



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
EN MÉDICOS Y RESIDENTES ADSCRITOS A LA UMF 20 ANTE LA  
CONTINGENCIA COVID-19.**

**TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA  
DRA. MARIANA TÉLLEZ HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA DE TESIS  
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

**CIUDAD DE MÉXICO 2021**



**IMSS**

**U. M. F. No. 20**

**COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN EN SALUD**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MÉDICOS  
Y RESIDENTES ADSCRITOS A LA UMF 20 ANTE LA CONTINGENCIA  
COVID-19.

**DIRECTORA DE TESIS**



---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**  
**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN**  
**MEDICINA FAMILIAR, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MÉDICOS  
Y RESIDENTES ADSCRITOS A LA UMF 20 ANTE LA CONTINGENCIA  
COVID-19.

VoBo



---

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA**  
**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN**  
**SALUD, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, rounded initial followed by several loops and a final flourish.

---

**DRA. DANAÉ PÉREZ LOPEZ**  
**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**MAESTRA EN DOCENCIA CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA**  
**PROFESORA ADTITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN**  
**MEDICINA FAMILIAR**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

## Índice

I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	4
III. MARCO TEÓRICO.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
V. OBJETIVOS.....	22
VI. HIPÓTESIS.....	23
VII. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
VIII. RESULTADOS.....	32
IX. DISCUSIÓN.....	43
X. CONCLUSIONES.....	46
XI. RECOMENDACIONES.....	48
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	49
XIII. ANEXOS.....	52

***"El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad."***

***William Osler***

## **DEDICATORIA**

### ***A mis queridos padres, Leopoldo y Juana***

Por su amor incondicional, por apoyarme y confiar en mí en todo momento, y a pesar de los sacrificios y adversidades dieron todo para que culminara esta especialidad.

### ***A mis hermanos, Jorge y Jesús.***

Por estar conmigo en todo momento y por su cariño.

### ***A mi pareja, Alejandro.***

Por impulsarme a ser mejor médico y persona, gracias por todo el amor que me brindas día a día.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios**, por siempre estar a mi lado, por las bendiciones recibidas, por darme salud y poner a las personas correctas en mi camino.

**A mis padres y hermanos** por apoyarme en cada paso de mi vida, estar ahí en los momentos más difíciles, y no rendirse cuando yo ya lo había hecho, sin ellos no sería la persona que soy ahora y no estaría aquí en este momento, gracias, por tanto.

**A mi pareja, Alejandro**, por apoyarme y estar conmigo estos tres años de residencia, ser un pilar fundamental para mí y ser parte de mi familia.

**A mis maestros** que me inspiraron a ser mejor médico y persona, gracias por hacerme creer en la medicina.

A mi casa la **Universidad Nacional Autónoma de México** que me abrió las puertas desde el bachillerato, y me permitió continuar con mi formación hasta el posgrado.

**A la Dra. Santa Vega Mendoza**, mi directora de tesis, por su enseñanza y valiosas aportaciones para culminar este trabajo.

**Al Instituto Mexicano del Seguro Social**, por formarme y permitirme desarrollarme como médico familiar.

## Índice

I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	4
III. MARCO TEÓRICO.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
V. OBJETIVOS.....	22
VI. HIPÓTESIS.....	23
VII. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
VIII. RESULTADOS.....	32
IX. DISCUSIÓN.....	43
X. CONCLUSIONES.....	46
XI. RECOMENDACIONES.....	48
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	49
XIII. ANEXOS.....	52

## I. RESUMEN.

### PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MEDICOS Y RESIDENTES ADSCRITOS A LA UMF 20 ANTE LA CONTIGENCIA COVID-19.

**MARIANA TÉLLEZ HERNÁNDEZ<sup>1</sup>; DRA. SANTA VEGA-MENDOZA<sup>2</sup>.**

1.Médico Residente de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 20.

2.Médica Familiar. Maestra en Ciencias de la Educación. Unidad de Medicina Familiar No. 20.

**INTRODUCCIÓN:** Acorde a estudios realizados en otros países como China, Canadá, España e Italia se encontró una prevalencia de trastorno de estrés postraumático de alrededor del 50 % en los profesionales de la salud durante la atención médica en la pandemia COVID-19. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de estrés postraumático por contingencia COVID-19 en médicos y residentes adscritos a la UMF 20. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal analítico, en la UMF 20 IMSS, Ciudad de México, en médicos familiares, no familiares y residentes de la especialidad de medicina familiar, con la muestra elegida por conveniencia, bajo consentimiento informado, se aplicó encuesta de determinantes sociodemográficos (edad, estado civil, nivel socioeconómico, hijos), escala de gravedad de síntomas revisada de trastorno de estrés postraumático, SSQ6 para redes de apoyo y FACES III. Se utilizó estadística descriptiva y  $\chi^2$ . **RESULTADOS:** Prevalencia estrés postraumático 10.2%, siendo femeninas 72.7%, edad 30-35 años 36.4%, solteros 63.6%, NSE(A/B) 45.5% ( $p=.043$ ), familia monoparental/nuclear simple 72.7%, caóticas 54.5%, semirrelacionadas 54.5%, funcionales 54.5%, red apoyo alta 45.5% ( $p=.0026$ ), médico familiar 45.5% y residente 45.5%, apoyó área respiratoria 72.7%. **CONCLUSIONES:** En este estudio se demostró que la prevalencia de estrés postraumático en médicos y residentes de la UMF 20 es menor que lo reportado en la literatura internacional, además que no tiene asociación con la atención de pacientes COVID-19, por lo que influyeron otros factores para su presentación como el aspecto familiar.

**PALABRAS CLAVE:** Estrés postraumático, COVID-19, contingencia, pandemia, residentes.

## ABSTRACT

### PREVALENCE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PHYSICIANS AND RESIDENTS REGISTERED TO THE UMF 20 IN THE FACE OF COVID-19 CONTINGENCY.

MARIANA TÉLLEZ HERNÁNDEZ<sup>1</sup>; DRA. SANTA VEGA-MENDOZA<sup>2</sup>.

1. Family Medicine Resident Physician. UMF No.20.
2. Family Physician. Master of Science in Education. UMF No.20.

**INTRODUCTION:** According to studies carried out in other countries such as China, Canada, Spain and Italy, a prevalence of post-traumatic stress disorder of around 50% was found in health professionals during medical care in the COVID-19 pandemic.**OBJECTIVE:** Determine the prevalence of post-traumatic stress by contingency COVID-19 in physicians and residents assigned to the UMF 20.**MATERIALS AND METHODS:** An analytical cross-sectional study was carried out, in the UMF 20 IMSS, Mexico City, in family doctors, non-relatives and residents of the specialty of family medicine, with the sample chosen for convenience, under informed consent, a survey of sociodemographic determinants was applied ( age, marital status, socioeconomic status, children), revised post-traumatic stress disorder symptom severity scale, SSQ6 for support networks, and FACES III. Descriptive statistics and chi2 were used.**RESULTS:** Post-traumatic stress prevalence 10.2%, being female 72.7%, age 30-35 years 36.4%, single 63.6%, NSE (A / B) 45.5% (p = .043), single parent / simple nuclear family 72.7%, chaotic 54.5%, semi-related 54.5%, functional 54.5%, high support network 45.5% (p = .0026), family doctor 45.5% and resident 45.5%, supported respiratory area 72.7%.**CONCLUSIONS:** This study showed that the prevalence of post-traumatic stress disorder in physicians and residents of UMF 20 is less than reported in the international literature, in addition that it has no association with the care of COVID-19 patients, so that influenced other factors his presentation.

**KEY WORDS:** Post-traumatic stress, COVID-19, contingency, pandemic, residents.

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO  
EN MEDICOS Y RESIDENTES ADSCRITOS A LA UMF 20 ANTE LA  
CONTINGENCIA COVID-19.**

**Registro ante el comité; R-2020-3404-005**

## II. INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID 19 azoto con gran impacto a nuestro país encontrando hasta el día de 20 de octubre de 2020 un total de 860,714 casos positivos y 86, 893 muertos.<sup>8,20</sup>

El trastorno por estrés postraumático se desencadena por la experimentación de una amenaza a la vida propia o la de alguien más. <sup>1</sup>

En el caso de la Pandemia COVID 19, por el impacto que ha tenido, los cambios en la vida cotidiana, las muertes que se han presentado no solo en México si no en el mundo, se ha comparado esta situación con la segunda guerra mundial. Por lo que en este caso la pandemia *per se* es un evento traumático, que puede desencadenar el trastorno de estrés postraumático. <sup>11</sup>

En estudios realizados en diferentes países como China, España, Canadá se encontró que existe una prevalencia de síndrome de estrés postraumático alrededor del 50% en los trabajadores de la salud que atienden pacientes con COVID 19. <sup>6,16</sup>

Dentro de los factores de riesgo extrínseco que destacan son la cantidad de horas laboradas, la necesidad económica de rolar turnos, la falta de equipo de protección personal, falta de insumos necesarios, la sobrecarga de trabajo. Que presentamos en mayor medida en México por ser un país en vías de desarrollo. <sup>12-16</sup>

Por lo que es importante conocer la prevalencia de estrés postraumático en nuestro país y en unidades de primer nivel de atención, ya que si en los países donde se tiene mayores recursos e infraestructura se está presentando en el 50% de los médicos. <sup>12-16</sup>

Por lo que sería de gran utilidad para desarrollar estrategias tanto a nivel personal como en conjunto para disminuir estos factores que impactan también en la calidad de la atención clínica de los pacientes. <sup>6,3,16</sup>

Es por lo anterior que es necesario realizar este estudio que nos hable de la prevalencia de estrés postraumático en médicos de primer nivel de atención debido a la consulta con pacientes con COVID-19, ya que no se encontró uno igual en México, y por lo general los estudios en otros países hablan de segundo nivel de atención, o de hospitalización, o en algunos casos del servicio de urgencias, en donde se deja completamente de lado la consulta externa de medicina familiar, que es el base de sistema de salud, y es primordial en el combate a esta pandemia, por lo cual los médicos y residentes deben tener una buena salud mental para dar una atención medica de calidad.

### III. MARCO TEÓRICO

El trastorno de estrés postraumático es un evento que involucra el haber experimentado o presenciado una amenaza a la vida propia o de alguien más, ya sea por un asalto, abuso sexual o físico. <sup>1</sup>

Las respuestas al estrés son reacciones personales que por lo regular desaparecen en varios días, pero en alrededor del 7 al 10 % de la población persiste y da lugar al estrés postraumático, también se puede desarrollar trastorno de ansiedad o depresión o abuso de sustancias aunado a esto. <sup>1</sup>

Este tipo de reacciones personales no solo se deben al evento traumático si no también intervienen factores como genética, factores ambientales, nivel sociocultural, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno. <sup>1</sup>

La prevalencia actual del trastorno de estrés postraumático es de 3.5% en la población general y se eleva en poblaciones con alto índice de exposición como los soldados en guerra. <sup>1</sup>

Se ha visto que el trastorno de estrés postraumático además del trastorno bipolar, son susceptibles a ser acompañados por otras enfermedades psiquiátricas y médicas. <sup>1</sup>

De acuerdo a la definición, el trastorno de estrés postraumático puede ocurrir solo si se ha producido un trauma psicológico; pero la investigación ha demostrado que la exposición a un factor estresante traumático es una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático, por lo que como se ha mencionado anteriormente las características de las personas las que nos dan una mayor probabilidad de padecer este trastorno. <sup>1</sup>

Por otro lado, se ha visto que no todas las personas que sufren un estrés traumático desarrollan trastorno de estrés postraumático, tomando en cuenta la variabilidad de cada persona, así como las circunstancias y naturaleza del evento traumático.<sup>1</sup>

No hay una única causa establecida para el trastorno, pero implica diversos cambios en respuesta del cuerpo al estrés, modificaciones en el sistema de regulación emocional del cerebro que están asociadas con sensibilidad extrema al peligro y adaptaciones de autoprotección para promover la supervivencia.<sup>1</sup>

El dolor es una de las manifestaciones más frecuentes en las enfermedades que puede ser una causa orgánica o psicológica.<sup>1</sup>

Se ha descrito que las personas que sufren trastorno de estrés postraumático, son biológicamente diferentes a otras personas, aunque no se conoce si las diferencias biológicas son las causas o efectos de trastorno de estrés postraumático o producto de otras comorbilidades.<sup>1</sup>

El trauma psicológico puede ocurrir sin ninguna lesión física, la exposición al factor estresante no tiene que ser precisamente reciente si no que pudo haber ocurrido hace muchos años atrás.<sup>1</sup>

El trastorno de estrés postraumático puede iniciar en cualquier etapa de la vida. La sintomatología suele aparecer en los 3 meses posteriores a la aparición del trauma, los síntomas pueden permanecer ausentes de manera temporal por meses o años antes de que se manifieste.<sup>1,2</sup>

La duración de los síntomas es variable, en general desaparecen en los primeros 3 meses. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al evento traumático son lo que determina la mayor probabilidad de presentar el síndrome.<sup>1,2</sup>

En el trastorno de estrés postraumático se incluyen pensamientos intrusivos, frecuentes (sueños vividos), conductas evitativas, alteraciones de la cognición, y el estado de ánimo (problemas de memoria, distorsiones del pensamiento, afectos bajos o desinterés en lo cotidiano), y alteraciones del estado de alerta y de reacción (problemas para dormir, conductas impulsivas, irritabilidad), flashbacks y estado de hipervigilancia. El diagnóstico es clínico y amerita la presencia de antecedente de un evento traumático. <sup>2,3</sup>

En el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático ocurre cuando la persona presenta los síntomas por al menos 1 mes después del evento traumático, el diagnóstico temprano nos puede llevar a realizar una intervención y así reducir la progresión. <sup>4</sup>

Encontramos a los trastornos por estrés postraumático con el código 309.81 en el DSM V y F43.1 en la CIE -10. <sup>1,2</sup>

Para el diagnóstico de TEPT se utilizan los criterios diagnósticos de estrés postraumático del DSM V o del CIE 10. Así como se puede realizar la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional para trastorno de estrés postraumático. <sup>5</sup>

Al hablar un poco de la fisiología del estrés tenemos que se activa principalmente en sistema nervioso central y respuestas endocrinas que desglosaremos a continuación. <sup>3</sup>

Durante la respuesta al estrés se activan dos tipos de diferentes circuitos en el sistema nervioso central, por una parte, el sistema nervioso autónomo, y por otro parte la interpretación cortical del estresor aunada a la respuesta del sistema límbico y del eje hipotálamo-hipófisis- adrenal. <sup>3</sup>

El hipotálamo es el encargado de activar el sistema neuroendocrino, que secreta la hormona liberadora de corticotropina, estimulando la secreción de glucocorticoides con que provoca grandes concentraciones de cortisol, que dependiendo el tiempo

de exposición al agente estresor, puedo pausar disfunción de la respuesta inmune.

3

La corteza prefrontal regula las emociones, pensamientos y conducta, pero cuando se presenta una situación de estrés que ocasiona la pérdida del equilibrio, se pueden presentar fallas cognitivas, conductas disfuncionales y síntomas físicos pasajeros. En caso de que la exposición al estrés continúe puede causar cuadro como el trastorno por estrés postraumático, trastornos depresivos o conductas suicidas.<sup>3</sup>

En la exposición al estrés agudo puede provocar una respuesta transitoria que por lo general remite en horas o días.<sup>3</sup>

En diciembre 2019 un nuevo coronavirus causante de neumonía, llamado enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19) azoto a Wuhan (China), que durante las siguientes semanas se reportaron más casos alrededor del mundo, fue cuando la OMS declaro pandemia global por COVID-19 el 11 de marzo del 2020.<sup>6</sup>

En los últimos 20 años ha habido infecciones nuevas como SARS en 2002, la influenza AH1-N1 en 2009, este tipo de situaciones, así como el COVID-19, requiere una respuesta inmediata de parte del área de la salud y sus trabajadores como médicos y enfermeras, que se están enfrentado a este nuevo desafío de salud.<sup>6</sup>

Una respuesta similar en donde vimos el impacto al personal de salud fue en 2003 con SARS donde aún el 10% de los trabajadores de la salud presentaron TEPT aun después de 3 años. Pero esta pandemia que inicio en 2019 ha tenido un mayor impacto en la salud mental de los médicos.<sup>4,7</sup>

La pandemia por COVID 19 es un desafío sin precedentes para la sociedad, poniéndonos en un panorama epidemiología al 05 de octubre del 2020 teníamos en México un número de casos totales 789,780 y 81,877 defunciones, por lo que nos coloca en el cuarto país con mayor mortalidad por COVID 19 en el mundo.<sup>8</sup>

La pandemia por SARS-COV 2, dentro de este problema de salud pública vino a traer un alto impacto emocional a los trabajadores de la salud, tanto por la carga de trabajo como el cambio en la vida cotidiana. <sup>3</sup>

Debido a la ruta de transmisión primaria de SARS-COV 2 que son los aerosoles y el contacto cercano puso a los médicos en un gran riesgo de exposición, por lo que una repuesta de estrés y ansiedad se esperó en este grupo de la población. <sup>9</sup>

Hablando de la exposición repetida al estrés como en el caso de COVID 19, puede afectar muchas funciones como las cognitivas, afectivas o conductuales de una persona, que en consecuencia de no resolverse van a producir alteraciones metabólicas que debilitan al sistema inmune lo que se puede traducir en aumento del riesgo de infectarse en el personal de salud. <sup>3</sup>

Los trabajadores de la salud enfrentan situaciones críticas que incrementan el riesgo de padecer algún impacto psicológico que van desde el estrés hasta afectación en la salud mental. <sup>6</sup>

Los residentes en entrenamiento son una proporción muy significativa en el equipo de respuesta COVID-19 a nivel internacional, por lo que también los síntomas de estrés y estrés postraumático los afectan, por lo que también se debe trabajar con este grupo. <sup>10</sup>

Los cambios que se han dado, alto número de contagios, el rebosamiento de las áreas de urgencias y de medicina crítica, la participación de médicos y enfermeras no especialistas, o en formación como lo son los médicos residentes, han traído incertidumbre dentro del gremio de la salud. <sup>3</sup>

Otro de los factores que ha incurrido en el aumento del estrés en el personal sanitario es las tan diversas manifestaciones clínicas, la falta de algoritmos claros en el manejo del paciente, la elevada mortalidad y evolución tórpida de muchos

pacientes, la estigmatización de la sociedad hacia los médicos, la incomodidad del equipo de protección, la necesidad de mantenerse en alerta para no contaminarse, entre muchos otros factores que se comentaron y seguirán comentado que al final nos traen como consecuencias no solo el agotamiento físico si no también mental.<sup>3</sup>

Por la cantidad de decesos que se han presentado, el impacto de esta crisis es comparable con la guerra. Por lo que los trabajadores de la salud están bajo estrés psicológico y físico aunado a alguna patología psicológica preexistente. Lo que los coloca en grupo aun con mayor riesgo.<sup>11</sup>

El trastorno de estrés postraumático del que se ha hablado anteriormente ha tenido una alta prevalencia, en las áreas más afectadas de China, por COVID 19.<sup>12</sup>

Se menciona que por la pandemia COVID-19. Es probable que se exponga a profesionales sanitarios en los países en desarrollo como México en una situación sin precedentes, donde se tienen que tomar decisiones difíciles, así como trabajar bajo mucho estrés. Las decisiones incluyen distribuir los pocos recursos que se tiene entre los pacientes, así como el volumen de pacientes vistos. Estas situaciones laborales, así como los problemas personales, familiares o necesidades de salud física, nos puede llevar a experimentar en los profesionales de la salud refiriéndonos en este caso a los médicos trastorno de estrés postraumático.<sup>12</sup>

En China en los trabajadores de la salud se ha visto algunas situaciones a las que se enfrenta día con día como estar expuestos a contraer la infección del COVID-19, una inadecuada protección, a interactuar con pacientes con emociones negativas, dificultad de la comunicación con el paciente debido al uso del equipo de protección personal, a la pérdida del contacto con la familia, la incapacidad de los pacientes de poder estar con su familia durante al hospitalización, y al agotamiento físico y mental. Ante todas estas situaciones que podríamos considerar como factores de riesgo, el personal de salud está cursando con problemas de salud mental como el estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor.<sup>11,13</sup>

Algunas otras de las reacciones emocionales reportadas por el personal sanitario con labilidad emocional, tristeza, culpa. Falta de atención y concentración, pérdida del apetito, evitar asuntos importantes, deseos de morir o conductas autolesivas.<sup>3</sup>

Las manifestaciones clínicas conocidas como síntomas psicossomáticos derivados del estrés que se reportaron en trabajadores de la salud, van desde el dolor, hasta otros síntomas no específicos como fatiga, debilidad y letargia.<sup>7</sup>

Los factores preexistentes como un salario injusto, la gran carga de trabajo, conflictos en el área de trabajo son estresores laborales que se suman a los que surgieron recientemente y que finalmente pueden contribuir al desarrollo de síndrome de burnout que puede contribuir a la aparición de otros trastornos mentales como TEPT y trastorno de ansiedad.<sup>3</sup>

Aunado a que, en México, tenemos que los médicos residentes tienen jornadas extenuantes de trabajo en algunas ocasiones mayor a 36 horas continuas, así como los médicos adscritos quienes por la necesidad económica se ven obligados a trabajar en diferentes turnos, por lo que ambos rebasan las 48 horas semanales recomendadas.<sup>3</sup>

Todos estos problemas de salud mental incluido el trastorno de estrés postraumático, afectan no solo la calidad de la atención médica, sino también la capacidad de comprensión clínica y la toma de decisiones, así como en la calidad de vida. Por lo que es muy importante identificar estos problemas para su tratamiento oportuno e intervención.<sup>13</sup>

Es importante recalcar que los factores ya mencionados como la falta de suficiente equipo de protección personal y de calidad se refleja inmediatamente en la atención medica ya sea en las habilidades clínicas o en la disminución de la capacidad para la toma de decisiones que pueden verse nublado el juicio por miedo o

preocupaciones personales, que puede llegar hasta una decisión tan importante en donde dependa la vida del paciente. <sup>6</sup>

Huang Jizheng y colaboradores realizaron un estudio descriptivo transversal en China desde el 7 hasta el 14 de febrero de 2020. Donde se contaron con 246 participantes del área de la salud donde se aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS). Donde se recuperaron 230 cuestionarios. En el estudio participaron 43 hombres y 187 mujeres, con edad entre 20 a 59 años, donde 70 correspondían a médicos y 160 eran enfermeras. En este estudio se encontró una tasa del trastorno de estrés postraumático en el personal de salud del 27.39 %. El porcentaje de estrés postraumático en el personal femenino fue más alto. Por lo que podemos ver una alta incidencia de estrés en el personal de salud. Aunque este estudio fue realizado en China nos serviría de base para comparar los resultados con nuestro país ya que esta pandemia se está viviendo a nivel mundial además que fue en este país asiático donde inicio la pandemia. <sup>13</sup>

Otros de los factores que influyen en la aparición del trastorno de estrés postraumático en el personal de salud es el miedo de contagiar a sus familiares, así como los extenuantes horarios de trabajo y la falta de descansos. <sup>11</sup>

El ser mujer, el embarazo o tener hijos, son factores que se han relacionado con mayor estrés. Las mujeres tienen mayor temor a contagiarse o contagiar a su familia, en comparación con el sexo masculino. <sup>14</sup>

Actualmente no se sabe si la aparición de trastornos psiquiátricos es algo nuevo o es derivado de trastornos preexistentes, lo que sí sabemos es que influyen tanto los factores protectores como los factores de riesgo, así como la personalidad. <sup>3</sup>

La cantidad de personal femenino dentro del área de la salud es mucho mayor que el masculino, por lo que se coloca a la mujer en una situación de sobrecarga

emocional por el cuidado de los hijos y las labores del hogar; Así como está documentado el incremento de violencia de género durante las pandemias.<sup>3</sup>

En este rubro hablando de la mayor cantidad de médicos mujeres también entra otro rubro que impacta directamente en los factores estresantes como lo es el no disponer de servicios que cuiden a los niños, ya que las escuelas y guarderías se encuentran cerradas.<sup>4</sup>

Los factores de riesgo para aparición de TEPT, así como muchos otros como burnout o trastorno de ansiedad, en el personal médico son frustración, discriminación, soledad, se ha visto que los brotes de COVID-19 tienen un alto impacto en el personal de salud.<sup>14</sup>

Algunos problemas familiares salen a la luz en la pandemia, como las familias monoparentales tienen el reto que no cuentan con un apoyo para el cuidado de los hijos mientras ellos o ellas laboran. Algunas otras familias al parecer funcionales, presentan dificultades como el descubrimiento de infidelidades, algunas patologías de los miembros de la familia como trastornos alimentarios; estas situaciones familiares aunadas al cambio de vida y carga de trabajo se suman a la carga de los trabajadores sanitarios.<sup>3</sup>

Otro punto a considerar dentro de los factores de riesgo individuales preexistentes es la coexistencia de conductas adictivas o adicciones.<sup>3</sup>

Una nueva investigación ha sugerido que el síndrome de estrés postraumático, en los reanimadores es de 9.6% mientras que en el personal de primera línea en la atención de la pandemia puede ser mayor al 10%.<sup>11</sup>

En una revisión se estudiaron los síntomas por estrés postraumático en 23 estudios en diferentes países, como Canadá, China, Taiwan, Corea del Sur, Arabia Saudita,

Sierra Leona, Japón, Nigeria, Singapur y Grecia. Se evidencio que, durante los brotes, la prevalencia de síntomas de estrés postraumático fue entre el 11 al 73.4%.<sup>6</sup>

En esta misma revisión se reportó que la mitad de los trabajadores sanitarios (51.5%) obtuvieron puntuaciones superiores en la escala de impacto de eventos revisada (IESR) para un diagnóstico de TEPT. <sup>6</sup>

En estudios sobre la pandemia COVID-19, se reportó la tasa de prevalencia más alta (71.5-73 %). En contraste con los miembros de un hospital psiquiátrico en donde solo el 5 % cumplió con los criterios TEPT. Aunque estos resultados en las diferencias entre un tipo de hospital y otro no se pueden generalizar aún. <sup>6</sup>

En otros estudios se observaron los síntomas clínicos de TEPT después del termino de los brotes por COVID-19; en donde los resultados nos hablan que los trabajadores de la salud todavía tienen síntomas de trastorno de estrés postraumático un mes después del evento ocurrido en este caso brote COVID -19 con un porcentaje entre 18.6-28.4%; 17.7% aun presentan síntomas después de 6 meses, 10-40% después de 1 a 3 años. <sup>6</sup>

En un estudio multicéntrico, multinacional se vio una prevalencia de 7.5% de síndrome de estrés postraumático en trabajadores de la salud. <sup>7</sup>

Por lo que se ha visto que se los síntomas depresivos y postraumáticos pueden presentarse aun después de 6 meses a 3 años, posterior a la aparición del evento, en este caso los brotes de COVID-19, por lo que no es importante solo los síntomas agudos, si no las secuelas a largo plazo que se pueden presentar en los trabajadores de la salud. <sup>6</sup>

Las respuestas de mal adaptación al estrés como es el TEPT se ha visto que tiene que ver con otros factores personales, además de la aparición del evento traumático como la resiliencia, la historia de otros trastornos psiquiátricos previos. <sup>6</sup>

Los trastornos de depresión, ansiedad, y abuso de sustancias pueden aparecer de manera independiente o asociados al trastorno de estrés postraumático.<sup>3</sup>

El trastorno de estrés pos traumático también está muy relacionado con el síndrome de Burnout. Por lo que es una entidad importante a considerar.<sup>4</sup>

En dos estudios de casos y controles se observó que los trabajadores de la salud mostraron una morbilidad (TEPT) después del evento, en este caso el brote de COVID 19, mayor en comparación con las personas que no pertenecen al gremio del personal sanitario.<sup>6</sup>

Otro de los factores en contra que tiene el personal de salud (médicos), es la falta de búsqueda de atención medico psiquiátrica, ya sea por estigma social o por aspecto de la personalidad; por lo que cuando el estrés en agudo no se resuelve y sin la ayuda profesional se tiene mayor riesgo de favorecer un trastorno de estrés postraumático.<sup>15</sup>

Como podemos ver la pandemia por COVID 19 es algo sin precedentes, el impacto que tenga en cada individuo, así como los factores estresores que emergieron o se exacerbaron pueden afectar de manera negativa en la salud mental del personal de salud, por lo que debe identificar y hacer la diferencia en el soporte de la salud mental del personal de salud.<sup>11</sup>

Las redes de apoyo, la personalidad, afrontamiento positivo, los factores sociodemográficos, capacidad de pedir ayuda, son elementos que deben tomarse en cuenta para evaluar la respuesta psíquica respecto a COVID -19.<sup>3</sup>

La espiritualidad, llevar un estilo de vida saludable, evitar la sobrecarga de información, así como mantenerse actualizado dentro del conocimiento de esta

nueva enfermedad, tener pareja estable, tener pasatiempos, se consideran factores protectores dentro de la respuesta a COVID-19.<sup>3,16</sup>

La resiliencia es un factor protector individual, ante el estrés, las personas que poseen resiliencia tienen una personalidad bien estructurada, son personas tenaces y optimistas, que se traduce en menor riesgo de enfermedad mental.<sup>3</sup>

La resiliencia es la forma en la que cada individuo enfrenta los problemas y es un relevante factor protector, que varía de persona a persona. <sup>16</sup>

En España las enfermeras que muestran una mayor confianza en la protección del EPP, tienen menores niveles de ansiedad y fatiga emocional. <sup>16</sup>

En una población en España se realizó un estudio donde resultó que el género femenino presentó mayor incidencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático, similar a lo visto en una población en China, por lo que se podría considerar factor de riesgo el género femenino para presentar cuadros psicopatológicos como TEPT. Mismo resultado que se obtuvo en estudio en Italia.

<sup>16</sup>

En estudios realizados en profesionales de la salud en Wuhan indican que más de la mitad presentan síntomas relacionados con la ansiedad en un 54% y 58% de depresión. En otro estudio realizado en Wuhan indica que incluyó a 1257 trabajadores sanitarios 71.5% presentaron síntomas de angustia, 44.6% de ansiedad, 50.4% de depresión y 34% de insomnio. En donde se vio que las enfermeras eran las más afectadas. <sup>16</sup>

La mayor afectación en el personal de enfermería también se vio replicado en estudio en Alemania. <sup>16</sup>

En un estudio realizado en España con 1422 trabajadores de la salud se encontró que el 56.6 por ciento presentaba trastorno de estrés postraumático por la atención a pacientes con COVID-19, representado este porcentaje un 91.2 por ciento el género femenino y un 8.8 por ciento el género masculino. Por lo que se confirma en otro estudio más, la mayor prevalencia de casos en mujeres.<sup>16</sup>

En el estudio realizado en España se vio como factores asociados a la presencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión el trabajar en horario nocturno o laborar en turnos rotarios de 12 x 24 horas, no tener un contrato legal o una base dentro del lugar donde se labora.<sup>16</sup>

Los profesionales de salud que laboran en unidades médicas donde se atienden a pacientes COVID 19, reportan mayores niveles de estrés ansiedad y estrés postraumático que aquellos que laboran en otras unidades.<sup>17</sup>

Los médicos que laboran en área de urgencias tienen un alto índice de síntomas de trastorno por estrés postraumático, algunos de los factores negativos que se encontraron fue no estar casados, ser divorciados, ya que experimentan menos apoyo familiar.<sup>9,17,18</sup>

Los doctores que se encuentran en el área de urgencias están expuestos a alto riesgo de estrés postraumático por las situaciones que se manejan ahí como pacientes críticos, sitio de trabajo concurrido, muerte de los pacientes, entre otros; por lo que en la pandemia COVID 19 pueden incrementar su riesgo de presentar TEPT como la cantidad de pacientes críticos, el número de muertes y el impredecible curso de la enfermedad.<sup>19</sup>

La falta de redes de apoyo como el no estar casado sigue siendo factor de riesgo para presentar ansiedad, estrés o trastorno de estrés postraumático.<sup>18</sup>

El instrumento para estrés postraumático la Escala de impacto de eventos: revisada, nos sirve para evaluar el trastorno de estrés postraumático que consta de 22 ítems,

distribuidos en 3 escalas: intrusión (7 ítems), evitación (8 ítems) e hiperactividad (7 ítems), para el diagnóstico de TEPT se considera positivo cuando tiene mayor o igual a 20 ítems. <sup>16</sup>

Las personas que viven solas en este caso los médicos o profesionales de la salud, a causa de la pandemia, así como vivir con alguien al cual tienen miedo de contagiar son factores negativos para la adecuada salud mental y nos predisponen a trastorno de estrés postraumático.<sup>15</sup>

Las consecuencias del TEPT son depresión, ansiedad, somatización, abuso de sustancias, suicidio, relaciones fallidas.<sup>4</sup>

Así como lo menciona el artículo esta pandemia es un maratón no una carrera, por lo que nos debemos tomar nuestros descansos, y el tiempo para resetearnos a nosotros mismos, que probablemente no es fácil, pero hay varias herramientas que podemos usar de manera personal como comer, beber, dormir, hacer ejercicio, enfocarse en las cosas buenas, y ser agradecido por las cosas que tenemos en nuestras vidas, como por ejemplo nuestra familia y amigos. <sup>11</sup>

Otras formas de mantenernos en calma es mantenernos en contacto con nuestros familiares y amigos por medio de una video llamada o por teléfono, hablando sobre nuestros sentimientos y experiencias sin mencionar el trabajo. Así como recordar y estar orgulloso del importante rol dentro de la sociedad que tiene el personal de salud ayudando a otras personas.<sup>11</sup>

Dentro de algunas estrategias implementadas para la disminución de la incidencia del TEPT son la organización en el trabajo, motivación en el trabajo, buen ambiente laboral, grupos de actividades para liberar estrés, alguna línea de asistencia psicológica. <sup>6</sup>

La evidencia también señala que cuando se dota de equipo de protección percibido como adecuada, la percepción de riesgo de contagio es menor, por lo que esto se podría traducir en menos resultados adversos psicológicos. Así como una capacitación adecuada y el acceso a la información disminuyen el estrés. <sup>6</sup>

Un punto muy importante a considerar es un adecuado ambiente de trabajo, con una buena organización, apoyo entre compañeros, no trabajar solo, ambiente flexible, la posibilidad de poder compartirlas emociones, sentimiento o dudas sobre un paciente con los compañeros de trabajo. Por lo que esto es un pilar fundamental, evitando los ambientes tóxicos. <sup>4</sup>

Es fundamental no estigmatizar la salud mental, esperando que esta pandemia, nos deje como aprendizaje el cuidado de la salud mental, y que no se quede solo como un recuerdo si no que se siga dando seguimiento y la prevención de los casos de trastorno de estrés postraumático o síndrome de burnout en los médicos, para poder brindar una atención médica de calidad. <sup>4</sup>

Los inhibidores de la recaptura de la serotonina son los fármacos que han demostrado mayor control de los síntomas en pacientes con trastorno por estrés postraumático. Dentro de las estrategias psicológicas tenemos la terapia cognitivo-conductual que se inicia en los primeros meses después del evento traumático. <sup>3,5</sup>

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de la salud mental en los trabajadores de la salud, más específicamente en los médicos, nos lleva a conocer los posibles trastornos que están asociados al trabajo en hospitales o unidades de medicina familiar, como lo es el síndrome de burnout y el trastorno de estrés postraumático.

Debido a la pandemia por COVID-19, tenemos que ha aumentado la carga de trabajo así como influyen otros factores como el miedo a contagiar a los seres queridos, la muerte o contagio de familiares y amigos cercanos, la falta de adecuado equipo de protección personal, que nos lleva aunado a los problemas que ya se venían reflejando mucho antes de la pandemia como la falta de recursos suficientes así como la sobresaturación de servicios médicos, nos trae como consecuencia la presentación de alteraciones en la salud mental.

Esta pandemia que se compara con vivir una guerra por lo que es un evento traumático, aunado a factores personales como la personalidad, resiliencia, falta de redes de apoyo, nos trae como resultado la aparición de trastorno por estrés postraumático.

El trastorno por estrés postraumático ha visto un incremento exponencial en los médicos que atienden a pacientes COVID -19, por lo que es importante conocer si algunos médicos y/o residentes de la UMF 20 presenta este trastorno para tener un diagnóstico e intervención oportuna.

La falta de estudios de investigación acerca de la prevalencia de estrés postraumático en médicos de primer nivel de atención, es por eso que nos hacemos la siguiente **pregunta de investigación:**

**¿Cuál es la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en médicos y residentes adscritos a la UMF 20 ante la contingencia COVID-19?**

## V. OBJETIVOS

**Principal:** Determinar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en médicos y residentes adscritos a la UMF 20 ante la contingencia COVID-19.

### **Específicos:**

- Identificar las características generales de los médicos y residente (sexo, edad, estado civil, Nivel socioeconómico)
- Identificar características socio familiares (tipología familiar, hijos, redes de apoyo, funcionamiento familiar durante contingencia)
- Identificar características laborales (categoría, turno, horas reales laboradas, apoyo a equipo respiratorio)
- Identificar la presencia o ausencia de estrés postraumático
- Relacionar el estrés con características generales, socio familiares y laborales

## **VI. HIPÓTESIS**

**H<sub>1</sub>:** La prevalencia de trastorno de estrés postraumático en médicos y residentes adscritos a la UMF 20 es mayor en aquellos que ingresan al área respiratoria.

**H<sub>0</sub>:** La prevalencia de trastorno de estrés postraumático en médicos y residentes adscritos a la UMF 20 no es mayor en aquellos que ingresan al área respiratoria.

## **VII. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS**

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** Determinar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en médicos familiares, no familiares y residentes adscritos a la UMF 20 ante la contingencia COVID-19.

### **POBLACIÓN Y LUGAR DE ESTUDIO:**

Se realizó el estudio en médicos familiares, no familiares adscritos a la UMF 20 que dan atención en la consulta de primer contacto y residentes de la especialidad de medicina familiar con sede en la UMF 20.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas, con un código postal 07760, en la delegación Gustavo A. Madero, en la Ciudad de México, clínica categorizada como atención de primer nivel, el cual cuenta con múltiples especialidades de atención, donde encontramos los consultorios de medicina familiar con un horario matutino de 08 a 14 horas y un horario vespertino de 14 a 20 horas.

### **CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DEL ESTUDIO:**

Médicos familiares y no familiares adscritos a la UMF 20 que dan atención en la consulta de primer contacto del turno matutino y vespertino, así como residentes que estaban cursando la especialidad de medicina familiar con sede en la UMF 20.

**DISEÑO:** Transversal analítico.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Médicos familiares, no familiares adscritos a la UMF 20.
- Médicos residentes con sede en la UMF 20.
- Edad de 24 a 65 años.
- Que desearon participar en el estudio.
- Que contestaron completamente el cuestionario.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Médicos y residentes que no estaban adscritos a la UMF 20.
- Médicos y residentes que al momento del estudio estaban de permiso, incapacidad, asilamiento, convenio, vacaciones, licencia, curso y residentes en servicio de campo

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Médicos y residentes de la UMF 20 que no contestaron completamente el cuestionario.
- Médicos y residentes que al contestar la encuesta posteriormente decidieron retirar su participación.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se determinó un total de 151 médicos familiares, no familiares y residentes, de los cuales 84 son médicos adscritos a la UMF 20 y 67 son médicos residentes de medicina familiar con sede en la UMF 20. Se incluyeron en el estudio todos los médicos de base generales, familiares, no familiares y residentes que desearon participar durante el periodo de estudio (noviembre-diciembre 2020)

## TIPO DE MUESTREO:

- No probabilístico por conveniencia, donde se incluyeron a todos los médicos familiares, no familiares adscritos y médicos residentes que cumplieron los criterios de acuerdo al periodo de estudio (noviembre-diciembre 2020).

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

**Variable dependiente:** estrés postraumático

**Variable independiente:** edad, estado civil, nivel socioeconómico, tipología familiar, hijos, redes de apoyo, funcionamiento familiar contingencia COVID-19, categoría, turno, horas reales laboradas, apoyo a equipo respiratorio.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
<b>Estrés postraumático</b>	Es una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica.	Se aplicará la Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de estrés postraumático-revisada (EGS-R). En donde se tomará como positivo mayor a 20 ítems positivos, teniendo un ítem positivo cuando se cumpla una puntuación mayor de 2 en cada ítem. Subescalas. Se encontrará presente si en la escala global se obtiene un puntaje total de 40-63. Ausente en el caso de tener 0-39. En la subescala de Re experimentación se considerará presente cuando se tenga una puntuación 6-15 y ausente 0.5.  En la subescala de la evitación se considerará presente cuando se tenga una puntuación de 6-9 y	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Presente 2. Ausente

		<p>ausente cuando se tenga una puntuación 0-5.</p> <p>En la subescala de Alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo se considerará presente cuando se tenga una puntuación 10-21 y ausente cuando se tenga una puntuación 0-9.</p> <p>En la subescala Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica se considerará presente cuando se tenga una puntuación de 10-18 y ausente con una puntuación 0-9.</p> <p>En el complemento de síntomas disociativos se considerará presente con una puntuación de 4-12 y ausente con una puntuación 0-3.</p> <p>En el complemento de disfuncionalidad en la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático se considerará con disfunción 0-6 Y sin disfunción 7-18.</p>			
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo.	Se obtendrá el dato de la edad del paciente al momento de la realización de la encuesta.	Cuantitativa	Discreta	Años 26,27,28
<b>Hijos</b>	Desciéndete directo de una persona.	Se obtendrá el dato de los hijos del paciente al momento de la realización de la encuesta.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Con hijos 2. Sin hijos
<b>Sexo</b>	Identidad sexual de los seres vivos	Diferencias anatómicas y fisiológicas en los pacientes en relación al sexo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Masculino o 2. Femenino o
<b>Nivel socioeconómico</b>	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una	Categorizando mediante la suma de preguntas para la medición del nivel socioeconómico del instrumento del AMAI (número de habitaciones,	Cualitativa	Ordinal	1.-A/B=Nivel Alto 2.-C+=Nivel Medio Alto 3.-C =Nivel Medio Típico

	persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	baños, focos, material de piso, electrodomésticos, autos y grado de escolaridad, que categorizando de la siguiente manera: 1. Nivel A/B: clase alta 2. Nivel C+ Clase media alta 3. Nivel C: clase media. 4. Nivel C- : clase media baja 5. Nivel D+: Clase baja 6. Nivel D: clase baja extremo 7. Nivel E: Clase muy baja extremo.			4.- C- = Nivel Medio Emergente 5.- D+ = Nivel Bajo Típico 6.- D = Nivel Bajo extremo 7.- E = Nivel Bajo Muy Extremo
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil.	Se obtendrá el dato del estado civil del paciente al momento de la realización de la encuesta.	Cualitativa	Nominal Politómica	1.Soltero(a) 2.Casado(a) 3.Concubinato (a)
<b>Categoría</b>	Es el puesto de trabajo que aparece en el contrato.	Se obtendrá el dato de categoría del paciente al momento de la realización de la encuesta.	Cualitativa	Nominal Politómica	1. Médico Familiar 2. Médico no Familiar 3. Médico General 4. Médico residente
<b>Turno</b>	Es el horario en el cual labora el trabajador.	Se obtendrá el dato de turno del paciente al momento de la realización de la encuesta	Cualitativa	Nominal Politómica	1. Matutino 2. Vespertino 3. Móvil continuo
<b>Horas reales laboradas.</b>	Es el número de horas que el trabajador labora efectivamente en una semana.	Se obtendrá el dato de horas reales laboradas a la semana del paciente al momento de la realización de la encuesta.	Cuantitativa	Discreta	6,7,8,9,10,
<b>Apoyo a equipo respiratorio</b>	Se refiere a si los médicos dan consulta en el área de triage respiratorio.	Se obtendrá el dato de apoyo a equipo respiratorio del paciente al momento de la realización de la encuesta.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si apoya 2. No apoya

<b>Tipología familiar</b>	Es la clasificación que identificar con que elementos está integrada la familia.	Se obtendrá el dato de la tipología familiar del paciente al momento de la realización de la encuesta.	Cualitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Familia Nuclear</li> <li>2. Familia Nuclear Simple</li> <li>3. Familia Nuclear numeros a</li> <li>4. Familia extensa</li> <li>5. Familia extensa compues ta</li> <li>6. Familia Reconstr uida (binuclea r)</li> <li>7. Familia Monopar ental</li> <li>8. No parental</li> <li>9. Grupos similares a familias</li> <li>10. Vive solo</li> </ol>
<b>Funcionamiento familiar</b>	Es la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio.	Se valorará la función familiar en la pandemia por COVID 19. Se utilizará la escala FACES III. En donde según Cohesión los puntajes son los siguientes: 10-34: no relacionada; 35-40 semirelacionada; 41-45 relacionada; 46-50: aglutinada. De acuerdo adaptabilidad los puntajes son 10-19 rígida; 20-24: estructurada; 25-28 flexible; 29-50 Caótica.	Cualitativa	Nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.No relacionada</li> <li>2.Semirrelaciona da</li> <li>3.Relacionada</li> <li>4.Aglutinada</li> <li>5.Rígida</li> <li>6.Estructurada</li> <li>7.Flexible</li> <li>8. Caótica.</li> </ol>
<b>Redes de apoyo</b>	Se refieren a un conjunto flexible de personas con las que mantenemos un contacto frecuente y un vínculo social cercano.	Se obtendrá del Cuestionario de Apoyo Social (SSQ6). Versión española abreviada de Sahara. (6 ítems) Puntación medida: Nivel de satisfacción. Baja: 1 a 2.99 puntos Media: 2.99 a 3.99 puntos Alta: más de 4 puntos	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Baja</li> <li>2.Media</li> <li>3.Alta</li> </ol>

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Previa autorización de las autoridades competentes, bajo el consentimiento informado/asentimiento informado y autorización de los médicos familiares y no familiares que laboraban en la UMF 20 y los residentes de medicina familiar con sede en la UMF 20, a los médicos que accedieron a participar en esta investigación, se les explicó el motivo e importancia del estudio, dejando en claro el carácter voluntario de la participación, así como la confidencialidad de los datos personales y de la información obtenidos, indicándoles que podrían retirar su consentimiento en cualquier momento de la aplicación del cuestionario, sin ninguna represalia.

El cuestionario constó de dos secciones en la primera parte se encontraba la información del perfil sociodemográfico como es edad, estado civil, nivel socioeconómico, tipología familiar, si se tienen hijos; en la segunda parte se encontraban varios instrumentos que nos permitieron evaluar el funcionamiento familiar en la contingencia COVID-19, evaluar las redes de apoyo y el estrés postraumático.

Se les aplicó un instrumento, a todos los médicos y residentes de medicina familiar adscritos a la UMF 20, que desearon participar en el estudio, dentro de la Unidad de Medicina Familiar número 20 Vallejo, donde se les explicó las características generales del estudio y se resolvieron las dudas que se presentaron con ayuda del investigador, con el fin de evitar algún sesgo.

Una vez terminado el cuestionario por parte del participante, finalizando la aplicación de dicho cuestionario, se les agradeció a los participantes.

Una vez terminada la recolección de información, se procedió la codificación de datos en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSION 21.0 para su análisis, y se realizaron tablas de salidas que permitieron su interpretación y análisis de datos para la redacción del escrito final.

Se difundieron los resultados en jornadas, congresos, etcétera; y se dio por terminado el proyecto.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

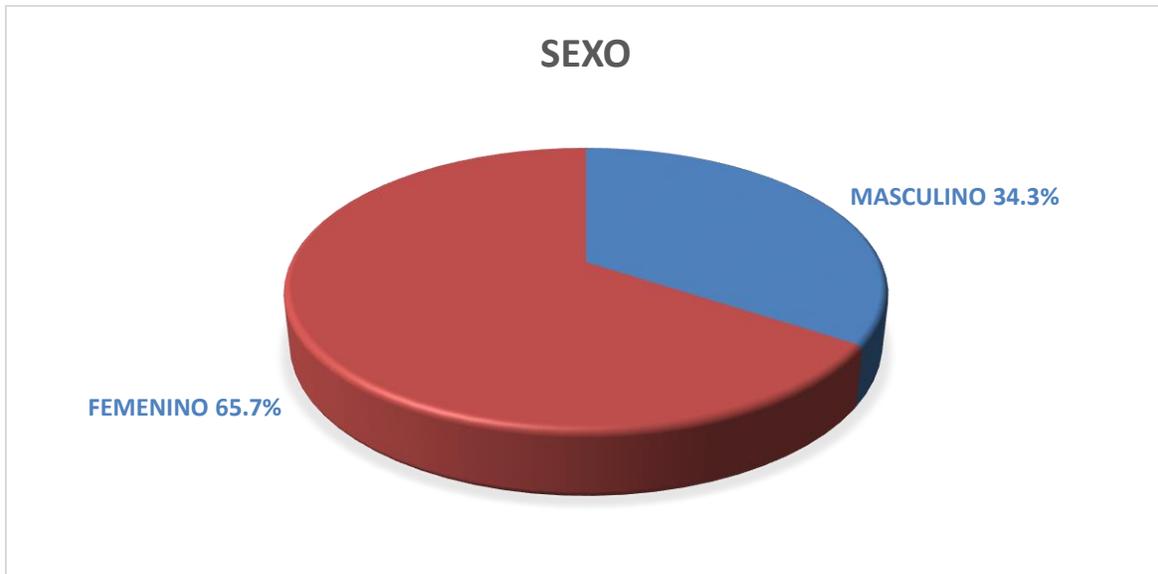
Se creó una hoja de cálculo en Microsoft Office Excel en base a la información obtenida de la encuesta que se realizó en la clínica 20 como se menciona en el periodo de estudio; y esta se exportó al sistema IBM SPSS STATISTICS VERSION 21.0, para su análisis tomando las medidas de tendencia central para análisis de variables cuantitativas (moda, media y mediana) frecuencias y porcentajes para variables cualitativas,  $\chi^2$  para asociación de variables.

## VIII. RESULTADOS

Se encuestaron 108 participantes entre médicos familiares, no familiares y residentes observando lo siguiente.

El sexo femenino predomina con el 65.7% y masculino un 34.3%. Con el grupo de edad entre 25 a 30 años un 41.7%. Estado civil solteros 59.3%, seguido casados el 29.6%. Nivel socioeconómico alto (A/B) 51.9% y medio alto (C+) 30.6%. Tabla 1 y gráfica 1.

TABLA 1.- DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE MÉDICOS Y RESIDENTES		
CARACTERISTICA GENERAL	N=108	%
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	37	34.3%
FEMENINO	71	65.7%
<b>INTERVALO DE EDAD</b>		
25-30	45	41.7%
30-35	23	21.3%
36-40	17	15.7%
40-45	12	11.1%
46-50	10	9.3%
51-55	1	0.9%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADO	32	29.6%
CONCUBINATO	12	11.1%
SOLTERO	64	59.3%
<b>NIVEL SOCIO ECONOMICO</b>		
A/B, NIVEL ALTO	56	51.9%
C-, NIVEL MEDIO EMERGENTE	7	6.5%
C, NIVEL MEDIO TIPICO	11	10.2%
C+, NIVEL MEDIO ALTO	33	30.6%
D+, NIVEL BAJO TIPICO	1	0.9%



**GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXO**

Se identificó una media  $33.07 \pm 6.9$ , moda 28, mediana de 32, una mínima 25 y máxima 51 años de edad. Tabla 2.

TABLA 2.- EDAD						
Variable	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	33.07	32	28	6.90	25	51

El 37% tiene hijos, y 63% sin hijos. Con tipología familiar nuclear simple el 34.3%, seguida de familia monoparental un 22.2%. Tabla 3.

TABLA 3.- DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE MÉDICOS Y RESIDENTES		
CARACTERISTICAS SOCIALES	N=108	%
<b>HIJOS</b>		
PRESENTES	40	37.0%
AUSENTES	68	63.0%
<b>TIPOLOGIA FAMILIAR</b>		
FAMILIA EXTENSA	5	4.6%
FAMILIA EXTENSA COMPUESTA	2	1.9%
FAMILIA MONOPARENTAL	24	22.2%
FAMILIA NO PARENTAL	3	2.8%
FAMILIA NUCLEAR	17	15.7%
FAMILIA NUCLEAR NUMEROSA	5	4.6%
FAMILIA NUCLEAR SIMPLE	37	34.3%
FAMILIA RECONSTRUIDA	2	1.9%
GRUPOS SIMILARES A FAMILIAS	4	3.7%
VIVE SOLO	9	8.3%

EL 64.8% tiene adaptabilidad tipo caótica y flexible un 19.4%. El 35.2% se encuentran con cohesión tipo aglutinadas y 30.6% semirelacionada. El 50.9% pertenecen a una familia funcional y 49.1% a familias no funcionales. Cuentan con redes de apoyo el 72.2%. Tabla 4.

TABLA 4.- DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE MÉDICOS Y RESIDENTES		
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	N=108	%
<b>ADAPTABILIDAD</b>		
CAOTICA	70	64.8%
ESTRUCTURADA	16	14.8%
FLEXIBLE	21	19.4%
RIGIDA	1	0.9%
<b>COHESION</b>		
AGLUTINADA	38	35.2%
NO RELACIONADA	9	8.3%
RELACIONADA	28	25.9%
SEMIRELACIONADA	33	30.6%
<b>FUNCION FAMILIAR</b>		
NO FUNCIONAL	53	49.1%
SI FUNCIONAL	55	50.9%
<b>REDES DE APOYO</b>		
ALTA	78	72.2%
BAJA	13	12.0%
MEDIA	17	15.7%

El 50.0% fueron médicos residentes, seguido de médico familiar con 43.5%. El 54.6% es móvil continuo y matutino 31.5%. El 42.6% laboran de 0 a 30 horas y 35.2% de 31 a 40 horas. El 77.8% apoyaron en área respiratoria y 22.2% no apoyaron. Tabla 5 y gráfica 2.

TABLA 5.- DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS LABORALES DE MÉDICOS Y RESIDENTES		
CARACTERÍSTICAS LABORALES	N=108	%
<b>CATEGORIA</b>		
MEDICO FAMILIAR	47	43.5%
MEDICO GENERAL	4	3.7%
MEDICO NO FAMILIAR	3	2.8%
MEDICO RESIDENTE	54	50.0%
<b>TURNO</b>		
MATUTINO	34	31.5%
MOVIL CONTINUO	59	54.6%
VESPERTINO	15	13.9%
<b>HORAS LABORADAS</b>		
0-30	46	42.6%
31-40	38	35.2%
41 Y MAS	24	22.2%
<b>APOYO A EQUIPO RESPIRATORIO</b>		
NO	24	22.2%
SI	84	77.8%



**GRÁFICA 2.- VARIABLE APOYO A EQUIPO RESPIRATORIO**

El 10.2 % presentaron estrés postraumático en contraste con el 89.8% que no presentó. El 22.2% contó con reexperimentación, seguido de aumento de la reactividad con 19.4%, continuando con alteraciones cognitivas con 15.7%, y evitación con 11.1%. Tabla 6 y gráfica 3.

TABLA 6.- DISTRIBUCIÓN DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MÉDICOS Y RESIDENTES.		
<b>ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>	N=108	%
AUSENTE	97	89.8%
PRESENTE	11	10.2%
<b>SUBESCALA REEXPERIMENTACION</b>		
AUSENTE	84	77.8%
PRESENTE	24	22.2%
<b>SUBESCALA ALTERACIONES COGNITIVAS</b>		
AUSENTE	91	84.3%
PRESENTE	17	15.7%
<b>EVITACION</b>		
AUSENTE	96	88.9%
PRESENTE	12	11.1%
<b>AUMENTO DE LA REACTIVIDAD</b>		
AUSENTE	87	80.6%
PRESENTE	21	19.4%



**GRÁFICA 3.- PRESENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

A continuación, se analizarán la asociación de las variables con estrés posttraumático.

Los médicos con estrés posttraumático fueron 27.3% masculinos, siendo mayor en las mujeres con 72.7%, pero sin encontrar significancia estadística teniendo una p de 0.606. Dentro del intervalo de edad no encontramos una asociación contando con una p 0.155. Respecto al estado civil encontramos un porcentaje mayor de estrés posttraumático en solteros con 63.6% sin encontrar una asociación por tener una p con valor 0.452. En el nivel socioeconómico tenemos significancia estadística con una p 0.043, encontrando un 52.6% de ausencia de estrés posttraumático en el nivel alto. Tabla 7.

TABLA 7.- DISTRIBUCION DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR CARACTERÍSTICAS GENERALES DE MÉDICOS Y RESIDENTES					
CARACTERISTICA GENERAL	ESTRÉS POSTRAUMATICO				P
	PRESENTE		AUSENTE		
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>0.606</b>
MASCULINO	3	27.3	34	35.1	
FEMENINO	8	72.7	63	64.9	
<b>INTERVALO DE EDAD</b>					<b>0.155</b>
25-30	3	27.3	42	43.3	
30-35	4	36.4	19	19.6	
36-40	1	9.1	16	16.5	
40-45	0	-	12	12.4	
46-50	3	27.3	7	7.2	
51-55	0	-	1	1.0	
<b>ESTADO CIVIL</b>					<b>0.452</b>
CASADO	4	36.4	28	28.9	
CONCUBINATO	0	-	12	12.4	
SOLTERO	7	63.6	57	58.8	
<b>NIVEL SOCIO ECONOMICO</b>					<b>0.043</b>
A/B, NIVEL ALTO	5	45.5	51	52.6	
C-, NIVEL MEDIO EMERGENTE	0	-	7	7.2	
C, NIVEL MEDIO TIPICO	1	9.1	10	10.3	
C+, NIVEL MEDIO ALTO	4	36.4	29	29.9	
D+, NIVEL BAJO TIPICO	1	9.1	0	-	

El estrés postraumático en personas con hijos es del 54.5% mientras que en los sin hijos es del 45.5%, sin presentar una asociación con una p 0.204 no estadísticamente significativa. El estrés postraumático en la familia nuclear simple y monoparental fue de 36.4% respectivamente, sin encontrar significancia estadística con una p de 0.253. Tabla 8.

TABLA 8.- DISTRIBUCIÓN DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE MÉDICOS Y RESIDENTES					
CARACTERÍSTICAS SOCIALES	ESTRÉS POSTRAUMÁTICO				P
	PRESENTE		AUSENTE		
<b>HIJOS</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>0.204</b>
PRESENTES	6	54.5	34	35.1	
AUSENTE	5	45.5	63	64.9	
<b>TIPOLOGIA FAMILIAR</b>					<b>0.253</b>
FAMILIA EXTENSA	0	-	5	5.2	
FAMILIA EXTENSA COMPUESTA	1	9.1	1	1.0	
FAMILIA MONOPARENTAL	4	36.4	20	20.6	
FAMILIA NI PARENTAL	0	-	3	3.1	
FAMILIA NUCLEAR	1	9.1	16	16.5	
FAMILIA NUCLEAR NUMEROSA	0	-	5	5.2	
FAMILIA NUCLEAR SIMPLE	4	36.4	33	34.0	
FAMILIA RECONSTRUIDA	1	9.1	1	1.0	
GRUPOS SIMILARES A FAMILIAS	0	-	4	4.1	
VIVE SOLO	0	-	9	9.3	

El 54.5% de estrés postraumático lo presento la familia caótica, teniendo una p no significativa 0.185. En la semirelacionada 54.5%, sin embargo, no encontramos una asociación con la cohesión. El estrés postraumático es de 54.5% en las familias funcionales, con una p de 0.8 no significativa. La ausencia de estrés postraumático con redes de apoyo altas es de 75.3%, encontrado una asociación con una p de 0.026 que es estadísticamente significativa. Tabla 9.

TABLA 9.- DISTRIBUCIÓN DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE MÉDICOS Y RESIDENTES					
CARACTERISTICAS FAMILIARES	ESTRÉS POSTRAUMATICO				P
	PRESENTE		AUSENTE		
	N	(%)	N	(%)	
<b>ADAPTABILIDAD</b>					<b>0.185</b>
CAOTICA	6	54.5	64	66.0	
ESTRUCTURADA	4	36.4	12	12.4	
FLEXIBLE	1	9.1	20	20.6	
RIGIDA	0	-	1	1.0	
<b>COHESION</b>		-			<b>0.108</b>
AGLUTINADA	2	18.2	36	37.1	
NO RELACIONADA	2	18.2	7	7.2	
RELACIONADA	1	9.1	27	27.8	
SEMIRELACIONADA	6	54.5	27	27.8	
<b>FUNCION FAMILIAR</b>					<b>0.8</b>
NO FUNCIONAL	5	45.5	48	49.5	
SI FUNCIONAL	6	54.5	49	50.5	
<b>REDES DE APOYO</b>					<b>0.026</b>
ALTA	5	45.5	73	75.3	
BAJA	4	36.4	9	9.3	
MEDIA	2	18.2	15	15.5	

El 45.5% de estrés postraumático, se encontró en médico familiar y médico residente, sin encontrar asociación con esta variable con una p de 0.715. El móvil continuo con 54.5%, seguido del matutino con 36.4%, sin tener asociación con una p de 0.863. Los intervalos de 0-30 y 31-40 contaron con un 45.5%, sin tener significancia estadística con una p de 0.511. Tabla 10

La hipótesis que se plantea es “La prevalencia de trastorno de estrés postraumático en médicos y residentes adscritos a la UMF 20 es mayor en aquellos que ingresan al área respiratoria”, de lo que 11 médicos presentan estrés postraumático, de los cuales el 27.3% no apoyaron al área respiratoria mientras que el 72.7% si apoyaron a filtro respiratorio, encontrando una mayor prevalencia en los médicos que estaban apoyando área respiratoria, sin embargo no se relaciona con el atender el área respiratoria de COVID-19, según nuestro cálculo de  $\chi^2$ , debido a que no es

estadísticamente significativo ya que es “p” igual a 0.671, siendo esta mayor a 0.05, por lo que la hipótesis alterna no se cumple, aceptando la hipótesis nula. Tabla 10.

TABLA 10.- DISTRIBUCIÓN DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR CARACTERÍSTICAS LABORALES DE MÉDICOS Y RESIDENTES					
CARACTERISTICAS LABORALES	ESTRÉS POSTRAUMATICO				P
	PRESENTE		AUSENTE		
<b>CATEGORIA</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>0.715</b>
MEDICO FAMILIAR	5	45.5	42	43.3	
MEDICO GENERAL	1	9.1	3	3.1	
MEDICO NO FAMILIAR	0	-	3	3.1	
MEDICO RESIDENTE	5	45.5	49	50.5	
<b>TURNO</b>					<b>0.863</b>
MATUTINO	4	36.4	30	30.9	
MOVIL CONTINUO	6	54.5	53	54.6	
VESPERTINO	1	9.1	14	14.4	
<b>HORAS LABORADAS</b>					<b>0.511</b>
0-30	5	45.5	41	42.3	
31-40	5	45.5	33	34.0	
41 Y MAS	1	9.1	23	23.7	
<b>APOYO A EQUIPO RESPIRATORIO</b>					<b>0.671</b>
NO	3	27.3	21	21.6	
SI	8	72.7	76	78.4	

## IX. DISCUSIÓN

El trastorno de estrés postraumático es un evento que involucra el haber experimentado o presenciado una amenaza a la vida propia o de alguien más, ya sea por un asalto, abuso sexual o físico.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró en enero del 2020 al COVID-19 como una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional (Public Health Emergency of International Concern), y en marzo del mismo año lo catalogó como pandemia.<sup>28</sup>

La pandemia por COVID 19 es un desafío sin precedentes para la sociedad actual, dentro de este problema de salud pública vino a traer un alto impacto emocional a los trabajadores de la salud, tanto por la carga de trabajo como el cambio en la vida cotidiana.<sup>28</sup>

Dentro de las variables que pueden contribuir a la carga emocional del personal de salud, son las largas y extenuantes horas de trabajo; la angustia de ser un foco de infección para familiares y seres queridos, así como ser mujer y tener hijos.<sup>29</sup>

Los factores que se encontraron como protectores fueron adecuadas redes de apoyo y así como tener una familia funcional.<sup>29</sup>

En este estudio se determinó la prevalencia de estrés postraumático en médicos y residentes adscritos a la UMF 20 ante la contingencia covid-19. Dando como resultado que solo 11 participantes presentan estrés postraumático representando una prevalencia de solo el 10.2%, sin embargo, no se asocia significativamente con estar ante la atención primaria de pacientes COVID-19 en primer nivel.

**Urnes y cols<sup>30</sup>**. Realizaron un estudio con 1773 trabajadores de la salud y servidores públicos que trabajaron con pacientes con COVID-19 en Canadá, encontraron una prevalencia de estrés postraumático de 28.9%. En aquellos que trabajan directamente con COVID-19 tuvieron una prevalencia de estrés postraumático de 36.5% en contraste con los trabajadores que no estuvieron relacionados directamente con la atención de pacientes COVID-19 presentando una prevalencia del 27.3%. Por otro lado, podemos ver que el estudio que se realizó no coincide, ya que la prevalencia de estrés postraumático en la población fue menor y es solo el 10.2%, quedando que del total que presentó estrés postraumático el 72.7% dio atención a pacientes COVID 19 y el 27.3% no apoyo a la atención de filtro respiratorio, sin presentar una asociación significativa con el estrés postraumático y la atención a pacientes con COVID -19 no coincidiendo con el estudio en Canadá.

**Lai y cols<sup>31</sup>**. Realizaron un estudio en China donde participaron 1257 trabajadores de la salud de hospitales de segundo y tercer nivel, donde participaron 493 médicos y 764 enfermeros, en el cual el 71.5% presento estrés postraumático, siendo el sexo femenino quien más reporto estrés postraumático en un 38.4%. Respecto al estudio realizado en la UMF 20 se encontró que el 10.2% de la población presento estrés postraumático, por lo que no coincide con el estudio, respecto a los resultados obtenidos tenemos que de la población que presento estrés postraumático el 72.7% de mujeres y el 27.3% de hombres presentan estrés postraumático, por lo que encontramos una mayor prevalencia en el sexo femenino coincidiendo con el estudio de China, aunque no se encontró una asociación con estrés postraumático y sexo, cabe resaltar que la población que participo en el estudio de la UMF 20 fue compuesta en su mayoría por mujeres con un 65.7%.

**Rossi y cols<sup>32</sup>**. Se realizó un estudio en Italia donde participaron 1379 trabajadores de la salud donde se vio una prevalencia de estrés postraumático de 49.38%. Teniendo una asociación con el sexo femenino, el tener un colega afectado por COVID-19 así como el estar expuesto al contagio con COVID -19. Por otro lado, en

el estudio realizado en la UMF 20 encontramos que el 10.2% tiene estrés postraumático, no coincidiendo con el estudio realizado en Italia, ya que la prevalencia es menor; respecto al sexo femenino y la presencia de estrés postraumático no encontramos una asociación; dentro de la prevalencia de estrés postraumático y apoyo a equipo respiratorio tenemos un 72.7%, sin embargo, no encontramos una asociación entre estrés postraumático y apoyo a filtro COVID-19, contrastando con el estudio realizado en Italia.

**Kisely y cols<sup>33</sup>**. Realizaron un meta análisis incluyendo 59 artículos, donde contenían títulos de diversas epidemias como SARS, COVID-19, MERS, influenza AHN1, ebola, en países como China, México, Canadá, Grecia, Alemania entre otros. Donde se encontraron factores predisponentes a presentar estrés postraumático, como el ser mujer, el tener hijos, un mayor contacto con pacientes infectados, el miedo a infectar a sus familias y el estigma social que sufren los trabajadores de la salud. Dentro de los factores protectores tenemos el contar con un adecuado equipo de protección personal, el tener buenas redes de apoyo y una familia con adecuada funcionalidad. Respecto al estudio realizado en la UMF 20 se encontró una asociación con las redes de apoyo y el estrés postraumático, como factor protector, ya que el 72.2% de la población presento redes de apoyo altas.

## X. CONCLUSIONES

Este estudio demostró que la prevalencia de estrés postraumático coincide con lo reportado en la literatura más sin en cambio la correlación con la atención a pacientes COVID-19 no se encontró.

No se encontró una asociación con las variables sociales, laborales y familiares presentadas con respecto a la presencia de estrés postraumático.

Cabe mencionar que los artículos utilizados para realizar este estudio, solo incluyen población que labora en segundo y tercer nivel de atención médica, siendo este personal de salud el más expuesto a casos de COVID-19 que van de moderados a graves, en contraste con primer nivel de atención donde solo se ven pacientes en consulta externa con casos leves de COVID-19, no hay estudios que nos hablen del estrés postraumático en el primer nivel de atención por lo que no hay similares para compararlo, el médico de primer nivel no se enfrenta a ver el sufrimiento y la muerte de pacientes en su jornada laboral debido a la pandemia, que puede ser un factor que contribuya a la baja prevalencia de estrés postraumático en este estudio.

También hay que tomar en cuenta que todos los artículos presentados son de otros países, que tienen diferencias socioculturales, económicas y familiares, respecto a la población mexicana.

La población estudiada cuenta con buenas redes de apoyo, siendo este un factor protector por lo que la presencia de este influyo en la baja prevalencia de estrés postraumático.

En el estudio también encontramos como factor protector, un nivel socioeconómico estable, se vio que está relacionado a no presentar estrés postraumático. Esto puede ser debido a que no existe una preocupación extra por satisfacer las

necesidades básicas, cabe mencionar que a nivel mundial y nacional la carrera de Medicina se encuentra dentro de las mejores pagadas.

Otro factor que pudo haber influido como factor protector en nuestro estudio era el contar con adecuado equipo de protección personal que, aunque no se preguntó directamente, nadie mostro una inconformidad en este aspecto.

Según los estudios realizados en otros países denotan que la pandemia COVID-19 exacerbó o detono los síntomas de padecimientos psiquiátricos preexistentes como trastorno de ansiedad y trastorno depresivo.

Varios artículos mencionan que puede haber síndromes asociados como el estrés, y el síndrome de burnout, que pueden llegar a presentarse en el personal de salud, por lo que se tendría que estudiar la prevalencia de estos indicadores, ya que en esta población puede no haberse manifestado como alteración en la salud mental el estrés postraumático, pero pueden encontrarse presentes alguno de estos trastornos mencionados anteriormente y aunque nuestro estudio no indago dichas alteraciones podrían ser temas a seguir investigando.

Nuestro estudio demuestra que la mitad de la población tiene una familia disfuncional, no se puede saber si esto es debido a la pandemia o si la pandemia fue un catalizador para detonar la disfunción familiar. Esto lo sabremos con un nuevo estudio que analice a la familia de forma más profunda y conocer si esta disfunción está relacionada con algunas otras alteraciones en la salud mental.

Es por ello, que es importante tener una vida equilibrada en lo familiar, social y laboral, para que las situaciones extraordinarias como lo es hoy en día la pandemia por SARS-COV 2, no impacten de manera trascendental nuestra salud mental.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Es fundamental cuidar la salud mental de los trabajadores de la salud, con diversas estrategias implementadas tanto por la institución laboral y al mismo tiempo por el trabajador implementando técnicas de autocuidado como hábitos de sueño, alimentación balanceada, actividades de esparcimiento, y por otro lado identificar problemas familiares para tratarlos de manera oportuna recuperando la homeostasis familiar.

Teniendo en cuenta que una buena salud mental, una familia funcional y buenas redes de apoyo, traen como consecuencia un mejor desempeño laboral y el otorgamiento de una atención médica de calidad

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas C. Trastorno de estrés postraumático. Rev. Med. Costa Rica Centroam. 2016; 619: 233 – 240.
2. Echeburúa E, et al. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. terapia psicológica. 2016; 34(2): 111-128.
3. Muñoz-Fernández S, et al. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. Acta Pediatr Mex. 2020; 41(1):127-136.
4. Restauri N, Sheridan D. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. Am Coll Radiol. 2020; (7): 921-926.
5. GPC Diagnostico y Manejo del Estrés Postraumático, [Internet]. Secretaria de Salud, México 2011 [Consultado 19 Octubre 2020]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515\\_GP\\_C\\_Estrespostraumatico/GER\\_EstresPostraumatico.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515_GP_C_Estrespostraumatico/GER_EstresPostraumatico.pdf)
6. Preti E, Di-Mattei V, et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. Curr Psychiatry Rep. 2020; 22(43): 1-33.
7. Chew W, Lee G, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain, Behavior, and Immunity. 2020; 88:559–565.
8. 24° Informe Epidemiológico de la Situación de COVID-19. Dirección de Información Epidemiológica, [Internet]. Secretaría de Salud; 05 de Octubre de 2020. [Consultado 19 Octubre 2020]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/584208/Informe\\_COVID-19\\_2020.10.05.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/584208/Informe_COVID-19_2020.10.05.pdf).
9. Song X, Fu W, et al. Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. Brain, Behavior, and Immunity. 2020; 88: 60–65.
10. Chew H, Chia L, et al. Psychological and coping responses to COVID-19 amongst residents in training across ACGME-I accredited specialties in Singapore, Letter to the Editor. Psychiatry Research. 2020; 290: 1-3.

11. Walton M, Murray E, Christian D. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2020; 0(0): 1–7.
12. Iglesias O, Acosta Q. Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2020; 23(3):363-365.
13. Lozano V. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*. 2020; 83(1):51-56.
14. Kang L, Ma S. et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020; 87: 11–17.
15. Gold A. Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers. *BMJ*. 2020; 369:1-2.
16. Luceño-Moreno, Talavera-Velasco, García-Albuerne, et al. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17: 1-25.
17. Di-Tella M, Romeo A, et al. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Eval Clin Pract*. 2020; 1–5.
18. Badahdah M. The psychological well-being of physicians during COVID-19 outbreak in Oman. *Psychiatry Researc*. 2020; 289: 1-2.
19. Carmassi C, Soghi C, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020; 292:1-10.
20. Dirección General de Epidemiología, COVID-19. Datos epidemiológicos. [Internet]. México; 5 Octubre 2020 [Consultado 20 Octubre 2020]. Disponible en: <https://covid19.sinave.gob.mx/Log.aspx>
21. Nivel Socio Económico AMAI [Internet] 2018 [Consultado 21 Octubre 2020]. Disponible en: <https://www.amai.org>.
22. Rosas P, Gómez C, Terán T, et al. Validez de constructor del Cuestionario FACES III en español, México. *Revista Atención Primaria* 2002; 624-630.

23. Martínez Z, Paramo F, Tinajero C. "Adaptación española de Evaluación del soporte social percibido en estudiantes universitarios de primer año." Departamento de psicología Evolutiva y de la educación." Rev Latinoam Psicol. 2014; 46(2):102-110.
24. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud [Internet]. 7 Febrero 1984 [Consultado 21 Octubre 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
25. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Código de Nüremberg [Internet] 21 Mayo 2019 [Consultado 21 Octubre 2020]. Disponible en: <http://www.medicina.uanl.mx/investigacion/wp-content/uploads/2019/05/21-codigo-de-nucc88remberg.pdf>
26. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet] 2020 [Consultado 21 Octubre 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net>
27. Informe de Belmont [Internet]. Dirección de investigación; 28 Diciembre 2017 [Consultado 21 Octubre 2020]. Disponible en: [www.innsz.mx](http://www.innsz.mx).
28. Monterrosa, A, et al. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. Revista de la facultad de Ciencias de la Salud. 2020; 23(2):195-213.
29. Torres, V, et al. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. Revista Mexicana de Urología. 2020; 80(3): 1-10.
30. Urnes S, Ebrahimi O, Hoffart A, PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. Plos one. 2020; 1-13.
31. Lai J, Ma S, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. Jama network open Psychiatry. 2020; 3(3):1-12.
32. Rossi, Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). JAMA 2020;3(5): 1-4.
33. Kisely, S, et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. BMJ 2020;369: 1-11.

### XIII. ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



#### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404.  
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 013 2018082

FECHA Lunes, 04 de enero de 2021

Mtra. Santa Vega Mendoza

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MÉDICOS Y RESIDENTES ADSCRITOS A LA UMF 20 ANTE LA CONTINGENCIA COVID-19**, 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 **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-3404-005

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

ATENTAMENTE

Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UMF NO. 20 DELEGACIÓN 1 NORTE**  
**COORDINACION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**ENCUESTA PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MÉDICOS Y RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR ADSCRITOS A LA UMF 20 VALEJO, IMSS.**

Instrucciones: Lee cada una de las preguntas o enunciados que solicitan los datos, contestar de la manera más veraz posible, cada uno de ellos.

**I. Sección primera**

1. Edad en años: \_\_\_\_\_

Marca con una X lo que se parezca más a tu situación:

2. Estado civil: solter@( )  
                  casad@( )  
                  concubinat@( )

3. Número de Hijos: \_\_\_\_\_

4. Categoría: Señala con una X el recuadro que más se asemeje a tu situación:

1. Médico familiar	
2. Médico no familiar	
3. Médico General	
4. Médico residente	

5. Turno: Señala con una X el recuadro que este más acorde a tu situación:

Matutino	
Vespertino	
Móvil continuo	

6. Horas laboradas a la semana\_\_\_\_\_

7. Apoyo a equipo respiratorio: selecciona con una X lo que concuerde con tu situación.

Sí, apoyo	
No, apoyo	

Señala con una X lo que más concuerde con tu situación

Pensando en el jefe o jefa de tu hogar

**1)** ¿Cuál fue el último año de estudio que aprobaste en la escuela?

Sin instrucción ( ), Preescolar ( ), Primaria incompleta ( ),Primaria completa ( ), Secundaria incompleta ( ), Secundaria completa ( ), Preparatoria incompleta ( ), Preparatoria completa ( ), Licenciatura incompleta ( ), Licenciatura completa ( ), Posgrado ( ).

**2)** ¿Cuántos Baños completos con regaderas y W.C. (Excusado) hay en tu vivienda?

0 ( ), 1 ( ), 2 o más ( )

**3)** ¿Cuántos automóviles o camionetas tienes en tu hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

0 ( ), 1 ( ), 2 o más ( )

**4)** Sin tomar en cuenta la conexión móvil del celular ¿Tu hogar cuenta con internet?

Si ( ) No ( )

5) De todas las personas de 14 años o más que viven en tu hogar, ¿Cuántas trabajaron en el último mes?

0 ( ), 1 ( ), 2 ( ), 3 ( ), 4 o más ( )

6) En esta vivienda, ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

0 ( ), 1 ( ), 2 ( ), 3 ( ), 4 o más ( )

**SEÑALA CON UNA X LO QUE MAS SE ACERQUE A TU TIPO DE FAMILIA**

1. Pareja sin hijos.	
2. Pareja con 1-3 hijos.	
3. Pareja con 4 hijos o más.	
4. Pareja con hijos, más otra persona perteneciente a la familia como hermanos, tíos, abuelos, padres, primos.	
5. Pareja con hijos, más otras personas como hermanos tios, abuelos, padres, primos, más compadres, amigos.	
6. Pareja con hijos, donde algún miembro de la pareja se encuentra divorciado y tiene hijos de una relación anterior	
7. Papa o mama con hijos	
8. Familia donde no viven los padres y se vive con otras personas de la familia como abuelos, sobrinos, hermanos primos, nietos.	
9. Persona que vive con amigos, roomies.	
10. Persona que vive solo o sola	

## II. SEGUNDA SECCION

### ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente la pregunta y responda marcando con una "X" en el recuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta. Agradecemos de antemano su cooperación. ¡GRACIAS!

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma con un circulo o un tache.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en re experimentación (rango 6-15): \_\_\_\_\_

<b>Evitación conductual/cognitiva</b>	
<b>Ítems</b>	<b>Valoración</b>
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación (rango 6-9): \_\_\_\_\_

<b>Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo</b>	
<b>Ítems</b>	<b>Valoración</b>
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: \_\_\_\_\_ (Rango: 10-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: \_\_\_\_\_ (Rango: 10-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: \_\_\_\_\_ (Rango: 40-63)

### 3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

**Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos:**  Sí  No

Puntuación en síntomas disociativos: \_\_\_\_\_ (Rango: 4-12)

<b>Presentación demorada del cuadro clínico</b> (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

#### 4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: \_\_\_\_\_ (Rango: 7-18)

**FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee). Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen**

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5

## DESCRIBA A SU FAMILIA

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas	
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	
11. Nos sentimos muy unidos	
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones	
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	
14. En nuestra familia las reglas cambian	
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia	
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad	
19. La unión familiar es muy importante	
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar	

### INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN CON REDES DE APOYO SSQ6.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente la pregunta y responda marcando con una "X" en el recuadro correspondiente a la respuesta que usted considere correcta. Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que no ha vivido o experimentado nunca, conteste en base a lo que piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia. Agradecemos de antemano su cooperación. ¡GRACIAS!

<b>Pregunta ¿Qué tan satisfecho se siente?</b>	<b>Nada Satisfecho</b>	<b>Poco Satisfecho</b>	<b>Algo Satisfecho</b>	<b>Bastante satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
Contar con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado					
Contar para ayudarle a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión					
Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades					
Contar con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo					
Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido					
Alguien que le consuele cuando está muy disgustado					
<b>PUNTUACIÓN</b>					

ANEXO 3

	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p>
<p><b>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos) (ANEXO 2)</b></p>	
Nombre del estudio:	<p><b>PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MÉDICOS Y RESIDENTES ADSCRITOS EN LA UMF 20 ANTE LA CONTINGENCIA COVID 19</b></p>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	<p>Calzada. Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, Gustavo A. Madero, 07760 Ciudad de México, CDMX Día: Mes: Año:</p>
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La pandemia suscitada por COVID 19 ha causado un gran impacto a nivel mundial y por ende en el país, encontrando hasta la fecha 860,714 casos positivos y 86,893 defunciones por la enfermedad; siendo este un evento traumático y aunado a la fatiga laboral, la situación económica, la falla de equipo de protección personal y la sobrecarga de trabajo que viven los trabajadores de salud; condiciona a la génesis de trastorno de estrés postraumático, en este sector de la población encargada de la atención médica de los pacientes con la enfermedad. Observando que en países con mayores recursos como China, España y Canadá hay una prevalencia de este trastorno hasta en un 50% y ya que en este país se cuenta con menos recursos es importante conocer su prevalencia. <b>Objetivo:</b> Determinar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en médicos y residentes adscritos a la UMF 20 ante la contingencia COVID 19.</p>
Procedimientos:	<p>Si acepta participar se le aplicara una encuesta sobre sus datos generales así como algunos datos clínicos, actividad que desempeña y algunas situaciones estresantes relacionadas a la atención de pacientes COVID 19.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Solo tendrá que llenar una encuesta, por lo que no presentar ningún riesgo hacia su persona ni integridad.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>No recibirá beneficio directo; sin embargo ayudara a determinar la prevalencia de estrés postraumático relacionada a la pandemia COVID 19.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Se difundirán los resultados mediante congresos y jornadas académicas.</p>
Participación o retiro:	<p>Su participación es voluntaria, pudiendo retirar su consentimiento en cualquier momento de la aplicación del cuestionario, sin repercusión alguna.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>La información que se obtengan a través del trabajo de investigación; así como sus resultados serán confidenciales. Si se llegase a publicar alguna información con fines estadísticos, se protegerá su identidad asignado un número de folio</p>

y se tratará su información con estricto apego al Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y el informe Belmont.

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participaren en este estudio.

Disponibilidad de tratamiento medico en derechohabiente No aplica

Beneficios al termino del estudio: No recibirá beneficio directo; sin embargo ayudara a determinar la prevalencia de estrés postraumático relacionada a la pandemia COVID 19.

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

Investigadora o Investigador **DRA. SANTA VEGA MENDOZA**  
Responsable: Médico Familiar. Matrícula 1166051 UMF No. 20 del IMSS. Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas. Ciudad de México. Tel: 55874422 Ext. 15320.  
Correo electrónico: [santa.vega0473@gmail.com](mailto:santa.vega0473@gmail.com) y [drasanta.vega0473@yahoo.com.mx](mailto:drasanta.vega0473@yahoo.com.mx)

Colaboradores: **MARIANA TÉLLEZ HERNÁNDEZ**  
Residente de Segundo año de Medicina Familiar UMF NO. 20 del IMSS. Matricula 98356945. Calzada Vallejo 675 Col. Magdalena de las Salinas. Ciudad de México. Tel: 5555874422 Ext. 15320. Correo electrónico: [h.mariana1993@hotmail.com](mailto:h.mariana1993@hotmail.com)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013