

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
PACIENTES POSTCOVID-19 EN LA UMF 16 IMSS QUERÉTARO

2025

MED. GRAL. VEGA LÓPEZ LILIANA VICTORIA

Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
PACIENTES POSTCOVID-19 EN LA UMF 16 IMSS QUERÉTARO

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Med. Gral. Liliana Victoria Vega López

Dirigido por:

Dra. Prishila Danae Reyes Chávez

Co-dirigido por:

Dr. Rubén Del Valle Cortés

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. FEBRERO 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
PACIENTES POSTCOVID-19 EN LA UMF 16 IMSS QUERÉTARO”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Liliana Victoria Vega López

Dirigido por:

Dra. Prishila Danae Reyes Chávez

Co-dirigido por:

Dr. Rubén Del Valle Cortés

Firmas

Dra. Prishila Danae Reyes Chávez
Presidente

Med. Esp. Rubén Del Valle Cortés
Secretario

MCE. Patricia Flores Bautista
Vocal

Dr. Omar Rangel Villicaña
Suplente

Med. Esp. Karla Gabriela Romero Zamora
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario. Febrero 2025.
México

Resumen

Introducción: Durante la pandemia de COVID-19, las personas que cursaron con la enfermedad desarrollaron problemas de salud mental, entre ellos el trastorno de estrés postraumático. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en pacientes post COVID-19 en el primer nivel de atención. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, realizado en derechohabientes de la UMF No 16, OOAD Querétaro, con diagnóstico previo de Covid-19 corroborado con prueba positiva, la muestra se calculó con la fórmula para población infinita, obteniendo una n= 178, sin embargo, se consideraron a 268 participantes, obtenidos por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron hombres y mujeres a partir de los 18 años, sin antecedente de trastorno mental, que supieran leer y escribir, y que firmaron la carta de consentimiento informado, se excluyeron paciente con tratamiento a base de psicofármacos, y se eliminaron participantes que se retiraron del estudio. Se estudiaron variables socio demográficas, tiempo de evolución de Covid-19 a partir del diagnóstico y la presencia de trastorno de estrés postraumático por medio del instrumento de "Detección de estrés postraumático", que es auto aplicable y consta de 24 ítems. Para el análisis se aplicó estadística descriptiva. La investigación se apegó a la reglamentación de ética vigente. **Resultados:** El estudio incluyó a 268 participante, la mediana de edad fue 55.5 años (RIQ 30.2 - 66.0), el 75% (39) fueron mujeres y la prevalencia de TEPT fue de 19.4% (52); para los pacientes que tuvieron COVID-19 en la primera ola epidémica fue de 29.7% (11), en la segunda 29.4% (20), en la tercera 12.8% (14), en la cuarta 17.9% (9) y en la quinta 0%. **Conclusiones:** La prevalencia global para TEPT fue del 19% en la población estudiada, cuya magnitud varía de acuerdo con las olas epidémicas.

Palabras clave:

Trastorno por estrés postraumático, COVID-19, prevalencia.

Summary

Background: During the COVID-19 pandemic, people with the disease developed mental health problems, including post-traumatic stress disorder. **Objective:** To determine the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in post-COVID-19 patients at the first level of care. **Material and methods:** Observational, cross-sectional, descriptive study, carried out on beneficiaries of the UMF No 16, OOAD Querétaro, with a previous diagnosis of Covid-19 corroborated with a positive test, the sample was calculated with the formula for infinite population, obtaining an n= 178, however 268 participants will be considered, obtained by non-probabilistic sampling for convenience. Men and women aged 18 years and older are included, with no history of mental disorder, who knew how to read and write, and who signed the informed consent letter. Patients with treatment based on psychotropic drugs will be excluded, and participants who will withdraw will be eliminated. of the study. Sociodemographic variables, time of evolution of Covid-19 from diagnosis and the presence of post-traumatic stress disorder were studied using the "Detection of post-traumatic stress" instrument, which is self-applicable and consists of 24 items. Descriptive statistics were applied for the analysis. The research adhered to current ethics regulations. **Results:** The study included 268 participants, the median age was 55.5 years (IQR 30.2 - 66.0), 75% (39) were women and the prevalence of PTSD was 19.4% (52); for patients who had COVID-19 in the first epidemic wave it was 29.7% (11), in the second 29.4% (20), in the third 12.8% (14), in the fourth 17.9% (9) and in the fifth 0%. **Conclusions:** The global prevalence for PTSD was 19% in the studied population, the magnitude of which varies according to the epidemic waves.

KEYWORDS

Post Traumatic Stress Disorder; COVID-19; prevalence.

Dedicatorias

Quiero dedicar esta tesis a mis padres, por su apoyo incondicional, por creer en mí y por darme la fuerza y el ánimo necesarios para seguir adelante en los momentos más difíciles. A mis hermanos, por su paciencia y comprensión, por entender mis ausencias y por estar siempre presentes cuando los necesité.

A mis amigos, por ser mi fuente de alegría y motivación, por animarme a seguir adelante cuando las dudas y el cansancio se apoderaban de mí, por brindarme su tiempo y su cariño en todo momento. A mis profesores, por su sabiduría, por sus enseñanzas y por guiarme en el camino del conocimiento, por incentivar me a superar mis límites y a alcanzar mis metas.

A todas las personas que de una u otra manera han contribuido a la realización de este trabajo, mi más sincero agradecimiento. Agradezco también a la institución educativa que me ha brindado la oportunidad de formarme académicamente y crecer como persona. Agradezco a mis compañeros de estudio, por compartir conmigo este trayecto, por ser mis cómplices en las risas y en las preocupaciones, por ser parte fundamental de esta etapa de mi vida.

Agradezco a todos aquellos que me han brindado su ayuda desinteresada, su apoyo moral y su aliento en los momentos de debilidad. Sin ustedes, este logro no hubiera sido posible. Gracias por creer en mí, por confiar en mis capacidades y por estar a mi lado en cada paso que he dado.

Finalmente, quiero dedicar este trabajo a todas aquellas personas que luchan cada día por alcanzar sus sueños, por no rendirse ante las adversidades y por seguir adelante aun cuando todo parezca oscuro. Que este trabajo sea un ejemplo de que, con esfuerzo, dedicación y perseverancia, se pueden lograr grandes cosas.

Agradecimientos

Le agradezco a la Dra. Patricia Flores Bautista, que desde la primera semana de haber entrado a la residencia me oriento y apoyo en mi desarrollo académico y personal, ha sido parte de este largo y arduo proceso de investigación y redacción de mi tesis.

Quiero agradecer a mi director de tesis, la Dra. Prishila Danae Reyes Chávez por su orientación, apoyo y paciencia durante todo este proceso. Sus consejos, correcciones y sugerencias han sido fundamentales para llevar a cabo esta investigación de manera rigurosa y efectiva. Gracias Dr. Rubén del Valle Cortes por su tiempo, su conocimiento y su compromiso con mi trabajo desde el primer día, siempre pendiente y brindándome su apoyo.

También quiero agradecer a mi familia, por su constante apoyo y comprensión a lo largo de todos estos años. Gracias por estar siempre presentes, por escucharme, por animarme y por celebrar cada pequeño logro en este camino. Su amor y apoyo incondicional han sido mi mayor motivación para seguir adelante en los momentos más difíciles.

Agradezco también a mis amigos de carrera, por su aliento, por sus palabras de ánimo y por compartir conmigo este largo y cansado camino hacia la culminación de mi tesis. Gracias por estar a mi lado en los momentos de estrés y por celebrar conmigo cada avance y cada logro alcanzado.

Agradezco a mis profesores, por su guía, sus enseñanzas y su dedicación a mi formación académica. Gracias Dr. José Juan García González por transmitirme su conocimiento, por desafiarme a superarme constantemente y por inspirarme a perseguir mis sueños y metas.

Quiero expresar mi gratitud a todas las personas que participaron en mi investigación, ya sea como colaboradores, informantes, voluntarios o sujetos de estudio. Su generosidad, disposición y compromiso fueron fundamentales para el desarrollo de esta tesis y para la obtención de resultados significativos y relevantes.

En resumen, quiero expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la culminación de esta tesis. Su apoyo, su colaboración y su presencia han sido fundamentales en este proceso y han enriquecido mi desarrollo académico y profesional de una manera invaluable. Gracias a todos por ser parte de este importante logro en mi vida.

Índice

Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Abreviaturas y siglas	IX
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica.	5
III. 1 Introducción	5
III.2 Antecedentes	6
III.3 Epidemiología	7
III.4 Trastorno Estrés Postraumático	11
III.5 Diagnóstico	¡Error! Marcador no definido.
III.6 Escalas de Medición de Complemento Diagnóstico	15
IV. Hipótesis	17
V. Objetivos	18
V.1Objetivo general	18
VI. Material y métodos	19
VI.1 Tipo de investigación	19
VI.2 Población	19
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	19
VI. 4 Criterios de selección	20
VI. 5 Variables estudiadas	20
VI.6 Técnicas e instrumentos	20
VI. 7 Procedimientos	21
VI.8 Análisis estadístico	21
VI. 9 Consideraciones éticas	22

VII. Resultados	23
IX. Discusión	26
X. Conclusiones:	30
XI. Propuestas	31
XII. Bibliografía	33
XIII. Anexos	40
XIII.1 Hoja de recolección de datos	40
XIII.2 Instrumentos	41
XIII.3 Carta de consentimiento informado.	43
XIII.4 Registro UAQ.	46
XIII.5 Registro SIRELCIS	47
XIII.6 Documento anti plagio.	48

Índice de cuadros

Cuadro	Contenido	Pagina
Cuadro VII.1	Características sociodemográficas y tiempo de evolución de TEPT	24
Cuadro VII.2	TEPT según olas epidémicas	25

Abreviaturas y siglas

TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático.
UMF	Unidad de Medicina Familiar.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
MERS	Síndrome respiratorio de Oriente Medio.
SARS	Síndrome respiratorio agudo grave.
PCR	Reacción de cadena polimerasa.
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales.
RIQ	Rango intercuartilar.

I. Introducción

La crisis sanitaria mundial por la pandemia de la COVID-19, implicó un aumento de morbilidad que ocasionó un caos emocional generando experiencias psicológicas traumáticas, aumentando la prevalencia del TEPT especialmente en el paciente que presentó la infección. (Fountoulakis et al., 2022; Santabárbara et al., 2021).

El TEPT es una enfermedad mental que se percibe y es causada por un evento atemorizante o traumático que pone a una persona en riesgo físico o de muerte (Becerra, 2022; Clemente et al., 2021) ha sido reportada en meses posteriores a momentos críticos y estresantes como epidemias, guerras, desastres naturales u otras emergencias públicas; esto también ha ocurrido a raíz del COVID-19 en el mundo (León et al., 2019; Ramírez et al., 2021; Torre et al., 2022).

Las pandemias que han sido relevantes por la cantidad de personas que se contagiaron y fallecieron han sido la peste bubónica, el cólera, el síndrome respiratorio del Medio Oriente, el Ébola y ahora COVID-19; esta última fue objeto de estigmatización por tratarse de un nuevo virus ya que se desconocían los mecanismos de propagación, tiempos de incubación, pronóstico, secuelas y opciones de tratamiento (Ramos, 2023; Calvo 2021).

No se ha investigado lo suficiente el impacto psicológico de brotes epidémicos anteriores en la población en general, ya que la mayoría de las investigaciones se han enfocado en los trabajadores sanitarios y los pacientes de primera línea. Sin embargo, se han relacionado numerosos factores estresantes con brotes de enfermedades y pandemias. Durante las etapas iniciales, esto incluye la incertidumbre de la enfermedad y la falta de claridad sobre el nivel de

riesgo, así como la preocupación por la salud y el aislamiento de uno mismo, su familia y seres queridos (Fountoulakis et al., 2022).

Como medidas de contención la Organización Mundial de la Salud recomendó el aislamiento, el distanciamiento social y el cierre de instituciones educativas, centros de trabajo y lugares de entretenimiento que obligaron a las personas a permanecer en sus hogares para interrumpir la cadena de transmisión; estas medidas restrictivas afectaron la salud social y mental de personas de todos los ámbitos (Liu et al., 2020; Pérez et al., 2020) También, la pandemia COVID-19 afectó el manejo múltiples enfermedades, incluidos los problemas de salud mental que se exacerbaron repercutiendo en la salud colectiva (Llamocuro et al., 2021).

Una revisión publicada en The Lancet indicó que la separación de los seres queridos, la pérdida de libertad, el aburrimiento y la incertidumbre pueden conducir al deterioro de la salud mental de una persona (Javed et al., 2020). Estos cambios en el estilo de vida pueden comprometer su salud en sus dominios biopsicosociales (Calvo et al., 2021; Fountoulakis et al., 2022)

Se planteó la hipótesis de que la prevalencia de TEPT se incrementó en las primeras olas epidémicas de la infección por COVID-19 y que dicha prevalencia disminuyó conforme se modificó el comportamiento epidémico de la enfermedad y su impacto en la sociedad.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del TEPT en pacientes que padecieron COVID-19. Aunque hay estudios que analizan la prevalencia de TEPT en trabajadores de la salud, estudiantes y población en general, no se ha determinado la prevalencia en aquellos pacientes que sufrieron COVID-19 (Becerra, 2022).

II. Antecedentes

La gravedad del resultado de la enfermedad por COVID-19, su transmisibilidad y la presencia de fatiga pública debido a advertencias de pandemia prolongada son fuentes de variabilidad en la respuesta psicológica del público por lo que estrés postraumático, depresión y conductas de evitación durante el brote de SARS-CoV-2 podrían incrementarse. Un metaanálisis sobre prevalencia de ansiedad durante la pandemia Covid-19, donde se revisaron 43 estudios publicados entre diciembre 2019 y agosto 2020 se encontró una prevalencia de ansiedad del 25%. Dado que se estima que la prevalencia general de los trastornos de ansiedad en todo el mundo es normalmente de alrededor del 7,3 % estos nuevos estudios que las tasas de ansiedad y otras enfermedades de salud mental en la población general podría ser más de 3 veces mayor durante el brote de COVID-19 (Fountoulakis et al., 2022).

En el marco situacional desde que comenzó la pandemia, la rápida propagación y el número de muertes que dejó y siguen por el COVID-19, la imposición del confinamiento domiciliario por períodos indefinidos y las crecientes pérdidas financieras pudieron transmitir un mayor riesgo de enfermedades psiquiátricas en todos los estratos de la sociedad (Pfefferbaum y Norte, 2020). De hecho, se han publicado varias revisiones sistemáticas y metaanálisis que revelan un aumento del estrés, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la ansiedad y la depresión en el personal de la salud (Chew et al., 2020)

Un metaanálisis sobre prevalencia de TEPT en diferentes segmentos de la población según el modelo de exposición de la población con tasas más altas de TEPT durante COVID-19 en una revisión integral de 63 estudios con 124,952 participantes en Asia, América y Europa donde se encontraron tasas de prevalencia sustanciales entre grupos de pacientes/sobrevivientes de COVID-19,

profesionales de la salud y la población en general, cuya estimación global combinada de la prevalencia del trastorno de estrés postraumático fue del 17,52 % (Yunitri et al., 2022).

Un estudio en Italia sobre los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT se encontró que 1 de cada 5 participantes (20%) presento TEPT, lo que indica que están experimentaron el brote de COVID-19 como un trauma psicológico, además de porcentajes altos de participantes informaron ansiedad y síntomas depresivos clínicamente relevantes (69% y 31%, respectivamente) (Castelli 2020).

En un estudio realizado en Chritus, Chile se llevó a cabo un análisis comparativo de la escala de estrés postraumático en dos grupos: aquellos sin antecedente de Covid-19 y aquellos con antecedente de Covid-19. Los resultados mostraron que la Depresión, Ansiedad y TEPT eran más frecuentes en los pacientes con antecedente de Covid-19, con un 17.4%, en comparación con aquellos que no habían padecido la enfermedad. (Moya,2023).

III. Fundamentación teórica.

III. 1 Introducción

El 30 de diciembre del 2019, hubo un incremento de casos de neumonía de etiología desconocida fue reportado en Wuhan, China. El 30 de enero del 2020, la organización mundial de la salud declaró la emergencia de un novedoso coronavirus de relevancia internacional (Liu et al., 2020).

En consecuencia, el impacto potencial del brote ha tenido repercusiones colaterales en distintos aspectos, las repercusiones psicológicas no son la excepción. El amplio margen de contagio de la infección a nivel orgánico, se traspola a un esparcimiento de respuestas psicológicas ampliadas, como el miedo, ansiedad y una amplia variedad de problemas psicológicos, estigmatizando al paciente con la enfermedad y sus relaciones, incluyendo a todos los segmentos de la población, desde trabajadores de la salud, hasta residentes en zonas de mayor contagio (Liu et al., 2020).

Las medidas de distanciamiento social, aislamiento y cierre de varios espacios han contribuido a frenar la propagación del virus, pero también han impactado negativamente en la socialización y el bienestar mental de las personas (Pedreira, 2020).

Derivado de todo el impacto en las distintas áreas de la salud, se han generado una amplia variedad de estudios a nivel mundial con relación al área de la salud mental, y han destacado una amplia variedad de síntomas, entre los que encontramos: depresión, ansiedad, angustia, estrés, trastornos del sueño, desafortunadamente, en América Latina es limitada la cantidad de estos estudios y tan solo en algunos países como Brasil, Chile, Ecuador y Perú han publicado estudios (Salazar et al., 2020).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un problema de salud mental que puede ser pasado por alto, diagnosticado incorrectamente o mal manejado. Este trastorno se desarrolla en personas que han experimentado o presenciado algún evento traumático, como un desastre natural u otras situaciones impactantes. Los síntomas del TEPT incluyen recuerdos intrusivos, evitación de situaciones relacionadas con el trauma, cambios negativos en el estado de ánimo y la cognición, e hiperactivación. Estos síntomas deben persistir por más de un mes después del evento traumático, pero pueden aparecer más tarde y durar meses o incluso años. El TEPT puede afectar significativamente la vida cotidiana y social de la persona afectada, y su curso puede ser variable. (Huillca, 2021).

En la actualidad, se han documentado una variedad de complicaciones en los diferentes sistemas orgánicos como consecuencia de un cuadro previo por covid-19 (Wong, 2021).

Es importante hacer adecuados diagnósticos diferenciales, sobre todo en relación a la salud mental, ya que se encuentran descritas secuelas neuropsiquiátricas como fatiga, disautonomía, disfunción neuromuscular, depresión, ansiedad, insomnio, estrés postraumático, entre otros trastornos (Wong, 2021).

III.2 Antecedentes

El trauma y los trastornos relacionados con factores de estrés se encuentran relacionados a la exposición de un evento traumático o estresante aparente, de manera explícita, como criterio diagnóstico. La importancia de hacer un buen diagnóstico radica en la estrecha relación secundaria con otros diagnósticos o trastornos con los que puede existir confusión diagnóstico-terapéutica, como los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivos

compulsivos y trastornos disociativos, ya que el malestar psicológico posterior a la exposición a un evento traumático puede ser variable (Campos, 2016).

Como punto de partida e iniciado en consecuencia de los conflictos bélicos, el TEPT ha evolucionado a lo largo de los años, con actualizaciones constantes en su conceptualización, e incluyendo en la modernidad, hasta situaciones traumáticas recientes: maltrato infantil, agresiones sexuales, incendios, accidentes de tráfico, desastres naturales, atentados terroristas y torturas, como génesis de este trastorno (González,2018).

China es el país que más ha publicado estudios nacionales sobre la salud mental de la población general durante la pandemia de Covid-19. También se publicaron algunos estudios, con métodos diferentes, de Europa, América del Norte, Asia, Australia y los países árabes(Liu et al., 2020).

Estudios realizados en egipcios, reportan que hasta el 72% de los sobrevivientes de covid-19, experimentaron síntomas de TEPT de moderado a grave. A todos estos pacientes sobrevivientes de Covid-19, tenían mayor probabilidad de tener síntomas de hiperactivación intensificados (OR: 2.7, $p < 0,001$, IC 95%: 1,7 a 4,4). Se observó en el estudio, que los síntomas de hiperactividad fueron los de mayor presentación por parte de los sujetos (Abdelghani et al., 2021).

III.3 Epidemiología

El brote del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), el cual, es el agente viral causante de la enfermedad de coronavirus 2019 (Covid-19), y ha producido un gran número de muertes por neumonía en Wuhan, China, rápidamente se diseminó a otros países, modificando la presencia de los trastornos mentales,

resultado de los cambios forzados en el estilo de interacción social previo, en una escala mundial(Liu et al., 2020).

Previo a la pandemia por covid-19, los índices de prevalencia en los países desarrollados varían de un 5 a un 15 % dependiendo del grado de exposición a los eventos traumáticos, tan solo en los Estados Unidos de América, la prevalencia anual del TEPT en la población general alcanzaba previamente cifras de hasta un 7.8% (Morland et al., 2018).

El 30 de enero del 2020, la organización mundial de la salud declaró la emergencia, y en el impacto en américa latina no fue independiente de las repercusiones en relación con la salud, entre otras consecuencias resonantes, y para junio del 2020 se habían reportado decesos superiores a los 4 millones de muertes provocadas por el virus (Palomera et al., 2021).

La pandemia de coronavirus ha sido la crisis de salud pública que el mundo ha enfrentado en más de un siglo. Para diagnosticar los niveles de este último asociados a la pandemia COVID-19, se realizó una muestra no probabilística de estudiantes y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil (Ecuador) y profesionales de la salud, aplicando la Escala de Estrés Postraumático, adaptada y validada al contexto de COVID-19, se aceptó un total de 860 encuestas con predominancia del sexo femenino donde el 13% de los encuestados mostro síntomas de TEPT. En el análisis multivariado se determinó que el género (-2,399), tener un familiar con enfermedades crónicas (-1,61), familiar diagnosticado con COVID-19 (1,764) y familiares fallecidos con COVID-19 (-2,3) es una variable que afecta significativamente los niveles de estrés percibido (Palomera et al., 2021).

El trastorno de estrés postraumático se encuentra como un padecimiento presente, e incrementado, en consecuencia, del impacto socioeconómico y cultural derivado de cambios radicales en los estilos de vida (Yuan et al., 2021).

Revisiones sistemáticas recientes llevadas a cabo después de distintos escenarios pandémicos incluyendo SARS, H1N1, poliomielitis, ébola, Covid-19 entre otros, estiman una prevalencia combinada de TEPT posterior a un escenario pandémico de un 23 %, lo cual fue mucho mayor que el encontrado en otros desastres naturales traumáticos. Los resultados encontrados en este estudio indican que es común la presencia de este trastorno en individuos que experimentan una infección durante en escenario de brote pandémico (Yuan et al., 2021).

Un estudio con 2091 participantes encontró que el 4,6 % reportó síntomas de TEPT, siendo el porcentaje entre el personal de salud del 4,4 %. Los factores de riesgo identificados incluyen ser mujer, tener antecedentes de exposición en Wuhan, pertenecer a grupos de alto riesgo de infección y tener baja calidad de sueño. Estos resultados coinciden con investigaciones previas sobre el impacto psicológico del SARS, que indicaron que los residentes en áreas con altas tasas de prevalencia de la enfermedad eran más propensos a desarrollar TEPT. (Zhou et al., 2020).

A finales de enero de 2020, se realizó un estudio en China que encuestó a un total de 52,730 personas. El 35% de los participantes informó haber experimentado una reacción al estrés. Se encontró que las variables más relacionadas con niveles más altos de estrés eran el género femenino y pertenecer a los grupos de edad de 18 a 30 años y mayores de 60 años. Se sugirió que las puntuaciones más altas entre el grupo de adultos jóvenes podrían deberse a la gran cantidad de información que obtienen de las redes sociales, lo cual podría desencadenar fácilmente el estrés. (Angulo, 2020).

El confinamiento se convirtió, en una de las principales intervenciones para evitar la propagación del coronavirus, dada la forma de transmisión, no obstante, las medidas ejecutadas en respuesta a este evento de impacto masivo han probado tener efectos negativos en la salud mental, influyendo absolutamente en la forma de relacionarse y derivando en síntomas psicológicos y/o psiquiátricos (Yuan et al., 2021).

Estudios realizados en Estambul, a pacientes recuperados de infección aguda de COVID 19 tratados en hospital y ambulatoriamente, se encontró una prevalencia del 25% con diagnóstico de TEPT clínicamente significativo en su estudio (Poyraz et al., 2021).

En un estudio realizado en población coreana, se encontró una prevalencia de hasta un 42,9% con diagnóstico de TEPT en supervivientes, y un 27,0% con depresión a los 12 meses posteriores a un evento de MERS (Park et al., 2020).

Reportes en Costa Rica, reportan hallazgos los cuales evidencian un mayor reporte de emociones negativas prevaleciendo la tristeza y el estrés, circunscritas al escenario pandémico. También reporta hasta un 76% de los involucrados en el estudio, presentaron síntomas compatibles de TEPT, comparado con el año 2003, en el que la epidemia de SARS informó una muestra nacional del 11,7 % en Taiwán, también se mostró que los pacientes que presentaban niveles más altos de emociones negativas fueron las mujeres con edades entre los 26 a 40 años, coincidiendo con otros datos a nivel mundial (Salazar et al., 2020).

En México, el 5.2% de la población llega a padecer este trastorno alguna vez en la vida, de los cuales el 3.3% corresponde a las mujeres y el 1.9 % a los hombres (González, 2018).

Un estudio en población mexicana encontró asociaciones entre afrontamiento fisiológico y síntomas de TEPT, con un 42% de varianza relacionada a síntomas de TEPT intrusivas, 40% de varianza a pensamientos negativos, 31 % de varianza por síntomas de hiperactivación y 29% de varianza para síntomas de evitación de TEPT. Otros estudios estiman cifras de prevalencia en situaciones de desastre que oscilan entre el 10 al 15% de la población expuesta, desarrollando un TEPT hasta un mes posterior al evento (Alvarez et al., 2018).

El estudio, concluye que es posible que exista a futuro en la población mexicana, evolución de rasgos de TEPT en las comunidades expuestas a la pandemia, teniendo como resultado, trauma comunitario (Alvarez et al., 2018).

Existen grupos más afectados de la población, especialmente susceptibles e importantes para el desarrollo de este trastorno como los profesionales en salud de primera línea, a cargo del tratamiento de los pacientes con enfermedad por coronavirus; y un grupo secundario a menudo no tomado muy en cuenta: los médicos en formación, teniendo este último una prevalencia mundial de 44%, cuyo caso, es meritorio de un capítulo aparte dentro de los grupos de mayor afectación, recordando que también tuvieron múltiples intervenciones, al ser los agentes intermediarios entre la atención otorgada, y la población, y la de sus propios familiares, que fueron susceptibles a la infección, o incluso, ellos mismos como pacientes (Villegas et al., 2021).

III.4 Trastorno Estrés Postraumático

De acuerdo con el centro nacional para el Trastorno de Estrés Postraumático; consiste en un padecimiento que algunas personas desarrollan después de experimentar o al presenciar eventos potencialmente mortales, y no es exclusivo de combates, accidentes o agresiones físicas o sexuales, sino que

también surge como resultado de la experiencia de desastres naturales o eventos significativos que suponen una amenaza para la persona, ya sea física o emocional, y que atenta contra su seguridad o la de un ser querido (Huillca, 2021).

Su importancia radica en que es caracterizado por pensamientos intrusivos, pesadillas y recuerdos de eventos traumáticos pasados, evitación de recuerdos del trauma, alteraciones cognitivas negativas y del estado de ánimo e hipervigilancia con alteraciones del sueño, lo que conduce a una disfunción social, ocupacional e interpersonal considerable (Morland et al., 2018).

Los acontecimientos traumáticos que pueden dar origen a un TEPT son de origen multifactorial, ya que no es suficiente el encontrarse expuesto al evento. Pueden existir acontecimientos relevantes transmitidos al individuo, generando el trastorno, teniendo como ejemplo actos terroristas, accidentes o heridas graves vividos por un familiar o amigo cercano, como el experimentado en pacientes hospitalizados o con infecciones graves de alta mortalidad (González,2018).

El TEPT no surge exclusivamente de la exposición al trauma, sino de la respuesta individual. Es la reacción del mismo individuo la que tiende a ser el principal determinante para que el hecho sea considerado traumático. Existen factores de riesgo y de resiliencia que se combinan, aunados a una vulnerabilidad variable biológica preexistente (González,2018).

III.5 Diagnóstico

Existen criterios establecidos en el DSM-V para niños, adolescentes y adultos mayores a los 6 años que son indispensables para establecer el diagnóstico, apoyado de instrumentos y una evaluación por un profesional de la salud mental.

Entre los mismo se enuncian los siguientes:

A) Exposición a la muerte, lesión grave, violencia sexual, ya sean reales o amenazas en una de las siguientes formas:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Observar el suceso ocurrido a otra persona de manera directa.
3. Saber que un evento traumático sucedió a un ser querido cercano o a un amigo íntimo, ya sea por amenaza o por la realidad de la muerte, en circunstancias violentas o accidentales.

No aplica la exposición por medios electrónicos, televisión, películas fotográficas, a menos que la exposición se encuentre relacionada con el trabajo. (American Psychiatric Association, 2013).

B) Uno o más síntomas intrusivos asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos de angustia recurrentes, intrusivos o involuntarios del suceso que ocasionó el trauma.
2. Sueños angustiosos que recurren afectando el sueño con un contenido relacionado con el suceso traumático.
3. Reacciones disociativas en las que el individuo actúa como si se repitiera el evento traumático (pueden producirse de manera continua con una pérdida del estado de conciencia en la forma extrema).
4. Malestar psicológico de larga duración o intensidad a la exposición simbólica interna o externa parecida al efecto traumático.
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos parecidos en algún aspecto al suceso traumático. (American Psychiatric Association, 2013).

C) Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienzan tras el suceso traumático:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). (American Psychiatric Association, 2013).

D) Alteraciones negativas cognitivas y del estado de **ánimo** asociadas al suceso(s) traumático(s), comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (amnesia disociativa excluyendo a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás, o el mundo.

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos). (American Psychiatric Association, 2013).

E) Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

- La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia como medicamentos u alcohol o a otra afección médica.

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos). (American Psychiatric Association, 2013).

III.6 Escalas de Medición de Complemento Diagnóstico

En 2013, la American Psychiatric Association (APA) revisó los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), incluyendo una nueva clasificación. Actualmente, hay varias escalas de autoevaluación disponibles para identificar síntomas específicos relacionados con el TEPT. Estas escalas se basan en

resumir los síntomas descritos en el DSM-IV y su última versión, el DSM-V. (American Psychiatric Association, 2013).

En Colombia, se desarrolló una encuesta autoaplicada que involucró 5 dominios descritos en el DSM-IV-TR, compuesto de 24 ítems. La confiabilidad interna de la escala obtuvo un Cronbach's Alpha de .97. Resulta en un recurso importante al momento de apoyar al clínico en la toma de decisiones (Pineda et al., 2002).

En el 2019, fue validada la escala en población mexicana, manteniendo todas las propiedades incluidas en el DSM-V. La escala puede ser utilizada por los profesionales de la salud mental para evaluar los niveles de síntomas relacionados con el TEPT, y para medir la evolución de pacientes que van a psiquiatría (Chávez et al., 2020).

Resulta esencial explicar de manera particular los síntomas, los fenómenos sociales, las singularidades de personalidad, distorsiones de identidad, ansiedad social, miedos específicos o colectivos, etc. (Chávez et al., 2020).

IV. Hipótesis

Hi: La prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes postCovid-19 en la UMF 16 IMSS Querétaro es elevada.

Ho: La prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes postCovid-19 en la UMF 16 IMSS Querétaro es menor o igual al 13%.

Ha: La prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes postCovid-19 en la UMF 16 IMSS Querétaro mayor al 13%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes postCovid-19 en la UMF 16 IMSS Querétaro.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Observacional, transversal, descriptivo

VI.2 Población

Pacientes que cursaron con Covid-19 adscritos las UMF 16 IMSS Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

El tamaño de muestra se calculó mediante la fórmula de porcentajes para población infinita, con un nivel de confianza de 95%

$$n = \frac{(Z \text{ alfa})^2 (p)(q)}{d^2}$$

Donde:

Zeta-alfa= 1.96

p= .13

q= 1-p = 1 - 0.05 = .95

d = .05

$$n = \frac{3.84(.13)(0.95)}{(.05)^2}$$

Quedando así:

$$n = \frac{0.47424}{00025}$$

Dando un total de:

$$n = 178$$

La muestra se redondeó a 268 participantes, considerados el tamaño mínimo requerido para estudios descriptivos.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

VI. 4 Criterios de selección

Se incluyeron hombres y mujeres a partir de los 18 años, con prueba positiva de Covid-19 de antígeno o PCR, sin antecedentes de trastorno mental previo, que supieran leer y escribir, que firmaron la carta de consentimiento informado, se excluyeron a los pacientes que se encontraban en tratamiento con psicofármacos, se eliminaron participantes que voluntariamente decidieron retirarse del estudio.

VI. 5 Variables estudiadas

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron: edad, sexo, escolaridad, estado civil; y las variables clínicas: tiempo de evolución de Covid-19 a partir del diagnóstico, además de trastorno de estrés postraumático.

VI.6 Técnicas e instrumentos

Se utilizó una hoja de recolección de datos foliada para su adecuada identificación, que contenía un cuestionario de variables sociodemográficas para conocer las características generales de la población de estudio.

Para determinar el riesgo de padecer TEPT se aplicó el instrumento de detección de estrés postraumático, que es auto aplicable y consta de 24 ítems, con opción

de respuesta por medio de escala tipo Likert, donde 1 corresponde a totalmente desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo. Esta escala ha sido validada al español con un alfa de Cronbach de 0.97, sensibilidad de 81.6% y especificidad del 84.4% Las puntuaciones de la escala global oscilan de 24 a 96 puntos; con un punto de corte para sospecha de TEPT con 51 puntos (Chávez et al., 2020).

VI. 7 Procedimientos

Posterior a la autorización por el Comité local de Investigación en Salud número de registro R-2022-2201-077, se solicitó autorización a la dirección de la UMF No.16, una vez obtenido se acudió a sala de espera de la consulta externa en ambos turnos, por encuesta directa se identificaron a los participantes que cumpliera con los criterios de inclusión, en caso de responder que habían padecido Covid-19, se corroboró en la base de datos institucional que contaran con prueba confirmatoria, ya sea por PCR o prueba rápida, al confirmar el dato se explicó ampliamente el objetivo del estudio y se resolvieron todas las dudas, una vez obtenido en consentimiento verbal se procedió a firmar la carta de consentimiento informado, posteriormente se recabaron las variables sociodemográficas y se le entregó al participante la escala auto aplicable de TEPT, en todo momento el investigador estuvo pendiente para resolver dudas, al término se le dio un resultado preliminar y en caso de requerir apoyo se envió a su Médico Familiar para dar seguimiento.

VI.8 Análisis estadístico

Los datos recabados se organizaron en una base de datos para su posterior análisis en el programa "IBM SPSS estadístico versión 26". El análisis estadístico para variables cuantitativas incluyó medianas y rangos intercuartilares (RIQ), para las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes.

VI. 9 Consideraciones éticas

El presente estudio fue sometido a evaluación y aprobación por un comité de ética e investigación local en salud.

En la investigación se tomaron en cuenta las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki, en la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluida la investigación de material humano y de información.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, según el artículo 17, la investigación se clasifico como de “riesgo mínimo”. De acuerdo con el informe Belmont se consideraron tres principios éticos básicos: respeto a las personas, beneficencia y justicia. Se informó a los participantes cuál es el tema de la investigación, así como el propósito del estudio y sus implicaciones, además se detalló el procedimiento, mencionando que la participación fue voluntaria y que no tuvo costo alguno ni incentivo de otra índole. Asimismo, se utilizó el consentimiento informado. Se garantizó la dignidad y bienestar a los pacientes sometidos a investigación, en todo momento se trató al personal de salud con respeto.

VII. Resultados

Se estudiaron un total de 268 participantes, de los cuales el 19.4% (52) correspondieron a pacientes con sospecha de TEPT, quienes tuvieron una mediana de edad de 55.50 años (RIQ 30.25-66), el sexo que predominó fue el femenino en un 75% (39), en relación a la escolaridad preparatoria y licenciatura corresponde al 26.9% (14) respectivamente correspondió a preparatoria y licenciatura y estado civil casado en un 42.3% (22); el tiempo de evolución a partir del diagnóstico de Covid-19 al momento del estudio fue de 17 meses (RIQ 9.0-21.0). Cuadro VII.1

En relación a la frecuencia de TEPT por olas epidémicas, se observó que, del total de 52 participantes, el 29.7 % (11) correspondió a la primera ola, el 29.4 (20) siendo las más representativas por la alta incidencia Cuadro VII.2

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas y tiempo de evolución de TEPT

n= 268

	Con sospecha TEPT		Sin sospecha TEPT	
	n= 52		n=216	
	m_e	RIQ	m_e	RIQ
Edad (años)	55.5	30.2- 66.0	50.5	32.0- 67.0
	F	%	F	%
Sexo				
Femenino	39	75.0	147	68.1
Masculino	13	25.0	69	31.9
Escolaridad				
Sin escolaridad	3	5.8	17	7.9
Primaria	13	25.0	56	25.9
Secundaria	8	15.4	43	19.9
Preparatoria	14	26.9	60	27.8
Licenciatura	14	26.9	40	18.5
Estado civil				
Casado	22	42.3	116	53.7
Soltero	13	25.0	45	20.8
Viudo	8	15.4	24	11.1
Divorciado	5	9.6	12	5.6
Unión libre	4	7.7	19	8.8
	m_e	RIQ	m_e	RIQ
Tiempo de Evolución Post-Covid-19 (meses)	17.0	9.0-21.0	10.0	9.0-17.0

Fuente: Pacientes con diagnóstico de Covid-19 adscritos a la UMF 16, Querétaro, Querétaro.

Cuadro VII.2 TEPT según olas epidémicas

n= 268

	Con TEPT		Sin TEPT	
	F	%	F	%
Primera ola	11	29.7	26	70.3
Segunda ola	20	29.4	48	70.6
Tercera ola	14	12.8	95	82.2
Cuarta ola	7	14.9	40	85.1
Quinta ola	0	0	7	100
Total	52	19.4	216	80.5

Fuente: Pacientes con diagnóstico de Covid-19 adscritos a la UMF 16, Querétaro, Querétaro.

Primera ola 16 febrero al 26 septiembre 2020
 Segunda ola 27septiembre 2020 al 17abril 2021
 Tercera ola 06 junio al 23 octubre 2021
 Cuarta ola 19 diciembre 2021 al 05 marzo 2022
 Quinta ola 29 mayo al 20 agosto 2022

IX. Discusión

La prevalencia de TEPT en este estudio fue 19.4%; coincide con la investigación realizada en Italia para detección de trastornos mentales, entre ellos el TEPT con un 20%(Castelli et al., 2020). En nuestro estudio la prevalencia de TEPT durante la primera ola epidémica fue 29.5%, que coinciden con una encuesta realizada en Malatya, Turquía en 447 adolescentes durante el mismo periodo de tiempo en donde la prevalecía fue de 28.5%; otro estudio llevado a cabo en Italia con 1321 pacientes adultos encontró una prevalencia de 20% durante la primera ola, sin embargo, ninguno de los dos estudios incluyó pacientes que habían padecido COVID-19 (Selçuk et al., 2021).

En Ecuador, una encuesta realizada a población adulta, incluyendo 860 participantes en la segunda ola epidémica mediante la encuesta de estrés percibido (EEP-10) encontró que el 13% de las personas presentaban estrés(Yáñez et al., 2021).

Encuestas aplicadas en España con 2070 individuos en la primera ola epidémica, documentó que el 19.7% de los individuos manifestaban trastorno de estrés postraumático, siendo más prevalente en mujeres con un 22.8% y en hombres 16.9%, mientras que en nuestro estudio la prevalencia en mujeres fue de 20.9% y 15.8% respectivamente (Valiente, 2020).

Otro estudio llevado a cabo en Murcia, España con 179 pacientes durante la primera ola epidémica encontró una prevalencia más alta de 41.3% en comparación con 29.7% de nuestro estudio, sin embargo, la población fue más joven teniendo como promedio 40.8 años en comparación con la población de nuestro estudio que fue de 52 años (Sánchez Hernández et al., 2022).

Una investigación llevada a cabo en Aguascalientes, México con 200 trabajadores de la salud que padecieron COVID -19, encontró una prevalencia de 18%, edad promedio de 36.9 años, el 77% de quienes padecieron TEPT fueron mujeres, en relación a la escolaridad licenciatura del 50%, en nuestro fue del 26.9% ya que nuestro estudio fue en derechohabientes y no en personal de la salud (Lamas, 2021).

En Perú, se reportó un estudio de casos y controles en pacientes egresados de la terapia intensiva del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el 2021, donde los casos fueron pacientes que requirieron oxigenoterapia por COVID-19 y los controles aquellos que recibieron oxigenoterapia por diagnósticos diferentes a COVID-19, en el grupo de casos, el porcentaje de pacientes con TEPT fue del 75%, mientras que en el caso de los controles fue del 25%. En comparación con nuestros resultados, la prevalencia del TEPT fue 3.8 veces más alto, sin embargo, los pacientes de nuestro estudio fueron pacientes tratados en forma ambulatoria (Llerena, 2022).

El tiempo desde el diagnóstico de COVID-19 hasta la aplicación del instrumento para identificar TEPT tuvo una mediana de tiempo de 11 meses (P_{25} 9 P_{75} 17); esta cifra es muy cercana a la reportada por el estudio realizado en Ecuador por Velasco Romel que fue de 8 meses. En nuestro estudio observamos como la prevalencia de TEPT fue disminuyendo a partir de la segunda ola epidémica; se puede inferir que con el paso del tiempo, los niveles de: miedo, dolor, tensión y desesperación de las personas que sufrieron COVID-19 disminuyen debido a factores como la implementación de medidas de prevención de enfermedades infecciosas como vacunas, la estructuración del sistema de salud con unidades de atención médica específica, educación en salud e información oportuna (Yáñez et al., 2021), en nuestro estudio observamos claramente como la prevalencia de TEPT disminuye.

El inicio de la pandemia se caracterizó por un periodo de desinformación e incertidumbre de la enfermedad, lo que llevo al confinamiento de la población en general; existieron individuos que manifestaron síntomas psicológicos como frustración, aburrimiento, ansiedad, ira, estrés, agobio y miedo a contagiarse: quienes se infectaron en este periodo fueron más susceptibles a desarrollar patología psiquiátrica como: depresión, trastornos de ansiedad y TEPT(Medina, 2020), esto ha sido confirmado con los resultados de nuestro estudio.

En el estudio realizado en Ecuador por Velasco, entraron que la prevalencia de TEPT en población general fue 2.3 veces más alto en mujeres que en hombres;(Yáñez et al., 2021) en nuestro estudio la prevalencia de TEPT en pacientes que ha habían sufrido COVID-19 fue 3 veces mayor en mujeres que en hombres y estos coincide con estudios reportados en España 3.5 veces (Ozamiz et al., 2020), Italia reportan que los niveles de estrés percibido son 17% más altos en mujeres que en hombres (Fronso et al., 2022) y China(Wang et al., 2020).

Un metaanálisis de 64 estudios, de 24 países diferentes y con la participación de 124.952, encontró que la prevalencia de TEPT en población general es de 15,4%; los resultados pueden ser diferentes debido a: 1) el contexto de cada país, 2) la metodología, 3) en periodo de tiempo en que se llevaron a cabo los estudios y 4) los instrumentos de medición; sin embargo, la diferencia es de 4 puntos porcentuales al inicio de la pandemia (Yunitri et al., 2022).

Los pacientes que han sufrido COVID-19 requieren un tratamiento multidisciplinario en atención primaria debido a las secuelas físicas y emocionales a mediano y largo; por tanto, es necesario implementar planes de tratamiento en los centros de atención primaria, que incluyan el tratamiento de las secuelas físicas y emocionales, así como la reincorporación de los pacientes a la sociedad. (Morales et al., 2022; Selçuk et al., 2021), así como fortalecer durante la formación universitaria del personal de salud para actuar ante una pandemia y sus secuelas,

además de fortalecer las habilidades que les permitan hacer investigación durante periodo de contingencia como lo fue la pandemia Covid-19 (Giovanella et al., 2020; Yunitri et al., 2022).

X. Conclusiones:

La prevalencia global para TEPT fue del 19% en la población estudiada, similar a la reportada en otros estudios y cuya magnitud varía de acuerdo con las olas epidémicas, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

XI. Propuestas

Tomando en consideración el perfil del Médico Familiar se propone:

En el ámbito asistencial: dentro de la consulta al estar interrogando y realizar tamizaje podremos realizar intervención en crisis, así como la derivación a servicios como psicología, psiquiatría, trabajo social y demás que se requieran, además de la atención del individuo en su esfera biopsicosocial y su entorno familiar.

En relación al proceso educativo: capacitar al personal de salud sobre el tamizaje de TEPT y así permitir tratar a tiempo y referir en caso necesario, brindar temas de orientación en sala de espera sobre los síntomas y signos de TEPT para que los propios pacientes o familiares pueden comentarlo con su médico familiar para detección de TEPT.

A nivel administrativo: Propuesta administrativa para pacientes con estrés postraumático: Propongo implementar un programa de atención integral para pacientes con estrés postraumático en nuestra consulta de medicina familiar, que incluya evaluación psicológica, tratamiento farmacológico, terapia de apoyo, técnicas de relajación, horario extendido, coordinación con otros especialistas y seguimiento continuo. Con estas medidas, esperamos ofrecer a nuestros pacientes una atención completa y de calidad para superar el estrés postraumático. A través de:

1. Crear un programa de atención integral: Propongo implementar un programa de atención integral para pacientes con estrés postraumático en nuestra consulta de medicina familiar. Este programa incluirá evaluación psicológica, tratamiento farmacológico si es necesario, terapia de apoyo individual y grupal, así como técnicas de relajación y manejo del estrés.

2. Coordinación con otros especialistas: Es importante reconocer que el tratamiento del estrés postraumático puede requerir la colaboración de otros especialistas como psicólogos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales. Por lo tanto, propongo establecer un sistema de coordinación con estos profesionales para garantizar una atención multidisciplinaria y personalizada para cada paciente.

3. Evaluación y seguimiento continuo: Para garantizar la efectividad de nuestro programa de atención para el estrés postraumático, propongo realizar evaluaciones periódicas de los pacientes y establecer un seguimiento continuo de su progreso. Esto nos permitirá ajustar el tratamiento según sea necesario y asegurar que los pacientes estén recibiendo la atención adecuada.

En materia de investigación: se propone continuar con una línea de investigación por medio de un estudio de cohorte y dar seguimiento a la evolución de TEP después de las intervenciones realizadas.

XII. Bibliografía

- Abdelghani, M., Hassan, M. S., Alsadik, M. E., Abdelmoaty, A. A., Said, A., & Atwa, S. A. (2021). Post-traumatic stress symptoms among an Egyptian sample of post-remission COVID-19 survivors: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. *Middle East Current Psychiatry*, 28, 1-8.
- American Psychiatric Association - APA. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Alvarez-Monjarás, M., & Bucay-Harari, L. (2018). Modelo de tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental para adultos en casos de desastre. *salud pública de México*, 60, 23-30.
- Angulo, R. (2020). Vulnerabilidad social y vulnerabilidad psicológica: El gran desafío de la salud mental en Latinoamérica ante el Covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(2), 10-15.
- Becerra-Canales, B., & Campos-Martínez, H. (2022). Estrés postraumático y calidad de vida de pacientes post-COVID-19 en atención primaria artículo. *Atención*. <https://europepmc.org/article/med/36116355>
- Calvo, C., Tagarro, A., Méndez Echevarría, A., Fernández Colomer, B., Albañil Ballesteros, M. R., Bassat, Q., & Mellado Peña, M. J. (2021). COVID-19 pandemic. What have we learned? *Anales de Pediatría (English Edition)*, 95(5), 382.e1-382.e8. <https://doi.org/10.1016/J.ANPEDE.2021.10.002>
- Campos, M. R. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(619), 233-240.
- Castelli, L., Di Tella, M., Benfante, A., & Romeo, A. (2020). The Spread of COVID-19 in the Italian Population: Anxiety, Depression, and Post-traumatic Stress Symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 65(10), 731–732. <https://doi.org/10.1177/0706743720938598>

- Chávez-Valdez, S. M., Esparza-Del Villar, O. A., & Ríos Velasco-Moreno, L. (2020). Validation of a Scale of Post-traumatic Stress Traits in the Mexican Youth Exposed to Social Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(10), 1176–1188. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1710635>
- Clemente-Suárez, V. J., Begoña Martínez-González, M., Camilo Benitez-Agudelo, J., Navarro-Jiménez, E., Beltrán-Velasco, A. I., Ruisoto, P., Diaz Arroyo, E., Laborde-Cárdenas, C. C., Tornero-Aguilera, J. F., -González, M.; Benitez-Agudelo, M. B., Navarro-Jiménez, J. C.; Beltrán-Velasco, E.; Ruisoto, A. I.; Pompili, M., Sampogna, G., & Co, J. C. (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en los trastornos mentales. Una revisión crítica artículo. *Revista Internacional De*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910041>
- Espinoza Acuña, J. R. (2022). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en sobrevivientes de personas con COVID-19 grave y factores clínicos asociados.
- Fountoulakis, K., Karakatsoulis, G., & Abraham, S. (2022). Resultados del estudio internacional de salud mental COVID-19 para la población general (COMET-G) artículo. *Europeo*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X21007756>
- Fronso, S. Di, Costa, S., ... C. M.-... J. of S. and, & 2022, undefined. (n.d.). The effects of COVID-19 pandemic on perceived stress and psychobiosocial states in Italian athletes articulo. *Taylor & Francis*. Retrieved November 17, 2023, from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1612197X.2020.1802612>
- Giovanella, L., Vega, R., Trabalho, H. T.-S.-, e, E., & 2020, undefined. (n.d.). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? articulo. *SciELO Brasil*. Retrieved November 17, 2023, from <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/?lang=es&format=html>
- González-González, C. (2018). Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT). *Salud Jalisco*, 1(2), 128-134.

- Huillca Sergo, K. (2021). Factores asociados a síntomas del trastorno de estrés postraumático en pacientes con COVID-19 dados de alta del Hospital Regional del Cusco, 2021.
- Javed, B., Sarwer, A., Soto, E. B., & Mashwani, Z. ur R. (2020). The coronavirus (COVID-19) pandemic's impact on mental health. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(5), 993. <https://doi.org/10.1002/HPM.3008>
- Lamas, C. B. (2021). *Estrés postraumático en personal de salud sobreviviente de covid-19 adscrito al Hospital General de Zona# 1 IMSS Aguascalientes artículo*. <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2071>
- León-Amenero, D., (Lima), J. H.-V.-H. M., & 2019, undefined. (n.d.). Salud mental en situaciones de desastres artículo. *Scielo.Org.Pe*. Retrieved November 15, 2023, from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100012
- Lima, CKT, de Medeiros Carvalho, PM, Lima, IDAAS, de Oliveira Nunes, JVA, Saraiva, JS, de Souza, RI, ... & Neto, MLR (2020). El impacto emocional del Coronavirus 2019-nCoV (nueva enfermedad del Coronavirus). *Investigación en psiquiatría*, 287, 112915.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.112921>
- Llamocuro-Mamani, P., Medrano-Espinoza, F., Montealegre-Soto, D., Llamocuro-Mamani, P., Medrano-Espinoza, F., & Montealegre-Soto, D. (2021). Salud mental en la población peruana durante la COVID-19. *Cirugía y Cirujanos*, 89(3), 416–417. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20001303>
- Llerena, E. A. (2022). Factores clínico-epidemiológicos asociados a trastorno por estrés postraumático en pacientes con COVID-19 severo internados en UCI y

- datos de alta del Hospital artículo. *SciELO Public Health*.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Medina, R. M., & Jaramillo-Valverde, L. (2020). *El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población* artículo.
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>
- Morland, L. y Rosen, C. (2018). PTSD: Centro Nacional para el PTSD.
- Morales Chainé, S., Robles García, R., Bosch, A., Treviño, C. L., & Cruz, S. (2022). Depressive, anxious, and post-traumatic stress symptoms related to violence during the COVID-19 pandemic, by sex, COVID-19 status, and intervention-seeking artículo. *Mdpi.Com*.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191912559>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saude Publica*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Park, HY, Park, WB, Lee, SH, Kim, JL, Lee, JJ, Lee, H. y Shin, HS (2020). Trastorno de estrés postraumático y depresión de los supervivientes 12 meses después del brote del síndrome respiratorio de Oriente Medio en Corea del Sur. *Salud pública de BMC*, 20, 1-9.
- Palomera-Chávez, A., Herrero, M., Carrasco Tápias, N. E., Juárez-Rodríguez, P., Barrales Díaz, C. R., Hernández-Rivas, M. I., ... & Moreno-Jiménez, B. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 83-93.
- Pérez-Cano, H. J., Moreno-Murguía, M. B., Morales-López, O., Crow-Buchanan, O., English, J. A., Lozano-Alcázar, J., Somilleda-Ventura, S. A., Pérez-Cano, H. J., Moreno-Murguía, M. B., Morales-López, O., Crow-Buchanan, O., English, J. A., Lozano-Alcázar, J., & Somilleda-Ventura, S. A. (2020). Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. *Cirugía y Cirujanos*, 88(5), 562–568. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20000561>

- Pedreira, O. E. I. (2020). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental. *LECTURA SUCESIVA*, 79.
- Pineda, D. A., Guerrero, O. L., Pinilla, M. L., & Estupiñán, M. (2002). Utilidad de un cuestionario para rastreo del estrés postraumático en una población colombiana. *Acta Neurológica Colombiana*, 18(3), 132-138.
- Poyraz, B. Ç., Poyraz, CA, Olgun, Y., Gürel, Ö., Alkan, S., Özdemir, YE, ... y Karaali, R. (2021). Morbilidad psiquiátrica y síntomas prolongados después de COVID-19. *Investigación en psiquiatría*, 295, 113604.
- Ramírez, B., Misol, C., MDC, F., & JL, T. (2021). Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población general: Reflexiones y propuestas artículo. *Atención Primaria*. <https://europepmc.org/article/med/34229154>
- Salazar, BH y Biu, LAG (2021). Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población general. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 5 (5), pag-45.
- Sánchez Hernández, O., Canales, A., & Everaert, N. (2022). Resiliencia, bienestar y estrés postraumático ante el confinamiento y pandemia del COVID-19: Resiliencia en el confinamiento y pandemia del COVID-19. *Revista de Psicoterapia, ISSN 1130-5142, ISSN-e 2339-7950, Vol. 33, Nº. 121, 2022 (Ejemplar Dedicado a: Moving through the Group: The Transformative Power of the Encounter), Págs. 253-265, 33(121), 253–265. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1103>*
- Santabárbara, J., Lasheras, I., & Lipnicki, D. (2021). Prevalencia de la ansiedad en la pandemia de COVID-19: un metanálisis actualizado de estudios comunitarios artículo. *Progresos En Neuro*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584620305236>
- Selçuk, E. B., Demir, A. Ç., Erbay, L. G., Özcan, Ö. Ö., Gürer, H., & Dönmez, Y. E. (2021). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in adolescents during the COVID-19 outbreak and associated factors. *International Journal of Clinical Practice*, 75(11). <https://doi.org/10.1111/IJCP.14880>

- Torre-Luque, A. de la, Pemau, A., & Perez-Sola, V. (2022). Mortalidad por suicidio en España en 2020: El impacto de la pandemia de COVID-19 artículo. *Revista de Psiquiatría* y. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989122000246>
- Valiente, C. (2020). VIDA COVI-19- Estudio Nacional Representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la Crisis de Ccovid-1: Retrieved November 19, 2023, from <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>
- Villegas, JLV, Choque, RAM, Verduguez, CAG, & Aguilar, AAV (2021). Influencia de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 75-80.
- Vicario, M. H., & Hernández, P. R. (2013). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Últimas novedades.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., ... C. H.-I. journal of, & 2020, undefined. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general articulo. *Mdpi.Com*, 17, 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- WongChew, R. M., & Morales Fernández, J. A. (2021). Generalidades, aspectos clínicos y de prevención sobre COVID-19: México y Latinoamérica. *Universitas Medica*, 62(3), 97-114.
- Yañez, R. J. V., Fernández, J. A. C., Coffre, J. A. F., & Aguilar, G. M. V. (2021). Estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 61(1), 38–46. <https://doi.org/10.52808/BMSA.7E5.611.006>
- Yuan, K., Gong, Y. M., Liu, L., Sun, Y. K., Tian, S. S., Wang, Y. J., ... & Lu, L. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review. *Molecular psychiatry*, 26(9), 4982-4998.

- Yunitri, N., Chu, H., Kang, X., Jen, H., ... L. P.-I. journal of, & 2022, undefined. (n.d.). Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis articulo. *Elsevier*. Retrieved November 17, 2023, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921002819>
- Zhou, X., Snoswell, CL, Harding, LE, Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X. y Smith, AC (2020). El papel de la telesalud en la reducción de la carga de salud mental derivada del COVID-19. *Telemedicina y e-Salud*, 26 (4), 377-379.

XIII. Anexos

XIII.1 Hoja de recolección de datos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN QUERETARO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16
“PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN PACIENTES POSTCOVID 19 EN LA UMF 16 IMSS
QUERÉTARO”**

NSS: _____

CONSULTORIO: _____ TURNO: _____

No. De Folio:				
Fecha del diagnóstico de Covid-19:				
Características sociodemográficas				
Edad:	Estrés Postraumático	Sexo:	Escolaridad:	Estado civil
____ años	1) Presente 2) Ausente	1. Femenino 2. Masculino	1) Sin escolaridad 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria /bachillerato 5) Licenciatura	1) Casado 2) Soltero 3) Viudo 4) Divorciado 5) Unión libre

XIII.2 Instrumentos



Anexo 1. Escala autoaplicada de estrés postraumático de 24 ítems²³

Este cuestionario incluye 24 preguntas. Para responder elija una sola respuesta para cada pregunta y marque con una X. Debe responder todas las preguntas. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Lo que interesa es su opinión sobre los contenidos.

II. Sección específica de preguntas autoaplicadas				
Ítems	Totalmente en desacuerdo (1)	Bastante en desacuerdo (2)	Bastante de acuerdo (3)	Totalmente de acuerdo (4)
1.- Últimamente he vivido al menos una situación relacionada con muertes o amenazas contra mi vida la de otras personas relacionadas conmigo.				
2.- Por esta situación he experimentado mucha angustia o temor excesivo.				
3.- Constantemente tengo pensamientos que me recuerdan la situación desagradable y me provocan mucha angustia.				
4.- Sueño mucho con lo que pasó.				
5.- La mayor parte del tiempo creo estar viviendo lo sucedido.				
6.- Cuando algo me recuerda la situación, me siento muy mal.				
7.- Cuando algo me recuerda un aspecto de la situación, mi cuerpo se altera.				
8.- Siempre evito pensar o hablar de lo que pasó.				
9.- La mayoría de las veces evito cosas y sitios que me recuerden la situación.				
10.- Olvidé muchas cosas de la situación desagradable.				
11a). - A partir de lo que pasó, siento que nada me importa.				
11b). - Después de la situación, tengo muchas dificultades para llevar a cabo las actividades que hacía antes.				
12.- A partir de lo que pasó, las personas que me rodean ya no son importantes para mí.				
13.- Después del suceso desagradable tengo muchas dificultades para querer como lo hacía antes.				
14.- A partir de lo que sucedió, siento que mi futuro es triste y desolador				
15.- Después del suceso desagradable, me es muy difícil conciliar el sueño.				
16.- Después de la situación que viví, siento que frecuentemente estoy de mal humor				
17.- Me es muy difícil concentrarme en mis actividades,				

después de lo sucedido.				
18.- Desde que tuve esa situación horrible, siempre observo con sospecha todo lo que ocurre a mi alrededor.				
19.- Desde lo que me pasó, cualquier cosa me pone en alerta y me asusta.				
20a). - Después de esa situación, la mayor parte del tiempo me siento mal, en todos los sentidos.				
20b). - He disminuido casi todas mis actividades sociales después de lo que me pasó				
20c). - Después de lo sucedido, tengo muchas dificultades en mis relaciones con los demás.				
20d). - Después de lo que me pasó, he disminuido en gran medida mi ritmo de trabajo.				

XIII.3 Carta de consentimiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO** **(Adultos)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Buen día, me presento con usted, soy Liliana Victoria Vega López, médico residente familiar de la unidad de medicina familiar 16, le solicito unos minutos de su tiempo para invitarlo a participar en un estudio para identificar si las personas que tuvieron COVID 19 presentaron estrés después de que se han curado.

Nombre del estudio:	“Prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes postcovid 19 en la UMF 16 IMSS Querétaro”
Patrocinador externo (si aplica) *:	No contamos con patrocinadores externos del IMSS
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, U.M.F 16, Delegación Querétaro, septiembre 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<ol style="list-style-type: none">1.-El estudio de investigación tiene como objetivo determinar el número de casos que se presentan en la unidad de trastorno de estrés postraumático en pacientes que tuvieron diagnóstico de Covid 192.-Usted sabe que el virus SARS COV 2 infectó muchas personas desde inicios del 2020, muchas de esas personas quedaron con miedo después de la infección, el estudio lo queremos hacer para saber con exactitud cuántos de los pacientes que tuvieron Covid 19 desarrollan miedo en exceso, problemas de sueño, ansiedad, problemas para concentrarse, tristeza, malestar emocional y que no desean juntarse con otras personas por temor.
Procedimiento y duración:	<ol style="list-style-type: none">1.- Se le realizarán algunas preguntas para saber si usted ha presentado miedo en exceso, problemas de sueño, ansiedad, problemas para concentrarse, tristeza, malestar emocional o no desea juntarse con otras personas por temor, si usted tuvo Covid 19, entre otras.2.- Estas preguntas se le realizarán en consultorio, me tardaré no más de 20 minutos, las preguntas se las haré con completa confidencialidad y si usted gusta puede estar un familiar presente.3. Además, se le medirá su peso con una báscula con la menor cantidad de ropa, y se le otorgará una bata institucional para un registro detallado de peso y talla.4.- El tiempo necesario para realizar la medición de su peso, llevará un tiempo estimado de no más de 5 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	<ol style="list-style-type: none">1.- El tiempo invertido en la entrevista, que es aproximadamente 20 minutos.2.- Sentirse incomodo, al hacerle las preguntas, así como sentir miedo, ansiedad, pena, llanto, o recordar cosas tristes.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

-
- 1.- Ser detectado con trastorno de estrés postraumático.
 - 2.-Dar atención oportuna al derivar a psicología o psiquiatría mediante una cita con una referencia para su atención en caso de que usted lo necesite y lo desee.
 - 3.-Que otras personas que también tuvieron Covid 19 sean identificadas a tiempo.
 - 4.-En caso de que no lo necesite, otros individuos se beneficiarán del presente estudio para futuras atenciones para ayudar a las autoridades en salud a prevenir estos padecimientos.
-

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

-
- 1.-Los resultados serán compartidos con su médico familiar o ingresados a su expediente para que su médico familiar tenga conocimiento de este problema y se le dé seguimiento si usted así lo desea.
 - 2.-Usted puede solicitar información sobre el estudio y resultados de esta investigación en la coordinación de educación e investigación en salud de la unidad UMF 16 IMSS Querétaro.
 - 3.-Si usted necesita tratamiento al identificarlo en esta investigación, puede expresarlo y solicitarlo libre y voluntariamente. Si requiere de apoyo médico o psicológico, se le prestará la atención necesaria en la institución. Puede llegar a requerir apoyo psiquiátrico, cuyo caso necesario, será atendido a la brevedad por un especialista de la salud mental.
-

Participación voluntaria y derecho a negarse

-
- 1.-En caso de que usted considere no seguir participando, puede dejar de contestar la encuesta, expresarlo y solicitarlo libre y voluntariamente en el momento que lo desee, o en caso de incomodidad o malestar físico o psicológico.
 - 2.-Si considera que le toma más tiempo que el que usted consideró, puede dejar de responder la encuesta. Usted puede no participar en el estudio sin temor de ninguna consecuencia en su prestación de servicios de la unidad a las que tiene derecho, como consultas médicas, medicamentos, incapacidades, pensión, etc.
-

Privacidad y confidencialidad:

-
- 1.-La Dra. Lilita Victoria Vega López será el responsable de garantizar la confidencialidad de sus datos, no se incluirán nombres de los participantes y se resguardarán en un equipo institucional de la coordinación de educación e investigación en salud, con clave y contraseña de seguridad.
 - 2.-No se compartirá la información personal con otras personas, excepto su médico familiar, si usted así lo desea.
 - 3.-Los resultados obtenidos, pueden ser solicitados de su parte en la coordinación de educación e investigación en salud, y se incluirán los números telefónicos de atención de la unidad para la atención de sus dudas. Al obtener los resultados, no se revelará su nombre o su participación en la presente investigación.
-

En caso de que se identifique en mi persona trastorno de estrés postraumático:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autorizo que los resultados se compartan en mi expediente.
- Si autorizo que los resultados se compartan en mi expediente.
- Si autorizo a que ser atendido por psicólogo o médico en caso de que lo necesite
- No autorizo a ser atendido por psicólogo o médico en caso de que lo necesite.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Se atenderá por el servicio de medicina familiar, atención médica continua, psicología o psiquiatría en caso necesario.

Beneficios al término del estudio:

Usted será atendido por especialistas de la salud mental en caso necesario, caso contrario, otros pacientes obtendrán el beneficio de la investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Dr. Rubén Del Valle Cortés

Médico Familiar

Adscripción: UMF 16.

Teléfono: 2-13-41-31

Correo electrónico: ruben.delvalle@hotmail.com

Horarios de contacto: 8 am a 2 pm de lunes a viernes

Dra. Liliana Victoria Vega López

Residente de medicina familiar

Adscripción: UMF 16

Teléfono: 2-13-41-31

Correo: valy29@gmail.com

Horarios de contacto: 8 am a 2 pm de lunes a viernes

Dra. Prishila Danae Reyes Chávez

Puesto: CCEIS

Adscripción: UMF 16

Teléfono: 2-13-41-31

Correo electrónico: prishila.reyes@imss.gob.mx

Horarios de contacto: 8 am a 3 pm de lunes a viernes

Investigador Responsable:

Dra. Liliana Victoria Vega López
UMF 16 IMSS Querétaro

Colaboradores:

Prishila Danae Reyes Chávez
Dr. Rubén Del Valle Cortés

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, Colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 hrs. Teléfono 442 2112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. * En caso de contar

XIII.4 Registro UAQ.



Universidad Autónoma de Querétaro
 Dirección de Investigación y Posgrado
 Registro del Protocolo de Investigación del Estudiante de Posgrado

Espacio exclusivo para la Dirección

No. Registro de Proyecto: 73567
 Fecha de Registro: 16-11-2022
 Fecha de inicio de proyecto: 18 de abril 2022
 Fecha de termino de proyecto: 16 de diciembre 2022

1. Datos del solicitante:

No. De expediente: 311588

VEGA LOPEZ LILIANA VICTORIA
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Dirección: MANUEL DE LA PEÑA Y PEÑA 508 PRESIDENTES 76080
 Calle y número Colonia C.P.

QUERÉTARO 4431854623
 Estado Teléfono (incluirla)

2. Datos del proyecto:

Facultad: Medicina

Especialidad en: Medicina Familiar

Maestría en: _____
 Doctorado en: _____



Tema específico del proyecto: PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES POSTCOVID DE LA UMF16 IMSS QUERÉTARO

Dra. Prishila Danae Reyes Chávez Director de Tesis ¹	Dr. Rubén del Valle Cortes Co-director ¹	Dr. Nicolás Camacho Calderón Jefe de Investigación y Posgrado de la Facultad ¹
MG. Liliana Victoria Vega López Alumno ¹	Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea Director de Facultad ¹	Dra Ma. Guadalupe Falvia Loarca Piña Directora de Investigación y Posgrado ¹

¹ Escribir nombre completo y firma.

XIII.5 Registro SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2201**.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 22 014 021**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073**

FECHA **Jueves, 07 de julio de 2022**

Dr. ruben del valle cortes

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES POSTCOVID 19 EN LA UMF 16 IMSS QUERÉTARO**" 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-2022-2201-077

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

Mtra. Patricia Medina Mejía

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

XIII.6 Documento anti-plagio.

DELEGACIÓN QUERÉTARO
Unidad De Medicina Familiar N° 16
Coordinación Clínica de Educación e
Investigación en Salud

Querétaro, Qro., a 15 de marzo del 2024.

Carta compromiso anti - plagio

Dr. Nicolás Camacho Calderón
Jefe de la División de Investigación y Posgrado
FMUAQ
Presente:

Al margen de la Ley Federal del Derecho de Autor (última reforma publicada DOF 01-07-2020) que tiene por objeto la salvaguarda y promoción del acervo cultural de la Nación; protección de los derechos de los autores, de los artistas intérpretes o ejecutantes, así como de los editores.

El derecho de autor es el reconocimiento que hace el Estado en favor de todo creador de obras literarias y artísticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley, en virtud del cual otorga su protección para que el autor goce de prerrogativas y privilegios de carácter personal y patrimonial. Autor es toda persona física que ha creado una obra literaria y artística.

Por lo anterior la (el) que suscribe VEGA LÓPEZ LILIANA VICTORIA alumno (a) del Curso de Especialización en Medicina Familiar, con número de expediente 311588, manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título: “_PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES POSTCOVID EN LA UMF 16 IMSS QUERÉTARO_”, en completo apego a la ética, sin infringir los derechos intelectuales de terceros que incluyen: presentar un trabajo de otros autores como propio, presentar datos e información falsa, copiar párrafos de textos u obras sin realizar las referencias o citas correspondientes.

Reporte de plagio: 7% según el programa "dipli checker", disponible en <https://www.duplichecker.com/es>.

Se anexa la evidencia.

Atentamente:

Alumna: Lilitiana Victoria Vega López

Director de tesis Dra. Prishila Danae Reyes Chávez
Vo. Bo.