



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19 COMO FACTOR DE RIESGO PARA MALA CALIDAD DE VIDA EN LAS FAMILIAS CON ADULTO MAYOR

Tesis

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

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
Presenta:

Med. Gral. Keyla Calderón Vázquez

Dirigido por:
Dr. Enrique Villarreal Ríos

Co-dirigido por:
Dra. Verónica Campos Hernández

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

“Estrés postraumático por aislamiento social por covid-19 como factor de riesgo
para mala calidad de vida en las familias con adulto mayor”

Tesis

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

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Keyla Calderón Vázquez

Dirigido por:

Dr. Enrique Villarreal Ríos

Co-dirigido por:

Dra. Verónica Campos Hernández

Firmas

Dr. Enrique Villarreal Ríos

Presidente

Dra. Verónica Campos Hernández

Secretario

Mtro. Omar Rangel Villicaña

Vocal

Mtra. Ma Azucena Bello Sánchez

Suplente

Mtra. Martha Leticia Martínez Martínez

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario. Febrero 2026.
México

Resumen

Introducción: Al inicio de la pandemia por Covid-19 se instauraron distintas medidas de prevención del contagio, una de las más importantes y con mayor promoción fue el aislamiento social, condición que ha demostrado tener impacto negativo en la salud mental y en otros ámbitos del individuo.

Objetivo. Determinar al trastorno de estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19 como factor de riesgo para calidad de vida en familias con pacientes geriátricos.

Metodología. Diseño de cohorte en familias con paciente geriátrico expuestas a aislamiento social por covid-19. Se integraron 2 grupos, definidos a partir de la presencia de trastorno de estrés postraumático (escala de Davidson) y la ausencia del trastorno de estrés postraumático. El tamaño de muestra fue de 50 familias por grupo, se utilizó la técnica aleatoria simple bietápica, definida por el total de consultorios y las familias con paciente geriátrico que acudieron a consulta. La calidad de vida se midió con el instrumento SF36 y el análisis estadístico incluyó prueba de t para grupos independientes y chi cuadrada.

Resultados. El trastorno de estrés postraumático tiene asociación estadísticamente significativa con todas las dimensiones de la calidad de vida, en el grupo sin trastorno de estrés postraumático el promedio de calidad de vida en la dimensión rol físico es 93.26 ± 21.89 y en la familia con trastorno de estrés postraumático el promedio es 25.50 ± 37.96 ($p < 0.000$); en la dimensión rol emocional en la familia sin trastorno de estrés postraumático la calificación promedio es 96.00 ± 17.36 y en la familia con trastorno de estrés postraumático 59.42 ± 32.58 ($p < 0.000$).

Conclusión. El trastorno de estrés postraumático generado por el aislamiento social durante la cuarentena por Covid-19 afectó la calidad de vida las familias con adultos mayores de manera negativa, reduciendo la salud en general principalmente física y emocionalmente.

Palabras clave. Calidad de vida, trastorno por estrés postraumático, aislamiento social.

Summary

Introduction: At the beginning of the Covid-19 pandemic, various measures were put in place to prevent infection, one of the most important and most widely promoted of which was social isolation, a condition that has been shown to have a negative impact on mental health and other aspects of the individual. **Purpose.** Determine posttraumatic stress disorder due to social isolation by Covid-19 as a risk factor for quality of life in families with geriatric patients.

Methodology. Cohort design in families with geriatric patients exposed to social isolation by covid-19. Two groups were integrated, defined based on the presence of posttraumatic stress disorder (Davidson scale) and the absence of posttraumatic stress disorder. The sample size was 50 families per group, using a simple two-stage randomized technique, defined by the total number of clinics and families with geriatric patients who came for consultation. Quality of life was measured with the SF36 instrument and the statistical analysis included t test for independent groups and chi-square.

Results. Post-traumatic stress disorder has statistically significant association with all dimensions of quality of life, in the group without PTSD the average quality of life in the physical role dimension is 93.26 ± 21.89 and in the family with posttraumatic stress disorder the average is 25.50 ± 37.96 ($p < 0.000$); in the emotional role dimension in the family without posttraumatic stress disorder the average rating is 96.00 ± 17.36 and in the family with posttraumatic stress disorder 59.42 ± 32.58 ($p < 0.000$).

Findings. Post-traumatic stress disorder generated by social isolation during the Covid-19 quarantine affected the quality of life of families with older adults in a negative way, reducing their overall health, mainly physically and emotionally.

Keywords. Quality of life, post-traumatic stress disorder, social isolation.

Dedicatorias

Quiero dedicar este trabajo a las personas que amo.

A mi familia de origen, quienes siempre han sido fuente de inspiración para mí, un ejemplo de perseverancia y superación personal.

A mi madre, que nunca ha dudado de mí y me apoya en todas las decisiones que he tomado, eres mi más grande ejemplo y el amor de mi vida.

A mis amigas, Dioseline y Mariane que no importa que tan mal la estuviera pasando en la residencia siempre me apoyaban y me sacaban una sonrisa.

A mi nueva familiar, la que construí en este camino de 3 años, Edwing, Chimino, Carlo, Bella y Nina.

Agradecimientos

Le quiero agradecer a mis profesores, que no solo me han guiado académicamente estos últimos 3 años, si no me han dado enseñanzas para la vida.

Al Dr. Enrique Villareal, quien siempre estuvo dispuesto a ayudarme y aclarar mis dudas de investigación.

Índice

.....	I
.....	II
Resumen	I
Summary.....	II
Dedicatorias.....	III
Agradecimientos	IV
Abreviaturas y siglas	VIII
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica.	4
IV. Hipótesis.....	11
V. Objetivos	12
<i>V.1 Objetivo general.....</i>	<i>12</i>
VI. Material y métodos.....	13
<i>VI.1 Tipo de investigación.....</i>	<i>13</i>
<i>VI.2 Población.....</i>	<i>13</i>
<i>VI.3 Muestra y tipo de muestreo</i>	<i>13</i>
VI. 3.1 Criterios de selección	15
VI. 3.2 Variables estudiadas	16
<i>VI.4 Técnicas e instrumentos.....</i>	<i>18</i>
<i>VI.5 Procedimientos.....</i>	<i>20</i>
VI.5.1 Análisis estadístico	21
VI.5.2 Consideraciones éticas	21
VII. Resultados	23
VIII. Discusión	27

IX. Conclusiones:	30
X. Propuestas	31
XI. Bibliografía	33
XII. Anexos	37
<i>XII.1 Hoja de recolección de datos</i>	37
<i>XII.2 Instrumentos</i>	39
<i>XII.3 Carta de consentimiento informado</i>	45
<i>XII.4 Registro UAQ</i>	46
<i>XII.5 Registro SIRELCIS</i>	47
<i>XII.6 Documento anti plagio</i>	48

Índice de cuadros

Cuadro	Contenido	Pagina
Cuadro VII.1	Edad y número de integrantes de la familia con paciente geriátrico en los grupos con trastorno de estrés postraumático y sin trastorno de estrés postraumático.	22
Cuadro VII.2	Sexo, escolaridad y comorbilidades de la familia con paciente geriátrico en los grupos con trastorno de estrés postraumático y sin trastorno de estrés postraumático.	22
Cuadro VII.3	Vida en pareja y actividad remunerada del paciente geriátrico de la familia en los grupos con trastorno de estrés postraumático y sin trastorno de estrés postraumático.	23
Cuadro VII.4	Calidad de vida por dimensión en la familia con paciente geriátrico en los grupos con trastorno de estrés postraumático y sin trastorno de estrés postraumático.	23

Abreviaturas y siglas

IMSS: Instituto Mexicano de Seguridad Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMF: Unidad de medicina familiar

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

I. Introducción

Al inicio de la pandemia por Covid-19 se instauraron distintas medidas de prevención del contagio, una de las más importantes y con mayor promoción fue el aislamiento social, condición que ha demostrado tener impacto negativo en la salud mental y en otros ámbitos del individuo (Maguiña 2020; Camhaji, 2022).

Se ha demostrado que el aislamiento social tuvo efectos negativos en todas las etapas de la vida, y del ciclo vital familiar, considerándose como una crisis paranormativa con implicación emocional, física y económica (Lovo, 2023). En América Latina se cuenta con configuraciones complejas de familias, en dónde los adultos mayores juegan un papel importante, en México los adultos mayores comprenden el 14% de la población, y fueron ellos el grupo etario más vulnerable ante la pandemia con Covid-19 (Ullman, 2014; INEGI 2020; Suarez, 2020).

Hay evidencia de que el aislamiento social puede asociarse con afectaciones psicológicas a corto o largo plazo, e involucrar ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Broche, 2020; Becerra, 2022). Durante la pandemia por Covid-19 al ser los pacientes geriátricos la población con mayor riesgo, el aislamiento social fue la política de salud que más promoción obtuvo en esta población (SEGOB, 2023).

Los adultos mayores que realizaban actividades económicas fueron enviados a casa, suspendieron sus actividades sociales, se cerraron los centros deportivos en donde solían ejercitarse y las familias optaron por no visitarlos o aislarlos en una habitación de sus hogares (Becerra, 2022; Granda, 2022).

Esta situación los hizo más susceptibles a presentar TEPT una vez que la cuarentena finalizó. El TEPT se puede desarrollar después de un evento violento o que ponga en riesgo la vida, y los síntomas, los cuales dependen de una respuesta adrenérgica exagerada, así como la evolución de los mismos están

ligados a condiciones inherentes en la persona expuesta al trauma (Flanklin, 2018; Zegarra, 2019).

Debido a todos los cambios sociales que trajo la pandemia por Covid-19 se ha creado más conciencia sobre el efecto que la salud mental tiene sobre la calidad de vida, en estudios previos se ha identificado al TEPT como una enfermedad mental que afecta significativamente la calidad de vida de quien la padece, incluso más que la depresión o la ansiedad (Warshaw, 1993; Rapaport 2005; Urzúa 2012; Bonichini 2021).

Es por lo anterior que la presente tesis tiene como objetivo determinar al trastorno de estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19 como factor de riesgo para calidad de vida en familias con pacientes geriátricos.

II. Antecedentes

El COVID-19 es una enfermedad causada por un coronavirus mutante, el SARS-CoV-2, variante altamente contagiosa que se transmite de persona a persona, con periodo de incubación de 2 a 14 días, precisamente éstas fueron las características que ayudaron a su diseminación por el mundo.

La sintomatología puede ir desde un cuadro leve hasta uno severo que lleve a la muerte, y depende de las características biológicas del paciente el desenlace que va a tener, sin embargo, desde el inicio de la pandemia fue la población adulta mayor la que se vio más afectada presentando cuadros más severos y mayor número de defunciones (Maguiña, 2020). El primer caso confirmado en México fue el 27 de febrero del 2020 y hasta el 26 de marzo se suspendieron actividades no esenciales, dando inicio al aislamiento social en el país, continuando labores los servicios de seguridad pública, salud, energía y limpieza, posteriormente la fase 3 de la pandemia en México dio inicio el 21 de abril del 2020 (Suárez, 2020).

El aislamiento social se define como la falta de contactos sociales este depende principalmente de la participación de la población y consiste en la poca o nula interacción que se puede tener con otras personas, dicha situación puede traer consigo afectaciones psicológicas a corto o largo plazo las cuales se pueden presentar con sintomatología variada, desde depresión, apatía, ira, ansiedad, insomnio o trastorno de estrés postraumático.

Una de las poblaciones más afectadas por el aislamiento social fueron las familias con adulto mayor, debido a la susceptibilidad de los adultos mayores a desarrollar cuadros severos de la infección por Covid-19, aunado a esto, son más propensos a desarrollar deterioro de la salud mental. Hay evidencia que un aislamiento social superior a 10 días incrementa la sintomatología de estrés postraumático en conjunto con el temor a contagiarse (Broche, 2020).

El confinamiento por pandemia produce niveles de estrés, ansiedad y depresión elevados en pacientes sin comorbilidades y puede descontrolar a aquellos que sí cuentan con comorbilidades, siendo los adultos mayores una población en ocasiones con múltiples comorbilidades, ocasionando síntomas como miedo y soledad que pueden escalar hasta trastorno de estrés postraumático y ataques de pánico (Villafañe, 2003).

III. Fundamentación teórica.

El trastorno de estrés postraumático consiste en una enfermedad referente a la salud mental que se puede desarrollar posterior a un evento traumático, este puede ser un evento violento, exposición a la muerte, una enfermedad grave o por violencia sexual, el DSM-V cuenta con criterios específicos para su diagnóstico los cuales son (Franklin, 2018): Experiencia directa del suceso traumático, presenciar directamente un suceso que le ocurrió a otra persona, saber que un suceso traumático le ha ocurrido a alguien cercano o exposición repetitiva a eventos traumáticos (Nachar, 2013).

El trastorno de estrés postraumático puede tener una presentación clínica y otra preclínica y depende no sólo del estímulo que lo desencadene, también de las características biológicas de la persona, sin embargo lo que tiene en común además de los síntomas son las reacciones hiperactividad y exagerada respuesta adrenérgica lo cual activa la respuesta de lucha o huida lo cual produce cambios en los ciclos de vigilia y sueño, cognición y emoción como respuesta al miedo que experimenta el paciente (Zegarra, 2019).

Para establecer el diagnóstico el DSM-V lo divide en criterios A, B, C y D, siendo el A la exposición al evento, de los criterios B (síntomas de intrusión) se necesita uno o más de lo siguientes síntomas:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento traumático.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el evento traumático.
3. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el evento traumático.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del evento traumático.
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del evento traumático.

Uno o dos de los criterios C (síntomas de evitación).

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del evento traumático.
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del evento traumático.

Y los criterios D (alteraciones cognitivas y del estado de ánimo), se requieren 2 o más síntomas de los siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del evento traumático (no por 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 evento traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente.
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.

Criterios E (alteración del estado de alerta y la reactividad) 2 o más de las siguientes características:

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) (Ciccarelli, 2013).

Existen diversos instrumentos que se utilizan en la práctica médica para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático, es este estudio se utilizará la escala de trauma de Davidson, la cual consiste en 17 ítems y está basada en el DSM-V, los cuales son compatibles con los criterios de la edición del 2014, esta escala posee un alfa de Cronbach de 0.89, lo cual la convierte en un instrumento capaz de diagnosticar el trastorno de estrés postraumático, cada ítem se evalúa con una doble escala, una para la frecuencia de los síntomas que se va del 1 al 5 y otra para la gravedad de los mismos igualmente enumerada del 1 al 5, dando una posibilidad 0 a 68 puntos por escala o de 0 a 136 por ambas, entre mayor sea el puntaje mayor será la severidad de los síntomas con un punto de corte del 40 puntos (Villafañe, 2003).

La calidad de vida hace referencia al bienestar personal derivado de la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales, sociales, económicas y psicológicas de una persona o un grupo de personas (Urzúa, 2012). La calidad de vida se puede ver afectada por múltiples razones y esta va a depender de las circunstancias personales de quien es evaluado y de la homeostasis que mantenga en su vida en los rubros antes mencionados (Rapaport, 2005).

A lo largo del siglo pasado la esperanza de vida y la edad de la población se ha ido en constante crecimiento en todo el mundo México no siendo la excepción. Durante las últimas décadas aumentó el número de personas con más de 60 años y se espera que esta tendencia se mantenga en los próximos por ese motivo es importante poner más atención en las patologías tanto físicas como emocionales que aquejan a dicha población (Villafañe, 2016).

Para lograr un envejecimiento activo, el cual se define como uno en donde se conserva una independencia, es necesario conocer las condiciones para darle a esta población una atención y cuidado multidisciplinar e integral, que considere el entorno en el que se encuentran inmersos tanto físico, como social y cultural, los cuales son clave para que los adultos mayores tengan una buena calidad de vida (Khaje, 2014).

Afortunadamente en los últimos años y a raíz de la emergencia sanitaria que significó el Covid-19 ya hay más conciencia sobre como la salud mental afecta la calidad de vida, eso ha llevado a que se realice más investigación sobre el impacto de enfermedades como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático y el efecto negativo que pueden tener en la calidad de vida (Warshaw, 1993).

Cabe recalcar que la calidad de vida si bien es subjetiva ya que depende de la autopercepción del individuo al evaluarla sí existen herramientas que se encuentran validadas para poder medirla (Vilagut, 2005).

Existen diversas formas de evaluar la calidad de vida, en el presente estudio se utilizará la encuesta sobre calidad de vida SF-36 la cual comprende 36 ítems son respuestas de opción múltiple la cual fue desarrollada a principios de los noventa, en esta encuesta se evalúan los ámbitos de: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental, el cuestionario se aplica a personas mayores de 14 años y debe ser

autoadministrado, la encuesta con una traducción al español la cual ya ha sido evaluada y validada en estudios previos (Vilagut, 2005).

Durante la pandemia de Covid-19 México fue uno de los países más afectados, por lo tanto su población ha sufrido no sólo las consecuencias en salud y en la economía, también en la salud mental, actualmente gracias a la vacunación se ha reanudado las actividades económicas y recreativas, sin embargo las afectaciones a nivel emocional que ha dejado el aislamiento social persisten siendo la duración tan prolongada que tuvo en México principal factor para el desarrollo de enfermedades mentales (Warshaw, 1993; Bonichini, 2021).

Hasta el día de hoy continúa el estudio de estas en distintas poblaciones, en trabajadores de la salud, maestros, amas de casa y niños y en todos los casos mencionados han presentado diferentes grados de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, siento estos la causa de disminución en la calidad de vida de la población. (Warshaw, 1993; Bonichini, 2021).

Se sabe que los pacientes que sufrieron cuadros de Covid-19 de moderados a severos hasta el día de hoy han sufrido repercusiones en la salud física y mental, pero poco se sabe los pacientes que

En un estudio longitudinal realizado en 2013 no sólo se establece que el estrés postraumático afecta la calidad de vida de quien lo padece, si no, que lo hace en mayor grado que otras enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión (Giacco, 2013).

El enfrentar la muerte, el miedo a sufrir un contagio y el confinamiento realizado durante la pandemia ha causado estragos en la salud mental de la población, convirtiéndolo en un problema de salud pública por lo tanto se ha iniciado a nivel mundial una concientización masiva sobre dichos problemas, para detectar y tratar oportunamente (Chen, 2021). Durante un estudio realizado en China en población general en el 2020 se determinó que más del 70% de la

población China presenta algún grado de ansiedad y depresión secundario a la pandemia por covid-19 (Wang, 2020).

La familia se puede definir como un sistema que está conformado por seres vivos que interactúan entre sí (Mendez, 2018), y que comparten vínculos emocionales, de solidaridad y consanguíneos (Gómez, 2014). Las definiciones y clasificaciones de la familia son muchas y muy variadas, y esto se debe ya que ha ido evolucionando a través del tiempo, en la actualidad y sobre todo en la población mexicana se cuenta con configuraciones complejas de familias, desde la familia nuclear clásica a familias homoparentales, sin embargo, lo que todas tienen en común es que influyen en todos los procesos del individuo incluyendo el proceso salud enfermedad (Guatrochi, 2020).

En México previo a la pandemia la esperanza de vida era de 72.2 años para los hombres y de 78 años para la mujer, motivo por el cual la familia mexicana cuenta con un gran número de adultos mayores (Camhaji, 2022), la relación familia-adulto mayor es algo muy arraigado en nuestra sociedad, eso lo hace un tema de interés para los que se dedican al estudio de familia (Limia, 2014).

El ciclo vital familiar es la representación secuencial y evolutiva de la familia, así como también de las crisis que atraviesan a lo largo del tiempo y desarrollo de cada uno de sus miembros (Huerta et al., 2005; Moratto, 2015).

Existen varias clasificaciones sobre el ciclo vital familiar, en esta investigación se habló sobre la clasificación de Geyman, la cual consta de varias fases, la primera es el matrimonio, la cual inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y termina con el nacimiento del primer hijo. La siguiente fase es la de expansión, en este momento se incorporan nuevos miembros a la familia, es decir, inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último hijo (Anzures et al., 2008).

La fase de dispersión se observa cuando todos los hijos asisten a la escuela, aquí existe un trabajo triple que consiste en ayudarlos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y cumplan sus necesidades. La fase de independencia termina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes, en ocasiones forman sus nuevas familias. La última fase que es de gran interés para esta investigación es la de retiro y muerte, y en esta la pareja se encuentra nuevamente sola, además, hay presencia de enfermedades crónicas degenerativa, desempleo y agotamiento de recursos económicos (Residente, 2023).

IV. Hipótesis

H₀: En el grupo con mala calidad de vida igual o menos del 70% de las familias con adulto mayor tiene estrés postraumático por aislamiento social. En el grupo con buena calidad de vida igual o menos del 20% de las familias con adulto mayor tiene estrés postraumático por aislamiento social.

H_a: En el grupo con mala calidad de vida más del 70% de las familias con adulto mayor tiene estrés postraumático por aislamiento social. En el grupo con buena calidad de vida más del 20% de las familias con adulto mayor tiene estrés postraumático por aislamiento social.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Establecer al estrés postraumático por aislamiento social por pandemia como factor de riesgo para calidad de vida en la familia con adulto mayor.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un diseño de cohorte.

VI.2 Población

Familias con adulto mayor adscritas a la unidad de medicina familiar No. 16 Querétaro. Definiendo familias con adulto mayor aquellas que cuenten con al menos un integrante de 60 años o más. Los grupos de comparación son definidos por la presencia o ausencia de TEPT y la calidad de vida antes y después del aislamiento social.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para dos grupos con nivel de confianza de 95% para una zona de rechazo de la hipótesis nula ($Z_{\alpha}=1.64$), poder de la prueba de 80% ($Z_{\beta}=0.84$), asumiendo que en el grupo con trastorno de estrés postraumático la prevalencia de buena calidad de vida era 20% ($p_0=0.20$) y en el grupo sin trastorno de estrés postraumático la prevalencia de buena calidad de vida era 70% ($p_1=0.70$). El tamaño de muestra calculado fue de 38 por grupo, pero se trabajó con 50 familias con paciente geriátrico ($n=50$).

FORMULA:

$$n = \frac{\left[\alpha \sqrt{(1+1/c) P'Q'} + \beta \sqrt{P_1 Q_1 + \frac{P_0 Q_0}{C}} \right]^2}{(P_1 - P_0)^2}$$

$$Z\alpha = 1.64$$

$$Z\beta = 0.84$$

$$p_0 = 0.70$$

$$q_0 = 1 - 0.70 = 0.30$$

$$p_1 = 0.20$$

$$q_1 = 1 - 0.20 = 0.80$$

$$n = \frac{\{1.64 \sqrt{(1+1/1) 0.45*0.55} + 0.84 \sqrt{0.20*0.80 + 0.70*0.30 / 1}\}^2}{(0.20 - 0.70)^2}$$

n= 38 por grupo

VI. 3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a familias con adulto mayor de 60 años o más que estuvieron en aislamiento social por pandemia, cuyo adulto mayor no estuvo aislado antes de la pandemia, que fuera una paciente con independencia funcional y sin diagnóstico de enfermedades que produzcan deterioro cognitivo y que estuvieron de acuerdo con formar parte del estudio. Se excluyeron a familias con adulto mayor previamente diagnosticado con estrés postraumático. Y se eliminaron a familias con adulto mayor que contestaron de forma inadecuada las encuestas, así como las familias con adulto mayor que decidieron ya no formar parte de estudio.

VI. 3.2 Variables estudiadas

Las variables sociodemográficas individuales estudiadas fueron Las variables estudiadas incluyeron edad familiar (promedio de la edad de todos los integrantes), integrantes por familia (promedio de integrantes por familia), sexo familiar (sólo hombre, predominio de hombres, igual cantidad de hombres y mujeres, predominio de mujeres y sólo mujeres); escolaridad familiar (máximo grado escolar alcanzado por uno de los integrantes de la familia); comorbilidades familiares (cuando al menos uno de los integrantes contaba con una enfermedad crónica, definiendo el tipo). La vida en pareja y la actividad remunerada se midió para el paciente geriátrico.

Por otro lado, la variable estrés postraumático la cual se evaluó con el uso de la escala para síntomas de TEPT de Davidson identificando su ausencia o presencia y el cuestionario SF36 para calidad de vida, la cual se comparó antes y después del aislamiento social.

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, así como el instrumento de la escala de Davidson para TEPT y el SF36 para calidad de vida.

La escala de Davidson para síntomas de TEPT la cual consta de 17 ítems que conforman los criterios B, C y D del DSM-V.

Se necesitan 1 o más positivos para el criterio B (ítems del 1 al 4 y 17).

1 o dos de los criterios C (ítems del 5 al 11) y

2 o más de los criterios D (ítems del 11 al 16)

Se ofrecen 5 respuestas: nunca, a veces, 2 o 3 veces, 4 a 6 veces por semana y diario) para la segunda subescala la cual mide la gravedad de los síntomas otorga 5 posibles respuestas: nada, leve, moderada, marcada y extrema.

Se toma como prueba positiva un puntaje de 40 en la suma de la frecuencia y la gravedad de los síntomas.

La calidad de vida se midió para el paciente geriátrico con el instrumento SF36, después del aislamiento por Covid-19; se incluyeron 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud general) y se aplicó en 2 ocasiones, una con respuestas basadas en la percepción de la calidad de vida previo al aislamiento social y la segunda con respuestas basadas en la percepción de la calidad de vida posterior al aislamiento social.

Cada respuesta tiene asignado un puntaje diferente, se agruparon las respuestas por dimensión y se realizó la sumatoria en ambas aplicaciones del instrumento, posteriormente se realizó el análisis estadístico para identificar si hubo cambio antes y después de aislamiento social en los pacientes con y sin síntomas de TEPT.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se utilizó la técnica aleatoria simple bietápica, en la primera etapa se eligió aleatoriamente el orden de los consultorios como se muestra en el cuadro siguiente, en la segunda etapa de eligieron aleatoriamente las familias que fueron encuestadas, cuando la familia elegida no cumplió con los criterios de selección se pasó al inmediato superior, este mismo procedimiento se realizó cuando el numero aleatorio se repitió, en el cuadro siguiente se presentan los números aleatorios por consultorio. El procedimiento se repitió hasta completar el tamaño de muestra.

	Consultorios															
	7	9	1	10	11	3	5	8	4	12	14	13	6	15	2	16
No	Pacientes															
1	1	3	6	1	1	1	16	23	1	4	6	10	14	18	16	11
2	8	9	22	24	17	20	24	10	12	7	8	16	21	12	16	5
3	1	19	24	9	24	23	9	24	8	15	24	1	22	17	21	3
4	22	12	22	20	18	18	2	2	8	12	2	16	10	13	14	15
5	18	2	17	12	9	7	24	22	10	1	19	2	16	4	9	13
6	6	15	21	4	22	5	22	22	1	16	16	4	22	12	12	4
7	13	3	20	2	8	6	14	23	7	8	7	4	7	6	15	18
8	14	2	10	13	1	5	4	13	18	12	10	12	16	1	22	4
9	16	22	19	20	16	1	7	24	3	24	13	22	22	7	18	1
10	23	14	9	4	4	21	11	17	11	13	19	15	12	4	13	4
11	7	10	3	3	13	16	6	1	23	12	17	11	3	21	16	1
12	19	12	18	10	9	8	12	12	24	18	6	4	9	24	14	5
13	7	3	11	4	13	17	16	16	11	5	5	15	1	23	13	23
14	5	12	21	13	2	7	6	17	17	3	7	10	3	9	19	6
15	11	17	3	3	23	17	11	8	3	6	15	3	24	6	14	3
16	21	21	3	13	11	18	1	19	16	16	5	15	6	3	11	24
17	23	6	11	2	21	19	5	5	23	15	7	13	10	23	7	10
18	17	7	18	7	20	5	7	15	13	14	19	8	3	12	2	7
19	19	1	11	22	21	14	15	6	9	1	9	7	23	4	9	19
20	8	13	5	14	18	20	22	1	12	6	7	20	17	24	4	10
21	7	5	16	12	16	9	15	11	21	13	5	10	8	10	15	10
22	8	16	19	22	6	24	19	9	8	4	9	4	1	8	7	5
23	7	9	21	6	18	13	17	8	10	6	15	20	21	6	2	13

24	10	12	1	13	23	1	22	16	4	5	13	1	17	13	8	5
25	1	19	8	24	2	24	16	8	24	11	16	3	8	3	14	17
26	24	15	4	23	22	7	12	2	24	21	11	10	23	15	1	17
27	12	7	17	2	24	22	11	9	14	15	2	14	6	1	2	15
28	3	5	2	12	7	5	6	1	21	16	12	5	9	18	9	18

VI.5 Procedimientos

Este estudio se realizó después de obtener la autorización por el comité local de ética e investigación y de solicitar permiso a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar No.16 IMSS Querétaro para realizar la investigación de determinar al trastorno de estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19 como factor de riesgo para calidad de vida en familias con pacientes con adulto mayor, mediante un oficio de no inconveniente para la realización de protocolo de investigación y para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos en la población derechohabiente.

Se acudió a la sala de espera de la UMF No.16 de la Delegación 23 de Querétaro, se les explicó de forma breve a los pacientes el objetivo y los beneficios que se obtendrían al decidir participar en el estudio de investigación, se les invitó a los pacientes a participar y posteriormente se seleccionaron a las familias que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaron formar parte del estudio, se les entregó una hoja de consentimiento informado para que los participantes tengan la oportunidad de conocer la información recabada y asegurándonos de que se les respondan las dudas que tengan antes de firmar el consentimiento informado, para así dar inicio al estudio.

Posteriormente se realizó la obtención de la información mediante el llenado de la hoja de recolección de datos de las familias elegidas mediante la aleatorización bietápica de los pacientes que acudían a los consultorios de medicina familiar de la unidad además de entregarles los dos instrumentos que correspondían a la escala de Davidson para síntomas de TEPT y el SF36 para percepción de la calidad de vida.

En donde se les explicó a los pacientes que las respuestas de la escala de Davidson debían ser respondidas en base al haberse encontrado aislados, dejando de lado si tuvieron o no la enfermedad en algún punto. Y las respuestas

de la primera aplicación de la SF36 tenían que basarse en cómo era su vida previamente al confinamiento por la pandemia. La segunda aplicación fueron respuestas basadas en su calidad de vida posterior al confinamiento.

La recolección de datos la llevó a cabo la médico residente de tercer año e investigador adjunto de la especialidad de Medicina Familiar Keyla Calderón Vázquez.

Cuando se obtuvo el número requerido de encuestas requisitadas se procedió a vaciar la información en una base de datos del SPSS y se procedió a realizar el análisis estadístico. Las bases de datos y análisis de las variables se encuentran bajo resguardo de los investigadores a cargo.

VI.5.1 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa “IBM SPSS estadístico versión 26”. El análisis descriptivo incluyo promedios, desviación estándar, prueba de t para grupos independientes, porcentajes y Chi cuadrada.

Los resultados obtenidos se representaron por medio de cuadros, realizándose la redacción de lo obtenido sobre el estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19 y calidad de vida en familias con pacientes geriátricos.

Los resultados se plasmaron en la tesis de grado de la especialidad en Medicina Familiar, y además se redactó un artículo el cual fue enviado a una revista científica para su publicación, por otro lado, se presentará en un foro de investigación en salud a nivel delegacional y nacional.

VI.5.2 Consideraciones éticas

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

recomendaciones hechas 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, este estudio se clasifica con “riesgo mínimo”. De acuerdo al 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, las implicaciones de este y 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.

Este proyecto de investigación requirió carta de consentimiento informado, ya que la información se obtuvo directamente de los pacientes que aceptaron participar en el estudio, así como la aplicación de instrumentos.

La información recolectada está bajo resguardo de los responsables de la investigación en un lugar seguro para evitar pérdidas o daños al material. En cuanto a la base de datos se utilizaron contraseñas para su acceso, los registros de papel se encuentran en un lugar cerrado y protegido.

VII. Resultados

El promedio de edad familiar en la familia sin trastorno de estrés postraumático es 57.52 ± 15.50 y en la familia con estrés 58.19 ± 15.89 ($p=0.832$). El promedio de integrantes por familia sin TEPT es 3.34 ± 1.89 y en la familia con TEPT 3.30 ± 1.95 ($p=0.918$) (Cuadro 1).

En ambos grupos predominan las familias integradas por igual número de hombres y mujeres ($p=0.819$), la prevalencia de este grupo en la familia sin TEPT es 34.0% y en la familia con TEPT 44.0% (Cuadro 2).

El nivel de escolaridad es semejante en el grupo sin TEPT y en el grupo con TEPT, en el primer grupo la escolaridad secundaria y preparatoria representa el 46.0% y en el grupo con TEPT la prevalencia es 58.0% ($p=0.362$) (Cuadro 2).

La prevalencia de comorbilidades crónicas en las familias con TEPT y sin TEPT es estadísticamente igual, en el cuadro 2 se presentan los datos.

En la familia sin TEPT 70.0% de los pacientes tiene vida en pareja y en la familia con TEPT la prevalencia es 72.0% ($p=0.826$), la actividad remunerada es más alta en la familia con TEPT con 58.0%, esta prevalencia corresponde al 38.0% en la familia sin TEPT ($p=0.045$) (Cuadro 3).

El TEPT tiene asociación estadísticamente significativa con todas las dimensiones de la calidad de vida, en el grupo sin TEPT el promedio de calidad de vida en la dimensión rol físico es 93.26 ± 21.89 y en la familia con TEPT el promedio es 25.50 ± 37.96 ($p<0.000$); en la dimensión rol emocional en la familia sin TEPT la calificación promedio es 96.00 ± 17.36 y en la familia con TEPT 59.42 ± 32.58 ($p<0.000$). En el cuadro 4 se presenta la calificación de la calidad física por dimensión en las familias con y sin trastorno de estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19.

Se calculó el riesgo relativo que siendo “a” los pacientes con estrés postraumático y con mala calidad de vida con un total de 49 pacientes, “b” los pacientes con estrés postraumático con buena calidad de vida con 1 paciente, “c” los pacientes sin estrés postraumático y mala calidad de vida con 18 pacientes y “d” los pacientes sin estrés postraumático con buena calidad de vida con 32 pacientes dando un resultado de RR igual a 2.7 lo que significa que los el estrés postraumático es un factor de riesgo para mala calidad de vida en los pacientes que estuvieron expuestos a aislamiento social durante la pandemia.

Cuadro VII.1. Edad y número de integrantes de la familia con paciente geriátrico en los grupos con trastorno de estrés postraumático y sin trastorno de estrés postraumático.

Característica	Sin TEPT		Con TEPT		T	P
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar		
Edad Familiar	57.52	15.5	58.19	15.89	0.21	0.832
Integrantes por familia	3.34	1.89	3.30	1.95	0.10	0.918

Fuente: Pacientes geriátricos de la UMF 16.

Cuadro VII.2. Sexo, escolaridad y comorbilidades de la familia con paciente geriátrico en los grupos con trastorno de estrés postraumático y sin trastorno de estrés postraumático.

Característica	Sin TEPT	Con TEPT	Chi ²	P
	Porcentaje			
Sexo familiar				
Solo hombres	4.0	6.0	1.54	0.819
Predominio de hombres	18.0	14.0		
Igual hombres y mujeres	34.0	44.0		
Predominio de mujeres	26.0	20.0		
Solo Mujeres	18.0	16.0		
Escolaridad				
Analfabeta y primaria	6.0	8.0	2.03	0.362
Secundaria y preparatoria	46.0	58.0		
Licenciatura y postgrado	48.0	34.0		
Comorbilidades				
Diabetes	46.0	48.0	0.04	0.841
Hipertensión arterial	66.0	66.0	0.00	1.000
Cardiopatía	16.0	14.0	0.07	0.779
Nefropatía	8.0	14.0	0.91	0.338

Fuente: Pacientes geriátricos de la UMF 16.

Cuadro VII.3. Vida en pareja y actividad remunerada del paciente geriátrico de la familia en los grupos con trastorno de estrés postraumático y sin trastorno de estrés postraumático.

Característica	Sin TEPT	Con TEPT	Chi²	P
	Porcentajes			
Vida en pareja				
Sí	70.0	72.0	0.04	0.826
No	30.0	28.0		
Actividad remunerada				
Sí	38.0	58.0	4.00	0.045
No	62.0	42.0		

Fuente: Pacientes geriátricos de la UMF 16.

Cuadro VIII. 4. Calidad de vida por dimensión en la familia con paciente geriátrico en los grupos con trastorno de estrés postraumático y sin trastorno de estrés postraumático.

Dimensión	Sin TEPT		Con TEPT		t	p
	Promedio	Desviación Estándar	Promedio	Desviación estándar		
	Calidad de vida					
Función física	79.00	15.64	71.60	20.88	2.00	0.048
Rol Físico	93.26	21.89	25.50	37.96	10.93	0.000
Dolor	86.24	18.05	54.08	23.23	7.72	0.000
Salud General	67.60	11.87	37.24	15.41	11.03	0.000
Vitalidad	85.40	11.42	76.60	14.61	10.97	0.000
Función social	89.54	9.14	67.90	19.17	7.20	0.000
Rol emocional	96.00	17.36	59.42	32.58	7.00	0.000
Salud mental	82.92	10.04	66.00	13.83	7.41	0.000

Fuente: Pacientes geriátricos de la UMF 16.

Cuadro VIII. 5. Cálculo de riesgo relativo del estrés postraumático y la calidad de vida.

Enfermedad Evento	Mala calidad de vida	Buena calidad de vida	Total
Con TEPT	49	1	50
Sin TEPT	18	32	50
Total	57	43	100

Fuente: Pacientes geriátricos de la UMF 16.

VIII. Discusión

La familia con paciente geriátrico es un grupo vulnerable que requiere especial atención, durante la pandemia por Covid-19 y el aislamiento social, modificó sus rutinas, dejaron de trabajar, de realizar actividades recreativas y de convivencia social, condiciones que favorecen la presencia de enfermedades mentales, entre ellas trastorno de estrés postraumático, condición que tiene una relación estrecha con la calidad de vida.

Los instrumentos utilizados para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático y calidad de vida fueron elegidos por su alta sensibilidad y especificidad, así como el tiempo que se necesita para responderlos y por la disponibilidad de las versiones validadas al español.

Es verdad que no se cuenta con antecedentes del efecto que el trastorno de estrés postraumático por aislamiento social tiene con la calidad de vida de la población geriátrica, pero se ha documentado que enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad tienen relación inversamente proporcional con la calidad de vida, los síntomas de estas enfermedades van más allá de alteraciones en el estado anímico, producen síntomas y reacciones fisiológicas que le impiden a quien las padece realizar las actividades de la vida diaria de la forma en que acostumbraba y con ello modificación en la calidad de vida.

La no significancia estadística de las variables sociodemográficas en el grupo con y sin trastorno de estrés postraumático los convierte en grupos homogéneo, y con ello elimina la posibilidad de influir en el trastorno de estrés postraumático. Con estos resultados se puede asumir que el aislamiento social favorece el trastorno de estrés postraumático y no las características inherentes al paciente o al núcleo familiar.

A diferencia de los aspectos sociodemográficos, la actividad económica previa al aislamiento social es un factor asociado al trastorno de estrés

postraumático, resultados similares son encontrados en estudios que relacionan la calidad de vida con enfermedades como depresión o ansiedad en la misma población que se estudió, esto se puede explicar por la mayor actividad física y las acciones que se desarrollan en torno a la actividad laboral que lo convierten en más social, actividades suspendidas por este grupo durante el confinamiento social, lo que ocasionó que durante el mismo los adultos mayores perdieran no sólo independencia económica, también las relaciones sociales con personas fuera del núcleo familiar; ya se ha documentado en estudios previos que el cambio de rutinas en los adultos mayores es un factor desencadenante para diversas enfermedades físicas y mentales.

La calidad de vida en todas las dimensiones presentó relación estadísticamente significativa con el trastorno de estrés postraumático, con evidencia más fuerte en el rol físico, el rol emocional y la salud general. Escenario que sugiere que la disminución de la actividad física en la vida cotidiana o de actividades deportivas produce pérdida de las habilidades físicas generales y desencadena limitaciones funcionales; de igual forma en el rol emocional la pérdida de interacción social, la eliminación de actividades al aire libre o simplemente el cambio en las rutinas de las familias con adulto mayor pueden explicar el deterioro en esta dimensión como se ha documentado en estudios previos en donde el envejecimiento pasivo es la causa de mayor pérdida de independencia y muerte prematura en los pacientes geriátricos.

A pesar de que la calidad de vida se puede dividir en dimensiones, éstas están íntimamente relacionadas entre sí, por lo que, al existir alteración en una dimensión, se afecta indirectamente a las demás, lo que explica que se haya presentado afectación en todas las dimensiones en la población estudiada. La combinación de la pérdida de calidad de vida en estas dimensiones lleva al paciente geriátrico a la autopercepción de pérdida de salud general.

Fisiopatológicamente el trastorno de estrés postraumático se encuentra ubicado en el “Brain Trauma Center” en dónde se regula la respuesta neuroendócrina al trauma, estos síntomas se pueden agrupar en síntomas de intrusión, evitación, del estado de alerta y reactividad, dichos síntomas son los que van a afectar la calidad de vida del paciente, y contribuyen a limitar las actividades físicas, vida social, laboral y afectan directamente al estado de salud en general.

En los síntomas de intrusión el paciente al experimentar recuerdos, sueños o reacciones disociativas no es capaz de disfrutar las actividades que realiza, ya que en cualquier momento va a revivir de nuevo el evento traumático, el miedo a estos recuerdo lo llevará a los síntomas de evitación en dónde el paciente va a intentar evitar situaciones que desencadenen los síntomas de intrusión, limitando aún más las actividades de la vida diaria, activando una respuesta adrenérgica sostenida, ocasionando alteraciones en el estado de alerta con implicación del estado emocional y mental por la sobre estimulación hormonal, y para finalizar los síntomas de reactividad que van a ser las respuestas fisiológicas a los síntomas ya mencionados, estos últimos son los que pueden afectar en mayor medida la calidad de vida de los pacientes debido a lo incapacitante de los síntomas lo cuales afectan física y emocionalmente a quien los padece.

La mayor área de oportunidad que tiene el presente trabajo de investigación fue el instrumento utilizado para medir la calidad de vida ya que al ser algo tan intangible como la percepción del sujeto estudiado sobre su propia vida y capacidades deja siempre la duda de si los datos son completamente fidedignos.

Sin embargo, el tema que se abordó es interesante, ya que se sabe que el estrés postraumático afecta la calidad de vida como en eventos violentos o que pusieran en riesgo la vida, pero que fuera precisamente un suceso que se instauró con la intención de prevenir el contagio durante la pandemia lo que afectara de forma significativa la calidad de vida de los adultos mayores algo que no se ha documentado a la fecha de la realización del estudio.

IX. Conclusiones:

En conclusión, el trastorno de estrés postraumático generado por el aislamiento social durante la cuarentena por Covid-19 es un factor de riesgo para mala calidad de vida y se vio afectada de manera negativa reduciendo la salud en general principalmente física y emocionalmente de las familias con adultos mayores.

X. Propuestas

A partir de los resultados obtenidos se pretende realizar difusión entre los médicos familiares sobre la relación del estrés postraumático y sus repercusiones en la calidad de vida de las familias con adulto mayor para de esta forma realicen la búsqueda intencionada de casos y los que sean identificados canalizarlos a los servicios de psicología, trabajo social y psiquiatría para su atención integral.

Se pretende presentar los resultados de esta investigación en foros de salud de forma oral, en cartel y en la publicación de un artículo científico.

Difusión de los resultados de una forma práctica y digerible para la población que acude a la unidad por medio de un cartel elaborado por mí y trípticos, para educar a la población y busque atención de forma oportuna.

Este trabajo abre nuevas oportunidades para profundizar y abordar el tema desde otras vertientes, por ello propongo que trabajaré en conjunto con los nuevos médicos residentes interesados en el tema con una metodología distinta que permita obtener más información.

XI. Bibliografía

1. Maguiña Vargas C, Gastelo Acosta R., Tequen Bernilla A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Revista Médica Herediana. 31(2),125-31
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2020000200125&script=sci_arttext.
2. Camhaji E. (2022). México ha perdido cuatro años en esperanza de vida por la pandemia, según un estudio de la Universidad de California. El País México.
<https://elpais.com/mexico/2022-05-29/mexico-ha-perdido-cuatro-anos-en-esperanza-de-vida-por-la-pandemia-segun-un-estudio-de-la-universidad-de-california>.
3. Lovo J. (2023). Crisis familiares normativas. Aten Fam. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com>
4. Ullman H. (2014). La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010. Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado.
https://www.researchgate.net/publication/321275131_La_evolucion_de_las_estructuras_familiares_en_America_Latina_1990-2010_Los_retos_de_la_pobreza_la_vulnerabilidad_y_el_cuidado
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2020. Población. Org.mx. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura>.
6. Suárez V., Suarez Quezada M., Oros Ruiz S., Ronquillo De Jesús E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México. Revista Clínica Española.
7. Broche-Pérez Y., Fernández-Castillo E., Reyes Luzardo D. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. Revista Cubana de Salud Pública. (4), 2488.
8. Becerra B. (2022). Trastorno de estrés postraumático y calidad de vida del paciente post-COVID-19 en Atención Primaria. Elsevier science. (54). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27>
9. Secretaría de Gobernación. Adultos mayores [Internet]. Gob.mx. [citado el 24 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/adultos-mayores/>
10. Granda A. (2022). Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura. Acta méd. Perú. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe>
11. Franklin C. L., Raines A. M., Chambliss J. L., Walton J.L., Maieritsch K.P. (2018). Examining various subthreshold definitions of PTSD using the Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5. Journal of Affective Disorders. (60) 234-256.
12. Zegarra-Valdivia J.A., Chino-Vilca B.N. (2019). Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. Revista Mexicana de Neurociencia. 20 (1).

13. Warshaw M. G., Fierman E., Pratt L., Hunt M., Yonkers K. A., Massion A. O., Keller M. B. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry*.
14. Rapaport M.H., Clary C, Fayyad R, Endicott J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*. (6):1171–8.
15. Urzúa M. A., Caqueo-Úrizar A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 30(1) 61–71.
16. Bonichini S., Tremolada M. (2021). Quality of Life and Symptoms of PTSD during the COVID-19 Lockdown in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
17. Villafañe A., Milanesio M. S., Marcellino C. M., Amodei C. (2003). La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. 1;3(1).
18. Villafañe J, Pirali C, Dughi S, Testa A, Manno S, Bishop M, Negrini S. Association between malnutrition and Barthel Index in a cohort of hospitalized older adults. *JPTS*, 2016; 28(2): 607-612. Disponible en: doi: 10.1589/jpts.28.607.
19. Nachar N., Guay S., Beaulieu-Prévost D., Marchand A. (2013). Assessment of the psychosocial predictors of health-related quality of life in a PTSD clinical sample. *Traumatology*. 19(1):20–7.
20. Khaje-Bishak Y, Payahoo L, Pourghasem B, Jafarabadi M. Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran. *IJCS*. 2014; 3(4): 257-263. Disponible en: doi:10.5681/jcs.2014.028
21. Ciccarelli S.K., Noland J. (2014). *Psychology: DSM 5*. (5ta ed). Boston. Pearson.
22. Vilagut G., Ferrer M., Rajmil L., Rebollo P., Permanyer-Miralda G., Quintana J.M. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*.
23. Giacco D., Matanov A., Priebe S. (2013). Symptoms and Subjective Quality of Life in Post-Traumatic Stress Disorder: A Longitudinal Study.
24. Chen C., Tang S. (2021). Profiles of grief, post-traumatic stress, and post-traumatic growth among people bereaved due to COVID-19. *European Journal of Psychotraumatology*.
25. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho CS. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729>.

26. Mendez Guayara L.D. (2018). Estado del arte: "El concepto de familia". Corporación Universitaria Minuto de Dios.
https://repository.uniminuto.edu/jspui/bitstream/10656/7028/1/UVD-TP_MendezGuayaraLuzDalia_2018.pdf
27. Gómez E. O., Villa Guardiola V. J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización.
28. Guatrochi M. (2020). Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales. (41).
<http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/278/6783473>.
29. Limia Núñez Y., García Hernández A., Vargas González D. (2014). Caracterización de la familia del adulto mayor.
30. Cuestionario de salud-SF36. Disponible para descarga en:
<http://www.geeraquis.org/files/escalas/CUESTIONARIO-SALUD-SF36.pdf>
31. Escala de Trauma de Davidson. Disponible para descarga en:
<https://es.scribd.com/doc/290894655/Escala-de-Trauma-de-Davidson>

XII. Anexos

XII.1 Hoja de recolección de datos

Queretaro UMF No. 16
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 Estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19 como factor de riesgo para mala
 calidad de vida en las familias con adulto mayor
 folio _____

CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIÓN							
Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO									
Frecuencia de los síntomas					Gravedad de los síntomas				
nunca	a veces	2 o 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	diario	nada	leve	moderada	marcada	extrema

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA FAMILIA					
Integrantes de la familia	Sexo: Masculino 0 femenino 1	Edad: Años	Estado civil: 1Soltero/a 2Casada/a 3 Viudo/a 4 Separada/a 5Divorciado/a	Escolaridad: 1 Analfabeta 2 Preescolar 3 Primaria 4 Secundaria 5 Preparatoria 6 Licenciatura 7 Posgrado	Ocupación: 1 Ninguna 2 Obrero 3Administrativo 4 Comerciante 5 Estudiante
Integrante 1					
Integrante 2					
Integrante 3					
Integrante 4					
Integrante 5					
Integrante 6					
Integrante 7					

CARACTERÍSTICAS DEL PERFIL FAMILIAR			
Rol familiar del paciente con estrés postraumático	No. De Integrantes de la familia	Tipología familiar	Etapas del ciclo vital
1 Esposo/a 2 Padre 3 Madre 4 Hermano/a 5 Abuelo/a		1 Familia extensa 2 Familia	1 Etapa de retiro 2

Integrante	Diabetes: 1 sí 0 No	Hipertensión: 1 Sí 0 No	Cardiopatías: 1 Sí 0 No	Enfermedad renal: 1 Sí 0 No
Integrante 1				
Integrante 2				
Integrante 3				
Integrante 4				
Integrante 5				
Integrante 6				
Integrante 7				

XII.2 Instrumentos

Escala de Davidson para síntomas de TEPT



DTS

Identificaci _____ Fecha: _____

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Frecuencia

0 = Nunca
1 = A veces
2 = 2-3 veces
3 = 4-6 veces
4 = A diario

Gravedad

0 = Nada
1 = Leve
2 = Moderada
3 = Marcada
4 = Extrema

	Frecuencia	Gravedad
1.-¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		
2.-¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
3.-¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo?		
4.-¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		
5.-¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).		
6.-¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el		
7.-¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?		
8.-¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
9.-¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?		
10.-¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
11.-¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto?		
12.-¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus		
13.-¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		
14.-¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?		
15.-¿Ha tenido dificultades de concentración?		
16.-¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido "en		
17.-¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		

TOTAL: FRECUENCIA: GRAVEDAD:



CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Marque una sola respuesta

- 1) En general, usted diría que su salud es:
 - a. Excelente
 - b. Muy buena
 - c. Buena
 - d. Regular
 - e. Mala
- 2) ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - a. Mucho mejor ahora que hace un año
 - b. Algo mejor ahora que hace un año
 - c. Más o menos igual que hace un año
 - d. Algo peor ahora que hace un año
 - e. Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

- 3) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 4) Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 5) Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 6) Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 7) Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 8) Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada
- 9) Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
 - a. Sí, me limita mucho
 - b. Sí, me limita un poco
 - c. No, no me limita nada

- 10) Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
- 11) Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
- 12) Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

- 13) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
- Sí
 - No
- 14) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- Sí
 - No
- 15) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Sí
 - No
- 16) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
- Sí
 - No
- 17) Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Sí
 - No
- 18) Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Sí
 - No
- 19) Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Sí
 - No
- 20) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- Nada
 - Un poco
 - Regular
 - Bastante
 - Mucho

- 21) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- a. No, ninguno
 - b. Sí, muy poco
 - c. Sí, un poco
 - d. Sí, moderado
 - e. Sí, mucho
 - f. Sí, muchísimo
- 22) Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- a. Nada
 - b. Un poco
 - c. Regular
 - d. Bastante
 - e. Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

- 23) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 24) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 25) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 26) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 27) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca

- 28) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 29) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 30) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 31) Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca
- 32) Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. Muchas veces
 - d. Algunas veces
 - e. Sólo alguna vez
 - f. Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

- 33) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa
- 34) Estoy tan sano como cualquiera
- a. Totalmente cierta
 - b. Bastante cierta
 - c. No lo sé
 - d. Bastante falsa
 - e. Totalmente falsa

35) Creo que mi salud va a empeorar

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

36) Mi salud es excelente

- a. Totalmente cierta
- b. Bastante cierta
- c. No lo sé
- d. Bastante falsa
- e. Totalmente falsa

XII.3 Carta de consentimiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19 como factor de riesgo para mala calidad de vida en las familias con adulto mayor
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, 2022
Justificación y objetivo del estudio:	Con esta investigación se pretende saber si el estrés postraumático por aislamiento social por covid-19 es factor de riesgo para mala calidad de vida, es importante ya que la calidad de vida influye en los procesos de salud-enfermedad de las familias.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en la investigación se aplicarán encuestas para identificar si existe estrés postraumático y 2 encuestas de calidad de vida, un antes de la pandemia y otra después. Para ello deberá invertir 20 min en contestar las encuestas, si usted desea retirarse durante el desarrollo del cuestionario lo puede hacer, no tiene repercusión.
Posibles riesgos y molestias:	No supone riesgo para la vida ni de daños. Puede presentar pérdida sentida de tiempo, ansiedad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Orientación y atención pertinente dependiendo de los resultados de las pruebas aplicadas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Posterior a la aplicación de los instrumentos se le informará a las familias sobre los resultados, para que se les pueda otorgar atención oportuna e integral según lo requieran.
Participación o retiro:	Usted puede dejar de participar en el estudio en el momento que lo decida, sin tener consecuencia en su atención o de otro tipo.
Privacidad y confidencialidad:	Durante la aplicación de la encuesta usted tendrá privacidad para contestar los reactivos, además es un estudio confidencial, no se comparte la información con personas ajenas a la misma.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Las familias serán informadas sobre los resultados obtenidos, de esta manera el beneficio radica en el diagnóstico oportuno del estrés postraumático, para el cual se le podrá otorgar el manejo adecuado.

En caso de dudas o aclaraciones (Investigadores Responsables del proyecto de investigación) relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Colaboradores:

Med. Esp. Es Medicina Familiar / M.C. Dr. Enrique Villarreal Ríos

Med. Esp. En Medicina Familiar Dra. Verónica Campos Hernández

R1MF Keyla Calderón Vázquez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: 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 horas. Teléfono 442 2112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1@gmail.com

Nombre y firma del Participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo:

Testigo:

Clave: 2810-009-013

XII.4 Registro UAQ.

Registro del Protocolo de Investigación del Estudiante de Posgrado

Espacio exclusivo para la Dirección

No. Registro de Proyecto*	13610	
Fecha de Registro*	29/11/2022	
Fecha de inicio de proyecto:	21 de Abril del 2022	
Fecha de termino de proyecto:	22 de Enero del 2023	

1. Datos del solicitante:

No. De expediente: 311578

Calderón	Vázquez	Keyla
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Dirección:	Fraccionamiento Rancho	76134
Condominio Amapola 2080, int 1	Bellavista	
Calle y número	Colonia	C.P.
Querétaro	782-144-4437	
Estado	Teléfono (Incluir lada)	

2. Datos del proyecto:

Facultad: Medicina

Especialidad en: Medicina Familiar

Maestría en:

Doctorado en:

Tema específico del proyecto: "Estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19 como factor de riesgo para mala calidad de vida en las familias con adulto mayor"

Dr. Enrique Villarreal Ríos	Dra. Verónica Campos Hernández	Dr. Nicolás Camacho Calderón
Director de Tesis ¹	Co-director ¹	Jefe de Investigación y Posgrado de la Facultad ¹
Dra. Keyla Calderón Vázquez	Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea	Dra. Ma. Guadalupe Fálvia Loarca Piña
Alumno ¹	Director de Facultad ¹	Directora de Investigación y Posgrado ¹

¹ Escribir nombre completo y firma.

XII.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 CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Jueves, 21 de julio de 2022

M.C. Enrique Villarreal Rios

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19 como factor de riesgo para mala calidad de vida en las familias con adulto mayor** 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-2022-2201-083

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

Imprimi

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

XII.6 Documento anti plagio.

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

Querétaro, Qro., a 17 de septiembre del 2022.

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 que suscribe Keyla Calderón Vázquez alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar, con número de expediente 311578 manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título: "Estrés postraumático por aislamiento social por Covid-19 como factor de riesgo para mala calidad de vida en las familias con adulto mayor", 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: 11% según el programa "plagiarism-checker", disponible en <https://smallseotools.com/es/plagiarism-checker/>.

Se anexa la evidencia. (anexar al final de este documento capturas de pantalla que muestren los porcentajes)

Atentamente:


Nombre y firma del alumno/a


Nombre y firma del director/a de tesis
Vo. Bo.





GOBIERNO DE
MÉXICO



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

Plagiarism Scan Report

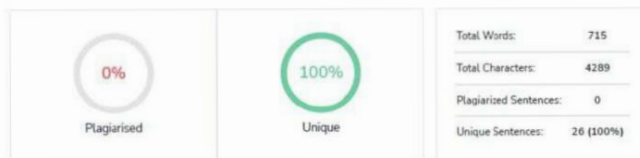
Report Generated on: Sep 18, 2022



Content Checked for Plagiarism

Plagiarism Scan Report

Report Generated on: Sep 18, 2022



Content Checked for Plagiarism

