



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

TÍTULO:

“PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
POSTERIOR A PANDEMIA COVID-19
EN PACIENTES DE LA UMF N.13 IMSS, CHIAPAS”.

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER ELGRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. JENNIPHER GWENDOLINE
SANTOS GONZÁLEZ

N. CVU: 2100320

DIRECTOR:
DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ



H.PUEBLA DE ZARAGOZA; FEBRERO 2025



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
POSTERIOR A PANDEMIA COVID-19
EN PACIENTES DE LA UMF N.13 IMSS,
CHIAPAS”.**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER ELGRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. JENNIPHER GWENNDOLINE SANTOS
GONZÁLEZ**

DIRECTOR:

DRA ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ



H.PUEBLA DE ZARAGOZA; FEBRERO 2025



BUAP

**FACULTAD DE MEDICINA
BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
POSTERIOR A PANDEMIA COVID-19
EN PACIENTES DE LA UMF N.13 IMSS, CHIAPAS”.**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER ELGRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. JENNIPHER GWENNDOLINE SANTOS GONZÁLEZ
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13
CORREO ELECTRÓNICO: gwenn_santos95@outlook.com
N. CVU: 2100320
TELÉFONO: 9611727515
MATRICULA: 97072290**

DIRECTOR:

**DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.25
MATRÍCULA: 99078666 TEL. 9612157482
CORREO ELECTRÓNICO: mtz.dra@gmail.com**



H.PUEBLA DE ZARAGOZA; FEBRERO 2025



FACULTAD DE MEDICINA

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
POSTERIOR A PANDEMIA COVID-19
EN PACIENTES DE LA UMF N.13 IMSS, CHIAPAS”.**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL
GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. JENNIPHER GWENNDOLINE SANTOS GONZÁLEZ

DIRECTOR:

DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA

ASESOR:

DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ

AUTORIZACIONES:

DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DR. EDWARD OCHOA TAPIA

COORDINACIÓN AUXILIAR MEDICA EN EDUCACIÓN

DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEÓN

**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD,
OOAD CHIAPAS**



H.PUEBLA DE ZARAGOZA; FEBRERO2025

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios por prestarme vida y la sabiduría necesaria para llegar hasta aquí, por no abandonarme nunca, por guiarme en el camino y por poner en él a personas maravillosas que llevo para siempre en el corazón.

A mi compañero de vida, Evgraf, por su incondicional apoyo, por su infinita paciencia y amor, por siempre velar por mi bienestar.

A mis padres, por su esfuerzo incansable, que con tanto amor y confianza me brindaron las herramientas necesarias para alcanzar mis sueños.

A Tina, mi pequeña, por siempre tener un beso y abrazo para calmar mis angustias.

A Irene, mi mejor amiga, por cuidar de mí, ser mi confidente y gran compañera.

A mis compañeros de residencia y rotación de campo, por su compañerismo y amistad, por sacarme una sonrisa en la adversidad.

A la Dra. Rocío, por su paciencia y enseñanzas para completar este trabajo de investigación.

A mis profesores y coordinadores, Dra. Yunis y Dr. Romeo, por su guía, paciencia y cobijo.

A la Dra. Gabriela Barajas que, aunque desconoce de este trabajo de investigación, fue importante para mi mayor entendimiento de la psiquiatría, la neurofisiología y psicofarmacología, temas que me apasionan.

DEDICATORIA

A Dios, por su Gracia inicio y termino este camino, de su mano vivo y viviré, a Él sea la Gloria.

A mi amado esposo Evgraf, cuyos ojos encontré sin buscar, para jamás olvidar. Gracias por entenderme, por procurarme, por guiarme. Has sido mi hogar desde que la vida nos cruzó, curiosamente, compartiendo el sueño de ser especialistas.

 Mi corazón, mi amor incondicional y lealtad, sean siempre contigo.

A mamá y papá, porque hoy entiendo su cansancio, porque cuando ni si quiera yo misma confiaba en mí, ustedes sí lo hicieron y me dieron las alas para volar tan alto como quise.

A mi pequeña Tina, porque desde que te conocí deseé ser una mejor persona, tu hermana mayor, un ejemplo para ti, alguien en quien puedas confiar.

ÍNDICE

RESUMEN.....	9
MARCO TEÓRICO.....	11
Generalidades	11
Epidemiología.....	11
Impacto de COVID-19 en la salud mental	12
Fisiopatología del TEPT.....	16
Factores de riesgo de TEPT	18
Diagnóstico y tratamiento del TEPT	18
JUSTIFICACIÓN	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
OBJETIVOS	23
HIPÓTESIS	24
MATERIAL Y MÉTODOS	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	27
Criterios de inclusión.....	27
Criterios de exclusión	27
Criterios de eliminación.....	27
PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	28
VARIABLES	28
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
INSTRUMENTO	32
PROCEDIMIENTO	33
ASPECTOS ÉTICOS.....	34
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	43
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	44
ANÁLISIS BIVARIADO	48
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	52

PROPUESTAS	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	59
Anexo 1: Carta de consentimiento informado	59
Anexo 2: Instrumento	61
Anexo 3: Cronograma de actividades	64
Anexo 4. Carta de no Inconveniente	65
Anexo 4: Dictamen de aprobado	66

RESUMEN

Título: "PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSTERIOR A PANDEMIA COVID-19 EN PACIENTES DE LA UMF N.13 IMSS, CHIAPAS".

Jennipher Gwendoline Santos González (1), Rocío Alejandra Martínez Cruz (2)

Santos-González J.; Martínez-Cruz R.A.

Antecedentes: En enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró acomo contingencia de carácter mundial a la enfermedad provocada por el virus del SARS-CoV-2, siendo necesarias medidas de distanciamiento social, aunado a la histeria colectiva, desinformación e incertidumbre, conllevando a efectos deletéreos en la salud mental de la población. La exposición a factores estresantes predispone al desarrollo de enfermedades mentales en la población general, así como agravamiento de trastornos subyacentes. La pandemia por COVID-19 significó un evento traumático vivido de forma colectiva, sin embargo, con diferentes repercusiones a nivel individual. Esta situación podría convertirse en un problema de salud a largo plazo expresado con síntomas postraumáticos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de estrés postraumático posterior a la pandemia por COVID-19 en pacientes adscritos a la UMF N.13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, no experimental, con participación de pacientes mayores de 18 años seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple, a quienes se aplicaron las secciones 2 y 3 de la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) que cuenta con un alfa de Cronbach de 0.90 para población hispanohablante. Se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión, así como correlaciones de Spearman.

Análisis Estadístico: La información se presentó en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 25 en español, aplicándose medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión y prevalencia. Los resultados se presentan en tablas y gráficas de acuerdo a los objetivos del estudio y dirigidos a la comprobación o refutación de las hipótesis presentadas.

Resultados: Participaron 384 pacientes, 52.86% fueron hombres, 40.62% mujeres y 1% no binario, con una media de edad de 45.18 años. Se halló una prevalencia de TEPT de 14.8%. Hubo mayor probabilidad de TEPT en pacientes hospitalizados ($p=0.001$; $r= -0.194$), con una enfermedad psiquiátrica previa a la pandemia ($p=0.001$; $r= -0.235$) o con mayor edad ($p=0.00$; $r=0.216$).

Conclusiones: En este estudio existió una prevalencia de estrés postraumático inferior a la planteada inicialmente, no obstante, se demostró que la edad, haber sido hospitalizado por COVID-19 y el haber sido diagnosticado con un trastorno psiquiátrico previo a la pandemia se asocian a una mayor probabilidad de padecer TEPT. A pesar de que la enfermedad por COVID-19 ya no representa una contingencia, existen estragos en la salud mental de la población, por lo que se sugiere estimar el impacto en cada paciente y trabajar multidisciplinariamente en aquellos que muestren estrés postraumático relacionado con la pandemia, con el fin de procurar su bienestar.

Palabras clave: Estrés postraumático, COVID-19, SARS-CoV-2, pandemia.

MARCO TEÓRICO

Generalidades

El 31 de diciembre de 2019, se detectó por primera vez casos de una enfermedad respiratoria aguda de origen desconocido en Wuhan, China, con una población de 19 millones. Sin embargo, ante el desconocimiento de su etiología y la falta de evidencia de contagio de persona a persona, no fueron tomadas medidas de distanciamiento social en ese momento. (1) No fue hasta el 30 de enero del 2020 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a esta nueva enfermedad como una emergencia de salud pública de interés internacional, dándole el nombre de “COVID-19” (COronaVirus Disease 2019) y finalmente declarándola como pandemia el 11 de marzo habiéndose reportado 37,364 casos fuera de su país de origen. (2)

Epidemiología

Al día 22 de julio de 2022, a nivel mundial se han reportado 565,307,706 casos confirmados de COVID-19; y en México, hasta el 25 de julio de 2022 se han confirmado 6,628,541 casos y 327,109 defunciones con diagnóstico confirmado de COVID-19, con 190,527 casos activos (3).

En Chiapas no se cuenta con cifras completas y actualizadas concernientes a la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en la población. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2001-2002 se reportó que el 13.29% de la población en general experimentó algún suceso traumático, los sucesos traumáticos más frecuentes fueron la violencia intrafamiliar y atracos (23.3 y 17.6%, respectivamente) (4).

El TEPT generalmente es asociado con eventos bélicos, aunque también está relacionado con otros tipos de estrés como maltrato en la niñez, mala salud física,

supervivencia a desastres naturales, abuso sexual (5–7); en un reporte basado en las Encuestas de Salud Mental Global realizado en 2016, se encontró que el 70% de las poblaciones estudiadas habían reportado alguna exposición a evento traumático, con una mínima del 29% en Rumania y máxima del 83% en Perú; en México se reportó una exposición del 68.8% (8).

Según Benjet et al, en su estudio realizado utilizando las mismas encuestas, la tasa de prevalencia de TEPT a nivel global es de 3.9%; con una alta variación entre países, aquellos con ingresos altos tuvieron una incidencia doble comparada con aquellos países con ingresos medios y bajos; que tuvieron prevalencias similares. En personas que experimentaron eventos traumáticos la prevalencia en general fue de 5.6% con variaciones significativas dependientes del país de origen, grupos de ingresos, y regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); Asimismo, se observó una prevalencia casi del doble entre países con mayor nivel de ingresos comparado con los de medianos y bajos ingresos. En México se presentó una prevalencia de TEPT en el 1.5% de la población, con una prevalencia a 12 meses de 0.8% en un tamaño de muestra de 2362 personas (9). Estas prevalencias pueden estar desactualizadas y no representar de manera fiel la situación a nivel nacional, dado que los datos utilizados por Koenen y col en su estudio son los recolectados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada entre 2001 y 2002, sin nuevos estudios que intenten estimar el tamaño de esta problemática.

Impacto de COVID-19 en la salud mental

COVID-19 no solamente ha conllevado aislamiento social, incluso la prohibición de visitas y acompañamiento familiar para pacientes de alto riesgo, sino que se han agudizado problemas como violencia doméstica (en especial el maltrato infantil y la violencia a cónyuges mujeres), e incrementos en la violencia en general, que fueron tres veces más altos al promedio global previo a la pandemia (10); se ha descrito un incremento general en los reportes de enfermedades mentales: en Estados Unidos (EE. UU.) los Centers of Disease Control (CDC) reportaron cifras de hasta

37% de ansiedad y 30% de depresión, representando un incremento de 4 veces las cifras reportadas prepandemia (8.1 y 6.5% respectivamente) (11). En Canadá la ansiedad se cuadruplicó y la depresión se duplicó, aunque se detecta una ligera disminución porcentual respecto a 2021 esta cifra todavía fue de 21% (12). En los estudios previamente mencionados los principales afectados fueron mujeres, menores de 35 años, personas con condiciones de salud mental preexistentes y aquellos con niveles educativos y socioeconómicos bajos.

La relación entre COVID-19 y TEPT ya ha sido estudiada con anterioridad a pesar del relativamente corto tiempo de haber iniciado la pandemia, Halpin y col. realizaron un estudio en 2020 evaluando los síntomas posteriores al alta de pacientes hospitalizados por COVID-19 y se encontró que el 47% presentaron síntomas compatibles con TEPT, aunque este estudio fue realizado en una etapa temprana de la pandemia con más incertidumbre y en un tamaño de muestra relativamente reducido (100 pacientes) (13), un estudio realizado un año más tarde por Venturelli y col. en el que se evaluó a través de escalas neuropsicológicas la presencia de fatiga, disnea y afecciones psiquiátricas en 767 pacientes que fueron dados de alta de urgencias ambulatorias u hospitalización por COVID-19, encontró síntomas de TEPT agudo en el 30.5% de los pacientes (14).

Posteriormente en un estudio epidemiológico realizado por Maxime Taquet y col. en una población de 62,354 pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19 sin diagnóstico previo de patología psiquiátrica, en los que se recolectaron registros de salud se encontró que el haber padecido COVID-19 incrementa el riesgo de un diagnóstico de TEPT al doble (15).

En Latinoamérica también hubieron marcados incrementos en los problemas de salud mental. En Argentina durante la cuarentena generalizada 1/3 habitantes presentó síntomas consistentes con ansiedad o depresión (16); En Perú se reportó una prevalencia de síntomas depresivos 5 veces mayor durante la cuarentena en 2020 comparado con las reportadas en 2018 (17); finalmente, en Brasil se

encontraron tasas de depresión y ansiedad de hasta 61 y 44% respectivamente (18).

En México, Ramírez y col. buscó evaluar el impacto psicológico de la pandemia secundarios a las medidas de prevención de COVID-19, aplicando una encuesta en línea a 3932 personas, identificando a través de pruebas estadísticas la relación con síntomas relacionados a alteraciones psiquiátricas; el 22% presentaron síntomas relacionados a pensamientos intrusivos, 22.3% de evasión, y 12.2% de hiperactividad; se detectaron síntomas significativamente asociados a TEPT en 27.7% de los pacientes, con mayor prevalencia en aquellos con menor edad, sexo femenino, empleado, soltero, en aislamiento social y con relación a mayor días de confinamiento, 3-5 cohabitantes en el domicilio y percepción de alto riesgo de contraer COVID-19, cambios en la rutina,

disminución en la actividad y reducción de ingresos monetarios (19), aunque el estudio fue realizado en estudiantes y personal universitario de manera predominante, por lo que la muestra no puede considerarse representativa de la población mexicana en general.

En nuestro país la fase 1 de COVID-19 comenzó el 27 de febrero de 2020, tras haberse reportado un caso en la Ciudad de México en un viajero proveniente de Italia. La cantidad de casos fue creciendo exponencialmente, siendo necesarias medidas como el adelanto del periodo vacacional por parte de la Secretaría de Educación Pública (SEP) el 18 de marzo de ese mismo año. No obstante, en días consecuentes se informó el inicio de la fase 2 de la pandemia tras el alza de contagios, decretándose la suspensión de toda labor no esencial el 26 de marzo de 2020 creándose la Jornada Nacional de Sana Distancia, que tenía como propósito el confinamiento de la población mexicana hasta el 30 de mayo de ese mismo año (20).

La cuarentena es la restricción del contacto y movimiento entre personas que han estado potencialmente relacionados con un agente contagioso, con el fin de disminuir su propagación. Aunque la definición difiere de aislamiento, que es la separación de aquellas personas con diagnóstico de una enfermedad contagiosa, es común que se usen de forma equivalente. Esta separación con frecuencia es una experiencia desagradable, que conlleva estar alejado de los seres queridos, la sensación de pérdida de la libertad, la incertidumbre de ser afectado por la enfermedad, incluso el aburrimiento en ocasiones tiene efectos dramáticos en la salud mental de quienes viven en confinamiento (21). Además, el miedo a lo desconocido tiene la facultad de elevar los niveles de ansiedad en personas sanas como en aquellas con una enfermedad mental subyacente. A su vez, el miedo frecuentemente provoca comportamientos sociales negativos, que pueden evolucionar a reacciones de angustia (insomnio, miedo extremo a enfermar), agravamiento de toxicomanías, aislamiento, así como el desarrollo de enfermedades mentales tales como Trastorno de Estrés Postraumático, Trastornos de Ansiedad, Depresión y somatización (22) La pandemia por COVID-19 resulta en un evento traumático que se ha vivido de forma colectiva al mismo tiempo que individual, podría decirse que toda persona en el mundo ha sido afectada directa o indirectamente, sin embargo, deben hacerse esfuerzos para minimizar el efecto traumático de este evento en aquellos que han logrado sobrevivir. Son de especial interés aquellas poblaciones vulnerables (niños, adultos mayores, embarazadas, personas con enfermedades mentales preexistentes, aquellos viviendo en pobreza o víctimas de abuso), sin olvidar que otros viven eventos traumáticos además de la pandemia (violencia intrafamiliar, abandono social, condiciones físicas y mentales desfavorables y problemas de conducta). Dicho evento traumático global relacionado con COVID-19, podría convertirse en un problema de salud a largo plazo incluyendo sentimientos de vulnerabilidad, miedo, ansiedad, aislamiento, estrés, xenofobia y síntomas postraumáticos (23).

Fisiopatología del TEPT

Aunque se ha establecido una clara relación entre eventos traumáticos y el desarrollo de TEPT, también se han encontrado factores intrínsecos al individuo que predisponen al desarrollo de esta enfermedad, como variaciones genéticas en la expresión de receptores y transportadores de la vía dopaminérgica y serotoninérgica.

En la vía dopaminérgica, la codificación del receptor de dopamina D2 por su alelo A1 se asocia con una comorbilidad severa de TEPT, como en el caso de veteranos, en los que, aquellos que tenían el alelo A1 tuvieron puntuaciones significativamente más altas en la escala de Misisipi para evaluar el TEPT comparado con aquellos que no tenían este alelo. Además, se ha asociado al polimorfismo en la región promotora del gen transportador de serotonina SLC6A4 con un riesgo incrementado de padecer TEPT, particularmente con el alelo S y L (24).

Igualmente se describe una relación entre estados proinflamatorios con predisposición a TEPT, dado que se ha demostrado que moduladores inmunes como interleucina 1 (IL-1) y 6 (IL-6), y factor de necrosis tumoral (TNF) (que son capaces de pasar la barrera hematoencefálica) tienen un impacto en el sistema nervioso central al incrementar el número de microglías y mediadores inflamatorios que derivan en comportamientos similares a la ansiedad; estas señales inmunológicas contribuyen también a la regulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y otros procesos neurobiológicos que modulan el comportamiento al ser expuesto a eventos traumáticos y estresantes. Se ha demostrado

que en individuos con ansiedad se encuentran incrementados la IL-1, IL-6, TNF y proteína C reactiva (PCR). En esta condición existen niveles aumentados de IL-6 e IL-10, lo que sugiere que los individuos que padecen TEPT presentan señales de activación del sistema inmune, lo que puede llevar a neuro inflamación y presentación o exacerbación de los síntomas (25).

Se han propuesto modelos neurobiológicos que ayudan a explicar la relación entre la exposición al trauma y los mecanismos previamente mencionados; uno de ellos es el aprendizaje del miedo, que es la teoría predominante para explicar la fisiopatología del TEPT. El proceso de formación de recuerdos asociados con el miedo y su subsecuente modulación han sido localizados en la amígdala, específicamente en varios núcleos y tipos celulares en el complejo basolateral de la amígdala (26). La persistencia de respuestas de miedo en pacientes con TEPT se ha atribuido a anomalías en la extinción del miedo y al recuerdo de extinción, es decir, la comprensión de que el suceso ha ocurrido y el aprendizaje asociativo del sentimiento de extinción (27).

La interpretación exagerada de estímulos inocuos puede deberse a una alteración en la detección del peligro, que conlleva a estados de hipervigilancia y anticipación de amenazas incrementada, proceso que involucra a varias regiones cerebrales, como la amígdala, la corteza cingulada anterior dorsal y la ínsula a través de neuroimagen funcional. Otro proceso que influye de manera significativa es la flexibilidad en la respuesta emocional, que depende de la amígdala, la corteza prefrontal ventromedial, dorsomedial, corteza cingulada anterior, e hipocampo anterior, se ha observado la hipo activación de estas regiones en pacientes con TEPT (28-30). Dentro de este marco se encuentra el procesamiento contextual, y dado que esta entidad patológica se caracteriza por hipervigilancia inapropiada y la malinterpretación de eventos como amenazantes a pesar de encontrarse a salvo, se propone la disfunción en la señalización de la corteza medial prefrontal al hipocampo como causa de alteración en la percepción e interpretación del contexto (31-33).

Factores de riesgo de TEPT

Cualquier persona que haya estado expuesta a un evento traumático tiene la posibilidad de presentar síntomas compatibles con TEPT, aunque existen ciertos factores que predisponen a ciertas personas a padecerlo a pesar de experimentar traumas similares. Por ejemplo, el sexo femenino está más asociado a un diagnóstico de TEPT, mayor severidad del mismo, poco o nulo apoyo social posterior al evento, sentir horror, desesperanza o miedo durante o después del evento, lidiar con estrés adicional al evento, dolor y secuelas, el haber perdido su hogar o el trabajo posterior al evento o como consecuencia del mismo y tener historia de enfermedad mental o abuso de sustancias. Por otra parte, los factores que promueven la resiliencia y recuperación incluyen el buscar apoyo de otras personas, hallar un grupo de apoyo, tener estrategias positivas para lidiar con el evento, tener capacidad de actuar y responder de manera efectiva a pesar del miedo (34,35).

Diagnóstico y tratamiento del TEPT

El diagnóstico de TEPT es a través de la evaluación con un profesional de la salud mental, sin embargo, otros especialistas médicos pueden hacer una referencia oportuna al realizar un interrogatorio médico acorde con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que actualmente se encuentra en su quinta edición (DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), estos criterios se resumen en la Tabla 1.

A) Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza en una o más de las siguientes formas	Experiencia directa
	Presencia directa
	Conocimiento de que el suceso le ha ocurrido a una familiar cercano o amigo íntimo. En casos de amenaza de, o muerte el suceso debe haber sido violento o accidental.
	Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.
B) Presencia de uno o más de síntomas de intrusión asociados al suceso traumático que inicia después de este	Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
	Sueños angustiosos recurrentes relacionados con el suceso traumático
	Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático.
	Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
	Reacciones fisiológicas intensas al exponerse a factores que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
C) Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático que inicia tras el suceso traumático.	Recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso traumático
	Recordatorios externos que evocan memorias, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al evento traumático
D) Alteraciones cognitivas o anímicas negativas asociadas al suceso traumático que comienzan o empeoran después de experimentarlo	Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso no asociado a factores externos
	Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo
	Autoacusación sobre la causa del suceso traumático
	Estado emocional negativo persistente
	Disminución importante del interés o participación en actividades importantes
	Sentimiento de desapego o extrañamiento de otros
	Incapacidad persistente de experimentar emociones Positivas
E) Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático que comienza o empeora después de experimentarlo.	Arrebatos de ira y comportamiento irritable
	Comportamiento autodestructivo o imprudente
	Hipervigilancia
	Respuesta de sobresalto exagerada
	Problemas de concentración
	Alteraciones del sueño
La duración de las alteraciones (B, C, D, E) es mayor a un mes	
La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o funcional	
La alteración no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia	

* Con síntomas disociativos, se deben cumplir los criterios diagnósticos y en respuesta al factor estresante se presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y sensación de ser un observador externo a sí mismo.
- Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno, no explicable por los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

* Se considera con expresión retardada si los criterios se cumplen por lo menos 6 meses post-exposición

Fuente: Criterios diagnósticos para TEPT. Adaptado del DSM-5 (36).

El tratamiento varía dependiendo del tipo de TEPT diagnosticado; por ejemplo, para un paciente que presenta una forma crónica el tratamiento de primera elección es la terapia cognitiva del comportamiento (37), esta puede ser con o sin exposición. Las terapias de comportamiento cognitivo sin exposición se enfocan en la manera en que la reacción anormal al estímulo afecta a las relaciones interpersonales y la vida diaria, además de enfocarse en la atención plena, que enfatiza la atención del paciente en las experiencias corporales y sensoriales que ocurren en el presente (38).

La mayoría de los pacientes reciben alguna forma de tratamiento farmacológico, con agentes antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos o hipnóticos/sedantes. De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático publicada por el IMSS, los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) como paroxetina y sertralina son los fármacos de elección para el manejo de esta enfermedad, dado que han mostrado mayor efectividad en el manejo de TEPT, llegando a reducir hasta en un 60% de los pacientes los síntomas comparado con placebo; y pueden usarse durante la fase aguda, de mantenimiento y como prevención de recaídas (39).

JUSTIFICACIÓN

Actualmente se ha observado incremento de enfermedades de salud mental relacionados a la pandemia. los Centers of Disease Control (CDC) de Estados Unidos reportaron un incremento de 4 veces en la incidencia de ansiedad y depresión. En Canadá la ansiedad se cuadruplicó y la depresión se duplicó respecto a las cifras prepandemia, un estudio realizado por Taquet y col. encontró un riesgo aumentado al doble de padecer TEPT si se había padecido COVID-19. En Argentina durante la cuarentena generalizada un tercio de la población presentó síntomas de ansiedad o depresión, en Perú se reportó un incremento de 5 veces en la prevalencia de síntomas relacionados con depresión, y en Brasil se registraron tasas de hasta 61 y 44% de ansiedad y depresión, respectivamente.

México tampoco fue la excepción, un estudio exploratorio llevado a cabo por Ramírez y col. buscó evaluar el impacto psicológico de la pandemia secundarios a las medidas de prevención de COVID-19, aplicando una encuesta en línea a 3932 personas, identificando a través de pruebas estadísticas la relación con síntomas relacionados a alteraciones psiquiátricas, el 22% presentaron síntomas relacionados a pensamientos intrusivos, 22.3% de evasión, y 12.2% de hiperactividad. Se detectaron síntomas significativamente asociados a TEPT en 27.7% de los pacientes.

El presente estudio es conveniente realizarlo para conocer la prevalencia de estrés postraumático en la población general por la pandemia de COVID-19, con el fin de estructurar propuestas para afrontar esta enfermedad en los derechohabientes de la UMF N. 13, contamos con 208361 pacientes mayores de 18 años de edad y los gastos para realizar este trabajo de investigación serán cubiertos por los investigadores, por lo que es factible realizar este trabajo de investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde que la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 fue declarada pandemia el 11 de marzo de 2020, la población mundial fue expuesta a la incertidumbre de una enfermedad mortal y desconocida para la que aún en 2022 no existe una cura. La rápida propagación del virus y mortalidad, distanciamiento social, nuevas medidas de higiene, desempleo masivo, compras de pánico y violencia intrafamiliar durante la cuarentena, supusieron estímulos negativos sostenidos durante más de 2 años cuyos efectos en la salud mental de los individuos de nuestra sociedad son tema de estudio para los profesionales de la salud. Históricamente se ha descrito que la exposición a eventos traumáticos tiene efectos deletéreos para la salud mental, disminuyendo la calidad de vida de los afectados.

En 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana describió por primera vez el término “Estrés Postraumático”, que hace referencia a las conductas evitativas, estado de hiperalerta y pensamientos intrusivos o invasores resultantes de una vivencia traumática determinada independientemente del sexo, edad o contexto social en que se desarrolle. Las personas que sufren de Estrés Postraumático se sienten atemorizadas tiempo después de que el peligro ha desaparecido, llegando a imposibilitar su correcta reintegración a la vida cotidiana, costando miles de dólares a la economía mundial. A pesar de su impacto socioeconómico, se trata de una entidad subdiagnosticada, es por esto que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de estrés postraumático posterior a la pandemia por COVID-19 en derechohabientes de la Unidad Médica Familiar número 13 del IMSS, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático posterior a la pandemia por COVID-19 en pacientes adscritos a la UMF N.13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático de acuerdo con el sexo.
- Determinar la media de edad en pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático.
- Conocer la situación laboral de los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático.
- Conocer el estado civil de los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático.
- Determinar el tiempo de inicio del Trastorno por Estrés Postraumático en los pacientes.
- Identificar el curso de la enfermedad en los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático.
- Establecer la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes que requirieron hospitalización por COVID-19.
- Identificar la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes con enfermedades psiquiátricas diagnosticadas previamente.

HIPÓTESIS

- La prevalencia de Estrés Postraumático posterior a la Pandemia por COVID-19 es del 30% en pacientes mayores de 18 años de edad adscritos a la UMF 13.
- La prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes que requirieron hospitalización por COVID-19 es del 47%.
- La edad media de los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático es de 24 años.
- El Trastorno de Estrés Postraumático es más prevalente en el sexo femenino.
- El Trastorno por Estrés Postraumático es más prevalente entre pacientes en situación laboral de empleados.
- Existe mayor número de casos de Trastorno de Estrés Postraumático en solteros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal, no experimental en pacientes adultos derechohabientes a la UMF N.13 con muestreo probabilístico aleatorio simple. Los datos sociodemográficos fueron recabados por medio de una encuesta exprofeso elaborada para este fin, además se aplicaron las secciones 2 y 3 de la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) para el diagnóstico de Estrés Postraumático con enfoque al desarrollo de sintomatología relacionada a la pandemia por COVID-19.

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar N.13.

Universo: Pacientes de 18 a 65 años de edad, constituido por 208 361 adultos derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N.13 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Periodo de estudio: 01 de marzo de 2022 a 01 de septiembre de 2024.

Periodo de recolección de datos: 01 de enero de 2023 a 31 de mayo de 2023.

Muestra: Se aplicó la encuesta a 384 pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N.13 de 18 a 65 años de edad.

Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple.

Tamaño de la muestra: La muestra se calculó basada en la población total de adultos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N.13 hasta octubre de 2022 correspondiendo a 208 361 pacientes, con la fórmula que a continuación se desarrolla:

Tamaño de la muestra:

$$n = N \times Z^2 \times p \times q$$
$$[d^2 \times (N - 1)] + [Z^2 \times p \times q]$$

$$n = (208361)(3.8416)(0.5)(0.5) / (0.0025)(208360) + 0.9604$$

$$n = 200,109.9044$$
$$521.8604$$

$$n = 383.454$$

N= Universo = 208361

d= error estimado = 0.05

Z= nivel de confianza 95% = 1.96

p= probabilidad de éxito = 0.5

q = probabilidad de fracaso = 0.5

n= número de encuestas = 384

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión

- Pacientes adscritos a la UMF N. 13, mayores de 18 años de edad. Que acepten participar en el estudio.
- Que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.
- Haber tomado las medidas correspondientes a la Jornada de Sana Distancia durante la pandemia por COVID-19.

Criterios de exclusión

- Ser mayor de 65 años.
- Negarse a participar en la encuesta.

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas y que no estén correctamente llenadas.

PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

La información obtenida se procesó en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 25 en español, aplicándose medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión, prevalencia y correlaciones mediante la prueba de Rho de Spearman. Los resultados se presentan en tablas, de acuerdo a los objetivos del estudio y dirigidos a la comprobación o refutación de las hipótesis presentadas.

VARIABLES

Variable dependiente

- Trastorno de Estrés Postraumático

Variables independientes

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Situación laboral
- Hospitalización
- Patología psiquiátrica previa

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo variable	Indicador
Trastorno de Estrés Postraumático	Síntomas negativos asociados a la experiencia de un suceso traumático, una vez que este supera el umbral para el trauma e interfiere negativamente en su vida cotidiana.	Pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos del DSM-V (exposición, presencia de síntomas intrusivos, evitación de estímulos asociados, alteraciones cognitivas o anímicas negativas), dentro de los primeros 6 meses o si es posterior se considerará de expresión retardada; los síntomas no deben poder ser explicados con el uso de una sustancia.	Cuantitativa continua	Proporción de casos de Trastorno de Estrés Postraumático.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento que se estima la existencia de una persona.	Años cumplidos hasta la fecha de aplicación de la encuesta.	Cuantitativa discreta	Número de años cumplidos.

Sexo	Condición orgánica que distingue al macho y a la hembra en los seres vivos.	Sexo asignado al nacer.	Cualitativa dicotómica	A- Masculino B- Femenino C- No binario
Situación Laboral	Estado de una persona con relación a su actividad económica.	Estado con relación a su actividad económica al momento del estudio.	Cualitativa nominal	A- Empleado B- Desempleado C- Retirado D- Estudiante
Estado Civil	Situación en la que se encuentra una persona con quien se crean lazos jurídicamente validados.	Condición civil de los encuestados al momento del estudio.	Cualitativa nominal	A - Soltero B - Casado C - Unión Libre D - Divorciado E - Viudo
Hospitalización	Ingreso de una persona a una unidad médica para el cuidado y tratamiento de una	Paciente que ameritó hospitalización mientras cursó con COVID-19.	Cualitativa dicotómica	1 – Si 2 – No

	enfermedad.			
Enfermedad psiquiátrica preexistente	Alteración del estado de ánimo, emocional o cognitiva.	Diagnóstico conocido de alteración de la salud mental preexistente al estudio. Estas pueden ser trastornos de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastornos de la alimentación, de la personalidad, psicóticos o de estrés postraumático previo a la experiencia de la infección por COVID-19; el diagnóstico debe haber sido emitido por un profesional en salud mental.	Cualitativa nominal dicotómica	1 – Si 2 – No

INSTRUMENTO

El instrumento para este estudio es la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5), con alfa de Cronbach de 0.90, la cual fue creada por Crespo, Gómez y Soberon en 2017. Tiene como objetivo el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático basado en los criterios establecidos por DSM V, a partir de haber experimentado algún acontecimiento traumático. Es apto para ser aplicado en adultos a partir de los 18 años de edad, con una media de 30 minutos para su correcto llenado. El material necesario consta de un manual EGEP-5 de Editorial TEA Ediciones, encuestas individuales y hojas de corrección con escala.

Está constituida por 58 preguntas divididas en 3 secciones, que recolectan información respecto referente al tipo de evento traumático y sus características, sintomatología presente y la intensidad en que se presenta, y el nivel de afección funcional del paciente. Su propósito principal es permitir el diagnóstico de TEPT.

Tiene la ventaja de ofrecer puntuaciones individualizadas por grupos de síntomas permitiendo la intervención oportuna y dirigida por el personal de salud correspondiente. Su aplicación es sencilla, tomando en cuenta todos los criterios de la nueva versión de DSM, además de ser breve y amigable para la población objetivo, por lo que es una herramienta cada vez más utilizada. Actualmente no se han reportado limitaciones significativas relacionadas con este instrumento.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó autorización a los directivos de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 localizada en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas para la realización del estudio de investigación dentro de las instalaciones presentando una carta de no inconveniencia. Posterior a su obtención, se sometió este trabajo de investigación a revisión por el Comité Local de Ética en Investigación en Salud N.7038 y por el Comité Local de Investigación 703 de la delegación Chiapas, siendo incluido en el Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS) obteniendo el número de registro institucional R-2022-703-061.

Una vez autorizado, se realizó la recolección de datos, aplicando una encuesta expofeso a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión posterior a la obtención de su autorización con conocimiento informado. Se requirió aplicar 384 encuestas, para obtener un número satisfactorio para el análisis estadístico.

Una vez recopilados estos datos, fueron vaciados en una base de datos haciendo uso de Microsoft Excel, para realizar así la caracterización demográfica de la muestra; posteriormente se importó esta base de datos al programa SPSS 25, donde se utilizaron las herramientas para determinar medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión y prevalencia.

ASPECTOS ÉTICOS

La realización de este proyecto de investigación no involucra ninguna intervención quirúrgica o toma de muestras, se requirió solamente la información proporcionada por los pacientes y se utilizó únicamente para los fines descritos en el presente documento; la información recolectada estuvo sujeta a los criterios de Helsinki de 2013 y el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud y fue anonimizada asignando un número al azar a cada paciente para que no sea posible identificar directamente a cualquiera de los participantes utilizando la base de datos.

Debido a la naturaleza no intervencional del estudio, no se tiene riesgo alguno para las personas que sean parte del análisis la realización de este. Se sometió a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud N. 703 y Comité Local de Ética en Investigación en Salud N. 7038 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, obteniendo el número de registro institucional **R-2022-703-061**.

De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaría de Salud 1986) con última actualización publicada en el Diario Federal de la Federación DOF 16-05-2022, se tomó en cuenta lo establecido en el título quinto sobre “Investigación para la salud” así como el título segundo, capítulo séptimo artículo 72 sobre “Salud Mental” y artículo 73 sección V sobre “La investigación multidisciplinaria en materia de salud mental”. La presente investigación no representa riesgo alguno de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17, párrafo 1, Investigación sin riesgo.

Con el fin de realizar el presente estudio, se aplicó el consentimiento informado firmado por el participante. No se expondrán datos personales, protegiendo la privacidad de los pacientes. No se solicitó el nombre, número de seguridad social, ni datos de localización, tampoco supone exposición a ningún tipo de riesgo físico,

por lo que se descartó la posibilidad de afectar los derechos de los encuestados. Se procuró en todo momento mantener un trato cordial y amable, proporcionando la información necesaria de forma concisa y sencilla para ser comprendida por el encuestado respecto a la justificación, relevancia y objetivos de la presente, garantizando el completo entendimiento de los ítems presentados. Se respetó la decisión del participante de retirar su consentimiento durante cualquier momento de la investigación, sin que ello signifique un prejuicio según las fracciones I, VI, VII y VIII.

En relación al consentimiento informado, se establece lo descrito en el Artículo 23 del citado reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Asimismo se tienen en cuenta los principios básicos de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos” adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia (1964) y revisada por la 29° Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la 35° Asamblea Médica Mundial (Venecia 1983) y la 41° Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989), 48° Asamblea General Somerset West, Sudáfrica (octubre 1996), 52° Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (Octubre 2000), Nota de Clarificación, por la Asamblea General de la AMM (Tokio 2004), 59° Asamblea General (Seúl, Corea, octubre 2008), 64° Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013). Declaración que expresa los principios siguientes:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula «velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente», y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica».

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los

intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite

un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar

medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el

protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su

funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro

aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el individuo potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a

participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal.

El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo, los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Humanos:

- 1 asesor metodológico
- 1 médico residente de Medicina Familiar

Materiales:

- Encuesta exprofeso

- Cuestionario EGEP-5 y hoja de corrección
- Bolígrafos, lápices y marcadores.
- Una computadora de uso personal.

Financieros:

- Proporcionados por el investigador.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se obtuvieron los datos de 384 participantes, a quienes se les aplicó el cuestionario EGEP-5 para Trastorno de Estrés Postraumático, encontrando que 57 Pacientes cumplieron con los criterios diagnósticos para esta entidad (TEPT), dando una prevalencia de 14.8%. Del total de hombres encuestados, el 15.76% (n=32) tuvo TEPT, al igual que el 11.86% (n=21) de las mujeres. Por otro lado, el 100% de las personas que no se identificaron como hombres ni mujeres tuvieron TEPT (n=4). (Tabla 1).

Tabla 1. Casos de Trastorno de Estrés Postraumático.			
SEXO	TEPT		Total
	SI	NO	
Hombre	32	171	203
Mujer	21	156	177
No binario	4	0	4
Total	57	327	384

Fuente: Base de datos de "Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas".

Respecto a edad, la mínima fue de y la máxima. La media de los pacientes con TEPT fue de 45.18 años, con una desviación estándar de 12.135. (Tabla 2)

Tabla 2. Edad de pacientes con TEPT	
Media	45.18
Mediana	44
Moda	32
Desviación estándar	12.135

Fuente: Base de datos de "Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas".

En cuanto a situación laboral, se observó que el 43.90% de los pacientes con TEPT se encontraban empleados (n=25), el 26.30% desempleados (n=15), mientras que el 29.80% eran personas retiradas (n=17). (Tabla 3).

Tabla 3. Situación laboral de pacientes con TEPT		
	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	25	43.90%
Desempleado	15	26.30%
Retirado	17	29.80%
Total	57	100%

Fuente: Base de datos de "Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas".

El 70.20% de los pacientes con TEPT estaban casados (n=40), seguido del grupo de pacientes divorciados con un 10.50% de los casos (n=4), solteros en un 8.80% (n=8.80%), viudos en 7% (n=4) y por último, el 3.50% en unión libre (n=2). (Tabla 4).

Tabla 4. Estado civil de pacientes con TEPT		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	5	8.80%
Casado	40	70.20%
Unión libre	2	3.50%
Divorciado	6	10.50%
Viudo	4	7%
Total	57	100%

Fuente: Base de datos de "Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas".

Además, el 64.90% (n=37) de los pacientes tuvieron un inicio de los síntomas de estrés menor a 6 meses después de iniciados los acontecimientos de la pandemia, el 35.10% (n=20) tuvo una aparición después de 6 meses, lo que se considera un inicio retardado de TEPT. (Tabla 5).

Tabla 5. Inicio de síntomas de Estrés		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 6 meses	37	64.90%
Mayor a 6 meses (inicio retardado)	20	35.10%

Fuente: Base de datos de "Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas".

La mayor parte de los pacientes con TEPT han tenido la presencia de síntomas por más de 3 meses, es decir, un curso crónico, en un 84.20% (n=48) de los casos, mientras que el 15.80% (n=9) tuvieron un curso agudo. (Tabla 6).

Tabla 6. Curso de síntomas de Estrés		
	Frecuencia	Porcentaje
Agudo	9	15.80%
Crónico	48	84.20%

Fuente: Base de datos de "Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas".

Se identificó que 53 de los participantes requirieron hospitalización por COVID-19 en algún momento, entre los cuales el 32.07% (n=17) cumplió con criterios para diagnóstico de TEPT. (Tabla 7).

Tabla 7. Pacientes hospitalizados por COVID-19	
Cumple con criterios de TEPT	17
No cumple con criterios	36
Total	53

Fuente: Base de datos de "Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas"

El 12.76% de los participantes declaró haber sido diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica previo a la participación en el estudio (n=49), se halló estrés postraumático en 36.70% (n=18) de estos pacientes. (Tabla 8).

Tabla 8. TEPT en pacientes con enfermedad psiquiátrica previa		
	Frecuencia	Porcentaje
Cumple criterios de TEPT	18	36.70%
No cumple criterios	31	63.30%
Total	49	

Fuente: Base de datos de "Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas".

ANÁLISIS BIVARIADO

Se tomó en cuenta la prueba de Kolmogórov-Smirnov, identificando que la distribución de los datos no es normal ($p < 0.05$), como se muestra a continuación. (Tabla 9).

Tabla 9. Pruebas de normalidad		
Kolmogorov-Smirnov ^a		
Variables	Estadístico	p
Sexo	0.352	0.033
Edad	0.13	0.018
Estado civil	0.429	0.038
Situación laboral	0.281	0.022
Hospitalización	0.443	0.040
Enfermedad psiquiátrica	0.434	0,039
Curso de TEPT	0.508	0.042
Inicio de TEPT	0.416	0.037

^a Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Base de datos de "Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas".

Por lo tanto, se empleó la prueba de Rho de Spearman para medir la correlación entre las variables de estudio y el diagnóstico de Estrés Postraumático como se expone a continuación. Se encontró que la edad tuvo significancia estadística con relación positiva, esto es, que a mayor edad del participante fue más probable que cumpliera con los criterios diagnósticos de estrés postraumático ($p=0.00$; $r=0.216$). De la misma manera la necesidad de ser hospitalizado por COVID-19 estuvo relacionada con su presencia ($p=0.001$; $r= -0.194$). Por último, el haber sido diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica previa también estuvo relacionado con presentar síntomas de trastorno de estrés postraumático ($p= 0.001$; $r= -0.235$). (Tabla 10).

Tabla 10. Correlaciones entre variables sociodemográficas y TEPT		
Variable	Significancia (p)	Correlación de Spearman
Sexo	0.672	0.022
Edad	0.00002	0.216
Estado Civil	0.076	0.091
Situación Laboral	0.682	0.021
Hospitalización	0.001	-0.194
Enfermedad psiquiátrica previa	0.001	-0.235

Fuente: Base de datos de “Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a pandemia Covid-19 en pacientes de la UMF N.13 IMSS, Chiapas”.

DISCUSIÓN

La importancia del estudio de las repercusiones de la pandemia por COVID- 19 en el campo de la salud mental, radica en situaciones como la descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que declaró que la pandemia causó un incremento de casos de trastornos de ansiedad en un 25.6%, siendo responsable de 116.1 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por 100 000 habitantes. El presente trabajo buscó determinar la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático posterior a la pandemia por COVID-19 en pacientes adscritos a la UMF N.13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez Chiapas, encontrándose una prevalencia de 14.8%, similar a lo encontrado por Villareal et al determinando una prevalencia de TEPT de 14.9% en un estudio realizado en población general de Perú, sin embargo, se reportan prevalencias hasta de 69,2% en pacientes que fueron diagnosticados en 2 ocasiones con COVID-19. (40,41,42).

Cumplieron con criterios diagnósticos para TEPT el 15.76% de los hombres y 11.86% de las mujeres, coincidiendo con lo descrito por Chang, que no encontró diferencias significativas entre los pacientes cuando fueron comparados entre sexos, además de una prevalencia de 20% en pacientes que requirieron hospitalización, al igual que el 32.10% de los participantes de este estudio. (43).

Destaca que se observó que el 100% de los participantes que prefirieron no identificarse como hombres o mujeres tuvieron síntomas de TEPT. De acuerdo a la Encuesta Mexicana de Vivencias LGBT+ ante la Covid-19, el 76.7% tuvo síntomas de depresión y 22.2% tuvo ideación suicida durante el confinamiento. La OMS reconoce a la comunidad LGBT+ como grupo vulnerable ante el coronavirus, explicado por la histórica situación de discriminación, soledad y violencia contra las minorías. (44,45).

A mayor edad de los participantes hubo mayor probabilidad de cumplir con criterios de TEPT ($p=0.00$; $r=0.216$), con más frecuencia entre las personas de 51 a 60 años de edad. Becerra *et al* describen que tener más de 50 años se asocia con la presencia de síntomas de TEPT (RPa = 0,39: IC del 95%: 0,24-0,62), además que el 61,8% de ellos declaró afecciones en la calidad de vida relacionada con la salud. Asimismo, Becerra *et al* encontraron asociación entre la ocupación de los pacientes con el diagnóstico de TEPT, describiendo mayores frecuencias entre choferes (38,9%); en nuestro estudio el 43.90% de los casos con TEPT se encontraban activos económicamente, esto pudiendo explicarse por la necesidad de trasladarse fuera de casa y mayor contacto con otras personas. (42).

Haber requerido hospitalización estuvo estadísticamente relacionado con la presencia de TEPT ($p=0.001$ $r_s= -0.194$), se encontró una prevalencia de 32.10% en este grupo, los resultados son heterogéneos dependiendo de la localización geográfica del estudio, por ejemplo, presentaron síntomas de TEPT el 9.5% de los pacientes hospitalizados en Noruega, 30.2% en Italia y 34,4% en Perú. (42,46,47) El 36.70% de los pacientes que padecían enfermedades psiquiátricas previamente a la pandemia cumplieron con criterios diagnósticos de TEPT, existiendo asociación entre estas variables ($p=0.001$ $r_s=-0.235$), Janiri *et al* refirieron que 34.8% de los pacientes con TEPT posterior a la pandemia, tenían historia previa de padecimientos psiquiátricos. (47).

En cuanto al tiempo de inicio de la enfermedad, el 64.90% comenzó a presentar síntomas desde 6 meses antes de responder la encuesta. Serrano realizó un estudio en población general mexicana que determinó que la presencia de TEPT fue la misma durante un seguimiento por 2 y 10 meses, a pesar de ello, haber sido diagnosticado con COVID-19 se relacionó con tener mayores síntomas de TEPT. (48).

CONCLUSIONES

En este estudio existió una prevalencia de estrés postraumático inferior a la planteada inicialmente, no obstante, se demostró que la edad, haber sido hospitalizado por COVID-19 y el haber sido diagnosticado con un trastorno psiquiátrico previo a la pandemia se asocian a una mayor probabilidad de padecer TEPT. Aunque no se encontró que el sexo estuviera asociado a la presencia de TEPT, llama la atención la alta prevalencia de la enfermedad en personas no binarias. A pesar de que la enfermedad por COVID-19 ya no representa una contingencia, existen estragos en la salud mental de la población, por lo que se sugiere estimar el impacto en cada paciente y trabajar multidisciplinariamente en aquellos que muestren estrés postraumático relacionado con la pandemia, con el fin de procurar su bienestar.

PROPUESTAS

1. Identificar a las personas con factores de riesgo para la infección grave por COVID-19 (personas adultas mayores y portadores de enfermedades no transmisibles).
2. Garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas con enfermedades no transmisibles durante las Jornadas de Sana Distancia futuras.
3. Ofrecer atención psicológica y psiquiátrica oportuna a los pacientes que refieran síntomas compatibles con TEPT y otras enfermedades mentales.
4. Identificar oportunamente a las familias que cursen con disfuncionalidad y ofrecer terapia familiar.
5. Visibilizar a las minorías y reconocer sus necesidades biopsicosociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Nuevo coronavirus (nCoV). [Internet]. Institutional Repository for Information Sharing. 16 de enero de 2020, [Consultado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51852>
2. Escudero X, Guarner J, Galindo A., Escudero M, Alcocer M, Río C. La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. Arch. Cardiol. Méx. [Internet]. 2020 [Consultado el 27 de Marzo de 2022]; 90 (Suppl 1): 7-14. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/acm.m20000064>
3. Secretaría de Salud. Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO, 25 de julio de 2022 [Internet]. 2022 jul [citado el 30 de julio de 2022] p. 1–2. (Informe Técnico Diario). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/746705/Informe_Tecnico_Diario_C_OVID-19_2022.07.25.pdf
4. Medina-Mora MaE, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz- Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Salud Pública México. febrero de 2005;47(1):8–21.
5. McTavish JR, Sverdlichenko I, MacMillan HL, Wekerle C. Child sexual abuse, disclosure and PTSD: A systematic and critical review. Child Abuse Negl. el 1 de junio de 2019;92:196–208.
6. Li X, Aida J, Hikichi H, Kondo K, Kawachi I. Association of Postdisaster Depression and Posttraumatic Stress Disorder With Mortality Among Older Disaster Survivors of the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami. JAMA Netw Open. el 13 de diciembre de 2019;2(12):e1917550.
7. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. Crit Care. el 23 de noviembre de 2018;22(1):310.
8. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. Psychol Med. enero de 2016;46(2):327–43.
9. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. Psychol Med. octubre de 2017;47(13):2260–74.

10. World Health Organization. ADDRESSING VIOLENCE AGAINST CHILDREN, WOMEN AND OLDER PEOPLE DURING THE COVID-19 PANDEMIC: KEY ACTIONS [Internet]. World Health Organization; 2020 [citado el 31 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Violence_actions-2020.1
11. Centers for Disease Control and Prevention. Mental Health - Household Pulse Survey - COVID-19 [Internet]. 2022 [citado el 31 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/covid19/pulse/mental-health.htm>
12. Cooper M. Mental Health During COVID-19 Outbreak: Poll #12. Health Can. abril de 2022;40.
13. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol.* 2021;93(2):1013–22.
14. Venturelli S, Benatti SV, Casati M, Binda F, Zuglian G, Imeri G, et al. Surviving COVID-19 in Bergamo province: a post-acute outpatient re-evaluation. *Epidemiol Infect* [Internet]. ed de 2021 [citado el 2 de agosto de 2022];149. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/surviving-covid19-in-bergamo-province-a-postacute-outpatient-reevaluation/43FCF2EF1F93944928F3FD5C2BEA0455>
15. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry.* el 1 de febrero de 2021;8(2):130–40.
16. Torrente F, Yoris A, Low DM, Lopez P, Bekinschtein P, Manes F, et al. Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *J Affect Disord.* el 1 de marzo de 2021;282:495–503.
17. Antiporta DA, Cutipé YL, Mendoza M, Celentano DD, Stuart EA, Bruni A. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry.* el 18 de febrero de 2021;21(1):111.
18. Campos JADB, Martins BG, Campos LA, Marôco J, Saadiq RA, Ruano R. Early Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Brazil: A National Survey. *J Clin Med.* septiembre de 2020;9(9):2976.
19. Ramírez LPG, Arriaga RJM, Hernández-Gonzalez MA, Roca-Chiapas JMD la. Psychological Distress and Signs of Post-Traumatic Stress in Response to the COVID-19 Health Emergency in a Mexican Sample. *Psychol Res Behav Manag.* el

22 de julio de 2020;13:589–97.

20. Suárez V, Suarez M, Oros S, Ronquillo E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2020 [Consultado el 27 de marzo de 2022]. 220 (8): 463-471. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>

21. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* [Internet]. 2020. [Consultado el 30 de marzo de 2022]. 395: 912–20. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

22. Shigemura J, Ursano R, Morganstein J, Kurosawa M, Benedek D. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. [Internet] 2020 [Consultado el 30 de marzo de 2022] 74(4): 281–282. Disponible en <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

23. Mukhtar S. Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. *Int J Soc Psychiatry* [Internet] 2020 [Consultado el 30 de marzo de 2022]. 66(5): 512-516. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020764020925835>

24. Blum K, Gondré-Lewis MC, Modestino EJ, Lott L, Baron D, Siwicki D, et al. Understanding the Scientific Basis of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): Precision Behavioral Management Overrides Stigmatization. *Mol Neurobiol*. el 1 de noviembre de 2019;56(11):7836–50.

25. Kim TD, Lee S, Yoon S. Inflammation in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Review of Potential Correlates of PTSD with a Neurological Perspective. *Antioxidants*. el 26 de enero de 2020;9(2):107.

26. Ressler RL, Maren S. Synaptic encoding of fear memories in the amygdala. *Curr Opin Neurobiol*. el 1 de febrero de 2019;54:54–9.

27. Harnett NG, Goodman AM, Knight DC. PTSD-related neuroimaging abnormalities in brain function, structure, and biochemistry. *Exp Neurol*. agosto de 2020;330:113331.

28. Neria Y. Functional Neuroimaging in PTSD: From Discovery of Underlying Mechanisms to Addressing Diagnostic Heterogeneity. *Am J Psychiatry*. febrero de 2021;178(2):128–35.

29. Ross MC, Cisler JM. Altered large-scale functional brain organization in posttraumatic stress disorder: A comprehensive review of univariate and network-level neurocircuitry models of PTSD. *NeuroImage Clin*. el 1 de enero de

2020;27:102319.

30. National Institute of Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). 2019 [citado el 7 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>

31. Priebe S, Matanov A, Janković Gavrilović J, McCrone P, Ljubotina D, Knezević G, et al. Consequences of untreated posttraumatic stress disorder following war in former Yugoslavia: morbidity, subjective quality of life, and care costs. *Croat Med J.* octubre de 2009;50(5):465–75.

32. Ditlevsen DN, Elklit A. The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder? *Ann Gen Psychiatry.* el 21 de julio de 2010;9(1):32.

33. Karamustafalioglu OK, Zohar J, Güveli M, Gal G, Bakim B, Fostick L, et al. Natural course of posttraumatic stress disorder: a 20-month prospective study of Turkish earthquake survivors. *J Clin Psychiatry.* junio de 2006;67(6):882–9.

34. Bryant RA, Mastrodomenico J, Felmingham KL, Hopwood S, Kenny L, Kandris E, et al. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry.* junio de 2008;65(6):659–67.

35. Stein MB, Kerridge C, Dimsdale JE, Hoyt DB. Pharmacotherapy to prevent PTSD: Results from a randomized controlled proof-of-concept trial in physically injured patients. *J Trauma Stress.* diciembre de 2007;20(6):923–32.

36. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.

37. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological interventions for post- traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* junio de 2015;38:25–38.

38. Polusny MA, Erbes CR, Thuras P, Moran A, Lamberty GJ, Collins RC, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* el 4 de agosto de 2015;314(5):456–65.

39. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático. Mexico. 2011;49.

40. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. *Resumen Científico.* 2022 [citado el 17 de

octubre de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1#:~:text=La%20pandemia%20de%20COVID%2D19,infecci%C3%B3n%20por%20la%20COVID%2D19.

41. 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* [Internet]. 2021; [citado el 17 de octubre de 2023]. 21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03456-z>

42. Becerra-Canales B, Campos-Martínez HM, Campos-Sobrino M, Aquije-Cárdenas GA. Trastorno de estrés postraumático y calidad de vida del paciente post-COVID-19 en Atención Primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2022;54(10):102460. [citado el 17 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102460>

43. Chang MC, Park D. Incidence of post-traumatic stress disorder after Coronavirus disease. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2020 [citado el 17 de octubre de 2023]. 8(4):373. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare8040373>

44. Ramírez T; Montes de Oca V; Mendoza J. Las personas LGBTQ+ durante la pandemia de Covid-19 en México. *Rev. Mex. Sociol* [Internet]. 2022, vol.84, n.1 [citado el 01 de enero de 2024], pp.223-256. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2022.1.60230>.

45. 1. López Pereyra M. Ser estudiante LGBTQ+ durante la pandemia COVID-19. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos* [Internet]. 1970;50(ESPECIAL):225–30. [citado el 01 de enero de 2024] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.48102/rlee.2020.50.especial.105>

46. Einvik G, Dammen T, Ghanima W, Heir T, Stavem K. Prevalence and risk factors for post-traumatic stress in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 patients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado el 02 de noviembre de 2023];18(4):2079. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18042079>

47. Janiri D, Carfi A, Kotzalidis GD, Bernabei R, Landi F, Sani G, et al. Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado el 02 de noviembre de 2023];78(5):567. Disponible en: [doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0109](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0109)

48. Serrano-Juarez CA, Vargas-Cabriada DS, De Leon-Miranda MÁ, García-Reyes DL. Prevalencia de síntomas de trastorno por estrés post-traumático en población adulta a dos y diez meses del inicio de la cuarentena por la COVID-19. *Escr Psicol* [Internet]. 2021; [citado el 02 de noviembre de 2023];14(2):63–72. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12923>

49. INEGI. Presenta INEGI resultados de la primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021. Comunicado de Prensa Núm. 772/2114 de diciembre de 2021. [Internet] 2021 [Consultado el día 20 de enero de 2024]. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos)

Lugar y fecha

No. de registro institucional En trámite

Título del protocolo:

“PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSTERIOR A PANDEMIA COVID-19 EN PACIENTES DE LA UMF N.13 IMSS, CHIAPAS”.

Justificación y objetivo de la investigación:

Existe evidencia que relaciona la pandemia por COVID-19 y el desarrollo de patología psiquiátrica, como lo es el Trastorno de Estrés Postraumático, por lo que es importante investigar en la población local su presencia para poder así brindar una atención temprana y oportuna que prevenga complicaciones asociadas.

Procedimientos y duración de la investigación

Encuesta de recolección de datos demográficos y Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5), que deberá realizarse en un lapso de 20 minutos.

Riesgos y molestias:

Ninguno.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

Conocer la presencia de Trastorno por Estrés Postraumático en la población adulta con el fin de promover acciones preventivas y correctivas oportunas.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se canalizará a la Consulta Externa de Medicina Familiar a aquellos pacientes que sean diagnosticados con Trastorno de Estrés Postraumático durante este estudio, para tratamiento oportuno y medidas de prevención.

Participación o retiro:

Declaro que mis dudas han sido aclaradas y participo en este estudio de forma voluntaria, con libertad de no formar parte del mismo o retirarme en cualquier momento, sin afectar la atención médica que requiera.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos recabados son totalmente confidenciales, su uso será de carácter científico sin fines de lucro, con propósito de ser usados en investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Rocío Alejandra Martínez Cruz

Teléfono y horario: 9611727515 Lunes a Viernes 15:00 – 20:00 Horas

Clave 2810-009-013



En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque
"B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00
extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 2 años tras lo cual se destruirán.

Dra. Jennipher Gwenndoline Santos González

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.

Anexo 2: Instrumento

INSTRUMENTO: EVALUACIÓN GLOBAL DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGEP-5) INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 13 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

Buen día, soy médico residente de la especialidad en Medicina Familiar adscrita a esta Unidad Médica, el presente documento es un instrumento para evaluar la presencia de síntomas compatibles con el Trastorno de Estrés Posttraumático, en relación con la pandemia por COVID-

19 acontecida durante los últimos años. Los datos recabados son de estricto carácter confidencial, para ser utilizados con fines de investigación, sin lucro. Siéntase libre de expresar cualquier duda o inquietud, y de estar de acuerdo, por favor responda la presente encuesta. Muchas gracias por su atención.

Edad: _____ **Sexo:** Hombre Mujer Prefiero no decirlo

Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Divorciado

Viudo

Situación Laboral: Empleado Desempleado Retirado

¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad psiquiátrica antes del año 2020? Si No

¿Alguna vez fue hospitalizado por haber padecido COVID-19? Si No

¿Llevó a cabo las medidas de la Jornada de Sana Distancia durante la pandemia por COVID-19 (evitó lugares concurridos, trabajó o estudió en casa, aislamiento, cuarentena y cualquier otro que conlleve distanciamiento social)? Si No

Instrucciones

A continuación, se presentan una serie de síntomas o problemas que algunas personas experimentan después de sufrir un acontecimiento traumático (derivados de la pandemia por COVID-19, ya sea por distanciamiento social, fallecimiento de seres queridos, miedo a ser contagiado, hospitalización de usted mismo o un familiar cercano). Por favor, lea atentamente cada una de las frases que se presentan e indique marcando Sí o No si ha experimentado cada uno de ellos durante el **ÚLTIMO MES** en relación a la **pandemia por COVID-19**. En caso afirmativo, indique el grado de molestia que le ha producido utilizando una escala de 0 a 4, en la que 0 es Ninguna y 4 es Extrema. Por favor, responda todas las frases.

Síntomas				Grado de Molestia				
				Ninguna	Leve	Moderad	Grave	Extremo
				0	1	2	3	4
Por favor, no deje enunciados sin contestar.		S	N					
	í	o						
1	Tiene recuerdos desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento (imágenes o pensamientos)							
2	Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento.							
3	Hay momentos en los que actúa o se siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento.							
4	Siente malestar (nerviosismo, inquietud...) cuando algo le recuerda el acontecimiento.							
5	Los recuerdos sobre el acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón...							
6	Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento.							
7	Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerdan el acontecimiento.							
8	Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento.							
9	Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar.							
10	Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase).							
11	Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual...).							
12	Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener empleo, casarse, formar una familia...).							
13	Tiene dificultades para dormirse o mantener el sueño.							
14	Se siente irritable o tiene ataques de ira.							
15	Tiene dificultades para concentrarse.							
16	Está en constante estado de alerta o vigilancia (se mantiene siempre en guardia).							
17	Se sobresalta o asusta fácilmente.							
18	Se ha sentido culpable por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento.							

19	Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al acontecimiento.							
20	Se ha sentido responsable de ese acontecimiento.							
21	Siente que no puede confiar en los demás.							
22	Siente que el mundo es un lugar peligroso.							

23	Hay momentos en que se siente fuera de contacto con lo que está sucediendo a su alrededor (como en una nube o en un sueño).							
24	Hay momentos en que siente que las cosas que pasan a su alrededor son irreales o muy extrañas.							
25	Hay momentos en los que se siente como si estuviera fuera de su cuerpo, como si se viera desde fuera.							
26	Siente que su valoración de sí mismo ha empeorado.							
27	Lleva a cabo conductas que sabe que son peligrosas o que pueden causarle algún daño.							
28	Tiene constantemente sentimientos negativos (como miedo, horror, ira, culpa, venganza...).							

29 ¿Desde cuándo experimenta estos problemas?

- Desde hace menos de 1 mes.
- Desde hace más de 1 mes y menos de 3 meses.
- Desde hace más de 3 meses.

30 ¿Cuánto tiempo tardaron en aparecer estos problemas tras el acontecimiento?

- Nada más ocurrir el acontecimiento.
- Durante los 6 primeros meses después del acontecimiento.
- 6 meses o más después del acontecimiento.

Anexo 3: Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	2022										2023				2024
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agosto	Sep	Oct	Nov-Dic	Ene-Sep	Oct	Nov	Dic	Ene-Mar	
Planteamiento del problema	■														
Elaboración del Marco Teórico		■	■	■											
Revisión bibliográfica y protocolo		■	■	■	■	■	■	■							
Revisión del protocolo por el comité de investigación								■	■						
Recolección y tabulación de datos										■					
Análisis estadístico y resultados											■	■	■		
Presentación de resultados														■	

Anexo 4. Carta de no Inconveniente



GOBIERNO DE
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN CHIAPAS
Jefatura de los servicios de prestaciones médicas
Unidad de Medicina Familiar número 13

Tuxtla Gutierrez Chiapas, a 29 de Noviembre 2022

DRA. ROCÍO ALEJANDRA MARTÍNEZ CRUZ
MÉDICO NO FAMILIAR

ASUNTO: Carta de No inconveniente para realizar Protocolo de
Investigación

Por medio de la presente, informo que **NO EXISTE INCONVENIENTE** alguno para que se realice en la Unidad de Medicina Familiar No. 13, del Órgano Operativo de Administración Desconcentrada Estatal de Chiapas, el protocolo de investigación que a continuación se describe, previa evaluación y aprobación por el Comité Local de Investigación en Salud y el Comité de Ética en Investigación correspondiente.

Título de la Investigación.

“Prevalencia de Estrés Postraumático posterior a Pandemia Covid-19 en Pacientes de la UMF No. 13 del IMSS en Chiapas”

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío cordial Saludo.

ATENTAMENTE

“Seguridad Y Solidaridad Social”



Dr. Francisco Ricardo Escobar Díaz
NSS Director de la Unidad UMF 13

Bvd. Art. 123 Esquina Presa Chicoasen, Col. Las Palmas, Tuxtla Gutierrez, Chiapas CP. 29040
Teléfono: (01961)-6141388
francisco.escobardi@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Chiapas
Unidad Médica Familiar No. 13



Anexo 4: Dictamen de aprobado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **703**.
U MED FAMILIAR NUM 13

Registro COFEPRIS **18 CI 07 101 059**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 07 CEI 001 2018102**

FECHA **Miércoles, 14 de diciembre de 2022**

M.E. Rocio Alejandra Martínez Cruz

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POSTERIOR A PANDEMIA COVID-19 EN PACIENTES DE LA UMF N.13 IMSS, CHIAPAS**", que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-703-061

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. francisco ricardo escobar diaz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 703

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL