



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
CIUDAD DE MÉXICO NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 EL ROSARIO**



**PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN PERSONAL DE SALUD
POSTERIOR A PRESENTAR COVID-19 DE LA UMF 33
“EL ROSARIO”**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

DR. BENJAMÍN ESTRADA GARCÍA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 “EL ROSARIO”

PRESENTA:

DR. MARTÍNEZ AVALOS CARLOS ALEJANDRO
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 “EL ROSARIO”

CIUDAD DE MÉXICO



OCTUBRE 2021



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.

DICTAMEN DE APROBACIÓN DE PROYECTO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511
LI MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Miércoles, 08 de septiembre de 2021

M.E. BENJAMIN ESTRADA HERNANDEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **PREVALENCIA DEL TRANSTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAL DE SALUD POSTERIOR A PRESENTAR COVID-19 DE LA UMF 33 "EL ROSARIO"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3511-052

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

Dr. ANDRES LEON SANTAMARIA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Impresión

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

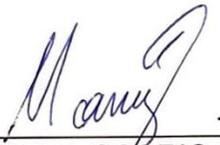
AUTORIZACIONES



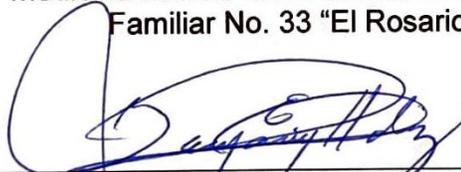
DRA. MIRIAM IDALITH INFANTE MIRANDA
Coordinadora clínica de educación e
investigación en salud Unidad de
Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"



DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
Medica Especialista en Medicina Familiar y
Profesora titular del curso de especialización en medicina familiar
y asesora de tesis en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El
Rosario".



DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
Medica Especialista en Medicina Familiar y
Profesora adjunta del curso de especialización en
medicina familiar en la Unidad de Medicina
Familiar No. 33 "El Rosario".



DR. BENJAMIN ESTRADA HERNANDEZ
Médico Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina
Familiar No. 33 "El Rosario"



DR. MARTINEZ AVALOS CARLOS ALEJANDRO
Médico Residente de Tercer año del Curso de Especialización en
medicina familiar Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"

AGRADECIMIENTOS:

A mi madrina, a mi padre y mi hermano:

Que siempre han puesto su confianza en mí y me han dado su apoyo incondicional.

A mi asesor de tesis:

Por su paciencia, esfuerzo y compromiso académico, los cuales fueron imprescindibles para la realización de este trabajo de investigación.

A mis profesores:

Quienes han aportado sus conocimientos para mi crecimiento profesional y formarme como médico especialista de medicina familiar.

A mis amigos:

Por su apoyo durante este tiempo, en especial Lupita por su ayuda y asesoría.

INDICE

PORTADA	1
DICTAMEN DE APROBACIÓN DE PROYECTO	2
AUTORIZACIONES	3
AGRADECIMIENTOS:	4
RESUMEN	6
INTRODUCCION	7
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	19
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	20
RESULTADOS	22
TABLAS Y GRÁFICOS	24
DISCUSION	32
CONCLUSIÓN	34
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	39

RESUMEN

PREVALENCIA DEL TRANSTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAL DE SALUD POSTERIOR A PRESENTAR COVID-19 DE LA UMF 33 “EL ROSARIO”

Dr. Benjamín Estrada Hernández¹, Martínez Avalos Carlos Alejandro.²

Introducción: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se caracteriza por estar desencadenado por la exposición a una o más vivencias traumáticas. Se considera en el análisis que un 3,6% de los habitantes del mundo ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en personal de salud que presentó COVID-19 de la UMF no 33. **Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo, y prolectivo que se realizó en 42 trabajadores de la UMF No 33 con diagnóstico previo de COVID-19, a quienes se aplicó la Escala de Gravedad de Indicios del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R). Los resultados fueron analizados mediante frecuencias y porcentajes. **Resultados:** el 12% de los trabajadores de la salud con antecedente de infección por COVID-19 presentaron trastorno de estrés postraumático, identificando que el 81% presentó síntomas de reexperimentación leve, 88% síntomas de evitación conductual leve, 93% alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo de intensidad leve, y el 88% síntomas de activación/reactivación psicofisiológica leve. **Conclusiones:** Se debe realizar la evaluación de la presencia del trastorno de estrés postraumático en el personal de salud, e implementar estrategias participativas a fin de incidir en los factores de riesgo modificables.

Palabras clave: Trastorno por estrés postraumático, Cuestionario EGS-R.

¹ médico Familiar de la UMF No. 33 “El Rosario”

² médico Residente de tercer año del CEMF de la UMF No. 33 “El Rosario”.

INTRODUCCION

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) deja al descubierto 2 verdades; la vulnerabilidad que se presenta entre medio externo y nuestra capacidad para enfrentarlo. Durante mucho tiempo se ocasionaron debates sobre si las reacciones a eventos potencialmente traumáticos como la guerra o los desastres naturales y otros desastres, que actualmente se diagnostican como trastorno de estrés postraumático, son una reacción normal, adaptativa o componen realmente una reacción patológica a eventos traumáticos.¹

El trastorno de estrés postraumático surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante, que causarían por sí mismos malestar generalizada en una gran parte de la población que ha sido afectada (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o cualquier otro evento catastrófico). La enfermedad se caracteriza por la marcada aparición de síntomas tras la exposición a episodios vitales traumáticos.²

El TEPT se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas; a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos. Los síntomas incluyen la reexperimentación persistente del evento traumático, la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción, y síntomas persistentes de activación aumentada.³

De acuerdo con las proyecciones internacionales y nacionales, posterior a la emergencia sanitaria por COVID 19 una gran parte de la población presentara trastorno por estrés postraumático. Al ser un padecimiento que puede tornarse crónico vale la pena conocer la cantidad de profesionales de la salud que presentan esta alteración. Entender la incidencia de esta alteración ayudara a determinar las acciones posteriores que se llevaran a cabo para garantizar el correcto diagnóstico y tratamiento del personal de salud afectado.⁴

ANTECEDENTES

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) deja al descubierto 2 verdades; la vulnerabilidad que se presenta entre medio externo y nuestra capacidad para enfrentarlo. Durante mucho tiempo se ocasionaron debates sobre si las reacciones a eventos potencialmente traumáticos como la guerra o los desastres naturales y otros desastres, que actualmente se diagnostican como trastorno de estrés postraumático, son una reacción normal, incluso adaptativa o componen realmente una reacción patológica a eventos traumáticos.¹

El progreso tecnológico y la aparición de los ferrocarriles se acompañaron de ciertos accidentes graves y en los sobrevivientes aparecieron indicios psicológicos, los que fueron adjudicados por ciertos médicos a lesiones microscópicas de la columna o del cerebro; en cambio, otros especialistas postularon que los indicios se debían al shock emocional y tenían características histéricas. Así se inició una discusión para explicar los indicios del TEPT oponiendo una aproximación biológica con otra psicológica.²

Janet postuló la conjetura de que psíquicamente las personas traumatizadas son incapaces de integrar los recuerdos de acontecimientos dolorosos y las intensas emociones asociadas con ellos, ocasionando que cuando en el presente se exponen a estrés estos individuos reaccionen de manera automática. En Viena, Sigmund Freud y su colaborador Joseph Breuer alcanzaron conclusiones similares sobre la histeria. Ambos descubrieron que los indicios de histeria podían mejorar cuando los recuerdos y emociones asociadas al trauma eran integrados y verbalizados, a los que llamaron catarsis.³

Otros esfuerzos de búsqueda sobre el trauma psíquico surgieron en el siglo XIX asociados con la guerra. Esta surgió de la observación de que los militares en servicio activo con frecuencia exhibían angustia caracterizada por indicios cardiovasculares. Arthur Meyers en 1870 acuñó el término "corazón de los soldados" para describir un trastorno que incluía fatiga extrema, disnea, palpitaciones, sudoración, temblores, y síncope ocasionalmente presente habitualmente entre los militares involucrados en el combate.⁴

Fue hasta la primera guerra mundial que renovó la conciencia sobre este síndrome. Diversos militares que han sido testigos de la mutilación y muerte de sus propios

compañeros lo que se vio reflejado en comportamientos similares a los descritos en la histeria, con labilidad emocional, incontinencia afectiva, fallas de memoria, mutismo e incapacidad para expresar sus emociones, fenómeno al que el psiquiatra británico militar Charles Samuel Meyers acuñó el término de "neurosis de guerra", proponiendo como etiología las constantes conmociones cerebrales y la ruptura de pequeños vasos sanguíneos resultantes de las explosiones cercanas; sin embargo tiempo después observó que militares que no participaban de forma directa en batalla además presentaban estas señales por lo que la considero una enfermedad de origen psicológico provocado por la exposición a las condiciones extremas de la guerra.⁵

Desde el criterio de la segunda guerra mundial y hasta nuestros días se han realizado numerosas averiguaciones en sobrevivientes del holocausto y de los campos de concentración como además en familiares de éstos, lo que permitió evaluar el curso evolutivo del TEPT y avanzar en el reconocimiento de las bases biológicas de este trastorno.⁶

En conjunto, estos elementos influyeron en la tercera revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) por la sociedad americana de psiquiatría en 1980 el síndrome de trauma de violación civil y síndromes de respuesta al trauma de los militares fueran incluidos bajo el diagnóstico de trastorno de estrés posttraumático. Es importante tener en cuenta 4 aspectos respecto a su inclusión en el DSM; en primer lugar, toma presente los efectos residuales de acontecimientos vitales traumáticos y la creación de un marco conceptual para el estudio sistemático del trauma y sus secuelas; en segundo lugar, se establece que un agente externo, en lugar de un componente inherente al individuo era fundamental para el desarrollo de la enfermedad; en tercer lugar, la declaración formal de las potenciales respuestas importantes y duraderas de experiencias traumáticas en los individuos y finalmente el TEPT aportó un modelo para cambiar los aspectos de la nomenclatura psiquiátrica de esa fase.⁷

Trastorno que nace como respuesta tardía o diferida a un evento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el planeta (por ejemplo, catástrofes naturales o ejecutadas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura,

terrorismo, de una violación o de otro crimen). El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración cambia a partir de unas escasas semanas hasta meses. El curso es fluctuante, sin embargo, se puede esperar la recuperación por lo general.⁸

El TEPT se caracteriza por estar desencadenado por la exposición a una o más vivencias traumáticas y el paciente muestran un deterioro importante del manejo social, estudiantil o laboral y personal. El término de TEPT ha evolucionado a partir de la iniciativa de una actitud que sucede universalmente hasta la perspectiva del trastorno como un tipo específico de respuesta a un acontecimiento que ocurre en ciertas situaciones. EL TEPT se realiza luego de la exposición a un estresor amenazante, es una profunda respuesta física y emocional en la que se recuerda el acontecimiento, puede durar muchas semanas o meses luego del trauma.⁹

El DSM-IV define acontecimiento traumático (TE) como ese que causa amenaza para la totalidad del individuo, con una actitud que se caracteriza por un temor profundo, impotencia u horror, En segundo sitio, incluyen tanto de la evitación y embotamiento como indicios. En tercer sitio, necesita la existencia de malestar clínicamente importante o deterioro, En cuarto sitio, necesita que los indicios estén presentes a lo largo de por lo menos 1 mes.¹⁰

En un análisis de la Organización Mundial de la Salud realizado en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de maltrato (21,8%) o habían sufrido maltrato interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos involucrados con seres queridos (12,5%). Se considera en el análisis que un 3,6% de los habitantes del mundo ha sufrido un TEPT en el último año.¹¹

Los eventos traumáticos, como se define en el DSM-IV, se han preciado que tienen la posibilidad de ocurrir en 90% de las personas en la población general alguna vez de sus vidas. No obstante, sólo un diminuto porcentaje de individuos traumatizados cumplen con los criterios para trastorno de estrés posttraumático y ciertos individuos sufren cambios psicológicos positivos posteriores al trauma denotando incremento posttraumático.¹¹

La prevalencia de vida de TEPT fue estimada en 6,8% en la población general de estados juntos, con una prevalencia de 12 meses de 3,5%, aun cuando podría ser mayor en poblaciones específicas como los veteranos de guerra, hasta 24%.¹²

Las encuestas de salud de la mente internacionales dejan ver la prevalencia que existe, mostrando sintomatología del TEPT y comorbilidad en sus comunidades. En los USA, por medio de The National Comorbidity Survey Replication en 2007, con 5692 ciudadanos más grandes de 18 años, se observó una prevalencia de vida del TEPT de 6.8% y para el último año de vida de 3.5%. Al respecto, The National Survey of Adolescents, con 4023 jóvenes, localizó 3.7% en hombres y 6.3% en féminas para 6 meses de prevalencia.¹²

En población de Colombia, la prevalencia general del TEPT en 2004, ha sido de 0.2%, en tanto que 1.8% lo sufrió en cualquier momento en su historia. Para la población desplazada por eventos violentos, en 2008, se localizó que 1.4% sufría indicios del TEPT recientes y 4.22% los presentó en algún momento en su periodo fundamental. Ello permitió mirar que ciertos eventos violentos como amenazas, muertes y combates (vividos de manera directa o indirecta) producen una más grande sintomatología del TEPT.¹³

En 2005, un análisis llevado a cabo en una región urbana de México destacó que 68% de su población adulta había estado expuesta, por lo menos en algún momento en su historia, a un suceso estresante asociado al TEPT. Los sucesos más comunes han sido: persecución o acoso, violación, secuestro, abuso sexual y haber sido víctima de maltrato por parte de sus padres. Respecto al trastorno, la prevalencia total ha sido de 1.45%. En Medina-Mora y cols.14 encontraron que 68% poblacional mexicana ha estado expuesta por lo menos a un suceso estresante en su historia, variando esta exposición por género y edad; no obstante, sólo 2.3% de las féminas y 0.49% de los hombres han presentado TEPT.¹³

Al averiguar las prevalencias y predictores de estrés postraumático en las áreas afectadas en China, un mes luego del brote de Coronavirus 19, predomina que la prevalencia de indicios de TEPT ha sido del 7%; al utilizar la lista de verificación del trastorno de estrés postraumático para DSM-5 se analizó que las féminas presentaron más alteraciones negativas en la cognición o el estado de ánimo e hiperexcitación que los hombres. En análisis sobre la dramatización indirecta tanto en población como en personal de salud que enfrentamiento el COVID19 en primera línea y los que no permanecen en ella sola, detalla

que la traumatización indirecta es más grande tanto en personal de enfermería que no está en primera línea y población generalmente; referente a componentes asociados a salud de la mente en trabajadores de salud expuestos al virus, detalla que el personal de enfermería de grado técnico tuvieron más grandes indicios de depresión (50.4%), ansiedad (44.6%), insomnio (34%) y angustia (71%). La depresión severa entre doctores y enfermeras ha sido de 4.9% y 7.1%, entre hombres y damas de 3.4% y 5.8%, el insomnio severo ha sido más grande en trabajadores de primera línea, que en los de segunda línea.⁹ A partir del brote de la patología se evaluó la percepción del peligro y el estado psicológico junto a propiedades demográficas y las vivencias de exposición a COVID-19. Se encuestaron a 4.357 sujetos. Las primordiales preocupaciones de los trabajadores de la salud han sido antes que nada infección de colegas (72.5 %), en segundo sitio, la infección de miembros del núcleo familiar (63.9 %), tercer sitio medidas de custodia (52.3 %) y al final la maltrato doctora (48.5 %). Por otro lado, un 39 % de los trabajadores sanitarios presentaba desórdenes psicológicos, primordialmente los que ya habían pasado por aislamiento y contagio a parientes o colegas.¹⁴

Las consecuencias psicosociales de lesiones graves y enfermedades potencialmente mortales han recibido una atención creciente durante los últimos años.¹⁴

La patología por SARS-Cov-2 (COVID-19) involucra desafíos específicos para los trabajadores de la salud que predisponen a un más grande monto de estrés. Su elevado contagio ha creado varios reportes de la patología e, inclusive, el deceso del personal en diversas partes de todo el mundo, lo cual produce un miedo real en la atención a los pacientes, varios de ellos sin diagnóstico al primer contacto. El funcionamiento necesita ser especialistas de áreas críticas, rebasado en número, lo cual está requiriendo la colaboración de doctores y enfermeras no especialistas o en formación de otras áreas.¹⁵

Otros componentes inherentes a la atención de pacientes COVID-19 son la estigmatización social poblacional, los rigurosos requerimientos de bioseguridad, la incomodidad del equipo defensor, la falta de grupos suficientes, el confinamiento en áreas específicas para la atención de pacientes COVID-19, la necesidad de seguir estando en hipervigilancia constante para no contaminarse, la carencia de espontaneidad en la convivencia con lo demás de compañeros, la sensación de tener huecos de información con métodos en pacientes infectados, la sensación de injusticia en torno a la distribución de trabajo por

servicios o niveles de puesto; el miedo de contagiar a familia, pareja y amigos, que lleva a ciertos doctores o enfermeras a tácticas de aislamiento y el cansancio físico.¹⁵

Hay componentes de peligro propios del individuo, sin embargo, que no se tienen la posibilidad de tener en cuenta exclusivos para el TEPT; entre ellos está el sexo. Las damas poseen el doble de peligro de exponer TEPT que los hombres. Componentes de personalidad como neuroticismo o una historia con alteraciones de conducta en la preadolescencia (robo, vandalismo, cimarras) incrementan el peligro de TEPT.¹⁵

El TEPT se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas; a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos. Los síntomas incluyen la reexperimentación persistente del evento traumático, la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción, y síntomas persistentes de activación aumentada.¹⁶

Criterios diagnósticos del El DSM-V para el estrés postraumático:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: Experiencia directa del suceso traumático o Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo.¹³

B. Presencia de uno de los síntomas de intrusión (recuerdos angustiosos, Sueños, Reacciones disociativas, Malestar psicológico intenso Reacciones fisiológicas intensas asociadas al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático.¹³

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, el cual se pone en manifiesto por una o las dos características siguientes: evitar recuerdos o evitar recordatorios externos.¹⁷

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumáticos, el cual se pone de manifiesto por dos (o más) de las características: Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático, Percepción distorsionada persistente, Estado emocional negativo persistente, Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, Sentimiento de desapego, Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.¹⁷

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, se pone de manifiesto por dos de las características siguientes: Comportamiento irritable y arrebatos de furia, Comportamiento imprudente o autodestructivo, Hipervigilancia, Respuesta de sobresalto exagerada, Problemas de concentración, Alteración del sueño.¹⁷

F. La duración de la alteración superior a un mes.

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

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.¹⁷

En España se ha desarrollado la Escala de Gravedad de Indicios del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) que es una entrevista estructurada que sirve para diagnosticar el TEPT en víctimas distintas, de esta forma como para evaluar la gravedad e magnitud de los indicios de este cuadro clínico, según los criterios diagnósticos del DSM-V.¹⁸

En este análisis la EGS-R posibilita discriminar entre los individuos que muestran propiamente un TEPT y aquellas que tienen la posibilidad de padecer un cierto malestar emocional asociado a una adversidad de la vida diaria¹⁸

Escala de EGS-R es una escala heteroaplicada que está estructurada en un formato tipo likert de 0 a 3 de acuerdo con la frecuencia y magnitud de los indicios. consta de 21 ítems en correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-5: 5 realizan alusión a los indicios de reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, a los indicios de crecimiento de la activación y reactividad psicofisiológica. se estima un síntoma presente cuando se puntúa, por lo menos, con 2 aspectos en el ítem que corresponde. el rango de la escala universal oscila de 0 a 63 puntos de vista. además de los indicios nucleares del TEPT, se han añadido 4 ítems con el propósito de evaluar de manera complementaria la existencia de indicios disociativos por el valor que se concede a estas señales en el DsM-5 y 6 ítems para ver el nivel de afectación o disfuncionalidad referente con el suceso traumático. Esta escala implica una versión modificada y actualizada de la EGS (Echeburúa et al., 1997), que mostraba unas buenas características psicométricas.¹⁸

EGS-R muestra asimismo una validez convergente alta con el diagnóstico categorial del TEPT realizado con una entrevista clínica y una validez concurrente exitosa con las

puntuaciones conseguidas en la sintomatología ansiosa y depresiva. se establecen unos aspectos de corte para la puntuación total y para todas las 4 magnitudes de primer orden, de forma que se logre entablar el diagnóstico de este cuadro clínico, además de estimar la gravedad de la sintomatología. La efectividad diagnóstica de la escala es bastante alta (82.5%).¹⁸

En este estudio la EGS-R permite discriminar entre las personas que presentan propiamente un TEPT y aquellas que pueden sufrir un cierto malestar emocional asociado a una adversidad de la vida cotidiana.¹⁸

EGS-R muestra asimismo una validez convergente alta con el diagnóstico categorial del TEPT llevado a cabo con una entrevista clínica y una validez concurrente satisfactoria con las puntuaciones obtenidas en la sintomatología ansiosa y depresiva. se establecen unos puntos de corte para la puntuación total y para cada una de las cuatro dimensiones de primer orden, de manera que se pueda establecer el diagnóstico de este cuadro clínico, además de estimar la gravedad de la sintomatología. La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta (82.5%).¹⁹

De acuerdo con las últimas investigaciones realizadas en el personal de salud con respecto al desarrollo trastorno de estrés posttraumático en personal de salud, Pazmiño et al. (2021) A través de un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 1028 trabajadores de la salud, distribuidos en: 557 médicos (54,18%), 349 enfermeras (33,94%), 29 laboratoristas (2,82%), 27 paramédicos (2,62%), 52 psicólogos (5,05%) y 14 terapeutas respiratorios (1,36%), de 16 de las 24 provincias de Ecuador, observaron que 43,8% presentaban síntomas de TEPT; los 4 tipos de síntomas iban de moderados a graves.²²

Mientras Mejia et al. (2020) realizó un estudio de tipo cohorte retrospectiva, con una muestra de 953 trabajadores donde se observó en el análisis multivariado de los factores asociados al estrés post traumático, se encontró un mayor riesgo entre las amas de casa (RRa: 1,28; IC95%: 1,06- 1,54; valor p=0,010) y los de salud (RRa: 1,13; IC95%: 1,02-1,26; valor p=0,019).²³

Abaz et al. (2016) a través de un estudio observacional transversal, con una muestra de 128 profesionales de la salud, determino un predominio la presencia de TEPT en

predominio en sexo femenino (59 %). La media de edad fue 36,6 años, El 53,12 % eran médicos, el 7.81 % enfermeros, radiólogos, en un 1,56 % profesionales del área de psicopatología, camilleros en un 2,34 % y administrativos hospitalarios en un 3,90 %. ²⁴

Appiani et al. (2021) realizó un estudio de cohorte transversal, con una muestra de 302 médicos la prevalencia total de estrés hallada fue del 93,7 %. Predominio en sexo femenino 48.7%, médicos residentes 34.1% y médicos de base en un 50.3%. ²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno por estrés agudo se presenta por la exposición a una situación o evento amenazante, causando una serie de síntomas y el consecuente deterioro psicológico y social. Esta condición pone en riesgo al paciente de desarrollar el trastorno de estrés posttraumático.

Se puede definir este trastorno como una respuesta sintomatológica que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un suceso altamente estresante, debido a que ha amenazado su integridad física o su vida, o la de otras personas. La violencia sexual, los de ataques físicos, los asaltos, los secuestros, el abuso sexual infantil, el ser testigo de la muerte y el saber de la muerte o del asalto violento a un familiar o amigo cercano, enfermedades son sucesos estresantes que el DSM-IV menciona como susceptibles de producir TEPT.

Se estima que un 50 a 90% de la población general ha estado expuesta a eventos traumáticos alguna vez en su vida. No obstante, muchos de los sujetos expuestos no desarrollarán TEPT. En USA la prevalencia de TEPT de acuerdo con la National Comorbidity Survey es de 7.8% y a nivel mundial se ha estimado que es del 8%. Esta prevalencia es mayor en sujetos expuestos a violencia sexual, o a eventos relacionados con desastres naturales. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres.

En México los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) reportan una prevalencia de 1.45%, con una mayor prevalencia en mujeres (2.3%) y de 0.49% en hombres. El TEPT constituye un problema de salud pública por las implicaciones sociales y económicas que genera, al afectar la funcionalidad para las actividades cotidianas, laborales y familiares.

Los resultados de la ENEP muestran que el total de días con discapacidad en el último año fue de 21.4 por persona. Lo que representa un costo económico importante. De la población que presenta Trastorno por estrés posttraumático, el 13.9% solicita atención médica y de este grupo 6.6% con el Médico General o especialista no Psiquiatra y el 7.3% con un especialista relacionado con la Salud Mental.

Debido a lo reciente de la enfermedad se cuenta con poca evidencia disponible, sin embargo, ya especialistas reportan una serie de reacciones y estados psicológicos observados en la población, incluyendo efectos en la salud mental así informan que las primeras respuestas emocionales de las personas incluyen miedo e incertidumbre extremos. Por otra parte, y dado el miedo y percepciones distorsionadas de riesgo y consecuencias dañinas se informa de comportamientos sociales negativos.

Los trabajadores de la salud, durante la actual pandemia, se encuentran en una situación muy difícil. Deben lidiar con una sobrecarga de trabajo, ante una enfermedad sin una cura hasta hoy. Ellos asisten a los pacientes de la mejor manera, esperando que evolucionen favorablemente, sin embargo, en muchos hospitales faltan los insumos necesarios para atenderlos, lo cual se traduce en la pérdida de muchas vidas. Esto deja a los profesionales de la salud con una gran sensación de impotencia.

Estos profesionales viven con el temor de adquirir la enfermedad y contagiar a sus seres queridos. Después de largas horas de trabajo, deben seguir protocolos de descontaminación y caer rendidos del cansancio. A esto se suma la responsabilidad de procurar su alimento en casa y el trabajo que implica la limpieza de su hogar.

Muchos de estos trabajadores cuentan con el apoyo por parte de la sociedad y sus vecinos; sin embargo, se han registrado casos de agresión y rechazo por parte de la población hacia ellos.

De acuerdo con lo anterior, resulta de suma importancia determinar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático posterior a la infección de COVID-19 en los trabajadores de la salud, ya que hasta el momento no se cuenta con investigaciones que consideren este problema de salud pública, por lo que me permito plantear la siguiente pregunta de:

¿Cuál es la prevalencia del trastorno de estrés postraumático secundario a COVID-19 en el personal de salud de la UMF No 33 “El Rosario”?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en personal de salud que presento COVID-19 de la UMF no 33.

Objetivos específicos:

- Identificar el trastorno por estrés postraumático en el personal de salud de la UMF 33 mediante la escala EGS-R
- Enlistar las variables sociodemográficas: sexo, edad, escolaridad, estado civil, la aparición de trastorno de estrés postraumático o sus síntomas.
- Conocer la categoría a la cual pertenece el personal de salud

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”. correspondiente al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte del D.F. del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida Renacimiento y Avenida de la Culturas S/N, Colonia El Rosario, Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, que tuvo como objetivo determinar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático secundario a COVID-19 en el personal de salud de la UMF 33 “El Rosario”. Se estudio una muestra de 42 personas, realizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, Se incluyo al personal de salud con diagnóstico previo de COVID-19 adscritos a la unidad de medicina familiar no. 33 “El Rosario, del turno matutino y vespertino, que aceptaron participar voluntariamente en la investigación y firmaron el consentimiento informado. Se excluyó al personal de salud que cursa con alguna otra enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada, así como aquellos que no completaron el instrumento en su totalidad o los contestaron de forma inadecuada.

A todos los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, se les solicitó el llenado del consentimiento informado (anexo 1), se les explico y solucionaron todas sus interrogantes, en cumplimiento con los lineamientos y normativa vigente respecto a aspectos éticos en investigación nacional e internacional.

Primeramente, se recabaron variables sociodemográficas (edad y sexo, ocupación, estado civil y la categoría) del personal. para conocer si existía trastorno de estrés postraumático en el personal de salud se aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Revisada (EGS-R).

Cabe mencionar que dicha escala consta de 21 ítems, basado en los criterios diagnósticos del DSM-5, estructurado en un formato tipo Likert de 0 a 3 (nada, una vez por semana, de 2 a 4 veces por semana, 5 o más veces por semana), según la frecuencia e intensidad de los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y síntomas de aumento de la activación y reactividad

psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Se considera un síntoma presente cuando se puntúa, al menos con dos puntos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos. Para fines de esta investigación y con base en estudios realizados, se tomó como ausencia del trastorno de estrés postraumático una puntuación menor o igual a 19, y como presencia del trastorno de estrés postraumático a una puntuación igual o superior a 20 puntos.

Posterior a la obtención de la información, se realizó el análisis estadístico de los resultados, concentrando primero los datos en Microsoft Excel 2010 y posteriormente se utilizó el programa SPSS versión 22 para establecer frecuencias y proporciones.

El presente estudio se realizó tomando en cuenta y respetando los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

Se estudió a 42 trabajadores de la salud que laboran en la UMF No. 33 “El Rosario”, obteniendo los siguientes resultados:

Respecto a la distribución de los 42 (100%) trabajadores de la salud, de acuerdo con el sexo se observó lo siguiente: 12 (29%) pertenecen al sexo masculino y 30 (71%) correspondieron al sexo femenino. (Tabla y Grafico 1).

En la selección de rangos de edad se encontró que de los 42 (100%) trabajadores de la salud, 3 (7%) se encontraban en el rango de 21 a 30 años, 23 (55%) de 31 a 40 años, 13 (31%) de 41 a 50 años y 3 (7%) de 51 a 60 años. (Tabla y Grafico 2).

Con respecto a la distribución de los 42 (100%) trabajadores de la salud de acuerdo con su escolaridad, se identificó que: 4 (9%) estudiaron hasta el bachillerato, 5 (12%) son técnicos, 20 (48%) tienen licenciatura y 13 (31%) tienen especialidad. (Tabla y Grafico 3).

En lo referente al estado civil del personal de salud, se encontró que de los 42 (100%), 19 (45%) eran solteros y 23 (55%) estaban casados (Tabla y Grafico 4).

Con relación al tipo de categoría de los 42 (100%) trabajadores de la salud se encontró que, 10 (24%) son auxiliares universales de oficina, 6 (14%) fueron residentes de la especialidad en medicina familiar, 12 (29%) son médicos familiares, 2 (5%) fueron de trabajo social, 7 (17%) son asistentes médicas, 3 (7%) pertenecen al área de enfermería y 2 (5%) pertenecieron al área de estomatología. (Tabla y Grafico 5).

Cabe mencionar que la Escala de Gravedad de Indicios del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R), nos permitió medir la presencia del trastorno de estrés postraumático en el personal de salud; la puntuación total fue la suma de la puntuación que se otorgó a cada ítem, abarcando un rango de 0 a 63 puntos; para fines de esta investigación y con base en estudios realizados, se tomó como ausencia del trastorno de estrés postraumático una puntuación menor o igual a 19, y como presencia del trastorno de estrés postraumático a una puntuación igual o superior a 20 puntos.

De acuerdo con lo anterior, en cuanto a la distribución de los 42 (100%) trabajadores de la salud, se observó que 37 (88%) no presentaron trastorno de estrés postraumático y 5 (12%) si lo presentaron. (Tabla y Grafico 6).

Con base en los principales síntomas identificados a través de la Escala de Gravedad de Indicios del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R), se determinó que de los 42 (100%) trabajadores de la salud, 34 (81%) presentan síntomas de reexperimentación leve, 7 (17%) refirieron síntomas de reexperimentación moderado y 1 (2%) síntomas severos. Por lo que concierne a los síntomas de evitación conductual/cognitiva, se encontró que 37 (88%) presentaron síntomas de evitación conductual leves, 5 (12%) síntomas moderados y nadie presento síntomas de evitación conductual severos. En cuanto a las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, se determinó que 39 (93%) tuvieron síntomas leves y 3 (7%) síntomas moderados. En relación a los síntomas de activación y reactividad psicofisiológica se encontró que 37 (88%) presento síntomas de activación y reactivación psicofisiológica leves, 4 (10%) síntomas moderados y 1 (2%) síntomas severos. (Tabla y Grafico 7).

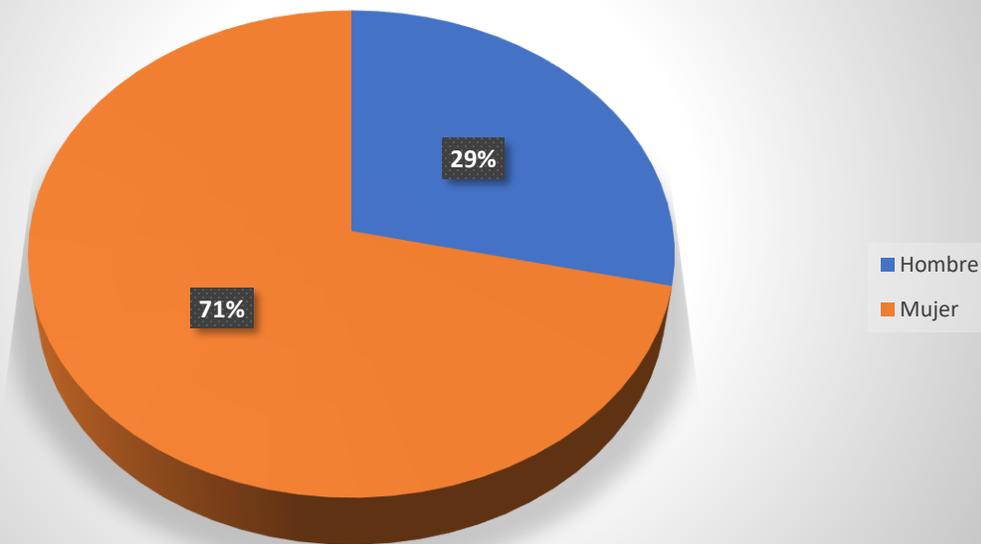
Finalmente, en cuanto a la distribución de los 42 (100%) trabajadores de la salud, con respecto a la presencia o ausencia del trastorno de estrés postraumático y el sexo, esta investigación identifico que: respecto a los 12 (100%) hombres que participaron en el estudio, 10 (84%) no presentaron trastorno de estrés postraumático y 2 (16%) presentaron trastorno de estrés postraumático. En relación a las 30 (100%) mujeres que participaron en el estudio, 27 (90%) no presentaron TEPT, mientras que 3 (10%) presentaron trastorno de estrés postraumático. (Tabla y Grafico 8).

TABLAS Y GRAFICOS

Tabla No.1 Distribución de acuerdo con el sexo del personal que participo en el estudio		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	12	29%
Mujer	30	71%
Total	42	100%

Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Postraumatico En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Grafico No.1 Distribución de acuerdo al sexo del personal que participo en el estudio



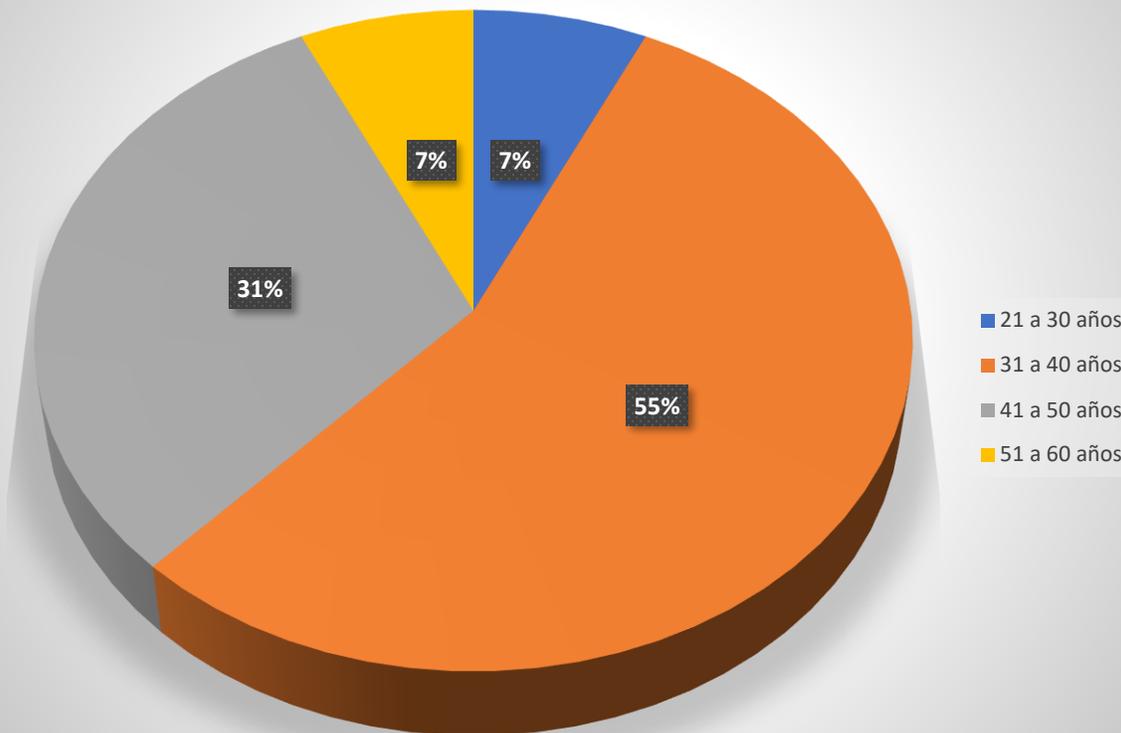
Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Postraumatico En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Tabla No. 2 Distribución de acuerdo a los rangos de edad del personal que participo en el estudio

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
21 a 30 años	3	7%
31 a 40 años	23	55%
41 a 50 años	13	31%
51 a 60 años	3	7%
Total	42	100%

Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Posttraumatico En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Gráfico 2. Distribución de acuerdo a la edad del personal que participo en el estudio



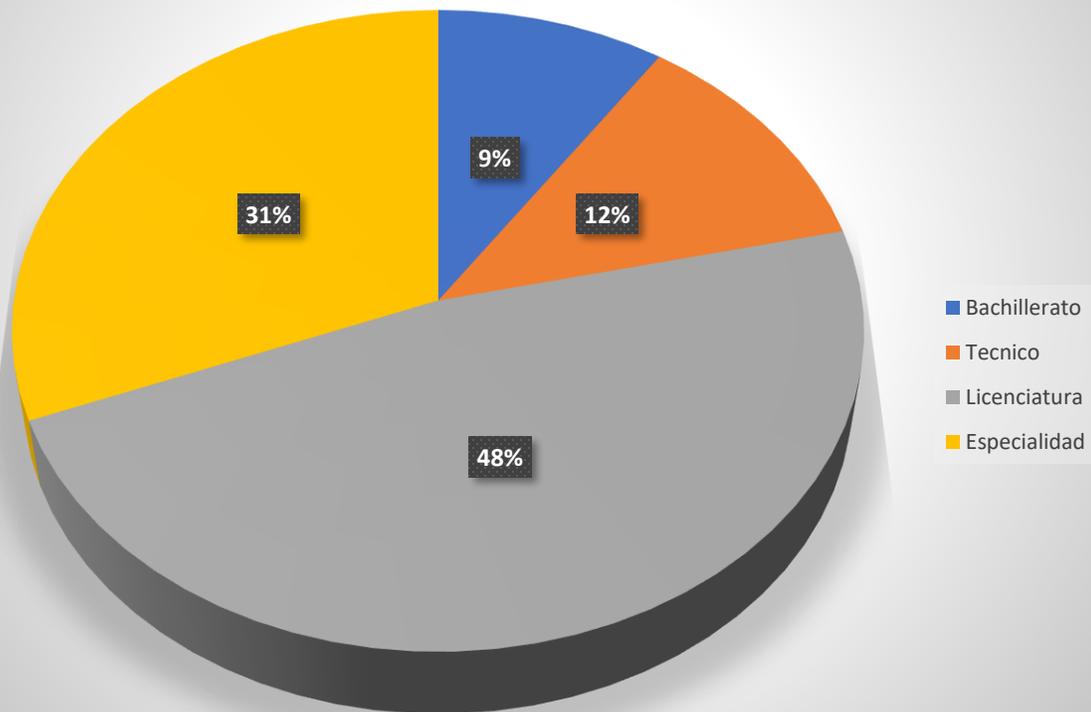
Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Posttraumatico En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

TABLA 3. Distribución de acuerdo con la escolaridad del personal que participo en el estudio.

	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato	4	9%
Técnico	5	12%
Licenciatura	20	48%
Especialidad	13	31%
Total	42	100%

Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Posttraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Grafico 3. distribución de acuerdo con la escolaridad del personal que participo en el estudio



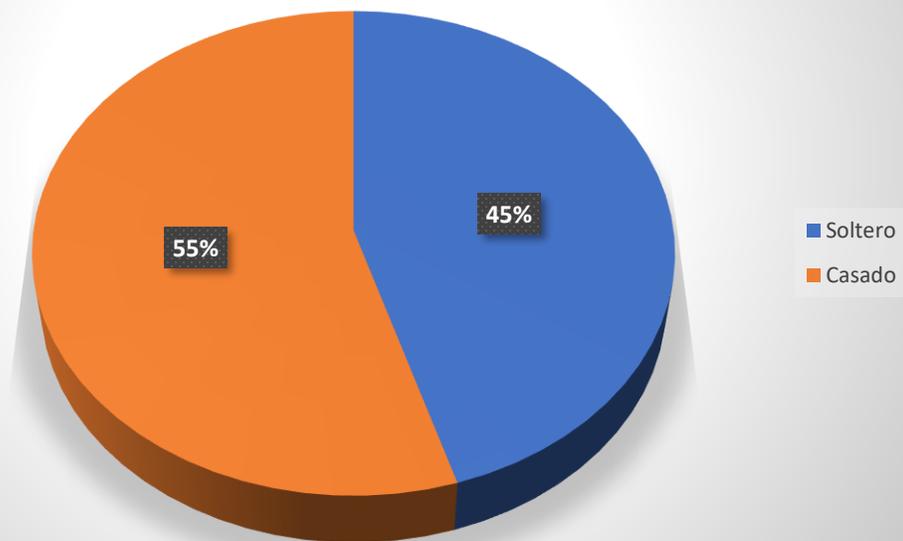
Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Posttraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Tabla No 4 Distribución de acuerdo con el estado civil del personal que participo en el estudio

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	19	45%
Casado	23	55%
Total	42	100%

Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Postraumatico En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Grafico 4. Distribución de acuerdo con el estado civil del personal que participo en el estudio



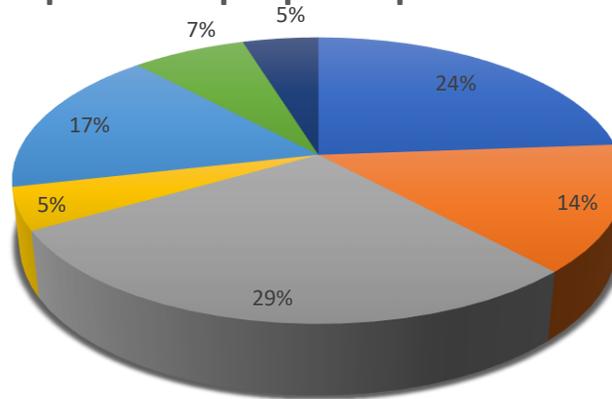
Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Postraumatico En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Tabla No 5. Distribución de acuerdo con la categoría del personal que participo en el estudio.

Tipo de categoría	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar universal de oficina	10	24%
Residente de medicina familiar	6	14%
Médico general, medico familiar	12	29%
Trabajo social	2	5%
Asistentes médicos	7	17%
Enfermera (o)	3	7%
Estomatología	2	5%
Total	42	100%

Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Posttraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Tabla No 5. Distribución de acuerdo con la categoría del personal que participo en el estudio.



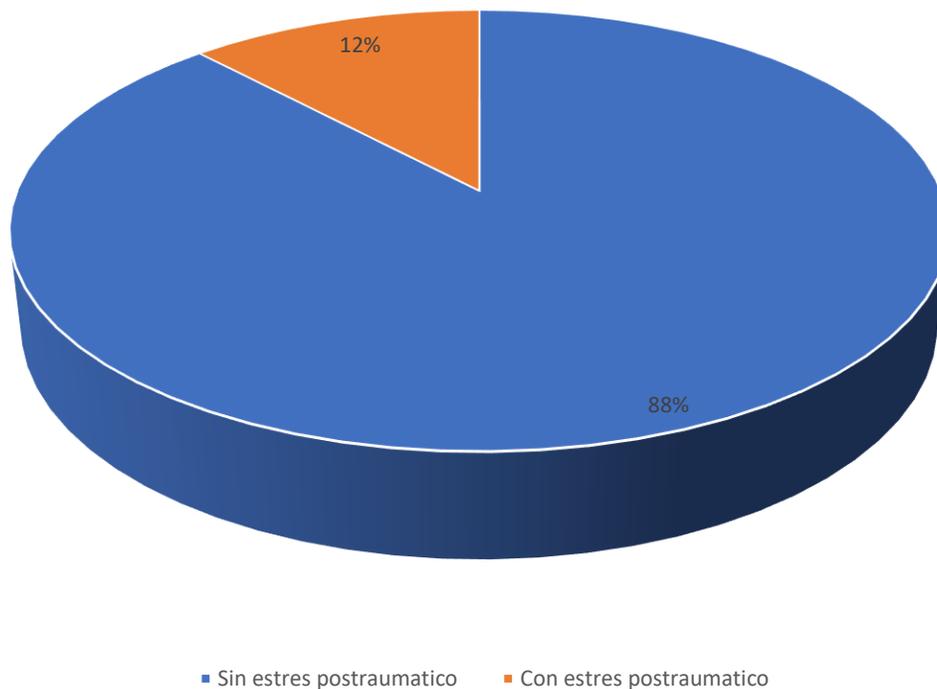
■ Auxiliar universal de oficina
 ■ Residente de medicina familiar
 ■ Médico general, medico familiar
■ Trabajo social
 ■ Asistentes médicos
 ■ Enfermera (o)
■ Estomatología

Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Posttraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Tabla No 6. Distribución de acuerdo con la presencia del Trastorno de estrés postraumático en el personal que participo en el estudio.		
Presencia de TEPT	Frecuencia	Porcentaje
Sin estrés postraumático	37	88%
Con estrés postraumático	5	12%
Total	42	100%

Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Postraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Gráfico No 6. Distribucion de acuerdo a la presencia del Trastorno de estrés postraumatico en el personal que participo en el estudio.



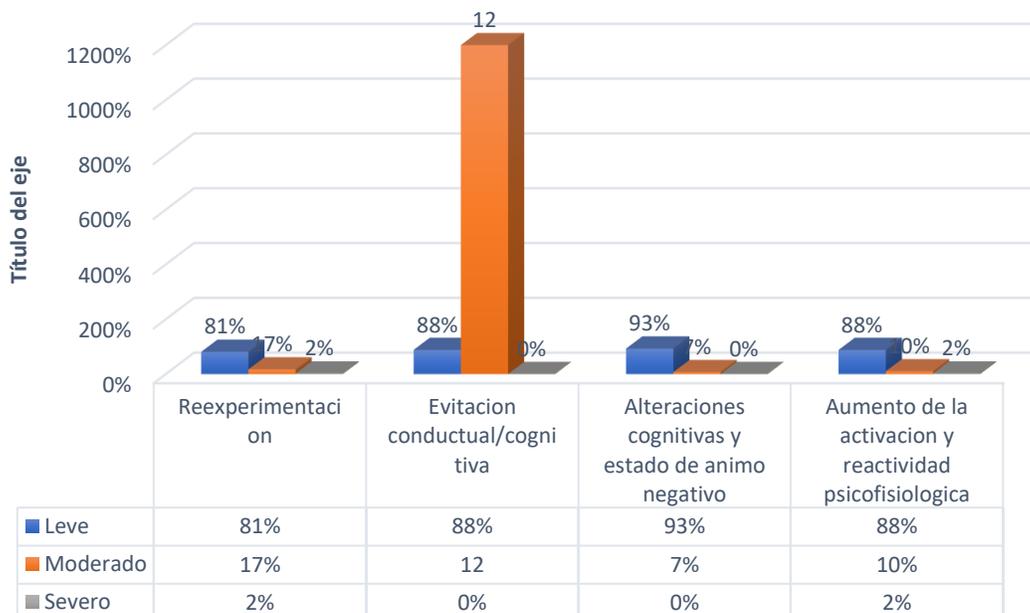
Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Postraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Tabla No 7. Distribución de acuerdo con la intensidad de los síntomas del trastorno de estrés posttraumático en el personal que participo en el estudio

Síntoma	Intensidad de los síntomas.					
	Leve		Moderado		Severo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Reexperimentación	34	81%	7	17%	1	2%
Evitación conductual/cognitiva	37	88%	5	12	0	0%
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	39	93%	3	7%	0	0%
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	37	88%	4	10%	1	2%

Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Posttraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 “El Rosario”

Gráfico No 7. Distribución de acuerdo a la intensidad de los síntomas del trastorno de estrés posttraumático en el personal que participo en el estudio.



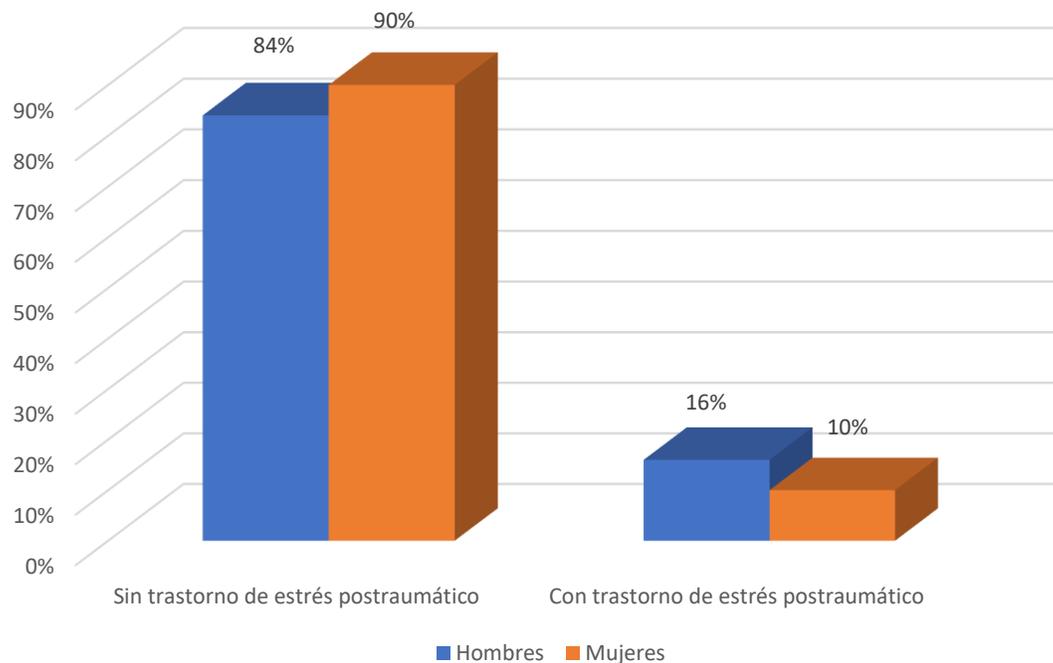
Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Posttraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 “El Rosario”

Tabla No 8. Distribución de acuerdo con el sexo y la presencia del trastorno de estrés postraumático en el personal que participo en el estudio

Trastorno de estrés postraumático	Hombre		Mujer	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin trastorno de estrés postraumático	10	84%	27	90%
Con trastorno de estrés postraumático	2	16%	3	10%
Total	12	100%	30	100%

Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Postraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

Gráfico No 8. Distribución de acuerdo con el sexo y la presencia del trastorno de estrés postraumático en el personal que participo en el estudio



Fuente: Encuesta Prevalencia Del Trastorno Por Estrés Postraumático En Personal De Salud Posterior A Presentar Covid-19 De La UMF 33 "El Rosario"

DISCUSION

En el presente estudio se determinó la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en el personal de salud que presentó infección por Covid-19 de la UMF No 33 “El Rosario”, se utilizó un cuestionario que incluyó la Escala de Gravedad de Indicios del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R); al comparar nuestros resultados con otras investigaciones, nos permitió realizar las siguientes observaciones:

En relación con la presencia del trastorno de estrés postraumático secundario a Covid-19, esta investigación identificó que el 12% del personal de salud presentó esta patología psiquiátrica. Resultados similares fueron los presentados por Pazmiño et al. (2021), quienes identificaron que el 43.8% de su población presentó trastorno de estrés postraumático secundario a Covid-19. Lo anterior puede deberse a las mismas características de la labor del personal de salud, que está expuestos a riesgos y situaciones de estrés durante la atención de pacientes sospechosos o con diagnóstico de Covid-19, el presenciar muertes de pacientes y compañeros de trabajo; la escasez de recursos humanos y en general todo el colapso del sistema de salud a nivel nacional. De acuerdo con lo anterior, sugerimos a las organizaciones y líderes de salud que garanticen recursos, medios de protección, orientación y capacitación al personal de salud, a fin de afrontar las consecuencias emocionales que conlleva el cumplimiento de su arduo trabajo.

En lo referente a los síntomas más frecuentes del trastorno de estrés postraumático, esta investigación identificó que tanto los síntomas de reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, como los síntomas de activación/reactivación psicofisiológica fueron de intensidad leve, con un porcentaje del 81%, 88%, 93% y 88%, respectivamente; en contraste con la investigación realizada por Pazmiño et al. (2021), quienes señalaron que los cuatro tipos de síntomas de TEPT que presentó su población, fueron de una intensidad moderada a grave. Tal diferencia puede estar relacionada con el tamaño de la muestra estudiada por Pazmiño, la cual estuvo conformada por 1028 trabajadores de la salud. En este sentido, consideramos apropiado la aplicación de la Escala de Gravedad de Indicios del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) en todo el personal de salud con diagnóstico de Covid-19, a fin de poder valorar la presencia del TEPT e iniciar un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico que garantice su pronta recuperación emocional.

Así mismo, se determinó un mayor porcentaje de hombres con trastorno de estrés postraumático (16%), en comparación con las mujeres (10%), a diferencia del estudio presentado por Abaz et al. (2016), quienes concluyeron que el trastorno de estrés postraumático es más frecuente en las mujeres (59%), en comparación con los hombres (41%). Una de las teorías que explica la diferencia entre ambas investigaciones, radica en el número de hombres y mujeres que fueron incluidos en cada muestra; sin embargo, la diferencia en la afectación en cada sexo radica en las diferencias neuroanatómicas y hormonales que, asociado a factores psicosociales y socioculturales, generan divergencias entre hombres y mujeres, en relación con el desarrollo de patologías psiquiátricas como el TEPT. Por ello, consideramos pertinente la implementación de estrategias que garanticen el diagnóstico temprano del TEPT en el personal de salud, con la finalidad de iniciar un tratamiento oportuno que garantice una mejor calidad de vida y disminuya el ausentismo laboral.

Finalmente, con respecto a la categoría del personal de salud con mayor frecuencia de trastorno de estrés postraumático, nuestro estudio determinó que la categoría de médico familiar (40%) presentó una mayor frecuencia de TEPT. Resultados similares fueron los presentados por Appiani et al. (2021), quienes reportaron que el 50.3% de la población que presentó TEPT pertenecieron a la categoría de médicos de base. Lo anterior es apoyado por Mejía et al. (2020), quien en su estudio señala que las profesiones con más riesgo de presentar trastorno de estrés postraumático son los que se encuentran en el área de la salud (27%), en comparación con otras profesiones. Lo anterior puede ser debido a que la pandemia está relacionada con diversos factores sobreagregados que pueden contribuir a estos hallazgos, tales como una mayor carga de trabajo, dilemas morales y un ambiente laboral totalmente diferente al de la prepandemia. Con base en lo anterior consideramos pertinente implementar estrategias psicoterapéuticas en todo el personal de salud, que permitan evitar el desarrollo del trastorno de estrés postraumático generado por el contacto estrecho con los pacientes, o bien, por haber presentado propiamente la infección.

CONCLUSIÓN

La presente investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático secundario a Covid-19 en el personal de salud de la UMF No 33 "El Rosario", concluyendo lo siguiente:

De los 42 trabajadores que participaron en el estudio, las características sociodemográficas que predominaron fueron: 30 (71%) fueron del sexo femenino, 23 (55%) tuvieron entre 31 y 40 años, 20 (48%) tenían una especialidad, 23 (55%) estaban casados, y 12 (29%) fueron médicos familiares.

De acuerdo con la Escala de Gravedad de Indicios del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R), se determinó que 5 (12%) trabajadores de salud estaban cursando con trastorno de estrés postraumático posterior a la infección por Covid-19; cabe mencionar que los hombres presentaron un mayor porcentaje de estrés postraumático (16%), en comparación con las mujeres (10%).

En relación con los síntomas predominantes del trastorno de estrés postraumático en el personal de salud que presentó infección por Covid-19, se identificó que 34 (81%) presentó síntomas de reexperimentación leve, 37 (88%) síntomas de evitación conductual leve, 39 (93%) presentaron alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo de intensidad leve, y 37 (88%) refirieron síntomas de activación/reactivación psicofisiológica leve.

Con base en lo anterior, consideramos pertinente trabajar en colaboración con el área de fomento a salud para realizar una evaluación integral del trabajador que presentaron infección por Covid-19, con la finalidad de identificar la presencia de esta alteración psiquiátrica, a la par de la realización de intervenciones que permitan incidir en los factores de riesgo modificables, contribuyendo en la prevención del desarrollo de este problema de salud. La realización de dichas acciones proporcionará beneficios al personal de salud, mediante el aumento en la calidad de vida y el mejoramiento del entorno familiar y laboral.

Así mismo, consideramos que esta investigación servirá como punto de partida para futuras investigaciones relacionadas con el trastorno de estrés postraumático generado por la

infección de Covid-19. Entre las investigaciones que proponemos se encuentra la aplicación y evaluación de estrategias que tengan como objetivo la disminución de este tipo de trastorno.

Finalmente, habría de considerar la elaboración de estudios que den seguimiento al personal de salud que presentó trastorno de estrés postraumático posterior a la infección por Covid-19, considerando estrategias educativas de tipo participativo, donde se tomen en cuenta características específicas del contexto social y cultural de la población diana, a fin de lograr un impacto positivo en la salud de los trabajadores de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. [1] Lasiuk G.C. Concept., Posttraumatic Stress Disorder Part I: Historical Development of the Care, Perspectives in Psychiatric. *Perspect Psychiatr Care*. 2016;42(1):13–20.
2. Carvajal César. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev chil neuro-psiquiatr*. 2002;40(2):20–34.
3. Ssa. Diagnóstico y manejo del estrés postraumático. *Cat Maest Guías Pract Clin* [Internet]. 2011;1–50. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. DC Am Psychiatr Publ. 2000;
5. Salud LOM de la. La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. 2020.
6. Zannas AS, Provençal N, Binder EB. Epigenetics of Posttraumatic Stress Disorder: Current Evidence, Challenges, and Future Directions. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2015;78(5):327–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.04.003>
7. Mojica SAM, Mendoza OM, Guadarrama RG, Ramos Lira LE. Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios Mexicanos. *Salud Ment*. 2013;36(6):493–503.
8. Leal-Morales EI, Vázquez-Martínez VH, Cantú-Solís ON. Prevalencia de estrés postraumático en unidades de medicina familiar de seis ciudades de la frontera México-Estados Unidos de América. *Atención Fam*. 2013;20(4).
9. Gutierrez M. Acciones realizadas en Latinoamérica y el mundo sobre Salud mental en el marco del COVID-19. 2020;(Cdc):1–17.
10. Urzúa A, Vera-Villaruel P, Caqueo-Úrizar A, Polanco-Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. *Aportes desde la evidencia inicial. Ter psicológica*. 2020;38(1):103–18.
11. Long A.C, Kross E.K, Davydow D.S CJRP stress disorder among survivors of critical illness. creation of a conceptual model addressing identification, prevention, and management. *Intensive Care Med*. 2014;40(6):820–9.
12. Muñoz SI, Molina D, Ochoa Palacios R, Sánchez Guerrero O, Esquivel Acevedo JA. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica México*. 2020;41(4S1):127.

13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013.
14. Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés posttraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Ter Psicol.* 2016;34(2):111–28.
15. Spitzer R.L, Williams J. B. M GM. Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Version NP-V Patient Edition/Non-patient Edition,(SCID-P/SCID-NP). Am Press. 1990;
16. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three Studies in Reliability and Validity. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(1):85–90.
17. Torrents-Rodas D, Fullana MA, Vervliet B, Treanor M, Conway C, Zbozinek T, et al. Maximizar la terapia de exposición: Un enfoque basado en el aprendizaje inhibitorio. *Rev Psicopatol y Psicol Clin.* 2015;20(1):1–24.
18. Hoda Badr, Cindy L. Carmack, Deborah A. Kashy, Massimo Cristofanilli and TAR. A Comparison of Cognitive-Processing Therapy With Prolonged Exposure and a Waiting Condition for the Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Female Rape Victim. *Bone.* 2011;23(1):1–7.
19. Resick PA, Uhlmansiek MOB, Clum GA, Galovski TE. in Female Victims of Interpersonal Violence. 2010;76(2):243–58.
20. Lakshmi N.Ravindrana MBS. Pharmacotherapy of PTSD: Premises, principles, and priorities. *elselvier.* 2009;1293:24–39.
21. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM.* 2020;113(5):311–2.
22. Pazmiño Erazo EE, Alvear Velásquez MJ, Saltos Chávez IG, Pazmiño Pullas DE. Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Rev Colomb Psiquiat.* 2021;50:166–175
23. Christian R. Mejia. Riesgo de estrés post-traumático según ocupación y otros factores durante la pandemia por COVID-19 en el Perú. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2020; 29(4):265-273.
24. Abaz b, babbino v, volpi m. Estudio del estrés posttraumático en personal de salud que ha participado en eventos con víctimas múltiples. 1.ª ed. Buenos aires: revista argentina de medicina; 2016.

25. Appiani FJ, Rodríguez Cairoli F. Prevalencia de estrés, síndrome de desgaste profesional, ansiedad y depresión en médicos de un hospital universitario durante la pandemia de COVID-19. 1.^a ed. Buenos Aires: Arch Argent Pediatr; 2021.

ANEXOS

ANEXO1. Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación

		<p align="center">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p align="center">Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>	
Nombre del estudio:	PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAL DE SALUD POSTERIOR A PRESENTAR COVID-19 DE LA UMF 33 "EL ROSARIO"		
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica		
Lugar y fecha:	Ciudad de México A.	de.	Del 2021
Número de registro institucional:	R-2021-3511-052		
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo conocer la prevalencia de trastorno de estrés posttraumático en personal de salud que presento covid-19 de la UMF No 33. A fin de implementar estrategias de prevención y mejorar la salud mental y emocional.		
Procedimientos:	Se me informó que deberé contestar un cuestionario basado en dos partes, la primera en relación a datos personales y la segunda en una serie de preguntas para evaluar la prevalencia de Trastorno por Estrés Posttraumático.		
Posibles riesgos y molestias:	Se puede llegar a presentar malestar emocional transitorio, reexperimentación o tristeza al evocar recuerdos.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le proporcionará información respecto aspectos de mejora de la salud mental y emocional; no omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán al avance en el conocimiento respecto a la aparición de ansiedad y depresión ante momentos de vulnerabilidad para y detectar a tiempo estas patologías en un futuro.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados del cuestionario me serán entregados de forma personal y me enviarán a atención con un profesional en caso necesario		
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.		
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos		
Declaración de consentimiento:			
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:			
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.		
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar en el estudio		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigador Responsable:	Dr. Benjamín Estrada, adscripción: Unidad de Medicina Familiar Numero 33 "El Rosario"		
Colaboradores:	Dr. Carlos Alejandro Martínez Avalos, Médico residente de la Unidad de Medicina Familiar Numero 33 "El Rosario"		
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			
<p align="center">_____ Nombre y firma del participante</p>		<p align="center"><u>Martínez Avalos Carlos Alejandro</u> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	
<p align="center">_____ Testigo 1</p> <p align="center">_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>		<p align="center">_____ Testigo 2</p> <p align="center">_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	

**ANEXO 2. CUESTIONARIO SOBRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA
ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRANSTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO REVISADA (EGS-R)**

Fecha:

<p>1.- ¿Cuál es su edad?</p> <ol style="list-style-type: none">1. 21-30 años.2. 31-40 años.3. 41-50 años.4. 51-60 años
<p>2.- ¿Cuál es su sexo?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hombre2. Mujer
<p>3.- ¿Que escolaridad tiene?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Analfabeta2. Preescolar,3. Primaria,4. Secundaria,5. Preparatoria,6. Técnico7. Licenciatura.8. Especialidad
<p>4.- ¿Cuál es su estado civil?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Soltero2. Casado
<p>5.- ¿cuál es su ocupación o categoría?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Auxiliar de limpieza e higiene2. Auxiliar universal de oficina3. Residente de medicina familiar4. Médico general, medico familiar5. Trabajo social6. Asistente medica7. Enfermera (o),8. Estomatología9. Camillero10. Laboratorista11. Nutrióloga (o)

ANEXO 3. ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO REVISADA (EGS-R)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

NUCLEOS SINTOMÁTICOS			
Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma			
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 reexperimentación: _____ (Rango 0-15)				

Evitación conductual/ cognitiva				
Ítems	Valoración			
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 0-9)				

**PREVALENCIA DEL TRANSTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAL DE SALUD
POSTERIOR A PRESENTAR COVID-19 DE LA UMF 33 "EL ROSARIO"**

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo				
Ítems	Valoración			
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 evitación: _____ (Rango 0-21)				

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 evitación: _____ (Rango 0-18)				

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango 0-63)