metabólicos y la obesidad, lo que lleva a un aumento de riesgo de eventos cardiovasculares (7), problemas post-traumáticos, trastornos de estrés y la sintomatología depresiva (8).

Los problemas psicosociales pueden conducir al suicidio. Es importante destacar que el caso de suicidios a nivel global es considerado la primera causal de defunciones en jóvenes entre 15 y 29 años. Se estima que 1 de cada 5 individuos, tiene una condición de salud mental después de un conflicto (9). El

suicidio tiene una mayor prevalencia en el mundo, donde se estima que 1 de cada 100 fallecimientos es por suicidios debido a diversos factores tales como social, económico y salud que conducen a las personas a tomar decisiones deplorables contra su vida. En relación con los reportes recientes de la OMS, informa que en el año 2019 se registraron 700 000 suicidios. Este problema de salud pública debe de ser atendido urgentemente por las autoridades sanitarias, ya que sus cifras van en aumento. Las tasas de suicidios en varones son mayores especialmente en países de ingresos altos alrededor de 16,5% y en las mujeres los porcentajes con más prevalencia se dan en países de medianos ingresos oscilando un 7,1% por cada 100 000 habitantes (10).

Un estudio realizado en China en 56 679 participantes reveló que el 27,9% de los participantes tenía síntomas de depresión, el 31,6% de ansiedad, el 29,2% de insomnio y el 24,4% de estrés agudo a inicios de la pandemia. Los elementos asociados con los problemas de salud mental incluyeron, tener COVID-19 confirmado o sospechado, tener un familiar infectado o con sospecha de estarlo, riesgos de exposición en el trabajo, residir en la zona afectada y experimentar restricciones sociales (11).

Un estudio realizado en Malasia, sobre el impacto psicosocial del COVID-19 en la población (409 padres y 348 hijos) reveló que el 28,5% informó ansiedad, el 31,4% informó depresión y el 13,3% informó estrés. Las tasas de depresión y ansiedad durante la pandemia de COVID-19 fueron altas. Los hallazgos sugieren implementar medidas urgentes para garantizar la seguridad laboral entre las familias de Malasia, importantes para reducir el impacto de la pandemia de COVID-19 en los resultados psicosociales y de salud mental (12).

Un reporte realizado en Irán, en 1075 participantes reveló que el 22,5% de los casos tenían depresión de moderada a grave, el 38,5% de las personas sufrían de ansiedad de moderada a grave y el 47,2% de los participantes experimentaban estrés severo. Con las altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad y estrés, se sugiere a los profesionales de la salud que desarrollen intervenciones psicosociales y planes de apoyo para la población en general para así reducir el impacto de la pandemia de COVID-19 (13).

La COVID-19 es una pandemia que genera una importante crisis de salud que afecta a varias naciones. Estos brotes están asociados con consecuencias adversas para la salud mental de cualquier grupo de la población. Un estudio realizado en Etiopía, en 885 residentes, encontró que la prevalencia de una respuesta positiva para la ansiedad, la depresión y el estrés fue del 30,8%, 26,3% y 24,4%, respectivamente. Ser mujer se asoció en gran medida con el desarrollo de ansiedad y depresión. Se encontró que la ansiedad era tres veces más prevalente entre los encuestados con ≥ 3 miembros de la familia. Además, los participantes con antecedentes de enfermedad mental, escaso apoyo social y una alta amenaza a la vida percibida también tenían un mayor riesgo de experimentar ansiedad, depresión y estrés. Ante esto se señala que los programas de salud psicosocial y mental son fundamentales para esta población (14).

En España, un estudio longitudinal realizado durante la pandemia en 4724 encuestados revela que los puntajes sintomáticos de ansiedad, depresión y estrés arrojaron valores de 37,22%, 46,42% y 49,66% en la segunda encuesta, mostrando un aumento significativo en comparación con la primera encuesta (32,45%, 44,11% y 37,01%, respectivamente). Factores como la edad, el consumo de información sobre COVID-19 y la actividad física parecen tener un impacto importante en la evolución de los síntomas psicológicos (15).

Una revisión del impacto potencial de la pandemia en la salud mental de los jóvenes de 12 a 25 años, en la que se inició con 3359 artículos, finalizando solo con 12; la mayoría (5/12) de los estudios se realizaron en China, seguida de Taiwán (2/12) y Hong Kong (2/12), con uno de Canadá, Suecia y Arabia Saudita. En este se reveló que los resultados con respecto a la prevalencia de dificultades psicológicas en los jóvenes fueron mixtos; algunos estudios encontraron que este grupo experimentaba una mayor angustia durante un brote de una enfermedad infecciosa, otros no encontraron diferencias de edad o mayor angustia entre los adultos. El género, el afrontamiento, la salud física autoinformada y la adopción de medidas de precaución parecen desempeñar un papel en la moderación del impacto psicológico de un brote de enfermedad infecciosa. La crisis del COVID-19 ha sido descrita como una situación "sin precedentes, prolongada e impredecible" (16).

Como vemos, en los párrafos anteriores, desde que la OMS declaró al COVID-19 como una pandemia, la propagación del nuevo coronavirus ha sido el foco de atención de científicos, gobiernos y poblaciones. Además de las implicaciones sociales, económicas y para la salud física; los impactos psicológicos de esta pandemia se informan cada vez más. Una revisión de estudios epidemiológicos sobre la pandemia revela que las personas afectadas por COVID-19 pueden tener una alta carga de problemas de salud mental, que incluyen depresión, trastornos de ansiedad, estrés, ataque de pánico, ira irracional, impulsividad, trastorno de somatización, trastornos del sueño, trastornos emocionales, síntomas de estrés postraumático y comportamiento suicida. Además, se encuentran varios factores asociados con problemas de salud mental en COVID-19 que incluyen edad, sexo, estado civil, educación, ocupación, ingresos, lugar de vida, contacto cercano con personas con COVID-19, problemas comórbidos de salud física y mental, exposición a noticias y redes sociales relacionadas con COVID-19, estilos de afrontamiento, estigma, apoyo psicosocial, comunicación de salud, confianza en servicios de salud, medidas de protección personal, riesgo de contraer COVID-19 y probabilidad percibida de supervivencia. Se deben desarrollar y adoptar intervenciones de múltiples frentes para abordar los desafíos psicosociales existentes y promover la salud mental en medio de esta emergencia sanitaria (17).

Junto con sus altas tasas de infección y letalidad, la enfermedad generada por el COVID-19 ha causado un impacto psicosocial universal, afectando la salud emocional de la población. Los aspectos psicosociales en personas mayores, los pacientes psiquiátricos y las comunidades marginadas se ven afectados principalmente por esta pandemia de diferentes formas y necesitan una atención especial e inmediata (18). El impacto psicosocial es definido como el efecto ocasionado por factores de tipo ambiental o biológico sobre los aspectos de tipo social y psicológico de las personas durante la pandemia (19).

Las reacciones psicosociales en el contexto de pandemia por COVID-19 varían desde la presencia de comportamientos de pánico o histeria grupal a sentimientos de falta de esperanza, angustia y desesperación, asociados a sintomatología negativa que afecta la salud emocional, incluida la conducta suicida (20).

Para realizar las mediciones de las variables que intervienen en este estudio, se empleó la escala de depresión-ansiedad-estrés de 21 reactivos (DASS 21) , la cual muestra propiedades psicométricas aceptables en muchas regiones donde se empleó, incluido nuestro país (19).

A continuación, se describen las dimensiones señaladas. La depresión es una enfermedad multifactorial atribuible a factores sociales, ambientales, genéticos, fisiológicos y bioquímicos. Las variables sociales asociadas con el aumento de las tasas de depresión incluyen la pobreza extrema y el hacinamiento, entre otras. Además, otros indicadores sociodemográficos comunes asociados con la presencia de depresión incluyen variables como sexo, edad y estado civil (21).

La ansiedad es una emoción que se caracteriza por la presencia de sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación-angustia, así como cambios en los valores de los signos vitales, cuando existe un clima de preocupación, amenaza o peligro. Las restricciones de cuarentena incrementan los sentimientos de ansiedad. La ansiedad puede ocurrir en muchas situaciones, a veces es leve y desaparece en poco tiempo, pero a veces puede durar mucho tiempo y volverse tan grave que puede causar disfunciones corporales y mentales (22)(23).

El estrés, es una respuesta del organismo ante la exigencia de situaciones de desafío que se dan en la vida. El estrés se presenta cuando el exceso de situaciones que exigen al máximo al organismo, rebasan los recursos con que cuenta una persona para enfrentarlos (16)(24).

Alsaman y colaboradores (25), en Bahrein, en el 2020, elaboraron un trabajo sobre “El impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en la población de Bahrein”, fue un estudio de modelo transversal. La población estuvo conformada por 1115 personas y el instrumento empleado fue DASS 21. La finalidad del trabajo fue evaluar el impacto psicológico a raíz del COVID-19. Los resultados evidenciaron que el (30%) tenían síntomas depresivos, el (18,2%) ya habían tenido estrés y el (30,8%) tenían estrés. Concluyeron, que un tercio de la población Bahrein experimentó al menos un cierto nivel de angustia en relación con el impacto psicológico producto a la pandemia.

Etxebarria y colaboradores (26), en España, en el 2020, realizaron un trabajo sobre “Estrés, ansiedad y depresión en primera fase del brote por coronavirus en un grupo residente en el norte de España”. El estudio fue diseño descriptivo-transversal, la población estuvo constituida por 976 personas, la edad media fue entre 18 y 25 años y el instrumento utilizado fue la escala DASS-21. Encontraron que, en relación a la depresión, tuvo un mayor predominio el nivel leve con (8,6%) en 78 participantes, seguido de un nivel severo con (1,7%); posteriormente encontramos a la ansiedad, con un predominio en el nivel leve con (7,0%), seguido de un nivel severo (3,6%) y por último, hallamos al estrés con un predominio en el nivel leve con (8,9%), seguido del nivel severo (1,2%). Concluyeron, que los síntomas de estrés, ansiedad y depresión prevalecieron más en el sexo femenino a consecuencia del confinamiento producto la pandemia del COVID-19.

Gutierrez y colaboradores (27), en España, en el 2021, ejecutaron un trabajo de “Cierre de COVID-19 y salud mental en una muestra de población en España: el papel de la autocompasión”. Fue un estudio transversal, la población fue conformada por 917 individuos y para la recopilación de la información usaron la escala DASS-21. Obtuvieron como resultados, que el factor ansiedad tuvo un mayor predominio en el nivel normal (72,96%), seguido del nivel grave con (4,91%); seguido del factor de depresión con predominio en el nivel normal con (68,7%), seguido del nivel grave (2,4%) y el factor estrés, con predominio del nivel normal con (73,06%), seguido del nivel grave con (2,4%). Concluyeron, que es fundamental el fomento de la salud mental saludable en esta población mediante actividades que permitan eliminar la tensión del encierro, estos podrían ser el desempeño de actividad física en casa.

Yeshaw y colaboradores (28), en Etiopía, en el 2016, desarrollaron un trabajo titulado “Depresión, ansiedad, estrés y sus factores asociados entre el personal de la Universidad de Jimma, Jimma, suroeste de Etiopía, 2016: un estudio transversal”. El trabajo fue transversal, la población estuvo conformada por 354 personas y para el proceso de recopilación de la informaron emplearon DASS 21. Hallaron que el elemento depresión osciló en 22,9%, seguido de ansiedad que obtuvo alrededor de 19,2% y el elemento estrés alcanzó un 28,2%. Concluyeron, que el factor depresión y estrés es más frecuente en las mujeres;

por lo que, recomiendan que los establecimientos de salud tienen que planificar estrategias orientadas a este problema de salud pública con la finalidad de reducir estos porcentajes.

Mazza y colaboradores (29), durante el 2020, en Italia, desarrollaron un estudio sobre “Angustia psicológica en población italiana”, participaron 2 766 personas y aplicaron la escala DASS-21. En depresión predominó el nivel medio con 67,2%, en la dimensión ansiedad predominó el nivel medio con 81,3% y en la dimensión de estrés predominó el nivel medio con 72,8%. Finalmente, señalan que ser mujer se asoció a mayor sintomatología psicosocial.

Tee (30), en el 2020, en Filipinas, realizó una investigación titulada “Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en Filipinas”, aplicaron 1879 encuestas y aplicaron la escala DASS-21. Los hallazgos indicaron que el 16,3% de los encuestados informó que el impacto psicológico va de moderado a severo; el 16,9% señaló presentar síntomas depresivos de moderados a graves; el 28,8% tenía niveles de ansiedad de moderados a graves y el 13,4% tenía niveles de estrés de moderado a severo. Señaló que ser mujer, joven, soltero, estudiante, tener presencia de síntomas específicos, cuarentena impuesta recientemente, pasar tiempo prolongado en el hogar, informes de mal estado de salud, tener preocupaciones innecesarias, preocupaciones por los miembros de su entorno cercano y la discriminación, se asociaron significativamente con un mayor impacto psicológico de la pandemia y niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión ($p < 0,05$).

Cáceres y Gutiérrez (31) en Lima durante el año 2020, hicieron un estudio titulado “Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en pacientes que acuden a una clínica en Ventanilla”, contó con 204 participantes y en relación al objetivo general predominó el nivel normal con 23%. En la dimensión depresión predominó el nivel normal (27%), en ansiedad el nivel normal (24%) y en estrés el nivel leve (25,5%). La intervención del profesional de salud es importante para contrarrestar estos efectos psicológicos que afectan a las personas participantes.

La pandemia por COVID-19 representa una amenaza tanto para la salud física como mental de la población global desde su aparición. Ha generado un impacto negativo en la salud, las actividades sociales, económicas, educativas. Dentro de las acciones para frenar el avance de la infección fue aplicado el aislamiento social y la cuarentena, situaciones que han sido utilizadas como medidas de prevención a través de la historia de la humanidad para hacer frente a los brotes infecciosos que han representado una amenaza para la vida humana. La incertidumbre generada en la actualidad de la forma como evolucionará la pandemia contribuye a la aparición de síntomas psicosociales. Valorar la salud mental en estos tiempos de crisis sanitaria es fundamental e importante, ya que ello permite tener un diagnóstico real de cómo está la situación de salud emocional de la población, solo así se podrán implementar actividades de intervención que permitan mitigar dicho efecto, que atenta contra la calidad de vida y bienestar del poblador.

En la fase inicial de este estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica en las diversas plataformas que cobijan información científica en el área de ciencias de la salud, ahí se puso en evidencia la limitada información sobre el tema en el marco de la pandemia por COVID-19 a nivel internacional y nacional. Específicamente, en el lugar donde se realizó el trabajo de campo no se encontró reporte de algún estudio antecedente ya concluido. Lo señalado justifica la realización de este estudio, que busca generar conocimiento actual y pertinente que permita dar un diagnóstico y soluciones al problema psicosocial generado por la pandemia en la población.

En relación con el valor práctico, gracias al estudio ya finalizado se podrá realizar una mejor labor de cuidado de la salud emocional por parte del personal de salud de la zona, en la población que viene siendo afectada en esta situación de emergencia sanitaria.

En cuanto a la relevancia social, los principales beneficiados con el desarrollo del estudio y las acciones de mejora que se desprendan del mismo serán los pobladores participantes de la zona.

En cuanto al valor científico del estudio ya concluido, enfatizar que fue realizado tomando en cuenta el método de la ciencia, es decir el método científico, que brindó el marco teórico-metodológico que viabilizó la obtención de resultados válidos, pertinentes y útiles, que estamos seguros serán considerados como evidencia científica para implementar mejoras y cambios en beneficio de la población.

El objetivo del estudio fue identificar el impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En esta investigación se consideró adoptar el enfoque cuantitativo para su desarrollo. Ello se debe a que en la recolección de información poblacional se empleó un instrumento de medición cuantitativo y el análisis de esta fue realizado mediante procedimientos estadísticos. En relación con el diseño de estudio, este fue descriptivo-transversal, ahí se muestra la realidad en su forma natural y la medición de la variable se realiza una sola vez en el lapso de tiempo que dura el trabajo de campo.

2.2 POBLACIÓN

En el presente estudio se consideró trabajar con las personas residentes en el Asentamiento Humano Santa Rosa, estas fueron en total 180 participantes. Para la selección de los pobladores participantes, se tomó en cuenta una serie de criterios de selección establecidos desde el inicio del estudio:

Criterios de inclusión

- Pobladores que residan en la zona con al menos de 6 meses de antigüedad y cuenten con vivienda propia.
- Pobladores que sean mayores de edad (18 años a más).
- Pobladores que muestren interés y disposición a ser parte de la investigación.
- Pobladores que decidieron dar su consentimiento informado luego de ser comunicados con información clara y suficiente sobre los alcances de la investigación.

Criterios de exclusión

- Pobladores que no residan en la zona o tengan la condición de inquilinos.
- Pobladores que manifiesten no querer formar parte de la investigación y no desearon dar su consentimiento informado.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El estudio ya concluido presenta como variable principal al constructo “impacto psicosocial”, dicha variable es según su naturaleza (sus valores finales se expresan en cualidades-categorías) cualitativa y según la escala de medición es ordinal (por la presencia del atributo orden).

Definición conceptual de variable principal: Es el efecto causado por factores ambientales o biológicos sobre los aspectos sociales y psicológicos del individuo o grupo poblacional durante el brote de COVID-19 (19).

Definición operacional de variable principal:

Es el efecto causado por factores ambientales o biológicos sobre los aspectos sociales y psicológicos en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra durante el brote de COVID-19, que se expresa en la presencia de depresión, estrés y ansiedad, los cuales cual serán valorados con la Escala DASS-21.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

En el presente estudio, debido a su diseño y enfoque, se consideró utilizar la técnica de la encuesta. Esta técnica emplea instrumentos estandarizados que le permiten recolectar datos de forma sistemática con el objetivo de conocer preferencias, pensamientos y comportamientos de grupos poblacionales. Esta técnica se emplea principalmente en estudios cuantitativos permitiendo abordar a poblaciones numerosas, siendo un vehículo excelente para obtener una amplia variedad de datos no observables en lapsos de tiempo bastante cortos. En términos de costos, cobertura de la población objetivo y flexibilidad para su manejo es la de elección por muchos investigadores del campo de las ciencias de la salud (32).

Instrumento de recolección de datos:

La depresión, ansiedad y estrés se reconocen cada vez más como problemas graves que afectan la salud pública a nivel global. La detección temprana de estos problemas en la atención primaria de salud es fundamental para identificar

y tomar acciones específicas de cuidado que eviten su progreso y complicaciones. Ante la necesidad de valorar estos problemas psicosociales, Lovibond y Lovibond desarrollaron la escala de depresión-ansiedad-estrés o the depression-anxiety-stress scales o DASS, para evaluar los síntomas claves de depresión, ansiedad y estrés. El DASS-21 es la forma abreviada y los hallazgos de los estudios apoyan su validez como un instrumento aprobado para medir estados mentales adversos como depresión, ansiedad y estrés en adultos (pacientes y no pacientes). Los 21 ítems del cuestionario comprenden un conjunto de 3 escalas autoinformadas diseñadas para evaluar la salud mental. Los 7 elementos de las escalas se califican en una escala Likert de 0 a 3 (0: "No se aplica a mí en absoluto", 1: "Se me aplica en algún grado o parte del tiempo", 2: "Se aplica a yo en un grado considerable o una buena parte del tiempo" y 3: "Me aplica mucho o la mayor parte del tiempo"). Las puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés se miden resumiendo las puntuaciones de los elementos relacionados. Debido a que el DASS-21 es una versión más corta del DASS original de 42 ítems, el puntaje de cada subescala debe multiplicarse por 2 para calcular el puntaje final. Según el manual, las calificaciones resultantes se clasifican en: "normal, leve, moderada, grave o extremadamente grave". El DASS-21 mostró buena confiabilidad, validez de constructo y estructura en su aplicación en muchas regiones del planeta (19).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

Cáceres y colaborador (31), durante el 2020, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue determinar el impacto psicológico durante la pandemia COVID-19. En dicho estudio se realizó la validez del cuestionario DASS-21, en primer lugar, realizaron la validez de contenido mediante un juicio de expertos (5 jueces participantes), su valoración obtuvo un 87,2%, que se traduce en validez buena. Luego se realizó la validez estadística a través de la medida de la prueba de KaiserMeyer-Olkin (KMO) la cual arrojó un valor de 0,958 y en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvo un valor significativo, ambos resultados reafirman la validez de la escala DASS. Finalmente, la confiabilidad del instrumento la obtuvieron a través del coeficiente alfa de Cronbach, la cual arrojó un valor de 0,97, que se traduce como instrumento fiable.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Antes de realizar la actividad de campo, se tuvo que realizar una serie de actividades de gestión y coordinaciones que permitan generar las condiciones propicias para la recolección de datos. Las gestiones se hicieron a nivel de la universidad y comunidad, ello también permitió obtener datos sobre la población, y así se pudo hacer una buena planificación para dicha actividad.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La actividad de campo se realizó en el mes de agosto del presente año, ahí se pudo contactar a cada uno de los participantes y solicitarles sus datos. Se contó para ello con el apoyo de algunos pobladores y dirigentes. Considerando la crisis sanitaria que atravesamos, para la aplicación del instrumento se tuvo que realizar dicha actividad, cumpliendo estrictamente las medidas y protocolos sanitarios que garantizaron el cuidado de la salud del encuestador y pobladores participantes. El instrumento de medición fue diagramado en el formulario de Google y los datos fueron ingresados mediante el uso de un Smartphone (el encuestador poseía uno) que facilitó el ingreso ágil de los datos solicitados. Los pobladores que tuvieron alguna dificultad para el ingreso de datos fueron asistidos para garantizar dicha actividad. Abordar a cada poblador participante tomó un tiempo aproximado de 15 minutos.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Finalizada la actividad de campo que permitió obtener los datos recolectados, la información incorporada a través del formulario fue trasladada al programa de estadística IBM SPSS Statistics Base versión 26, donde se pudo realizar el análisis de todos los datos. Siendo un estudio cuantitativo y descriptivo a su vez, se utilizaron las herramientas de la estadística descriptiva, como las distribuciones de frecuencias que fueron presentadas en tablas, las medidas de tendencia central, el cálculo del valor de variable (que permitió valorar los datos de la variable principal y las dimensiones), entre otras (33). Con las acciones señaladas, se obtuvo una importante cantidad de resultados, los cuales fueron sistematizados y presentados en tablas que muestran los aspectos más

relevantes. Para poder entender las tablas, se hizo la descripción de cada una de ellas, además de asignarle sus rótulos que permitan identificarlas. Finalmente, hay que señalar que ello fue insumo para redactar la discusión y las conclusiones.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio del área de salud ya concluido fue realizado dentro del marco de las recomendaciones bioéticas para el desarrollo de investigaciones clínicas que involucren seres humanos como participantes. Es importante adherirse a las normas éticas en la investigación, pues estas promueven la integridad al actuar en estas, los valores del trabajo colaborativo, la transparencia y el respeto irrestricto a los derechos de los participantes. Los documentos que fundamentan el actuar ético en investigaciones de salud son la Declaración de Helsinki (publicado en 1964) y el Informe Belmont (publicado en 1978), donde el primero de ellos resalta la aplicación del consentimiento informado y respeto a las decisiones autónomas del participante; la segunda enfatiza en la aplicación de principios bioéticos como autonomía, beneficencia y justicia. Más adelante, un año después se incorpora el de no maleficencia (34)(35)(36). A continuación, se explica su aplicación en el marco de este estudio:

Principio de autonomía

Se refiere al respeto de la autodeterminación, el participante puede optar por actuar o no actuar en un estudio, de acuerdo con los estándares y normas establecidas. Este principio es la base en la cual se sostiene la aplicación del consentimiento informado (37).

Cada poblador participante fue claramente informado sobre los alcances y pormenores de la investigación; posterior a ello, se les invitó a ser parte de esta y dar su consentimiento informado.

Principio de beneficencia

El deber del investigador o profesional de la salud es buscar el beneficio del participante o paciente. Las medidas que se tomen deben ser positivas para prevenir o erradicar daño alguno que atente contra su salud (38).

Cada poblador participante fue informado de las mejoras que trae todo estudio, los beneficiarios inmediatos serán ellos mismos.

Principio de no maleficencia

No se debe generar de forma intencionada daño o lesión a la persona, ya sea por actos de comisión u omisión. Evitar descuidos o negligencias en la práctica de la atención en salud. Ser competente evita los riesgos (37).

Cada poblador participante fue informado de forma clara que su participación en el estudio solo se limita a brindar información que será anónima, esta fue requerida en base a la ficha de datos que se le facilitó.

Principio de justicia

Se brinda a cada individuo lo que le corresponde. Los recursos y beneficios se distribuyen con criterio y sentido de equidad (39).

El trato y oportunidades brindado a cada participante fue justo y equitativo (no hubo preferencias de ningún tipo).

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154)

| Información de los participantes | Total | |
|----------------------------------|--------------------------|-------|
| | N | % |
| Total | 154 | 100,0 |
| Edad | Min:18 Max:80 Prom:37,86 | |
| Joven (de 18 a 29) | 73 | 47,4 |
| Adulto (de 30 a 59) | 55 | 35,7 |
| Anciano (60 a más) | 26 | 16,9 |
| Sexo | | |
| Femenino | 66 | 42,9 |
| Masculino | 88 | 57,1 |
| Estado civil | | |
| Soltero(a) | 71 | 46,1 |
| Casado(a) | 25 | 16,2 |
| Conviviente | 44 | 28,6 |
| Viudo(a) | 14 | 9,1 |
| Grado de instrucción | | |
| Sin instrucción | 5 | 3,2 |
| Primaria completa | 11 | 7,1 |
| Primaria incompleta | 5 | 3,2 |
| Secundaria completa | 55 | 35,7 |
| Secundaria incompleta | 19 | 12,3 |
| Superior completa | 44 | 28,6 |
| Superior incompleta | 15 | 9,7 |
| Condición de ocupación | | |
| Tiene trabajo estable | 19 | 12,3 |
| Tiene trabajo eventual | 84 | 54,5 |
| No trabaja | 51 | 33,1 |
| Tipo de familia | | |
| Nuclear | 23 | 14,9 |
| Monoparental | 29 | 18,8 |
| Extendida | 27 | 17,5 |
| Ampliada | 31 | 20,1 |
| Reconstituida | 16 | 10,4 |
| Equivalente familiar | 2 | 1,3 |
| Persona sola | 26 | 16,9 |

Elaboración propia

En la tabla 1; en cuanto a la edad de los participantes, la edad máxima fue 80 años, mínima 18 años y la edad promedio 37,91 años. Según los rangos de edad, 72 pobladores que representan el 46,1% son jóvenes entre 18 y 29 años, 55 pobladores que representan el 35,7% son adultos entre 30 y 59 años, 26

pobladores que representan el 16,9% son ancianos con más de 60 años y 17 pobladores que representan el 1,3% son adolescentes de 17 años. Según el sexo, 88 pobladores que representan el 57,1% son hombres y 66 pobladores que representan el 42,9% son mujeres. Según el nivel de instrucción, 55 pobladores que representan el 35,7% tienen secundaria completa, 44 pobladores que representan el 28,6% tienen superior completo, 19 pobladores que representan el 12,3% tienen secundaria incompleta, 15 pobladores que representan el 9,7% tienen superior incompleto, 11 pobladores que representan el 7,1% tienen primaria completa, 5 pobladores que representan el 3,2% tienen primaria incompleta y 5 pobladores que representan el 3,2% no tienen instrucción. En cuanto al estado civil, 71 pobladores que representan el 46,1% son solteros, 44 pobladores que representan el 28,6%, son convivientes, 25 pobladores que representan el 16,2% son casados y 14 pobladores que representan el 9,1% son viudos. Según la condición de ocupación, 84 pobladores que representan el 54,5% tienen un trabajo estable, 51 pobladores que representan el 33,1% no tienen trabajo y 19 pobladores que representan el 12,3% tienen un trabajo eventual. Finalmente, en cuanto al tipo de familia, 31 pobladores que representan el 20,1% tienen una familia ampliada, 29 pobladores que representan el 18,8% tienen una familia monoparental, 27 pobladores que representan el 17,5% tienen una familia extendida, 26 pobladores que representan el 16,9% son personas solas, 23 pobladores que representan el 14,9% tienen una familia nuclear, 16 pobladores que representan el 10,4% tienen un familia reconstruida y 2 pobladores que representan el 1,3% son de una familia equivalente.

Tabla 2. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154)

| Impacto psicosocial | n | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Normal | 10 | 6,5 |
| Leve | 45 | 29,2 |
| Moderado | 81 | 52,6 |
| Severo | 16 | 10,4 |
| Extremadamente severo | 2 | 1,3 |
| Total | 154 | 100,0 |

Elaboración propia

En la tabla 2, se observa que 81 pobladores representan el 52,6% y tienen un impacto social de nivel moderado, seguido de 45 pobladores que representan el 29,2% con nivel leve, 16 pobladores que representan el 10,4% con nivel severo, 10 pobladores que representan el 6,5% con nivel normal y 2 pobladores que representan el 1,3% con nivel extremadamente severo.

Tabla 3. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 según su dimensión depresión en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154)

| Depresión | n | % |
|--------------------------|-----|-------|
| Normal | 19 | 12,3 |
| Leve | 39 | 25,3 |
| Moderado | 75 | 48,7 |
| Severo | 19 | 12,3 |
| Extremadamente severo | 2 | 1,3 |
| Total | 154 | 100,0 |

Elaboración propia

En la tabla 3, se observa que 75 pobladores que representan el 48,7% tienen un nivel moderado de depresión, 39 pobladores que representan el 25,3% tienen un nivel leve de depresión, 19 pobladores que representan el 12,3% tienen un nivel severo de depresión, 19 pobladores que representan el 12,3% tienen un nivel normal de depresión y 2 pobladores que representan el 1,3% tienen un nivel de depresión extremadamente severo.

Tabla 4. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 según su dimensión ansiedad en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154)

| Ansiedad | n | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Normal | 27 | 17,5 |
| Leve | 41 | 26,6 |
| Moderado | 65 | 42,2 |
| Severo | 18 | 11,7 |
| Extremadamente severo | 3 | 1,9 |
| Total | 154 | 100,0 |

Elaboración propia

En la tabla 4, se observa que 65 pobladores que presentan el 42,2% tienen un nivel moderado de ansiedad, 41 pobladores que representan el 26,6% tienen un nivel leve de ansiedad, 27 pobladores que representan el 17,5% tienen un nivel normal de ansiedad, 18 pobladores que representan el 11,7% tienen un nivel severo de ansiedad y 3 pobladores que representan el 1,9% tienen un nivel extremadamente severo de ansiedad.

Tabla 5. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 según su dimensión estrés en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 (N=154)

| Ansiedad | n | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Normal | 18 | 11,7 |
| Leve | 53 | 34,4 |
| Moderado | 65 | 42,2 |
| Severo | 17 | 11,0 |
| Extremadamente severo | 1 | ,6 |
| Total | 154 | 100,0 |

Elaboración propia

En la tabla 5, se observa que 65 pobladores representan el 42,2% tienen un nivel moderado de estrés, 53 pobladores que representan el 34,4% tienen un nivel leve de estrés, 18 pobladores que representan el 11,7% tienen un nivel normal de estrés, 17 pobladores que representan el 11% tienen un nivel severo de estrés y 1 poblador representa el 0,6% tiene un nivel extremo de ansiedad.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

La epidemia de COVID-19 viene provocando graves efectos físicos pero también psicológicos como depresión ansiedad y estrés, esto debido a la angustia e incertidumbre experimentada en estos meses. También se sumó a lo señalado, la alta tasa de transmisión y mortalidad de la enfermedad, el aislamiento social que resultó de la cuarentena para prevenir la transmisión rápida, problemas económicos y dificultades para llegar a los servicios de salud. Esta investigación valoró el impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra en el 2021 con el fin de generar evidencia que permita conocer mejor la realidad y establecer ante ello mejoras en beneficio de la población objetivo del estudio.

En cuanto al impacto psicosocial, el 52,5% (81 pobladores) presentan un nivel moderado, el 26,6% (41 pobladores) presentan un nivel leve, el 17,5% (27 pobladores) presentaron un nivel normal y el 11,7% (18 pobladores) nivel severo y finalmente, el 1,9% (3 pobladores) obtuvo un nivel extremadamente severo. El establecimiento de salud de la zona nunca dejó de brindar atención a la población de su jurisdicción, ello al parecer jugó un rol protector a los habitantes de la zona, Tee (30), en sus hallazgos indicó que el 16,3% de los encuestados calificó el impacto psicológico del brote de moderado a severo. Señaló que el género femenino, edad joven, ser soltero, ser estudiante, presencia de síntomas específicos, cuarentena impuesta recientemente, estadía prolongada en el hogar, informes de mal estado de salud, preocupaciones innecesarias, preocupaciones por los miembros de la familia y la discriminación, se asociaron significativamente con un mayor impacto psicológico de la pandemia y niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión ($p < 0,05$). Conociendo los factores asociados, se puede implementar mejores acciones para contrarrestar los efectos psicosociales.

Para mitigar los efectos de la pandemia en la salud mental es necesario comprender no solo la magnitud de la carga general, sino también qué facetas contribuyen en mayor medida a ella (40). Yeshaw y colaborador (28), señalaron

que los establecimientos de salud tienen que planificar estrategias orientadas a actuar en estos problemas de salud, con la finalidad de mejorar la salud mental de los individuos. Cáceres y Gutiérrez (31) en su estudio refuerzan ello y resaltan el rol fundamental del profesional de la salud, quien debe realizar la atención en salud de forma integral, la dimensión emocional es fundamental no descuidarla.

En cuanto al impacto psicosocial en su dimensión depresión, el 48,7% (75 pobladores) presentaron un nivel moderado, el 25,3% (39 pobladores) presentó un nivel leve, el 12,3% (19 pobladores) presentó tanto nivel normal como severo y finalmente, el 1,3% (2 pobladores) presentaron nivel extremadamente severo. La depresión se manifiesta como pérdida de interés o placer, tristeza, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio extremo y falta de concentración, afectando el desempeño en el trabajo y la productividad de la persona afectada. El apoyo social y familiar es fundamental para contrarrestar los niveles de depresión; durante la pandemia, los núcleos familiares de los participantes y la organización comunal jugaron al parecer un importante rol protector en ellos. La depresión es un trastorno mental común que tiene una alta prevalencia en la población general y es un factor importante que contribuye a la carga global de enfermedad en general. Similar a nuestro estudio fueron los resultados obtenidos por Gutiérrez M, y colaboradores (27), donde gran parte de sus participantes presentó un nivel normal de depresión (68,7% y solo una minoría presentó un nivel grave (2,4%). El estudio de Etxebarria y colaboradores (26), evidenciaron que en relación a la depresión tuvo un mayor predominio el nivel leve con el 80,6%, seguido de un nivel severo con 1,7%, resultados que se asemejan a los nuestros. Es importante comprender mejor cómo las personas con síntomas depresivos pueden percibir la gravedad del COVID-19 y su susceptibilidad a la infección, ya que esto podría influir en cómo responden y actúan ante esta situación de emergencia que afectó su vida normal (41).

En cuanto al impacto psicosocial en su dimensión ansiedad, el 42,2% (65 pobladores) obtuvieron un nivel moderado, el 26,6% (41 pobladores) un nivel leve, el 17,5% (27 pobladores) un nivel normal, el 11,7% (18 pobladores) severo y el 1,9% (3 participantes) extremadamente severo. La ansiedad es una respuesta del cuerpo a una amenaza percibida que se va a desencadenar por

las creencias, sentimientos y pensamientos de un individuo, caracterizándose por la presencia de pensamientos de preocupación, tensión, aumento de signos vitales, sudoración, entre otros. La presencia de factores protectores contrarresta los efectos de la ansiedad. Alsalman y colaboradores (25), señalaron en su estudio que un 18,2% de los participantes experimentaron ansiedad. Las regulaciones sobre la pandemia y el distanciamiento social pueden haber exacerbado aún más la ansiedad en las poblaciones más jóvenes, causando desempleo y problemas financieros, limitando la interacción y el apoyo social (42).

En cuanto al impacto psicosocial en su dimensión estrés, el 42,2% (65 pobladores) presentan un nivel moderado, el 34,4% (53 pobladores) presentan un nivel leve, el 11,7% (18 pobladores) obtuvo un nivel normal, 11% (17 pobladores) un nivel severo y finalmente, el 0,6% (1 poblador) un nivel extremadamente severo. El estrés es un sentimiento que se da cuando un individuo percibe que las demandas superan los recursos movilizados por el mismo. Mazza (29) y colaboradores señalaron en su estudio que la dimensión estrés predominó en un nivel medio (72,8%). Yeshaw y colaboradores (28), señalan que tener conflictos en su entorno y no estar satisfechos con su trabajo, son factores predictores de tener más estrés, ansiedad y depresión, recomiendan que se deben planificar estrategias orientadas a contrarrestar este problema de salud atacando los factores de riesgo señalados. Los factores estresantes comunes que causan mala salud mental en los adultos jóvenes incluyen exámenes y estudios, pago de alquiler, gastos de hogar, presión para tener éxito, perspectivas de carrera, inestabilidad laboral, apariencia y menos finanzas y seguridad de vida. Los adultos mayores pueden tener más experiencia con estos factores estresantes, por lo que pueden ser más resistentes a ellos (43).

La crisis sanitaria afecta la salud mental de la población, ante ello la labor de cuidado es fundamental. Los desafíos relacionados con el acceso a la atención en salud, la prioridad de los sistemas de salud por la actividad de vacunación, las limitaciones socioeconómicas y otras disparidades de salud, condiciona que los pacientes con trastornos de salud mental no sean atendidos oportunamente. El enfermero con su ciencia del cuidado debe implementar estrategias

orientadas a contrarrestar estos efectos psicosociales que afectan la salud general de la población. La información y educación adecuadas contribuye a mitigar los efectos psicosociales. Se debe contribuir en potenciar los factores de protectores y minimizar los factores de riesgo a estas afecciones. Retomar y fortalecer el trabajo extramural puede contribuir a acercar los programas de salud a la gente.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto al impacto psicosocial, predominó un nivel moderado, seguido de leve, severo, normal y extremadamente severo.
- En cuanto al impacto psicosocial según su dimensión depresión, predominó un nivel moderado, seguido de leve, severo, normal y extremadamente severo.
- En cuanto al impacto psicosocial según su dimensión ansiedad, predominó un nivel moderado, seguido de leve, normal, severo y extremadamente severo.
- En cuanto al impacto psicosocial según su dimensión estrés, predominó un nivel moderado, seguido de leve, normal, severo y extremadamente severo.

4.3 RECOMENDACIONES

- El impacto psicosocial de la población participante es moderado, ante ello se sugiere al establecimiento de salud de la jurisdicción se implementen como parte de la atención integral de salud medidas para cuidar la salud psicosocial de la población, como informar adecuadamente sobre la pandemia, sus efectos en la vida y qué medidas debemos adoptar para convivir con ella mientras dure la emergencia sanitaria; otro aspecto, es educar en salud preventiva para poder afrontar mejor estas situaciones de crisis y fortalecer el trabajo extramural, que permita acercar el establecimiento de salud a la población, que ha visto y experimentado un distanciamiento con el en los meses iniciales de la pandemia.
- En estudios a desarrollarse posteriormente, se debe valorar el empleo de otros enfoques de investigación como el cualitativo y mixto, estos enriquecen el análisis y complementan la comprensión del problema de estudio.
- Se debe realizar estudios posteriores donde se involucre una población más numerosa, ello permitirá realizar análisis estadísticos que permitan encontrar la generalización de los resultados a otras realidades similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Timeline: WHO's COVID-19 response [Internet]. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2021 [actualizado en julio de 2021; citado en setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#category-Information>
2. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence [Internet]. 2020 [citado 23 de agosto de 2021];395:912-920. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158942/pdf/main.pdf>
3. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt T, Harrington H, Milne B, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2003 [citado 17 de junio de 2021];60(7):709-717. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/207619>
4. Mahase E. Covid-19 : WHO declares pandemic because of “ alarming levels ” of spread , severity , and inaction. BMJ [Internet]. 2020 [citado 20 de agosto de 2021];368(1):1. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m1036.full.pdf>
5. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. Lancet [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero de 2021];395(1):e37-e38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7133594/pdf/main.pdf>
6. Adalja A, Bloomberg H, Hopkins J, Toner E, T I. Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. American Medical Association [Internet]. 2020 [citado 20 de agosto de 2021];323(14):1343-1344. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32125355/>
7. Hawryluck L, Gold W, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. Emerging

- Infectious Diseases [Internet]. 2004 [citado 14 de febrero de 2021];10(7): 1206-1212. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323345/pdf/03-0703.pdf>
8. Fornili M, Petri D, Berrocal C, Fiorentino G, Ricceri F, Macciotta A, et al. Psychological distress in the academic population and its association with socio- demographic and lifestyle characteristics during COVID-19 pandemic lockdown : Results from a large multicenter Italian study. Plos One [Internet] 2021 [citado 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0248370#>
 9. Organización Mundial de la Salud. Salud mental [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [actualizado en agosto de 2021; citado en agosto de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2
 10. Organización Mundial de la Salud. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [actualizado en junio de 2021; citado en agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
 11. Shi L, Lu Z, Que J, Huang X, Liu L, Ran M, et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. JAMA Netw Open [Internet]. 2020 [citado 20 de agosto de 2021];3(7):1-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7330717/>
 12. Zainudeen ZT, Abd Hamid IJ, Azizuddin MNA, Abu Bakar FF, Sany S, Zolkepli IA, et al. Psychosocial impact of COVID-19 pandemic on Malaysian families: a cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 2021 [citado 20 de setiembre de 2021];11(8):1-8. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/8/e050523.full.pdf>
 13. Reskati MH, Shafizad M, Aarabi M, Hedayatizadeh-Omran A, Khosravi S, Elyasi F. Mental health status and psychosocial issues during Nationwide COVID-19 quarantine in Iran in 2020: A cross-sectional study in

- Mazandaran Province. *Curr Psychol*. [Internet]. 2018 [citado 18 de setiembre de 2021];7(2021):1-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8263010/>
14. Shifera N, Mesafint G, Sayih A, Yilak G, Molla A, Yosef T, et al. The psychological impacts during the initial phase of the covid-19 outbreak, and its associated factors among pastoral community in Ethiopia. *Psychol Res Behav Manag*. [Internet]. 2021 [citado 18 de setiembre de 2021];14:835-846. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34188565/>
 15. Planchuelo-gómez Á, Odriozola-gonzález P, Jesús M. SLongitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis in Spain. *J Affect Disord*. [Internet]. 2020 [citado 10 de agosto de 2021];277(2020):842-849. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7476580/pdf/main.pdf>
 16. O'Reilly A, Tibbs M, Booth A, Doyle E, McKeague B, Moore J. A rapid review investigating the potential impact of a pandemic on the mental health of young people aged 12-25 years. *Ir J Psychol Med*. [Internet]. 2021 [citado 13 de setiembre de 2021];38(3):192-207. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32912358/>
 17. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review. *F1000Research* [Internet]. 2018 [citado 10 de julio de 2021];9:1-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7549174/>
 18. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee R, Dubey M, Chatterjee S. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* [Internet]. 2020 [citado 26 de setiembre de 2021];14(5):779-788. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255207/pdf/main.pdf>
 19. Martini A, Cardoso P, Barbosa A, Elkis H, Cordeiro K. Psychosocial impact. En: *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. Springer; 2013 [citado 26 de setiembre de 2021]. p. 1005-8. Disponible en:

https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-4419-1005-9_919#howtocite

20. Thakur V, Jain A. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 [citado 13 de febrero de 2021];88(1): 952-953. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177120/>
21. Palazidou E. The neurobiology of depression. *British Medical Bulletin* [Internet] 2012 [citado 20 de agosto de 2021];101(1):127-145. Disponible en: https://watermark.silverchair.com/lds004.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAr4wggK6BgkqhkiG9w0BBwagggKrMIICpwIBADCCAqAGCSqGSIB3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMaINg7MbVUjuz-t8HAgEQgIICcXcHyCsLvIrmI6fg8ms-C-j2LSM0Lp58qmRODMY8L7y5ky7-
22. Xi Y. Anxiety: A concept analysis. *Frontiers of Nursing* [revista en Internet] 2020 [citado 2 de mayo de 2021];7(1):9-12. Disponible en: <https://sciendo.com/article/10.2478/fon-2020-0008>
23. Torales J, Higgins M, Castaldelli-maia J, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 20 de agosto de 2021]; 66(4):317-320. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0020764020915212>
24. Fink G. Stress: Concepts, definition and history. *The Curated Reference Collection in Neuroscience and Biobehavioral Psychology* [Internet] 2017 [citado 26 de mayo de 2021];2017:1-9. Disponible en: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1042517172#:~:text=The first and most generic,ranging from bacteria to man.>
25. Alsalman A, Jahrami H, Mubarak H, Aljabal M, Abdulnabi M, Yusuf A, et al. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on the population of Bahrain. *Acta Biomedica Atenei Parmensis* [Internet]. 2020 [citado en

- agosto de 2021];91(4). Disponible en:
<https://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/10336>
26. Etxebarria N, Santamaria M, Gorrochategui M, Mondragon N. Levels of stress, anxiety and depression in the first phase of the COVID-19 outbreak in a sample collected in northern Spain. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2020 [citado en agosto de 2021];36(4):2-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
 27. Gutierrez M, Fanjul L, Diaz A, Reyes P, Herrera J, Enjuto M, et al. Closure of COVID-19 and mental health in a sample of the population in Spain: the role of self-compassion. *Int J Environ Res Salud Pública*. [Internet]. 2021 [citado en agosto de 2021];18(4):2-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7926975/>
 28. Yeshaw Y, Mossie A. Depression, anxiety, stress and their associated factors among Jimma University staff, Jimma, southwestern Ethiopia, 2016: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. [Internet]. 2017 [citado en agosto de 2021]; 13: 2803–2812. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5685143/#idm140029892838080title>
 29. Mazza C, Ricci E, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. A nationwide survey of psychological distress among italian people during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 [citado 11 de marzo de 2021];17(9):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246819/pdf/ijerph-17-03165.pdf>
 30. Tee M, Tee C, Anlacan J, Aligam K, Wincy P, Reyes C, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2020 [citado 11 de marzo de 2021];277:379-391. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7444468/pdf/main.pdf>

31. Cáceres I, Gutierrez M. Impacto psicológico de la pandemia de Covid-19 en pacientes que acuden a la Clínica de la Alegría Madre Coraje en Ventanilla, 2020 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2020 [citado 11 de marzo de 2021]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/532/Caceres_J_Gutierrez_M_tesis_enfermeria_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Phillips AW, Durning SJ, Artino AR. Survey methods for medical and health professions education. Philadelphia-USA: Elsevier; 2021. 136 p.
33. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
34. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. Estados Unidos; 1979 [citado 11 de marzo de 2021]. p. 1-10. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
35. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; citado el 8 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
36. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet] 2009 [citado 25 de abril de 2021];55(4):230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
37. Vaughn L. Bioethics. Principles, Issues and Cases. 3ª ed. New York - United States of America: Oxford University Press; 2016.
38. Barrow J, Brannan G, Khandhar P. Research Ethics. StatPearls [Internet] 2020 [citado en setiembre de 2021];2020:1-4. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459281/>

39. Chadwick R, Schüklenk U. *This Is Bioethics: An introduction*. New Jersey-USA: Wiley-Blackwell; 2020. 320 p.
40. Zavlis O, Butter S, Bennett K, Hartman T, Hyland P, Mason L, et al. How Does the COVID-19 Pandemic Impact on Population Mental Health? A Network Analysis of COVID Influences on Depression, Anxiety and Traumatic Stress in the UK Population. *Psychological Medicine* [Internet] 2021 [citado 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8010290/>
41. Al-Amer R, Ramjan L, Glew P, Randall S, Salamonson Y. Self-Efficacy, Depression, and Self-Care Activities in Adult Jordanians with Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perception. *Issues in Mental Health Nursing* [Internet]. 2016 [citado 20 de septiembre de 2021];37(10):744-755. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840.2016.1208692?journalCode=imhn20>
42. Gasteiger N, Vedhara K, Massey A, Jia R, Ayling K, Chalder T, et al. Depression, anxiety and stress during the COVID-19 pandemic: Results from a New Zealand cohort study on mental well-being. *BMJ Open* [Internet] 2021 [citado 20 de septiembre de 2021];11(5):1-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8098295/pdf/bmjopen-2020-045325.pdf>
43. Clark C, Pike C, McManus S, Harris J, Bebbington P, Brugha T, et al. The contribution of work and non-work stressors to common mental disorders in the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine* [Internet]. 2012 [citado 20 de septiembre de 2021];42(1):829-842. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297357/pdf/S0033291711001759a.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

| OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE | | | | | | | | |
|---|--|---|--|-------------|---|---|--|---|
| TITULO: Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19, en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021 | | | | | | | | |
| Variable | Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Número de ítems e ítems | Valor final | Criterios para asignar valores |
| Impacto psicológico | Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal | Es el análisis de los acontecimientos desde la perspectiva psicosocial que se presenta en la población durante el brote de COVID-19 (27). | Es el análisis de los acontecimientos desde la perspectiva psicosocial que se presenta en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, que se expresa en la presencia de depresión, estrés y ansiedad, durante el brote de COVID-19, el cual será valorado con la Escala DASS-21 | Depresión | -Desesperanza -Autodepreciación -Falta de interés/motivación | 7 ítems (3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21) | -Normal -Leve -Moderado -Severo -Extremadamente severo | 0-4 5-6 7-10 11-13 De 14 a + |
| | | | | Ansiedad | -Activación vegetativa -Efectos a nivel musculoesquelético -Ansiedad situacional -Experiencias subjetiva de efecto ansioso | 7 ítems (2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) | -Normal -Leve -Moderado -Severo -Extremadamente severo | 0-3 4-5 6-7 8-9 De 10 a + |
| | | | | Estrés | -Dificultad para relajarse -Excitación nerviosa -Puede ser fácilmente alterado -Momentos irritables -Impaciente | 7 ítems (1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18) | -Normal -Leve -Moderado -Severo -Extremadamente severo | 0-7 8-9 10-12 13-16 De 17 a + |

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE DEPRESIÓN ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

I. PRESENTACIÓN

Estoy desarrollando un estudio que busca identificar el impacto psicosocial de la pandemia, en los pobladores de esta zona, por cual solicito colaboren brindando cierta información que será anónima.

II. DATOS GENERALES

Edad del participante:

Sexo del participante: Femenino () Masculino ()

Estado Civil del participante

Soltero(a) () Casado(a) () Conviviente () Divorciado(a) () Viudo(a) ()

Marque según el tipo de familia que corresponda

| |
|--------------------------|
| () Nuclear |
| () Monoparental |
| () Extendida |
| () Ampliada |
| () Reconstituida |
| () Equivalente familiar |
| () Persona sola |

III. INSTRUCCIONES:

Leer atentamente las siguientes premisas y marcar con aspa (x), la afirmación de acuerdo a lo experimentado durante la “semana pasada”. A continuación, la escala de calificación:

- (1) No me aplicó
- (2) Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- (3) Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- (4) Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 1. | Me costó mucho relajarme | | | | |
| 2. | Me di cuenta que tenía la boca seca | | | | |
| 3. | No podía sentir ningún sentimiento positivo | | | | |
| 4. | Se me hizo difícil respirar | | | | |
| 5. | Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas | | | | |
| 6. | Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones | | | | |
| 7. | Sentí que mis manos temblaban | | | | |
| 8. | Sentí que tenía muchos nervios | | | | |
| 9. | Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | | | | |
| 10. | Sentí que no tenía nada por que vivir | | | | |
| 11. | Noté que me agitaba | | | | |
| 12. | Se me hizo difícil relajarme | | | | |
| 13. | Me sentí triste y deprimido | | | | |
| 14. | No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo | | | | |
| 15. | Sentí que estaba al punto de pánico | | | | |
| 16. | No me pude entusiasmar por nada | | | | |
| 17. | Sentí que valía muy poco como persona | | | | |
| 18. | Sentí que estaba muy irritable | | | | |
| 19. | Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico | | | | |
| 20. | Tuve miedo sin razón | | | | |
| 21. | Sentí que la vida no tenía ningún sentido | | | | |

Gracias por su atención

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021

Nombre de los investigadores principales:

Elizabeth Alejandra Cortez Menguay

Propósito del estudio: Determinar el impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19, en pobladores de un Asentamiento Humano en Puente Piedra, 2021

Beneficios por participar: Podrá acceder a los resultados, solicitándolo al responsable del estudio

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información solicitada es anónima.

Renuncia: El participante puede solicitar su retiro cuando crea conveniente (en cualquier momento de la investigación).

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Elizabeth Alejandra Cortez Menguay, coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que estos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gomez Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la Av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite_etica@uch.edu.pe.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro haber entendido este documento, las interrogantes que tuve fueron absueltas de forma clara y oportuna, señalando la voluntad de querer ser parte de esta investigación.

| | |
|---|------------------------|
| Nombres y apellidos del participante o apoderado | Firma o huella digital |
| | |
| Nº de DNI: | |
| | |
| Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp | |
| | |
| Correo electrónico | |
| | |
| Nombre y apellidos del encuestador(a) | Firma |
| Elizabeth Alejandra Cortez Menguay | |
| Nº de DNI | |
| 45601862 | |
| Nº teléfono | |
| 959238892 | |
| Datos del testigo para los casos de participantes iletrados | Firma o huella digital |
| Nombre y apellido: | |
| DNI: | |
| Teléfono: | |

Lima, 30 de julio de 2021

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante