



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

**“Presencia de estrés postraumático en adultos
recuperados de COVID-19”**

Reporte de Investigación Empírica

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRRESENTA
María del Carmen Ascencio Lozano

Directora: Mtra. Christian Sandoval Espinoza
Dictaminadores: Mtra. Gabriela Leticia Sánchez Martínez. Secretaria
Lic. Cristina González Méndez. Vocal
Mtra. Aglae Vaquera Méndez. Suplente
Lic. Estela Parra Estrada. Suplente



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Junio de 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.

Agradecimientos

Este trabajo se lo agradezco a Dios y también quiero expresar siempre mi gratitud a mi madre Carmen que, aunque físicamente no está conmigo, fue y será la fuente de inspiración y fuerza para perseguir mis sueños. A mi padre Juan Manuel que sin su apoyo moral no estaría hoy aquí. A mi esposo Juan, mi compañero de vida, sin su ayuda no hubiera sido posible combinar mis labores de estudio y familia, pues estuvo apoyando todas y cada una de mis decisiones. A mi hijo Juan de Dios que soporto mis quejas y me alentó a continuar. A mis hermanos Fernando, Claudia, Alma y Juan, a mis sobrinos Juvenal, Berenice, Ricardo, Jesús, Santiago, Nalleli, Salvador, Carmen, Sharon, Mateo e Irina, no tengo palabras para expresar lo agradecida que estoy con ustedes y cuanto los quiero. A mi nuera Daniela y mi nieta Natalia por ayudarme a relajarme en los días pesados. A mis cuñados, cuñadas infinitas gracias.

De igual manera a mis queridos profesores quienes me impulsaron cada uno en su momento y pusieron semillas a este trabajo, cada uno dejó huella en mi camino de estudiante, sería difícil mencionarlos a todos, gracias por su educación, sabiduría y admirable tenacidad de contagio para continuar este proyecto, a mi querida Maestra Christian Sandoval, ella fue quien guio esta investigación y tuvo confianza en que podría concluirla.

A todos y cada uno de los familiares, amigos, vecinos que me apoyaron a lo largo de la carrera, con palabras de aliento, difundiendo algunas actividades, presentándome a otros psicólogos, etc. Mi agradecimiento y cariño estará siempre con ustedes.

“Por mi Raza Hablará el Espíritu”

ÍNDICE

Resumen	6
Palabras clave	6
Abstract.....	7
Keywords.....	7
Justificación	8
Planteamiento del problema.....	9
Pregunta de investigación.....	10
Objetivo <i>general</i>	11
<i>Objetivos específicos</i>	11
Marco teórico.....	12
Capítulo 1. COVID-19	12
1.1 Definición de la enfermedad COVID-19.....	12
1.2 Antecedentes históricos de los coronavirus	12
1.3 Cronología del COVID-19	14
1.4 Prevalencia de COVID-19 en México	14
1.5 Incidencia de la COVID-19 en México	16
1.6 Medios de contagio de COVID-19.....	18
1.7 Prevenir la COVID-19	18
1.8 Factores de riesgo en relación a COVID-19.....	19
1.9 Grados de gravedad de la COVID-19.....	20
1.10 Diagnóstico de la COVID-19.....	21
1.11 Comorbilidades de la COVID-19	22
1.12 Sintomatología de COVID-19	22
1.13 Tratamiento de la COVID-19.....	24
1.14 Cuidados para el enfermo de COVID-19	25
1.15 Efectos psicológicos de la COVID-19	25
Capítulo 2.- Trastorno de estrés postraumático.....	28
2.1 Definición de estrés postraumático	28
2.2 Prevalencia de estrés postraumático.....	29
2.3 Incidencia de estrés postraumático	29
2.4 Factores de riesgo de estrés postraumático.....	29
2.5 Grado de gravedad de estrés postraumático	30

2.6 Diagnóstico de estrés postraumático	30
2.7 Comorbilidades del estrés postraumático	32
2.8 Sintomatología del estrés postraumático	33
2.9 Detección y evaluación del estrés postraumático	35
2.10 Efectos del estrés postraumático.....	38
2.11 Tratamiento psicológico en adultos.....	38
2.12 Seguimiento	40
Capítulo 3.- Relación estrés postraumático y COVID-19.....	41
3.1 Infodemia y estrés	41
3.2 Presencia de estrés postraumático en pandemias.....	42
3.3 Relación estrés/COVID-19	43
Método.....	46
<i>Hipótesis</i>	46
<i>Variables</i>	46
<i>Escenario</i>	47
<i>Tipo de estudio</i>	48
<i>Población y muestra</i>	48
<i>Participantes</i>	48
<i>Instrumentos</i>	49
<i>Diseño de técnicas recolección de información</i>	50
<i>Materiales</i>	51
<i>Procedimiento</i>	51
<i>Técnica de análisis de información</i>	51
<i>Consideraciones éticas</i>	52
Análisis / Resultados	53
Discusión	62
Conclusión.....	67
Referencias	69
Apéndices y Anexos	78

**“Presencia de estrés
postraumático en
adultos recuperados
de COVID-19”**

Resumen

La pandemia actual provocada por el virus SARS-CoV2 muestra ciertas propiedades que podrían aumentar los niveles de reacción al estrés en la población general. El presente trabajo tuvo por objetivo evaluar la sintomatología y niveles de estrés postraumático en adultos que padecieron COVID-19., además de determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de estrés postraumático de acuerdo al sexo. Los instrumentos utilizados en la evaluación fueron la *Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático* y la *Escala de Trauma de Davidson*. Los participantes fueron 90 personas voluntarias convocadas por redes sociales. Se identificaron los niveles y sintomatología de estrés postraumático prevalente en los participantes, así como las diferencias existentes por sexo. Los resultados mostraron que existe una presencia del 5.5% en nivel alto y 15.82% en sintomatología de estrés postraumático, indicando que los participantes tienden a evaluar su paso por la infección del virus SARS-CoV2, en su mayoría en nivel bajo o ausente de estrés postraumático. Si bien los resultados demuestran que no existen diferencias significativas en los niveles de estrés postraumático respecto al sexo, lo cierto es que se destacó la presencia mayoritaria del sexo femenino con 77.2%.

Palabras clave: SARS-CoV2, COVID-19, prevalencia, Trastorno de Estrés Postraumático, sintomatología.

Abstract

The current pandemic caused by the SARS-CoV2 virus shows certain properties that could increase the levels of reaction to stress in the general population. The present work aimed to evaluate the symptoms and levels of post-traumatic stress in adults who suffered from COVID-19, in addition to determining if there is a statistically significant difference in the levels of post-traumatic stress according to sex. The instruments used in the evaluation were the Revised Symptom Severity Scale of Post-Traumatic Stress Disorder and the Davidson Trauma Scale. The participants were 90 volunteers summoned by social networks. The levels and symptoms of post-traumatic stress prevalent in the participants, as well as the existing differences by sex, were identified. The results showed that there is a presence of 5.5% in high level and 15.82% in post-traumatic stress symptoms, indicating that the participants tend to evaluate their passage through the infection of the SARS-CoV2 virus, mostly at low or absent level of stress post-traumatic. Although the results show that there are no significant differences in the levels of post-traumatic stress with respect to sex, the truth is that the majority presence of the female sex stood out with 77.2%.

Keywords: SARS-CoV2, COVID-19, prevalence, Post-Traumatic Stress Disorder, symptomatology

Justificación

La Organización Panamericana de la Salud (2020) afirma que las afecciones por la pandemia:

El primer impacto de una epidemia es la crisis misma. No obstante, la población en general y las personas suelen presentar temor... Las personas que pueden presentar un mayor nivel de estrés durante una crisis incluyen: Personas mayores y personas con enfermedades crónicas...y personas que tienen problemas de salud mental... (OPS, 2020).

Mendoza (2020) nos menciona que “En el año 2003, al inicio del brote de SARS, se informaron problemas de salud mental, que incluyeron depresión persistente, ansiedad, ataques de pánico, excitación psicomotora, síntomas psicóticos, delirium e incluso tendencias suicidas”.

Según la OMS (2020) “...las autoridades de salud pública de todo el mundo están actuando para contener el brote de COVID-19. Sin embargo, este momento de crisis está generando estrés en la población por lo que es necesario contar con acciones oportunas al respecto”. Por otra parte, la psicología aporta evidencia de las problemáticas que se van presentando como refieren Urzúa, Vera, Caqueo y Polanco (2020).

En el caso de la pandemia generada por el COVID-19, la evidencia ha mostrado que, independiente de la etapa de exposición al virus en que pueda estar una persona...al ya estar infectada...o bien post alta del virus...incorporan medidas comportamentales. En este contexto, la psicología como la ciencia experta en comportamiento puede aportar evidencia para que los tomadores de decisiones...la incorporen en los diagnósticos, planificaciones e intervenciones públicas y privadas. (Urzúa, Vera, Caqueo y Polanco, 2020, p.104).

El estrés postraumático ha sido mencionado en distintos artículos, a lo largo del mundo, como síntoma presente en las personas que han padecido COVID-19, la investigación científica en el área de psicología aportara con el tema presente, datos relacionados con México, necesarios para la actualización de técnicas y/o implementación de algunas nuevas, como por ejemplo la adaptación de

herramientas tecnológicas en el diagnóstico y/o acompañamiento psicológico que se ha venido haciendo El último año, pero en el que se requiere contar con datos actuales y específicos que nos proporcionara este estudio.

Planteamiento del problema

El año 2019 cambio el mundo, pues el 31 de diciembre, la Oficina de la OMS reportó que “en la República Popular China detecta una declaración de la Comisión Municipal de Salud de Wuhan para los medios de comunicación publicada en su sitio web en la que se mencionan casos de una «neumonía vírica» en Wuhan”. Posteriormente con el aumento de los casos y presencia en otros países de esta enfermedad causada por SARS-CoV-2, la OMS el 11 de marzo de 2020, emite un nuevo comunicado donde menciona que profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación y gravedad y por los alarmantes niveles de inacción, la OMS llega a la conclusión en su evaluación de que la COVID-19 puede considerarse una pandemia.

El 27 de febrero del 2020 se presentó el primer caso de COVID-19 en territorio mexicano y el 16 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud anunció la implementación de la Jornada Nacional de Sana Distancia como medida preventiva ante la pandemia. De esta manera, se suspendieron temporalmente las actividades no esenciales, se reprogramaron los eventos de concentración masiva y actividades presenciales en las escuelas. Posteriormente el 1 de junio de 2020 y debido al aumento de casos en la República, se instauró un semáforo epidemiológico que indica en las diferentes entidades que, y como pueden realizarse actividades comerciales, escolares, deportivas, etc.

Todo esto afectó la forma de vivir y convivir de los mexicanos, si ya de entrada el desconocimiento de la enfermedad causada por COVID-19 provoco cambios psicológicos, el comenzar a enterarse de que el padecimiento llegaba a los familiares y amigos cercanos o incluso que fallecían, acarreo una serie de mayores afectaciones emocionales y de comportamiento. El estrés postraumático al ser una

respuesta ante la exposición a situaciones de riesgo, aparece en numerosos artículos científicos y es relacionado con el enfrentamiento el ser contagiado por el virus SARS-COV2. Mencionan Luo, Guo, Yu, y Wang (2020).

La prevalencia de síntomas / trastornos de estrés postraumático fue la más alta entre los pacientes con COVID-19 (93% [92% -95%]), que fue más alta que la informada en los trabajadores de la salud y el público en general (la prevalencia osciló entre el 3% [2% -4%] a 16% [15% -17%]) (Luo, Guo, Yu y Wang, 2020, p. 291).

La pandemia por COVID-19 ha tenido un efecto importante en la vida cotidiana y enfrentan desafíos que pueden ser estresantes, abrumadores y causar emociones fuertes, el distanciamiento social, es necesario para reducir la propagación del virus, con la dificultad de que el paciente se puede sentir aislado y solo, lo que puede aumentar el estrés. La presente investigación en mexicanos aportará datos recientes sobre la presencia de síntomas de estrés postraumático en pacientes recuperados de COVID-19, con la finalidad de localizar desde la psicología información que se pueda dirigir a la actualización de los existentes y/o aplicación de estos a la tecnología que será utilizada ante la problemática, como son la adaptación de instrumentos empleados a la distancia.

Pregunta de investigación

¿Existe presencia actual de síntomas de TEPT en los mexicanos que enfermaron de COVID-19?

¿Cuál es la sintomatología relacionada con TEPT más prevalente en las personas que padecieron COVID-19?

¿Cuáles son los niveles de estrés postraumático que experimentan las personas después de recuperarse de COVID-19?

¿Existe diferencia significativa de los niveles de estrés postraumático de acuerdo al sexo de los participantes?

Objetivo general

Evaluar la sintomatología sobre el estrés postraumático en adultos que padecieron COVID-19.

Objetivos específicos

- Determinar los niveles de estrés postraumático que experimentan las personas que se recuperaron al COVID-19.
- Contrastar si existen diferencias por sexo respecto a los niveles de estrés postraumático que experimentan los participantes.
- Analizar la prevalencia de síntomas ligados al TEPT en los participantes.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. COVID-19

Los coronavirus según la Organización Mundial de la Salud (2019), son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves.

1.1 Definición de la enfermedad COVID-19

La OMS (2020) nos menciona que la enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por un tipo de coronavirus descubierto recientemente. La mayoría de las personas infectadas por el virus de la COVID-19 presentan cuadros respiratorios de leves a moderados y se recuperan sin tratamiento especial. Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas o cáncer, tienen más probabilidades de presentar un cuadro grave.

Castro (2020) señala que la enfermedad por COVID-19, es una pandemia global de enfermedad respiratoria aguda causada por este virus, que filogenéticamente está estrechamente relacionado con SARS-CoV. La mayoría de los casos de COVID-19 ocurren en adultos.

1.2 Antecedentes históricos de los coronavirus

Kouryn y Hirschhaut (2020) hacen referencia a que hasta el momento se conocían un total de 36 coronavirus. Los virus de la familia coronaviridae, conocidos como coronavirus, son virus de tipo ARN positivo de cadena simple, envueltos en capsida que pueden afectar un amplio rango de animales e incluso a humanos. Fueron

descritos por primera vez por Tyrell y Byone en 1966. Basados en su morfología de viriones esféricos presentan una coraza y proyecciones desde su superficie asemejándose a una corona, razón por la que fueron llamados coronavirus. A su vez, los coronavirus son clasificados en cuatro subfamilias, alfa, beta, gamma y delta coronavirus, siendo los alfa y beta originados aparentemente de mamíferos, específicamente de murciélagos, y los gamma y delta de cerdos y aves. Los betacoronavirus pueden causar enfermedades severas y hasta la muerte. Los coronavirus causan infecciones respiratorias e intestinales en animales y humanos, pero no se habían considerado altamente patógenos para los humanos hasta la aparición de la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en el 2002 y 2003 en la provincia de Guangdong en China. Hasta ese momento, las infecciones causadas por coronavirus en humanos sólo generaban infecciones leves en pacientes inmunocompetentes. Gracias a los esfuerzos de la OMS en la identificación de casos, aislamiento (cuarentena) y seguimiento de pacientes que hubiesen estado en contacto con pacientes contagiados, la epidemia de SARS pudo ser controlada en poco tiempo y con pocas víctimas mortales. No se han reportado más casos de SARS desde el 2004. Diez años después, en el año 2012, emergió otro coronavirus altamente patógeno en países del medio este, identificado por primera vez en Arabia Saudita, el Coronavirus causante del Síndrome Respiratorio del Medio Este (MERS-CoV). Ambos, el SARS-CoV y MERS-CoV, fueron transmitidos de animales a humanos, desde una civeta y un camello dromedario, respectivamente. Desde la aparición del SARS en 2002, se han descubierto un gran número de coronavirus relacionados al SARS (SARSr-COVs) en murciélagos, que sirven como huésped reservorio natural para estos virus. El 20 de enero de 2020, un grupo de científicos chinos, reportó la identificación y caracterización del nuevo coronavirus (2019-nCoV) así como la secuencia genética del virus, confirmando que compartía el 79.6% del genoma con el ya conocido SARS-CoV causante de la epidemia hace 18 años. Adicionalmente, pudieron identificar que el virus es idéntico en 96% de su genoma a coronavirus provenientes de murciélagos. El SARS-CoV utiliza la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) como receptor e infecta las células bronquiales epiteliales no ciliadas, y los neumocitos tipo II. Zhou et. al

demonstraron que el 2019-nCoV utiliza el mismo receptor de entrada a la célula, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2)²⁷. En los días posteriores, el Grupo de Estudio de Coronavirus del Comité internacional de Taxonomía de Virus, responsable de clasificar y nombrar oficialmente estos virus de la familia Coronaviridae, basado en la filogenia, taxonomía y prácticas establecidas, formalmente reconoce que el 2019-nCoV es hermano de los Coronavirus causantes de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoVs), de la especie de los Coronavirus relacionados al SARS (SARSr-COVs) y designó oficialmente al 2019-nCoV como SARS-CoV2. El SARS-CoV2 pertenece al grupo de los betacoronavirus y está estrechamente relacionado con el SARS-CoV.

1.3 Cronología del COVID-19

De acuerdo a Castro (2020) la propagación del virus comenzó en diciembre de 2019 en Wuhan, provincia de Hubei en China y fue declarada pandemia global el 11 de marzo de 2020.

El 27 de febrero del 2020 se presentó el primer caso de COVID-19 en territorio mexicano y en México el 16 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud anunció la implementación de la Jornada Nacional de Sana Distancia como medida preventiva ante la pandemia. De esta manera, se suspendieron temporalmente las actividades no esenciales, se reprogramaron los eventos de concentración masiva y actividades presenciales en las escuelas. Posteriormente el 1 de junio de 2020 y debido al aumento de casos en la República, se instauró un semáforo epidemiológico que indica en las diferentes entidades que, y como pueden realizarse actividades comerciales, escolares, deportivas, etc.

1.4 Prevalencia de COVID-19 en México

La Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), Dirección General de Epidemiología (DGE), Dirección de Información Epidemiológica (DIE) y el Instituto de Diagnóstico y Referencia

Epidemiológica (InDRE), en su 18° Informe epidemiológico de la situación de COVID-19 en México del 3 de mayo de 2021, mencionan lo siguiente:

Se consideran casos activos, aquellos casos positivos que iniciaron síntomas en los últimos 14 días. Se tienen registrados 19,566 casos activos (del 20 de abril al 3 de mayo de 2021). Para esta semana a diferencia de la semana previa que eran cuatro, ahora hay tres entidades, registran el mayor número de casos activos (1,000 o más) por entidad de residencia. Se trata de la Ciudad de México la cual continúa, desde el inicio de esta epidemia en el país, como la entidad con mayor número de casos activos seguida del Estado de México y Tabasco. Estas entidades concentran cerca de la mitad (46.7%) de los casos activos reportados en el país. Lo que se traduce, como los estados donde hay mayor actividad de transmisión para COVID-19 en el país, en esta semana reportada.

A partir de la positividad semanal a SARS-CoV-2 por semana de inicio de síntomas y por entidad federativa en los casos confirmados por lugar de residencia, se calculan los casos activos estimados que para este corte de información ascienden a 20,527 que comparados con la estimación de la semana pasada (22,683) se considera un decremento de 9.5%. La estimación indica que, para esta semana, solo tres estados tendrían más de mil casos activos estimados.

Al corte de este décimo octavo informe de 2021, se han registrado 217,345 defunciones totales de COVID-19, incluyen las confirmadas a SARS-CoV-2 por laboratorio y defunciones por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica. Hasta este informe, se tienen 17,742 defunciones sospechosas de COVID-19. Al comparar únicamente a las defunciones positivas por laboratorio a SARS-CoV-2 (182,867) con las de la semana anterior (181,394), representan un incremento porcentual del 0.8% distribuidas en todo el país. Así mismo, diez entidades concentran el 64.9% de las defunciones acumuladas en el país: CDMX, Estado de México, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Nuevo León, Veracruz, Baja California, Chihuahua y Sonora.

Así mismo, en el transcurso de la vigilancia epidemiológica de COVID19 en el país, la mayor proporción de los decesos continúan siendo en hombres (62.5%). Además,

seis de cada diez defunciones se presentan entre los 55 a 79 años en ambos sexos. El grupo de 45 a 54 años registra el 15.6% de las defunciones que han ocurrido por SARSCoV-2 en el país y registradas en SISVER. Aun cuando las distribuciones de las defunciones por sexo son similares, entre los 35 a 54 años hay mayor proporción de hombres a diferencia de los 60 a 89 años en que los porcentajes son discretamente mayores entre la población femenina.

De acuerdo con lo reportado la semana previa el acumulado de los pacientes hospitalizados por COVID-19 se mantiene en igual proporción (19%) y corresponde a 440,922 pacientes. En cuanto a los ambulatorios positivos de igual forma, 81% en esta semana un acumulado de 1, 908,978. Las distribuciones por grupo de edad en los casos no han mostrado variaciones.

A diferencia de los casos positivos a COVID-19 en aquellos que fallecieron por esta causa, los síntomas más frecuentes fueron disnea (83.7%), tos (81.2%) y fiebre (75.5%) los cuales se han mantenido constantes con los mayores porcentajes reportados. Asimismo, en las defunciones los síntomas de disgeusia y anosmia se han notificado en menor proporción acorde a la literatura, donde se han descrito con mayor frecuencia en los casos leves.

1.5 Incidencia de la COVID-19 en México

SSA et al. (2021), en su Informe. sobre COVID-19 en México, refiere que la distribución de la tasa de incidencia de casos acumulados de COVID-19 por entidad de residencia.

El análisis nacional integra, la notificación de los casos totales acumulados, que ascienden a 2,349,900 que comparados con la semana previa (2,329,534) hay un incremento porcentual de 0.87; incluyen casos y defunciones con asociación o dictaminación clínica-epidemiológica desde la semana epidemiológica 1 del 2020 a la semana 18 de 2021.

Si consideramos únicamente los casos confirmados a SARSCoV-2 por laboratorio por PCR que al corte de este informe corresponden a 1,663,699 se tienen 6,076

más que la semana previa (1,657,623) lo que se traduce en un incremento porcentual de 0.37.

Los diez primeros estados que acumulan el mayor número de casos totales corresponden a: Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Nuevo León, Jalisco, Puebla, Sonora, Querétaro, Coahuila, y Tabasco, ubicándose como las entidades que concentran más de dos tercios (67%) de todos los casos de COVID19 del país.

La Ciudad de México continúa registrando la mayor parte de los casos del territorio nacional y representa por si sola más de una cuarta parte (27%) de todos los casos acumulados por entidad de residencia. Los estados que registran menos casos acumulados continúan siendo: Colima, Chiapas, y Campeche. La tasa de incidencia acumulada nacional es de 1822.02 casos por 100,000 habitantes. Hasta esta fecha, se han notificado un total de 6, 659,184 personas en todo el país (incluye casos totales, negativos y sospechosos totales).

La distribución por semana epidemiológica según su fecha de inicio de síntomas de los casos totales, negativos y los sospechosos totales, que a nivel nacional ascienden al momento a 431,537 los cuales incorporan: a) Los que cumplían con la definición de caso pero no se les tomo una muestra, acorde a los lineamientos de muestreo del SISVER en unidades USMER y no USMER; b) aquellos a quienes se les tomó una muestra pero sin posibilidad de emitir un resultado y c) aquellos que se encuentran bajo estudio es decir, sospechosos con muestra. Y los casos negativos que corresponden a 3,877,747.

Al observar los casos acumulados totales por entidad de notificación, se aprecia que la distribución de los mismos es similar que al analizarlos por residencia, sin embargo, destaca que la población que se ha atendido en la CDMX asciende a 744,962 lo que representa cerca de un tercio (31.7%) de los casos del país, y comparado con la semana anterior (738,329) un incremento de 0.9%.

Así mismo, si consideramos las primeras cinco entidades federativas, representan hasta el momento, más de la mitad (52.5%) de todos los casos acumulados por

entidad de notificación del país. El estado que registra el menor número de casos acumulados es Campeche con solo 9,742 lo que representa 0.4% del total de casos acumulados.

La tasa de incidencia de los casos activos a nivel nacional presenta un descenso al compararla con la de las dos semanas previas. Para el corte anterior (6 al 19 de abril de 2021), la tasa era de 20.75 y actualmente es de 15.17 por 100,000 habitantes. La distribución de la tasa de incidencia actual comparada con la de hace dos semanas en los casos activos por entidad federativa, en la cual se observa que solo cuatro entidades presentan mayor tasa de incidencia actual que la observada hace dos semanas: Tabasco, Quintana Roo, Tamaulipas Colima, Zacatecas y Campeche. Prácticamente sin variaciones respecto a la tasa de incidencia actual con la de dos semanas anteriores se encuentran: Yucatán, Colima, Zacatecas, Baja California, Veracruz y Chiapas. El resto del país, es decir 22 entidades, su tasa actual es menor que hace dos semanas.

Así mismo la tasa de incidencia de casos activos estimados es 15.9 por 100,000 habitantes, menor que la semana previa (17.6) por 100,000 habitantes).

1.6 Medios de contagio de COVID-19

La Secretaría de Salud (2020) informa que la COVID-19 se transmite a través de las gotas de saliva que expulsa una persona portadora del virus o enferma al hablar, gritar, cantar, toser o estornudar. El virus entra al cuerpo de las personas por la boca, nariz y ojos. También se puede transmitir cuando se toca una superficie contaminada con el virus y después se toca la boca, nariz u ojos con las manos.

1.7 Prevenir la COVID-19

De acuerdo a la Secretaría de Salud (2020), hay cosas que se pueden hacer para evitar el contagio de la COVID-19. Por ejemplo:

- Lavar las manos con jabón durante al menos 20 segundos.

- No tocar ojos, nariz o boca si las manos no están limpias.
- Al toser o estornudar, tapar la nariz y la boca con el brazo o un pañuelo desechable, que deberá ser inmediatamente colocado en la basura en una bolsa de plástico.
- Quedarse en casa siempre que se pueda, mantener la casa limpia y desinfectar las superficies y las cosas que más se tocan.
- Usar cubrebocas en lugares públicos y al hablar con otras personas.
- Mantener una sana distancia con las demás personas.

1.8 Factores de riesgo en relación a COVID-19

Información obtenida de la Secretaría de Salud (2020) indica que entre los posibles factores de riesgo en relación a la COVID-19 y que definen cómo afecta la enfermedad a las personas pueden citarse los siguientes:

Enfermedades cardiovasculares (cardiopatías, hipertensión...)

Diabetes

Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC)

Enfermedades renales

Cáncer

Inmunosupresión (pacientes oncológicos, trasplantados...)

Enfermedades renales

Enfermedades neurológicas (Alzheimer)

Sobrepeso/obesidad

Tabaquismo

1.9 Grados de gravedad de la COVID-19

La OMS (2020) informo que para ayudar a los profesionales sanitarios a dar prioridad al tratamiento de los pacientes con enfermedades más graves y para disminuir la carga que supone para los sistemas sanitarios debido a la COVID-19, se estableció un sistema de clasificación del grado de gravedad de las enfermedades. El personal sanitario de los equipos de gestión de los pacientes clasificara a los pacientes en las diferentes categorías según el pulso, la tensión arterial sistólica, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y el nivel de conciencia de los pacientes. Los pacientes clasificados como con enfermedad moderada, grave y muy grave fueran asignados a camas o salas de aislamiento para su tratamiento hospitalario, mientras que los pacientes con síntomas leves fueran supervisados en casa.

Actualmente, los médicos describen la forma en la que la COVID-19 se presenta con respecto a su gravedad y los términos usados comúnmente son:

Asintomático: Ser asintomático significa que no tiene síntomas. Sin embargo, se ha descrito la anosmia (pérdida de olfato) en personas infectadas por el coronavirus que no han presentado otros síntomas.

Leve: Los principales síntomas son: fiebre, tos seca, cansancio, sensación leve de falta de aliento, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta, diarrea. Hay algunos síntomas que son menos comunes, incluyendo rinorrea, rojez o dolor en los ojos y vómitos, también puede darse la falta de ánimo, como en muchas enfermedades virales.

Moderado: Tener más falta de aliento y un ritmo cardíaco acelerado, particularmente si están en movimiento. Esto es causado por la inflamación del parénquima pulmonar, con lo que síntomas como la tos y la falta de aliento pueden empeorar. Además de temperatura más alta de 37.8C, sensación de falta de aliento cuando haga ejercicio moderado (como subir las escaleras), molestias al toser, pero no dolor, tos más persistente, muchos episodios cada hora, dolor de cabeza, particularmente si tiene calor, cansancio y necesidad de descansar más, boca seca

Grave: Puede desarrollar neumonía, la cual es una inflamación de los pulmones (causada por la infección), afectando los sacos de aire diminutos llamados alvéolos. Los síntomas de la COVID-19 severa y la neumonía consiguiente incluyen: dificultad para respirar extrema, no puede hacer mucho o hablar con facilidad, dolor en el pecho, estómago o la espalda cuando respira, fiebre, presión en el pecho, falta de apetito, confusión, labios o cara azulados, respiración rápida y superficial, ritmo cardíaco acelerado, malestar general, disminución de la presión arterial.

Muy grave: Desarrolla neumonía grave. Las posibilidades de que esto le ocurra a alguien con buena salud son extremadamente bajas. En esta forma de la COVID, se puede desarrollar una condición llamada síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Este síndrome consiste en la inflamación de los alvéolos y de su colapso sin que el surfactante sea suficiente para dejar este espacio abierto. Si esto sucede, necesitará soporte respiratorio para ayudar a ventilar sus pulmones. En los peores casos, las personas pueden desarrollar sepsis, lo que comporta fallo de otros órganos y requieren acudir al hospital con urgencia.

1.10 Diagnóstico de la COVID-19

La OMS (2020) refiere que en la mayoría de los casos se utiliza una prueba molecular para detectar el SARS-CoV-2 y confirmar la infección. La prueba molecular más frecuentemente utilizada es la de la reacción en cadena de la polimerasa (RCP). Las muestras se recogen en la nariz o la garganta con un hisopo. Las pruebas moleculares detectan el virus en la muestra amplificando su material genético hasta niveles que permiten su detección. Por ello, las pruebas moleculares se utilizan para confirmar una infección activa, por lo general a los pocos días de la exposición y en torno al momento en que puede que empiecen los síntomas.

Hernández (2020) refiere que la Radiografía Torácica (RxTx) se considera el método de primera elección en la evaluación inicial de pacientes con sospecha de proceso infeccioso pulmonar. Puede detectar hasta un 50% de alteraciones. Su mayor utilidad es en la evolución de la enfermedad. Y que la Tomografía Computarizada (TC) es un método de imagen efectivo en la evaluación de la

neumonía viral, cuando la radiografía de tórax es normal o inconclusa. En pacientes con neumonía por COVID-19, tiene una sensibilidad de hasta el 97%, según el reporte de las últimas series de casos. La TC no es considerada como un método de tamizaje para neumonía viral por COVID19 de acuerdo a las diferentes sociedades internacionales de radiología. Los estudios tomográficos demostraron cambios en los hallazgos desde el inicio hasta la recuperación del paciente. Patrón específico acorde al tiempo, indicando progresión y recuperación de la enfermedad.

1.11 Comorbilidades de la COVID-19

La Secretaría de Salud (2020) menciona que tener una o más comorbilidades incrementa el riesgo para morir. La presencia de patologías previas son factores predisponentes para presentar la forma más severa y complicada de COVID-19, siendo las más frecuentes la hipertensión, diabetes y obesidad.

1.12 Sintomatología de COVID-19

La OMS (2020) menciona que los síntomas más habituales de la COVID-19 son:

Fiebre

Tos seca

Cansancio

Otros síntomas menos frecuentes y que pueden afectar a algunos pacientes:

Pérdida del gusto o el olfato

Congestión nasal

Conjuntivitis (enrojecimiento ocular)

Dolor de garganta

Dolor de cabeza

Dolores musculares o articulares

Diferentes tipos de erupciones cutáneas

Náuseas o vómitos

Diarrea

Escalofríos o vértigo

Entre los síntomas de un cuadro grave de la COVID-19 se incluyen:

Disnea (dificultad respiratoria)

Pérdida de apetito

Confusión

Dolor u opresión persistente en el pecho

Temperatura alta (por encima de los 38° C)

Otros síntomas menos frecuentes:

Irritabilidad

Merma de la conciencia (a veces asociada a convulsiones)

Ansiedad

Depresión

Trastornos del sueño

Complicaciones neurológicas más graves y raras, como accidentes cerebrovasculares, inflamación del cerebro, estado delirante y lesiones neurales.

La OMS (2020) recomienda a las personas de cualquier edad que tengan fiebre o tos y además respiren con dificultad, sientan dolor u opresión en el pecho o tengan dificultades para hablar o moverse deben solicitar atención médica inmediatamente. De ser posible, llame con antelación a su dispensador de atención de salud, al teléfono de asistencia o al centro de salud para que puedan indicarle el dispensario adecuado.

1.13 Tratamiento de la COVID-19

De acuerdo a la Secretaría de Salud (2020), no existe medicamento que cure los coronavirus, solo existen para aliviar los síntomas que generan. En la mayor parte de los casos, la enfermedad no es grave y el cuerpo la controla en alrededor de dos semanas y en esos casos recomienda que, si no se presentan síntomas, lo mejor es quedarse en casa y no automedicarse.

Existen diferentes tipos de vacunas, que están diseñadas para preparar a nuestro sistema inmunológico a combatir enfermedades. Se han desarrollado diversos tipos de vacunas contra la COVID-19, entre ellas:

Vacunas con virus inactivados o atenuados: utilizan un virus previamente inactivado o atenuado, de modo que no provoca la enfermedad, pero aun así genera una respuesta inmunitaria.

Vacunas basadas en proteínas: utilizan fragmentos inocuos de proteínas o estructuras proteicas que imitan el virus causante de la COVID-19, con el fin de generar una respuesta inmunitaria.

Vacunas con vectores virales: utilizan un virus genéticamente modificado que no puede provocar la enfermedad, pero sí puede producir proteínas de coronavirus para generar una respuesta inmunitaria segura.

Vacunas con ARN y ADN: un enfoque pionero que utiliza ARN o ADN genéticamente modificados para generar una proteína que por sí sola desencadena una respuesta inmunitaria.

La vacunación es una forma sencilla, inocua y eficaz de protegernos contra enfermedades dañinas antes de entrar en contacto con ellas. Las vacunas activan las defensas naturales del organismo para que aprendan a resistir a infecciones específicas, y fortalecen el sistema inmunitario.

México tiene convenios con las farmacéuticas: Pfizer-BioNTech, Cansino, COVAX, AstraZeneca, Sputnik V y Sinovac. Para llevar la jornada de vacunación contra COVID_19 en su población, la cual se está llevando a cabo por edades y grupos prioritarios.

1.14 Cuidados para el enfermo de COVID-19

La Secretaría de Salud (2020) recomienda que si se tienen síntomas compatibles con coronavirus y no se tiene dificultad para respirar o si se pertenece a uno de los grupos de riesgo, no se debe acudir al doctor. Solo quedarse en casa y hacer lo siguiente:

- No automedicarse.
- No saludar de mano, beso o abrazo y mantener la sana distancia respecto a quienes conviven en el mismo lugar.
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, al menos 20 segundos, o desinfectálas con gel.
- Alimentarse sanamente, con verduras y frutas y tomar al menos ocho vasos de agua simple.
- Laver vasos y cubiertos con agua, jabón y cloro.

En casos más graves acudir al médico o a las unidades médicas nombradas como áreas COVID.

1.15 Efectos psicológicos de la COVID-19

Domínguez (2020) en su artículo Self-Administered Online Interventions For COVID-19. Mental Health Affectations. Current Evidence. rescata lo siguiente: El impacto de la pandemia COVID-19 afecta a la mayoría, si no todas las áreas de las sociedades alrededor del mundo. Las consecuencias causadas por el COVID-19 no solo se relacionan con términos de salud física, y la pérdida de millones de puestos de trabajo, sino también sobre salud mental. Varios investigadores indican que La

pandemia de COVID-19 está preparando actualmente el escenario para trastornos de salud, por todas las afectaciones ocasionadas por esta. Diversas revisiones indican estrés relativamente alto y ansiedad.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (2020), el COVID-19 detuvo los servicios de la salud mental en 93% de los países, y en al mismo tiempo, la demanda de estos servicios de salud está aumentando, concluye en que la depresión, trastorno por estrés postraumático, angustia psicológica y estrés han aumento en la población general.

Así pues, un estudio sobre el Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional realizado por Sandín, Valiente, García y Chorot. (2020) se detectó que los principales miedos relacionados al coronavirus que localizaron de la siguiente forma: No todos los ítems de la escala relacionados con el coronavirus producen el mismo grado de impacto emocional (grado de temor y preocupación) en los participantes tomando como referencia las cuatro dimensiones de miedos, podría afirmarse que la dimensión más afectada se relaciona con posibles contagios o muerte de familiares, seguida de las dimensiones de trabajo/ ingresos y aislamiento social; el menor impacto se ha asociado con la dimensión de necesidades básicas... El perfil emocional asociado a la COVID-19 sugiere un predominio de síntomas de preocupación, estrés (sentirse estresado o agobiado), y desesperanza, y de problemas de sueño, destacando también la depresión en el grupo de mujeres. También encontramos niveles de impacto elevado en los niveles de ansiedad, nerviosismo e inquietud... refleja un menor impacto del coronavirus sobre las emociones de ira/irritabilidad y sentimiento de soledad...muestra un impacto significativamente mayor en el grupo de mujeres que en el de hombres para todas las variables; también refleja efectos significativos debidos a la edad (el mayor impacto corresponde al grupo de menor edad). Este mismo estudio pone de relieve que la situación especial generada por la pandemia de COVID-19 y el confinamiento también puede generar efectos positivos. Muchos de los participantes han experimentado efectos como valorar nuevos aspectos de la vida, conocer o vivir

nuevas experiencias positivas, aprender a valorar cosas importantes de las que antes no era consciente, o descubrir nuevas capacidades o aficiones (Sardín, et al., 2020).

Capítulo 2. Trastorno de estrés postraumático

El enfrentar una situación de salud que ponga en peligro la vida puede manifestar diversos trastornos psicológicos, si se suma el desconocimiento del padecimiento o la mal información se puede complicar la situación psicológica de los sujetos involucrados. El trastorno de estrés postraumático se ha manifestado en situaciones como las pandemias, donde además de la enfermedad se tiene que lidiar con secuelas o información impactante. Cuando un suceso estresante supera el umbral para el trauma de una persona puede generar un cuadro clínico que impacta negativamente en la calidad de vida de las personas, el cuadro clínico que se asocia más frecuentemente a este tipo de trauma es el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado y Muñoz, 2016, p. 112).

2.1 Definición de estrés postraumático

El Trastorno de Estrés Post Traumático es definido por Valladares (2018) como el desarrollo de síntomas característicos en una persona luego de que ha experimentado, presenciado o le han relatado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes y por amenazas a su integridad física o la de los demás.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), dentro de los criterios que se consideran como parte de la caracterización del Trastorno de Estrés Post Traumático se encuentran la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o en forma de amenaza, además de la presentación de recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático, así como sueños angustiosos recurrentes con contenido asociado a los eventos traumáticos y malestar psicológico intenso y prolongado al exponerse a factores que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso. De igual forma, se puede presentar evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático como el tratar de evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos, así como evitar personas, lugares, actividades o situaciones que despiertan recuerdos, pensamientos o

sentimientos angustiosos acerca o estrechamente relacionados con los eventos traumáticos. Dentro de las afectaciones a nivel cognitivo también se encuentran creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, las demás personas o el mundo, así como un estado emocional negativo persistente con manifestaciones de miedo, terror, enfado o culpa, entre otras manifestaciones.

2.2 Prevalencia de estrés postraumático

En México los resultados de la Encuesta Nacional de epidemiología psiquiátrica, ENEP, 2005, (en IMSS, 2011) reporta una prevalencia de 1.45%, con una mayor prevalencia en mujeres 2.3% y de 0.49% en hombres. Además, muestran que el total de días de discapacidad en lo del último año fue de 21.4 por persona lo que representa un costo económico importante. De la población que presenta TEPT, el 13% solicita atención médica y de este grupo 6.6% con el médico general o especialidades no psiquiátricas y el 7.3% con un especialista relacionado con la salud mental. La edad de inicio del trastorno, considerando los momentos de mayor actividad con relación a los síntomas son o después de los 60 años, entre los 25 y 35 años, Alrededor de los 20 años y en la infancia.

2.3 Incidencia de estrés postraumático

Sadock, Sadock, Kaplan y Ruiz (en Barrantes, Bermúdez y Bonilla, 2020) informan que más del 50% de la población mundial está expuesta a eventos traumáticos durante toda su vida, sin embargo, no todas las personas desarrollan un trastorno de estrés postraumático o un trastorno de estrés agudo. El TEPT presenta una incidencia a lo largo de la vida del 9% al 15%.

2.4 Factores de riesgo de estrés postraumático

De acuerdo con el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) los factores de riesgo que se han considerado pueden ser desencadenar un TETP son:

- Sexo
- Edad en la que se presenta el trauma
- Escolaridad
- Coeficiente intelectual
- Etnicidad
- Antecedentes personales de historia psiquiátrica
- Reporte de abuso en la niñez o de otros eventos adversos
- Historia familiar de enfermedad psiquiátrica
- Severidad del trauma
- Apoyo social post-trauma

2.5 Grado de gravedad de estrés postraumático

Menciona Bados (2015) que el TEPT es más probable, grave y/o duradero cuando el agente estresante es aplicado directamente por el hombre (p.ej., tortura, violación, violencia familiar, terrorismo). La probabilidad de desarrollar TEPT aumenta cuando se incrementan la intensidad, duración y/o frecuencia del agente estresante y cuando este es experimentado directamente en vez de simplemente observado o transmitido. Algunos autores hablan de trauma tipo I y tipo II según haya habido respectivamente uno o múltiples eventos traumáticos.

2.6 Diagnóstico de estrés postraumático

Criterios diagnósticos del DSM-5 para TEPT en APA, (2014)

A.- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido:

- 1.- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2.- La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. (En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados).

B.- El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

1.- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones: (En los niños esto puede experimentarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma).

2.- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. (En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible).

3.- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (ilusiones, alucinaciones, flashbacks). Los niños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.

4.- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5.- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C.- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como lo indican 3 o más de los siguientes síntomas:

1.- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2.- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3.- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4.- Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5.- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6.- Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor).

7.- Sensación de un futuro limitado (no espera obtener un empleo, casarse, tener la esperanza de una vida normal).

D.- Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican 2 o más de los siguientes síntomas:

1.- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2.- Irritabilidad o ataques de ira.

3.- Dificultades para concentrarse.

4.- Hipervigilancia.

5.- Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones de los criterios B, C, y D se prolongan más de 1 mes.

F.- Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

NICE, (en IMSS 2011) recomienda que: En situaciones de desastres naturales o de eventos traumáticos masivos o individuales es importante considerar la aplicación de un instrumento breve para la detección de TEPT al mes de haberse presentado el evento traumático.

2.7 Comorbilidades del estrés postraumático

La APA (en IMSS 2011) menciona que la presencia de comorbilidad psiquiátrica es un aspecto que deberá guiar la intervención inicial. Algunos estudios han mostrado

que los sujetos con depresión tienen un riesgo mayor de exposiciones posteriores a un evento traumático.

Según Zegama y Chino, (2019), la comorbilidad en el TEPT es frecuente, así como la presencia de patología dual. Los trastornos mentales más prevalentes relacionados con el cuadro son la ansiedad, la depresión y el consumo de sustancias (alcohol, alucinógenos y psicotrópicos), los cuales alcanzan una comorbilidad de hasta un 50%, incluso 10 años después del primer diagnóstico de TEPT.

2.8 Sintomatología del estrés postraumático

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2014) los criterios que se emplean para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Post-Traumático son:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo a un amigo íntimo.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s).

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

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

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

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

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s).

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

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

4. Estado emocional negativo persistente.

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

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

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño.

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es 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 o a otra afección médica.

2.9 Detección y evaluación del estrés postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático requiere una evaluación cuidadosa debido a la amplia gama de manifestaciones que puede presentar, así como a la posibilidad de pasar por alto sucesos vitales que han ocurrido años atrás en la historia de vida de las personas y que pueden ser parte importante en la génesis del trastorno. De

acuerdo con Echeburúa et al. (2016) los instrumentos más utilizados para la evaluación del TEPT han sido las entrevistas diagnósticas, los autoinformes y los listados de síntomas. Para estos autores, dentro de las entrevistas destacan la *Escala del Trastorno de Estrés Postraumático (CAPS) (Clinician-Administered PTSD Scale)*, la cual es muy utilizada, tiene buenas propiedades psicométricas y se adecua a los criterios del DSM-IV. Hay una versión reciente de esta escala adaptada al DSM-5 (*CAPS-5*), sin embargo, no se encuentra validada aún en población hispanohablante.

Otra entrevista estructurada es el *PTSD Symptom Scale-Interview for DSM-5 (PSSI-5)*. El PSSI-5 es una entrevista estructurada de 24 ítems que evalúa los síntomas del TEPT en el último mes y que establece un diagnóstico basado en los criterios del DSM-5. Los 20 primeros ítems abarcan los cuatro núcleos sintomáticos del DSM-5; los 4 últimos hacen referencia al malestar emocional global y al grado de interferencia en la vida cotidiana, a la duración de los síntomas y al posible inicio demorado del trastorno. Es un instrumento con buenas propiedades psicométricas para diagnosticar el TEPT y evaluar la gravedad de los síntomas (Echeburúa et al., 2016).

En España se ha desarrollado la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)*, que es una entrevista estructurada que sirve para diagnosticar el TEPT en víctimas diversas, así como para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. La *EGS* a diferencia de la *CAPS* evalúa la frecuencia e intensidad de los síntomas del TEPT de forma conjunta. Se hace así porque, en primer lugar, hay una elevada correlación entre ambas modalidades de cada síntoma y, en segundo lugar, porque de esta forma se agiliza y facilita la evaluación. De acuerdo con los autores las propiedades psicométricas de esta escala son muy satisfactorias (Echeburúa et al., 2016).

Los mismos autores señalan que, si bien los autoinformes son más fáciles de aplicar, son menos válidos que las entrevistas estructuradas porque están sujetos a diversas fuentes de error. Entre los autoinformes figuran la *Escala Revisada del*

Impacto del Estresor (IES-R) (Impact of Event Scale-Revised), de 22 ítems, que ha sido un autoinforme muy utilizado y que permite evaluar los tres núcleos de síntomas del DSM-5: Re-experimentación, evitación y activación psicofisiológica. Este instrumento permite cuantificar la gravedad de los síntomas del TEPT y se muestra sensible al cambio terapéutico.

Otra prueba es la *Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Davidson Trauma Scale)*, diseñada para evaluar subjetivamente la frecuencia y gravedad de los síntomas. Más recientemente se ha desarrollado en España la *Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP)*, que es un autoinforme que consta de 64 ítems, evalúa los principales síntomas postraumáticos y su gravedad, permite establecer la relación entre la sintomatología y la vivencia de un acontecimiento traumático y posibilita el diagnóstico del TEPT según los criterios diagnósticos del DSM-IV (Echeburúa et al., 2016).

La APA (2013 en Lotero y Arias, 2016) señala que el 80% de las personas que han tenido un diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-Traumático son más propensos a presentar síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos para, al menos, otro trastorno mental.

Es fundamental resaltar que para el Trastorno de Estrés Postraumático no hay una causa única, y, aun cuando originalmente se creía que experimentar cualquier evento traumático era la causa, se demostró que la exposición a un componente estresante traumático es una condición elemental aunque no suficiente para el desarrollo del trastorno, y que este no únicamente se debería al acontecimiento traumático en sí mismo, sino además al nivel de vulnerabilidad al estrés, a componentes del medio ambiente, de los genes, grado sociocultural, entre otros componentes. No obstante, la magnitud, duración y proximidad de la exposición al evento traumático conforman los componentes más relevantes que determinan la presentación del TEPT. (Rojas, 2016).

2.10 Efectos del estrés postraumático

Según Carvajal, (2002) ante acontecimientos traumáticos, los individuos experimentan miedo, desesperanza y terror. El Trastorno de Estrés Postraumático se caracteriza por la existencia de indicios de reexperimentación del suceso vivido, a modo de pesadillas o de imágenes constantes e involuntarias, los sujetos tienen la posibilidad de actuar como si el evento acabara de pasar, de igual manera se muestra evitación conductual y cognitiva de los sitios o situaciones asociados al episodio traumático, embotamiento en las respuestas, hiperactivación, a modo de problemas de concentración, de irritabilidad y de inconvenientes para conciliar el sueño.

El cuadro debe estar presente más de un mes y tiene que producir malestar clínico significativo, así como deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento de las personas (Gómez y Cárdena, 2016). Por otro lado, el TEPT puede presentarse de forma aguda, con síntomas que duran menos de tres meses, o de forma crónica, en la que el cuadro clínico se presenta por más de tres meses, siendo esta última presentación la más habitual (Valladares, 2018).

2.11 Tratamiento psicológico en adultos

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático del IMSS, (2011) la terapia cognitivo conductual es la estrategia que ha probado ser más efectiva para reducir la sintomatología y prevenir la recurrencia. Los programas en donde se incorpora la terapia cognitivo conductual se clasifican en tres grupos:

- 1) Enfocado al trauma (tratamiento individual)
- 2) Enfocado al manejo del estrés (tratamiento individual)
- 3) Terapia de grupo

Las intervenciones psicológicas breves (5 sesiones) pueden ser efectivas si el tratamiento inicia en los primeros meses después del evento traumático

El tratamiento debe ser regular y continuo (al menos una vez por semana) y debe ser dado por el mismo terapeuta.

A todos los sujetos que presenten síntomas relacionados con TEPT se les debe incorporar en un programa terapéutico con la técnica cognitiva conductual, enfocada al trauma

Es importante considerar el tiempo desde que ocurrió el evento y el inicio de síntomas de TEPT para definir el plan terapéutico

En el caso del TEPT crónico, la psicoterapia cognitivo conductual centrada en el trauma, debe darse de 8–12 sesiones, por lo menos una vez a la semana, impartidas siempre por un mismo terapeuta.

Entre las estrategias terapéuticas utilizadas en el manejo de la TEPT se encuentran:

Terapia de relajación

Tiene como propósito alcanzar un estado de hiperventilación que contrarreste y ayude a controlar la ansiedad, por lo que se entrena al paciente en la relajación progresiva y / o el control de respiración.

Técnica de exposición.

Técnica conductual de exposición a los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad con el objeto de reducir y prever las respuestas adaptativas. Se emplea la desensibilización sistemática y la exposición gradual al estímulo adverso.

Técnica de auto control.

Se trata de enseñar al paciente los principios que rigen la conducta no deseada, como autoobservación, auto refuerzo, autocastigo y control de estímulos.

Técnica de habilidades sociales.

Analizar las conductas problemas y re entrenarlas.

Técnica de reestructuración cognitiva.

Consiste en trabajar sobre la distorsión.

Técnica de re exposición.

Presentarle al paciente el estímulo estresor a través de: imaginación, in vivo, terapia dirigida, narrativa (verbal y/o escrita).

Técnica cognitiva de auto instrucción.

Detectar las auto verbalizaciones negativas y cambiarlas por auto instrucciones positivas e impedir las respuestas evitativas a la ansiedad anticipatoria.

Programas psicoeducativos.

Educación al paciente a detectar sus distorsiones cognitivas y el auto control de los síntomas.

Técnica de re exposición.

Presentarle al paciente el estímulo estresor a través de: imaginación, in vivo, terapia dirigida, narrativa (verbal y/o escrita).

Reestructuración cognitiva y detención del pensamiento.

Centrar la atención en estímulos neutros no amenazantes.

2.12 Seguimiento

Gómez, Chaparro, Martín y Crespo (2018) refieren que, en el primer seguimiento, se realiza al mes de finalizar la intervención, donde el paciente manifiesta si mantiene o no los logros alcanzados en la terapia y si existe o no satisfacción, irritabilidad y lo que le facilita las relaciones sociales. En el segundo seguimiento, a los 3 meses, el paciente mencionara los logros citados anteriormente. En el tercer seguimiento, a los 6 meses, los logros continúan o no manteniéndose y se dedica un espacio importante de la sesión a la planificación del futuro. Se aplicarán los instrumentos para la evaluación postratamiento, Además, evaluar la sintomatología postraumática. En el último seguimiento (12 meses), revisar los síntomas por los que solicitó ayuda y si ha recuperado actividades gratificantes, etc.

Capítulo 3. *Relación estrés postraumático y COVID-19.*

El trauma es la reacción psicológica derivada de un suceso altamente estresante que implica la vivencia de un acontecimiento negativo que surge de forma inesperada e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias de malestar intenso en la víctima. Además, se trata de un suceso que la persona no espera encontrar porque no forma parte de las experiencias habituales del ser humano. Por ello, la intensidad del suceso y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar algo desconocido e inusual explican el impacto psicológico que causa el acontecimiento (Echerburúa, Corral y Amor, 2004).

3.1 Infodemia y estrés

Según la OMS (2020) Una infodemia es una sobreabundancia de información, en línea o en otros formatos, e incluye los intentos deliberados por difundir información errónea para socavar la respuesta de salud pública y promover otros intereses de determinados grupos o personas. La información errónea y falsa puede perjudicar la salud física y mental de las personas, incrementar la estigmatización, amenazar los valiosos logros conseguidos en materia de salud y espolear el incumplimiento de las medidas de salud pública, lo que reduce su eficacia y pone en peligro la capacidad de los países de frenar la pandemia.

La pandemia actual por la COVID-19 tiene algunas características que pueden favorecer la aparición de mayores niveles de reacción al estrés comparado con otras pandemias: es un virus nuevo, lo que genera cierta incertidumbre sobre su manejo y lleva a un futuro impredecible. El número de casos positivos y de fallecimientos crece día a día y la información se reproduce fácilmente en las redes sociales. Actualmente, a través de internet y de los teléfonos inteligentes existe mayor información, sin embargo, ese mecanismo también facilita la desinformación y la transmisión de mitos. En este contexto, no nos debe extrañar que en los estudios que se realicen se encontrarán altos niveles de reacción al estrés.

3.2 Presencia de estrés postraumático en pandemias

En su momento histórico algunas otras enfermedades han sido pandemias como por ejemplo el VIH o la Influenza A (H₁N₁), Siempre está latente el peligro de otras epidemias que pueden cambiar a pandemias. Ante la amenaza del surgimiento de nuevas epidemias la Organización Panamericana de la Salud menciona los posibles riesgos de salud mental: Desde la perspectiva de la salud mental, una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de su manejo en la población afectada. Incluso, puede considerarse, que toda la población sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida. Así es que se estima un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad, OPS, 2005, p. 4).

En un estudio realizado por Ríos (2009) sobre la presencia de estrés postraumático en la pandemia de Influenza A (H₁N₁) en el Distrito Federal ahora CDMX, hace referencia a que: Aunque hay marcadas diferencias individuales en la reacción de cada persona ante el estrés, en un estudio hecho al azar con adultos jóvenes hubo una prevalencia de estrés postraumático en un 9.2%, con una prevalencia más alta en mujeres en un 11.3% y en hombres en 6% 5. (Ríos, 2009, p. 21).

Otro estudio realizado por Young, (2011) acerca de la relación del estrés postraumático y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) nos indica que: ...la estimación más baja de TEPT relacionado con el VIH fue 4.2% y el más alto fue 40%. La prevalencia variable y las tasas informadas por estos estudios son probablemente el resultado de diferentes características de la muestra. Es probable que la prevalencia del TEPT relacionado con el VIH varía según la etapa de la infección, los determinantes sociales de la salud... (Young, 2011, p. 140).

En el artículo de Palomino y Huarcaya (2020) se refiere que: durante el brote del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) se realizó un estudio de seguimiento hecho en Hong Kong que comparó el nivel de estrés reportado durante el brote del SARS y un año después entre los sobrevivientes; a partir de los datos obtenidos se

evidenció que estos niveles permanecieron elevados en vez de haberse mitigado por el tiempo transcurrido. Además, el 90 % del personal de salud sobreviviente puntuó por encima del umbral en el General Health Questionnaire (GHQ-12). En un metaanálisis de 22 estudios hechos en diez países que incluyó personas con SARS, enfermedad del Ébola, influenza H1N1 (2009 al 2010), Síndrome Respiratorio de Medio Este (MERS) e influenza equina, se encontró que la cuarentena en el personal de salud, que tuvo contacto con SARS, fue el factor más predictivo para la aparición de síntomas de trastorno de estrés agudo. Igualmente, se reportaron varias respuestas negativas durante el periodo de cuarentena: temor (20 %) nerviosismo (18 %), tristeza (18 %) y culpa (10 %). Asimismo, durante el brote de influenza equina, aproximadamente 34 % de los dueños de caballos que estuvieron en cuarentena por varias semanas, reportaron un alto nivel de estrés psicológico comparado con alrededor de 12 % de la población australiana general. En un estudio en el que participaron 1082 estudiantes universitarios durante la pandemia de H₁N₁, se encontraron como predictores significativos de síntomas de estrés como ser mujer, estar infectado con influenza H₁N₁ y tener familia, amigos o conocidos con la enfermedad. Debido a que este brote tenía como población de riesgo a los jóvenes, muchos estudiantes experimentaron una variedad de reacciones de estrés en el brote de influenza H₁N₁ y alrededor de 2 % de los estudiantes desarrollaron TEPT.

3.3 Relación estrés/COVID-19

La pandemia por la COVID-19 constituye una crisis en la vida de los seres humanos. Implica un cambio repentino y significativo de la situación vital del individuo, que se refleja en su entorno familiar, institucional, comunitario y social, es “una respuesta de disrupción en la homeostasis psicológica del individuo, en la que fallan los mecanismos de afrontamiento habituales tendentes a reinstaurar dicha homeostasis, lo cual va acompañado de todo un conjunto de consecuencias conductuales, emocionales, cognitivas y biológicas en la persona”. Dentro de las crisis se expresan siempre de forma paralela: una esperanza y búsqueda de ayuda

en los otros y mayor susceptibilidad a la influencia de factores externos-medioambientales e internos-personales. La crisis será valorada de modo particular y sus manifestaciones difieren según las personas, sus familias, escuelas, comunidades, sociedades y épocas. Esta situación excepcional genera una respuesta de estrés que es vivida por las personas de manera particular, estrechamente vinculados a características de la personalidad, resiliencia, procesos de afrontamiento, experiencias anteriores e interpretación cognoscitiva del evento. En las situaciones de crisis los valores individuales y colectivos son modificados o suprimidos y se asiste a irregulares actuaciones y conductas, esto se convierte en un factor de riesgo para la salud psicológica (Rodríguez, Fonseca, Valladares y López, 2020).

Un estudio realizado por Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie y Xu (2020) evaluó el estado de salud mental de 398 padres de niños que experimentaron la contención de la enfermedad mediante el aislamiento o la cuarentena y encontraron que el 30 % y el 25 % de los padres reunieron criterios para TEPT.

Valiente, Vázquez, Peinado, Contreras y Trucharte (2020) realizaron un estudio cimentado en los criterios ITQ, donde obtuvieron como resultado que la tasa de personas que tienen un nivel de estrés postraumático elevado fue del 19.7%. Este dato es algo superior al 16.79% hallado en la encuesta homóloga realizada por colegas de la Universidad de Sheffield.

China es una las áreas más castigadas por la pandemia, un mes después del comienzo del brote de la COVID-19, se efectuó un estudio sobre la prevalencia y predictores de TEPT durante el brote de COVID-19 en las áreas más afectadas de China, realizado por Liu, Zhang, Wei, Jia, Shang, Sun, Wu, Sun, Zhou, Wang, y Liu (2020) donde se obtuvo como resultado que: la prevalencia de síntomas de estrés postraumático fue del 7%.

Ramírez, Castro, Lerma, Yela y Escobar, (2021). Mencionan que: el 20% de los médicos y enfermeras sufrieron TEPT, el análisis mostró que aquellos que percibieron apoyo de supervisores y colegas fueron menos propensos al TEPT. En

esa línea de investigación, un estudio en Hong Kong reportó que el 89% de los trabajadores de la salud que se encontraban en situaciones de alto riesgo informaron síntomas psicológicos. Otro estudio de cohorte realizado en la misma región halló que en los profesionales de salud había tasas más altas de TEPT en comparación con los sobrevivientes del SARS-CoV (40.7% vs 19%), la incidencia acumulada de trastornos mentales en los sobrevivientes fue del 58.9%, distribuidos así: 44% trastornos depresivos, 47.8% TEPT en algún momento después del brote, 13,3% trastorno de pánico, 6.6% agorafobia y 1.1% fobia social. 30 meses posterior al SARS-CoV la prevalencia de los trastornos mentales en el último mes fue de 33.3%, siendo el TEPT el diagnóstico más prevalente (25.6%), seguido de los trastornos depresivos (15.6%). Además, el 61% de los sobrevivientes de SARS-CoV que tenían diagnóstico actual de TEPT también sufrían de otros trastornos psiquiátricos.

Los estudios mencionados nos muestran la presencia de estrés postraumático en los pacientes recuperados de COVID-19, aun se sigue investigando el tema, pues aún no hemos superado esta pandemia por lo que se seguirá dando evidencia de la presencia o ausencia de dicha relación.

MÉTODO

Hipótesis.

H1: El nivel alto de estrés postraumático que experimentan los participantes es mayor al 1.45%.

H2: La prevalencia de síntomas de TEPT es mayor a 7% en los participantes.

H3: Más del 30% de participantes presentan sintomatología de TEPT.

H₀ - No existen diferencias significativas en los niveles de estrés postraumático de acuerdo al sexo de los participantes.

H₁ - Existen diferencias significativas en los niveles de estrés postraumático de acuerdo al sexo de los participantes.

Variables.

COVID-19

Definición conceptual: Enfermedad causada por el virus SARS-CoV2 que causa enfermedades respiratorias leves o más graves y circula entre humanos y animales. (OMS, 2020)

Definición operacional:

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad que en los últimos 7 días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea, acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Disnea, artralgias, mialgias, odinofagia/ardor faríngeo, rinorrea, conjuntivitis, dolor torácico.
Caso confirmado: Persona que cumpla con la definición operacional de caso

sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica. (SSA, 2020)

Trastorno de Estrés post-Traumático

Definición conceptual: Es definido como el desarrollo de síntomas característicos en una persona luego de que ha experimentado, presenciado o le han relatado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes y por amenazas a su integridad física o la de los demás (Valladares, 2018).

Definición operacional: Puntuación obtenida en la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (Echeburúa et al., 2016).

Sexo

Definición conceptual: Conjunto de características no biológicas asignadas a hombres y mujeres (Light, Keller & Calhoun, 1994).

Definición operacional: Identificación que hace el sujeto de su sexo, al marcar el espacio correspondiente, Mujer si pertenece al sexo femenino, u Hombre si responde al sexo masculino, en la sección de datos sociodemográficos del instrumento.

Escenario

Redes sociales: Facebook, Messenger, WhatsApp y Telegram.

Tipo de estudio

Diseño no experimental transeccional correlacional ya que, como señalan Hernández, Fernández y Baptista (2014), este tipo de estudios se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en ellos sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. Así mismo, el levantamiento de los datos se llevará en un único momento.

Población y muestra

Muestreo no probabilístico intencional, convocando por redes sociales a las personas que accedan a participar voluntariamente después de firmar el consentimiento informado, el muestreo será no probabilístico ya que, como mencionan Hernández, Fernández y Baptista (2014), la elección de los participantes de la muestra no depende de la probabilidad, sino de que presenten las características que se busca estudiar.

Participantes.

Perfil General: Hombres y mujeres mexicanos mayores de 18 años recuperados de COVID-19.

Criterios de inclusión:

1. Haber padecido la COVID-19.
2. Ser mayores de 18 años.
3. Completar los instrumentos de evaluación requeridos.

Criterios de exclusión:

1. Ser menores de 18 años
2. Haber sufrido en el último año algún suceso traumático diferente a COVID-19.
3. Haber contestado de forma incompleta los instrumentos.

Instrumentos

Consentimiento informado. En toda investigación científica con humanos, para una práctica ética, se redacta la carta de Consentimiento Informado que es el documento donde se informa apropiadamente al sujeto acerca de los posibles riesgos y beneficios personales, así como de la relevancia científica de la investigación y este aprueba su participación. (apéndice A).

Datos sociodemográficos. El conocer el perfil de las personas puede ayudar para llevar a cabo el análisis de esta investigación. Las relaciones entre variables sociodemográficas y las relativas a esta investigación, constituyen el cuerpo de resultados de la misma. (apéndice B).

Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Post-Traumático (Echeburúa et al., 2016). Es una escala estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 21 ítems en correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-5: 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y 6 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Establece unos puntos de corte para la puntuación total y para cada una de las cuatro dimensiones que permite una buena eficacia diagnóstica si se establece un punto de corte global de 20 y unos puntos de corte parciales por encima de 3, 3, 5 y 5 en las subescalas

de reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y aumento de la activación, respectivamente. (anexo 1)

Escala de Trauma de Davidson (DTS, 1997): esta escala está constituida por 17 ítems que corresponden y evalúan a cada uno de los 17 síntomas pertenecientes a los criterios B, C y D, recogidos del DSM-5 para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. Se trata de una escala de autoinforme, en la que el sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem: la frecuencia de presentación y la gravedad utilizando una escala Likert de 5 puntos (de 0, nunca o gravedad nula, a 4, a diario o gravedad extrema). El marco de referencia temporal que los sujetos deben considerar es la semana previa. (anexo 2).

Diseño de técnicas recolección de información

Orellano y Sánchez (2006) mencionan que el uso de materiales de los entornos virtuales en investigaciones supone una serie de ventajas e inconvenientes en y para su desarrollo, entre las cuales se apuntan las siguientes: Ventajas: bajo coste, al utilizar el ciberespacio, fácil y rápido acceso al material, que su acceso se amplía a las mayorías, facilidad de registro y reproducción en cuanto a cantidad y calidad, esto por su formato digital, facilitan el análisis de contenido por su carácter digital. Desventajas: la interpretación resulta heterogénea y variable, la información contenida es muy vulnerable en lo que respecta a la manipulación de datos, el equipo informático debe tener ciertos requisitos mínimos que garanticen su correcta visualización, así como de ciertos programas informáticos. La aplicación de las técnicas conversacionales en entornos virtuales depende en gran medida del medio tecnológico seleccionado.

Materiales

Se realizará la adaptación del consentimiento informado, datos sociodemográficos, la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Post-Traumático y Escala de Trauma de Davidson adaptados en formularios de Google, obteniendo el link (apéndice C) que será compartido en redes sociales como Facebook, Messenger, WhatsApp y Telegram, para el llenado de los mismos.

Procedimiento.

Para la recolección de los datos se hará una convocatoria (apéndice D) por redes sociales para aceptar el consentimiento informado y contestar los datos sociodemográficos, la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Post-Traumático y la Escala de Trauma de Davidson, solicitando que sean mayores de edad y que manifestaran haber enfermado de COVID-19. Una vez que acepten participar, se les explicará la forma de llenar los instrumentos para evaluar los niveles de estrés y la sintomatología de TEPT. El tiempo de llenado de los instrumentos será de 20 minutos aproximadamente.

Técnica de análisis de información

Una vez recolectada la información se elaborará una base de datos en el programa excel para realizar el análisis de la estadística descriptiva, se realizará el análisis de la media, obtención de porcentajes, desviación estándar y correlación de Pearson para las variables de interés.

Consideraciones éticas

Se les explicará el objetivo de la investigación y se solicitará que lean el consentimiento informado, garantizando en cada caso la confidencialidad de la información que proporcionaran.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente trabajo tuvo por objetivo evaluar la sintomatología y niveles de estrés postraumático en adultos que padecieron COVID-19., además de determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de estrés postraumático de acuerdo al sexo. Los resultados que a continuación se exponen retoman en primer lugar las características de la muestra, enseguida se describen los resultados de los datos referentes a la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático, después la Escala de Trauma de Davidson, para posteriormente exponer las correlaciones de las variables evaluadas.

La muestra estuvo conformada por 90 participantes de los cuales existe una proporción mayor de participantes del sexo femenino 77.2%. El promedio de edad de la muestra fue de 37.04 años, siendo 18 años la edad del participante más joven y 85 años la edad del participante mayor edad, y con residencia mayormente en la Ciudad de México 45.55 como en el Estado de México 34.5%. La mayor parte de los participantes reportaron ser solteros 43.3%, Así como la escolaridad de mayor proporción es la licenciatura 76.6%, como puede verse en la tabla 1.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los participantes.

Sexo	Mujer	70	77.2 %
	Hombre	20	22.2%
Edad	Media	37 años	Min. 18 años
	Moda	22 años	Max. 85 años
Estado civil	Soltero (a)	38	43.3%
	Casado (a)	25	27.2%
Residencia	CDMX	41	45.5%
	Estado de México	32	35.5%
	Otros	17	19%

Escolaridad	Superior (Lic.,Ing.,etc.)	69	76.6%
	Media superior	17	18.8%

Por lo que respecta de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) se encontró que 90 de los participantes, que representan el 100% de los que cumplieron con los criterios de inclusión, tuvieron exposición directa a las situaciones estresantes, es decir, a padecer la COVID-19, en tanto que 9 de los participantes, además fueron testigos directos o indirectos, es decir, presenciaron o experimentaron con la enfermedad o muerte de familiares por el virus SARS-CoV2, por lo que estos 9 participantes no fueron considerados en los resultados tomando en cuenta los criterios de exclusión.

La tabla 2 presenta en cuanto al tiempo transcurrido desde que enfermaron de SARS CoV2, la moda fue de 4 meses con 19 menciones. Los casos con episodio único de la COVID-19 fueron 84 siendo el 93.3 %, con 2 episodios reportaron 3 participantes y 3 participantes padecieron más de 2 episodios. Referente al haber recibido tratamiento 66.3% contestaron que Si, mientras que, 33.7% No, de estos los que recibieron tratamiento médico fueron 56 participantes equivalente al 62.2%, con ningún tratamiento 23 participantes siendo el 25.5%, con tratamiento farmacológico 9 participantes, lo que se traduce en un 10% y con tratamiento psicológico solo 2 participantes, perteneciendo al 2.2 %.

Tabla 2.

Tiempo transcurrido desde el episodio, número de episodios y tratamiento recibido.

Tiempo	4 meses	19	21.1 %
	2 meses	10	11.1%
	12 meses	9	10%
Episodios	Único	84	93.3%
	Dos	3	3.3%
	Mas de dos	3	3.3%
Tratamiento	Médico	56	62.2%
	Ninguno	23	25.5%

Si	66.3%	Farmacológico	9	10%
No	33.7%	Psicológico	2	2.2%

La EGS-R establece unos puntos de corte para la puntuación total y para cada una de las cuatro dimensiones que permite una buena eficacia diagnóstica si se establece un punto de corte global de 20 y unos puntos de corte parciales por encima de 3, 3, 5 y 5 en las subescalas de reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y aumento de la activación, respectivamente. En la población estudiada el promedio de puntaje fue de 15.8%. Tomando como punto de corte los 20 puntos totales en la EGS-R para diagnosticar TEPT, en la muestra estudiada 59 participantes estuvieron por debajo de este rango, en tanto que 31 participantes tuvieron puntajes de 20 o superiores, lo que de acuerdo con la escala permitiría diagnosticar la presencia de sintomatología de TEPT. La tabla 3 muestra los porcentajes de participantes con sintomatología de TEPT.

Tabla 3.

Porcentaje de participantes que muestran síntomas de TEPT.

Sintomatología de TEPT	Frecuencia	Porcentaje
Presente	31	34.4%
Ausente	59	65.6%

En la tabla 4 se pueden apreciar el nivel de estrés postraumático y porcentaje de los participantes en cada nivel. Tomando los puntos de corte de la EGS-R para los niveles de estrés de 0 a 19 puntos para bajo o ausente, de 20 a 40 puntos para medio y de 40 a 63 para alto, los resultados fueron 59 participantes se encuentran en nivel bajo siendo el 65.6%, en el nivel medio se ubicaron 26 participantes correspondiendo al 28.8% y Para el nivel alto con 5 participantes equivalente al 5.5%.

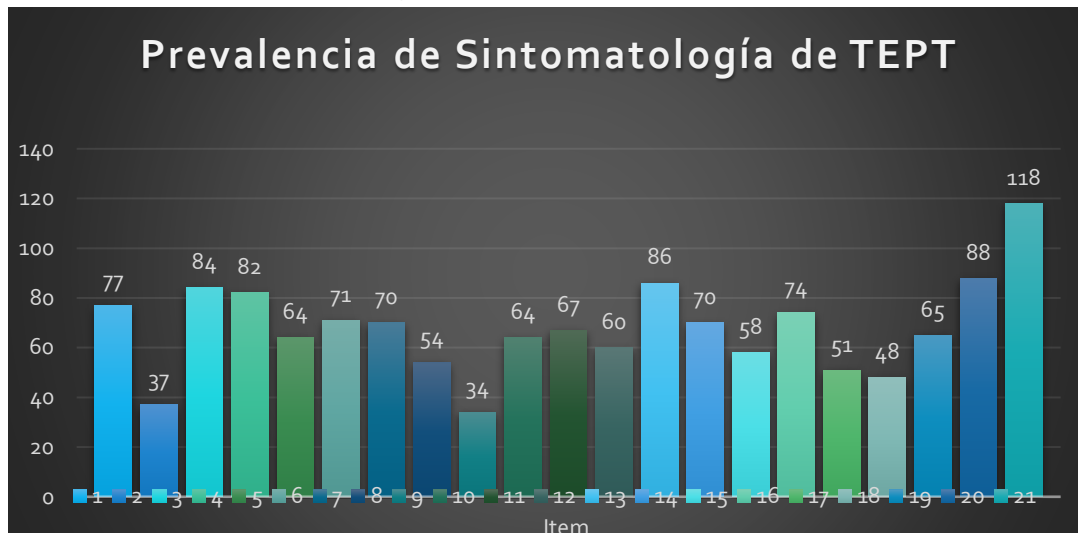
Tabla 4.

Nivel de estrés postraumático que experimentaron los participantes

Nivel	Ausente o bajo (De 0 a 19)	Medio (De 20 a 40)	Alto (De 40 a 63)
Número de participantes	59	26	5
Porcentaje	65.6%	28.8%	5.5%

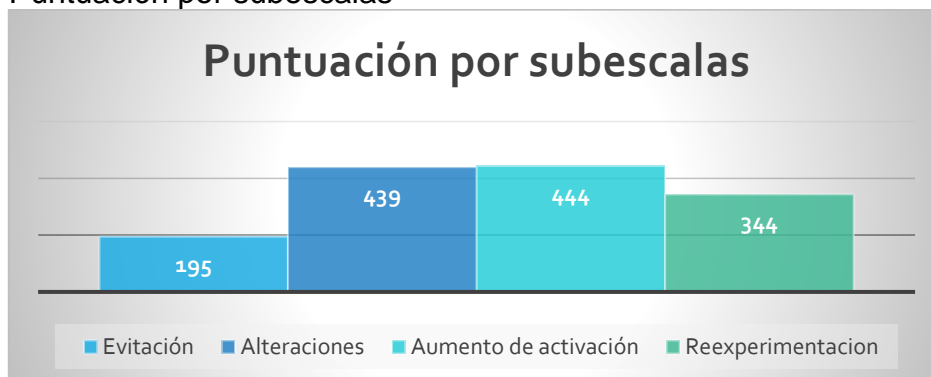
Los resultados arrojados de la investigación indican que la prevalencia de la sintomatología de acuerdo a la mayor puntuación acumulada con el 100% de los participantes en la EGS-R fue: ítem 21 (dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador) con 118 puntos, ítem 20 (dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias) con 88 puntos, ítem 13 (reducción del interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana) con 86 puntos, ítem 3 (existencia de momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo) con 84 puntos, ítem 4 (malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso) con 82 puntos, ítem 1 (experimentar recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria) con 77 puntos, ítem 16 (estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen) con 74 puntos, ítem 6 (evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional) con 71 puntos y con 70 puntos los ítems 7 (evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional) y 14 (experimentar una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean). Que se presentan en la figura 1.

Figura 1.
Prevalencia de sintomatología de TEPT.



La EGS-R estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3, daría un total de 5,670 puntos al considerar los 63 puntos posibles en los 21 items por 90 participantes y según la frecuencia e intensidad de los síntomas, por lo que en los 5 items de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos) se obtuvo una puntuación total de 344 puntos, 3 items a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos) se identificaron 195 puntos, 7 items de alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) se observaron 439 puntos y 6 items a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos) se contabilizaron 444 puntos, para un total de 1422 entre las 4 subescalas que la conforman, correspondientes al 25.07%. Mismos que se observan en la figura 2.

Figura 2.
Puntuación por subescalas



En la tabla 5, mediante la prueba t de Student para muestras independientes, se evidencia que no hay diferencias significativas $p=0.12$ en torno al nivel de estrés postraumático entre hombres (media de 11.8) y mujeres (media de 16.94), Por lo que se acepta la Hipótesis nula (H_0).

Tabla 5

Resultados de prueba t de Student para muestras independientes.

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

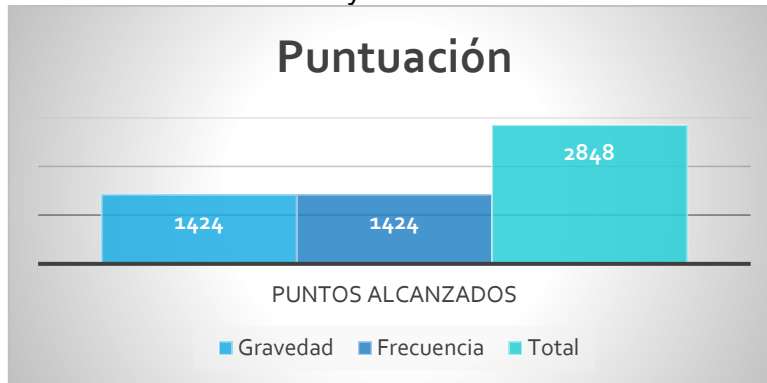
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Media	11.8	16.9428571
Varianza	177.115789	190.228571
Observaciones	20	70
Varianza agrupada	187.397403	
Diferencia hipotética de las medias	0.25	
Grados de libertad	88	
Estadístico t	-1.55374554	
P(T<=t) una cola	0.06191717	
Valor crítico de t (una cola)	1.66235403	
P(T<=t) dos colas	0.12383434	
Valor crítico de t (dos colas)	1.98728986	

En la Escala de Trauma de Davidson (DTS), consto de 17 ítems, valoro la presencia o ausencia de síntomas de estrés postraumático. Cada ítem se evaluó mediante dos subescalas: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presento también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior.

El rango de las subescalas de frecuencia y gravedad es de 0 a 68 puntos de los cuales cada subescala alcanzo 1424, equivalente al 15.82% y el del total de la escala de 0 a 136 se encontraron 2848 puntos correspondientes al 31.64%. A mayor puntuación mayor gravedad y/o frecuencia. Como se puede observar en la figura 3, se pudo obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la

suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala.

Figura 3.
Puntuación subescalas y total.



En la tabla 6 se puede observar lo que los autores proponen, como punto de corte más eficiente en los 40 puntos, donde la puntuación menor denomino la ausencia, y si es mayor la presencia, igualmente el porcentaje total de síntomas de estrés postraumático en los participantes.

Tabla 6.
Porcentaje de participantes que muestran síntomas de TEPT.

Sintomatología de TEPT	Número de participantes	Porcentaje
Presente	30	33.3%
Ausente	60	66.6%

En la tabla 7 se pueden apreciar el nivel de estrés postraumático y porcentaje de los participantes en cada nivel. Tomando los puntos de corte de la DTS para los niveles de estrés de 0 a 40 puntos para bajo o ausente, de 41 a 80 puntos para medio y de 80 a 136 para alto, los resultados fueron: 60 participantes se encuentran en nivel bajo siendo el 66.6%, en el nivel medio se ubicaron 30 participantes correspondiendo al 28.8% y Para el nivel alto con 5 participantes equivalente al 4.4%.

Tabla 7.

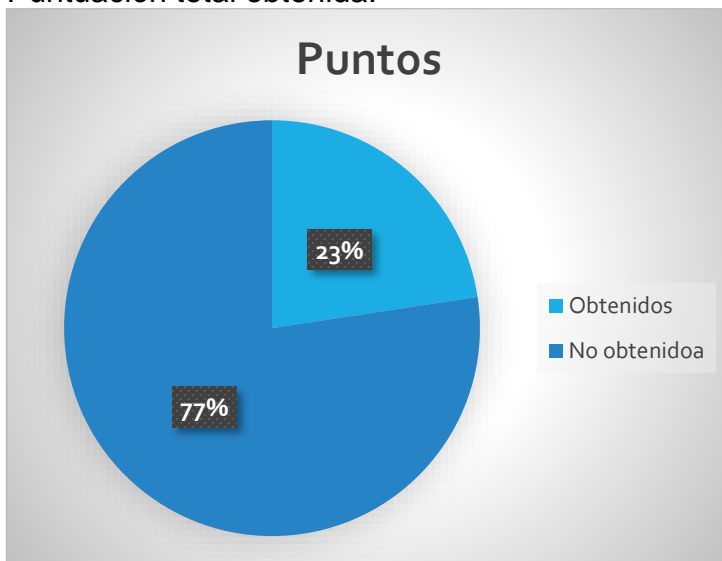
Nivel de estrés postraumático que experimentaron los participantes

Nivel	Ausente o bajo (De 0 a 40)	Medio (De 40 a 80)	Alto (De 80 a 136)
Número de participantes	60	26	4
Porcentaje	66.6%	28.8%	4.4%

La DTS estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 4 en subescalas de frecuencia y gravedad, daría un total de 12,240 puntos al considerar los 136 puntos posibles en los 17 items por 90 participantes, según la frecuencia y gravedad de los síntomas, por lo que en los items (rango de 0 a 136 puntos) se obtuvo una puntuación total de 2848 puntos, correspondientes al 22.6%. Mismos que se observan en la figura 4.

Figura 4.

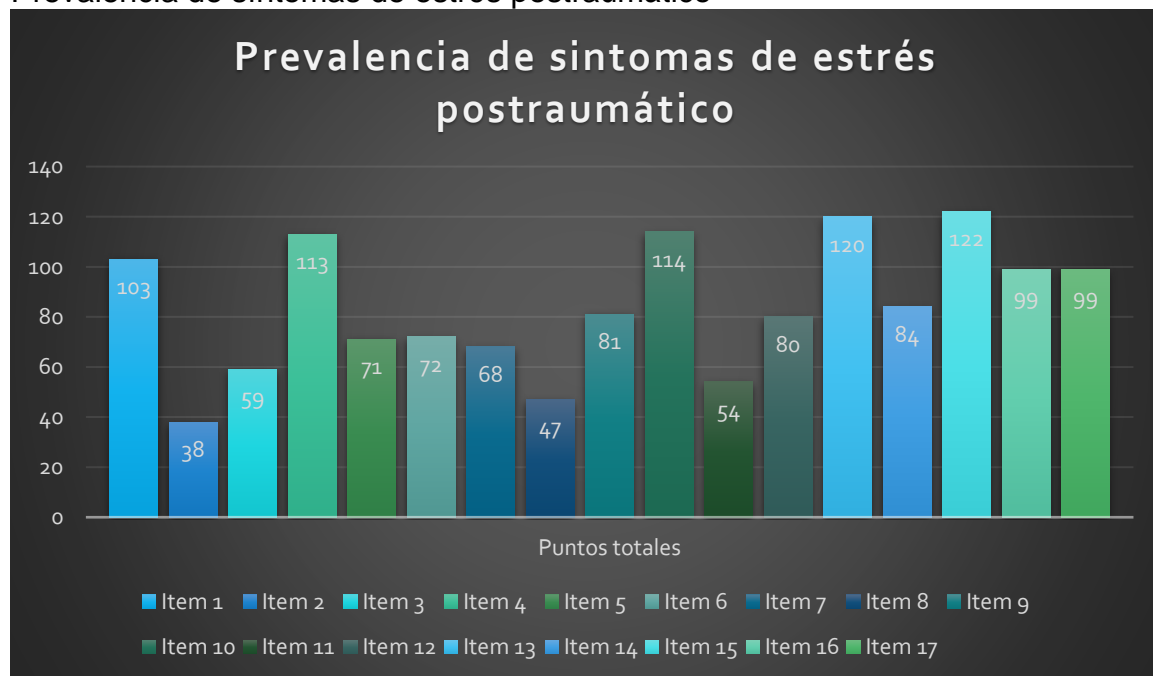
Puntuación total obtenida.



Los resultados arrojados de la investigación indican que la prevalencia de la sintomatología de acuerdo a la mayor puntuación acumulada con el 100% de los participantes en la DTS tomando las subescalas de frecuencia y gravedad para acumular una máxima de 136 puntos por item, fue: item 15 (tener dificultades para

concentrarse.) con 122 puntos, Item 13 (tener dificultad para iniciar o mantener el sueño) con 120 puntos, Item 10 (sentirse distante o alejado de la gente) con 114 puntos, Item 4 (existencia de cosas que lo hacen recordar) con 113 puntos, Item 1 (tener alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento de la COVID-19) con 103 puntos, con 99 puntos respectivamente los Item 16 (sentirse nervioso, fácilmente distraído, o como “en guardia”) y 17 (estar nervioso o asustado fácilmente.) y el Item 12 (tener dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos) con 80. Que se presentan en la figura 5.

Figura 5.
Prevalencia de síntomas de estrés postraumático



En la tabla 8, mediante la prueba t de Student para muestras independientes, se evidencia que no hay diferencias significativas $p=0.13$ en torno al nivel de estrés postraumático entre hombres y mujeres, Por lo que se acepta la Hipótesis nula (H_0).

Tabla 8.

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
Media	33.8857143	23.8
Varianza	707.522981	426.378947
Observaciones	70	20
Varianza agrupada	646.821429	
Diferencia hipotética de las medias	0.25	
Grados de libertad	88	
Estadístico t	1.52530421	
P(T<=t) una cola	0.06538466	
Valor crítico de t (una cola)	1.66235403	
P(T<=t) dos colas	0.13076932	
Valor crítico de t (dos colas)	1.98728986	

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, tomando en cuenta las puntuaciones totales de la EGS-R, el puntaje total de la GTS en los niveles de estrés postraumático reportados por los participantes. Se encontró que existe una correlación inversa débil entre ellas. Presentadas en la tabla 9.

Tabla 9.

Correlación entre niveles de TEPT

VARIABLES	Coeficiente de correlación
EGS-R, GTS	-0.121

La correlación es inversa débil al nivel 0.01

ANÁLISIS

En el último año hemos sido testigos de los niveles de contagio por virus SARS-CoV 2 en nuestro país, una situación que se vive día a día en las comunidades mexicanas. El presente estudio tuvo por objetivo evaluar la sintomatología y niveles de estrés postraumático en adultos que padecieron COVID-19., además de determinar si existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de estrés postraumático de acuerdo al sexo, los resultados mostraron que existe presencia en 34.4% de los participantes con un 28.8% en nivel medio y 5.5 en nivel alto y con un 15.8 % total de la sintomatología de estrés postraumático del instrumento EGS-R aplicado, en el DTS la presencia es de 33.3% y la sintomatología en 15.82%, 28.8% en nivel medio y 4.4% en nivel alto, indicando que la mayoría de los participantes tienden a evaluar su paso por la COVID-19 con menor sintomatología en un nivel bajo del trastorno de estrés postraumático.

Esto puede explicarse por las diferencias en la vulnerabilidad al estrés entre las personas, tal como lo indican Garzón-Rey et al. (2017) cuando señalan que el estrés es una respuesta adaptativa del organismo ante un estímulo estresante, y que esta respuesta es un fenómeno complejo en el que están implicados procesos conscientes e inconscientes y que varían dinámicamente. En este mismo sentido Suárez, Rodríguez, Pérez, Casal y Fernández (2015) consideran que existen personas que tienen un buen dominio del estrés y que, generalmente, se mantienen equilibradas ante circunstancias adversas y saben escoger la forma más adecuada de afrontar el peligro, mientras que otras se sienten desestabilizadas ante las situaciones estresantes.

De igual forma, así como las diferencias en la vulnerabilidad al estrés influyen en la presentación o no de respuestas inadecuadas ante las situaciones estresantes, es posible que entre el nivel bajo de estrés postraumático y la baja presencia de síntomas de TEPT se explique por el hecho de que los participantes vivieron diferentes gravedad de la COVID-19, a la posible ocurrencia de otros problemas ya sea actuales o en la historia de vida de los participantes, al apoyo social con que

cuentan cada uno y a los recursos psicológicos de afrontamiento con los que cuentan, tal como señala Echeburúa et al. (2016).

Con base en estos resultados podemos decir que la hipótesis 1 planteada sobre el nivel de estrés postraumático para el nivel alto sería mayor a 1.45% en nuestra investigación se comprueba con un 5.5% en EGS-R y 4.4% en DST, para la hipótesis 2 sobre que la prevalencia de síntomas sería mayor a 7% también se comprueba con un 25.07% en EGS-R y un 28.8% en GST, Para la hipótesis 3 ambos instrumentos arrojaron un porcentaje mayor al 30% confirmándola. Lo que sugiere que los participantes que padecieron la COVID- 19 tienden a evaluar un nivel bajo de presencia de la sintomatología del TEPT.

En cuanto a si existen diferencias por sexo respecto a los niveles de estrés postraumático experimentados por los participantes, se pudo aceptar la hipótesis nula con un $p=0.12$, si bien los resultados demuestran que tanto hombres como mujeres reportaron presencia en porcentajes similares, lo cierto es que sí hubo diferencias en cuanto a la cantidad de hombres y mujeres participantes en el estudio, destacando la presencia mayoritaria de las mujeres con 77.2% que experimentaron la COVID-19.

Si bien el número de participantes en este estudio fue bajo con 99 cuestionarios respondidos y quedando 90 con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se puede apreciar que existen similitudes en ambos instrumentos en la prevalencia de los síntomas reportados como: problemas relacionados con el sueño, problemas de concentración, reexperimentación del suceso, reducción de intereses, malestar psicológico y emocional, evitación, entre otros.

Por lo que respecta al nivel de estrés que experimentan los participantes ante este evento, se encontró que, en la mayoría de ellos, mayor al 60%, los niveles de estrés postraumático son bajos sin importar el sexo de quien vive la experiencia del SARS-CoV2 por una exposición directa. Ahora bien, aunque la mayoría de los participantes experimentan niveles bajos de estrés postraumático, al menos una tercera parte manifiesta síntomas de TEPT, lo que puede explicarse debido a que en el TEPT la

exposición a un factor estresante traumático es una condición necesaria, pero no es suficiente para desarrollar el trastorno, ya que para esto también influyen el grado de vulnerabilidad al estrés, factores ambientales, la intensidad, duración y proximidad de la exposición al suceso entre otros factores, tal como señala Rojas (2016).

Respecto al objetivo de conocer si existe presencia de sintomatología de TEPT en los participantes de la muestra, destacó que 31 de ellos obtuvieron puntajes superiores a 20 en la EGS-R, la cual tiene un punto de corte de 20 para establecer un diagnóstico de TEPT y 30 de ellos alcanzaron puntajes mayores a 40 en el DST, que marca 40 como punto de corte. Si bien no existió diferencia en cuanto a sexo respecto de los participantes que presentaron síntomas de TEPT, nuevamente se observó que el suceso estresante de estar infectado de SARS-CoV2 manifestó la sintomatología después de sufrirlo. Ahora bien, hay que considerar que el TEPT puede presentarse de forma aguda, con síntomas que duran menos de tres meses, por lo que al momento de realizar el estudio se pudo haber dado el caso de que aquellos participantes que experimentaron la COVID-19 hace aproximadamente un año hubieran presentado una remisión de los mismos, llevando a pensar que no presentaron la sintomatología característica del TEPT. Así mismo, los participantes que reportaron haber experimentado la COVID-19 hace un mes con relación al momento en el que se llevó a cabo el estudio, no están exentos de presentar sintomatología tiempo después de que respondieron a los instrumentos.

En el estudio también se destaca que, de los 90 participantes, únicamente 2 de ellos recibieron tratamiento psicológico, todas ellas mujeres, lo que representa el 2.2% de la población estudiada, aun cuando de acuerdo con la EGS-R en 31 y en el DST 30 de los participantes se presentan síntomas de TEPT, y a que el 5.5% y 4.4% respectivamente del total de la muestra reportó haber experimentado niveles de estrés altos y el 28,8% en nivel medio ante este suceso estresante, lo que nos lleva a pensar en la conveniencia de instaurar programas de apoyo a la población ante este tipo de experiencias de vida.

Para nombrar las limitaciones de la presente investigación se ubica el que la muestra fue de un tamaño relativamente bajo, así como el hecho de que se seleccionaron exclusivamente participantes que afirmaron haber experimentado la COVID-19, por lo que sería recomendable realizar un estudio en el que se evaluara un mayor número de participantes, así como el realizarlo con una muestra que represente tanto a aquellos sujetos que han experimentado este tipo de enfermedad de forma directa como a aquellos lo han vivido de forma indirecta para conocer tanto los niveles de estrés postraumático como la percepción de gravedad de la enfermedad.

En este estudio únicamente se evaluó la relación de la COVID-19 con el surgimiento de TEPT sin tomar en consideración las diferencias en la vulnerabilidad al estrés de cada participante, así como la posible ocurrencia de otros problemas en la historia de vida de quienes participaron en el estudio, ya que solo se cuestionó el haber pasado algún suceso traumático posterior a la enfermedad por virus SARS-CoV 2, tampoco se observó el apoyo social con el que cuenta cada uno de ellos y los recursos psicológicos de afrontamiento que poseen. Una limitación más del estudio fue el tiempo en el que se llevó a cabo la investigación, pues se realizó una sola evaluación y, dado que dentro de los criterios diagnósticos del TEPT se señala que la aparición de los síntomas puede ser dentro de los primeros tres meses, es factible que algunos de los participantes desarrollen la sintomatología posteriormente.

De lo anterior se desprenden futuras líneas de investigación que pueden dirigirse a implementar evaluaciones más específicas en torno a la sintomatología de TEPT en personas que padecieron la COVID-19, así como a conocer la manera en la que los niveles altos de estrés postraumático impactan en la calidad de vida de los participantes. De igual forma, resulta necesario conocer por qué el número de participantes que recibe atención psicológica es tan bajo, buscar cuáles son las mejores alternativas de intervención e implementar programas de apoyo a la población expuesta a esta enfermedad que les permitan fortalecer el afrontamiento que tienen ante estas experiencias.

CONCLUSIÓN

El interés del presente estudio en las repercusiones a la integridad física y mental de los participantes radica en que es una problemática relativamente nueva, y que no tiene visos de disminuir en el corto plazo. La población de nuestro país sigue enfermando por el virus SARS-CoV 2 y la vacunación todavía es mínima, además de que el estar vacunado no impide el poderse contagiar y/o padecer TEPT, el retorno a clases presenciales y el avance del semáforo epidemiológico no disminuye la probabilidad de riesgo de contagio, pues todavía existe un vacío en los pasos siguientes al semáforo verde y los protocolos en las escuelas y lugares de trabajo una vez que se abran completamente. El manejo de la nueva normalidad una vez que se termine el programa de vacunación y se registren cifras de la población protegida y/o de la población que se niega y seguirá negando la presencia del virus y/o la negativa a ser vacunados por miedos infundados, será una incógnita que el tiempo nos ira aclarando. Todos estos se pueden transformar en estresores, por lo que nos queda camino que recorrer en esta problemática.

De igual forma, se busca hacer consciente a la población respecto al tema de la COVID-19, la cual ha llegado para quedarse, lo que sugiere un reto adaptativo para todos, en diferentes niveles de salud y de gobierno, así como de responsabilidades compartidas y apoyo mutuo como sociedad. Las secuelas físicas y mentales que este padecimiento ha traído todavía no están completamente identificadas, aunque por experiencias con pandemias previas se puede visualizar el impacto de esta, faltaran algunos detalles que observar que solo el tiempo puede mostrar.

La tecnología ha sido de gran ayuda en el cumplimiento de la sana distancia, algunos de estos recursos continuarán presentes en la vida, en algunos foros se habla por ejemplo de terapia en línea, que durante esta etapa se ha practicado y muchos proponen continuar. Resulta indispensable buscar alternativas a esta pandemia que aún no termina y que amenaza cada día a la población de nuestro país, la psicología tiene aquí una tarea importante, con retos de actualización y creación de contenidos útiles de beneficio tanto para la población como para el

crecimiento de la disciplina, que pueden aprovecharse en el presente y dejar bases para el futuro de la psicología.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, D C: American Psychiatric Publishing.
- Bados, A. (2015). *Trastorno por estrés postraumático*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Barrantes, M., Bermúdez, L, y Bonilla, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e568. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568/969>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Castro, R. (2020). Coronavirus, una historia en desarrollo. *Revista médica de Chile*, 148(2), 143-144. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200143>
- Domínguez, A. (2020). Self- administered online interventions for COVID-19. Mental health affectations. current evidence. *Revista SUAyED Psicología*, 2(5), 9-15. <https://suayed.iztacala.unam.mx/revista/>
- Echeburúa, E. (2010). The challenge of Posttraumatic Stress Disorder Prevention: ¿How to Survive a Disaster? *Terapia psicológica*, 28(2), 147-154. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000200002>
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado, F. y Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34 (2), 111-128. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n2/art04.pdf>
- Echerburúa, E., Corral, P. y Amor, P., (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227- 244. <https://masterforense.com/pdf/2004/2004art19.pdf>

- Garzón, J., Arza, A., De la Cámara, C., Lobo, A., Armario, A., y Aguiló, J. (2017). Aproximación a una escala de referencia de estrés emocional agudo. *Revista de Neurología*, 64. https://www.researchgate.net/profile/Adriana_Valdes2/publication/320433192_Aproximacion_a_una_escala_de_referencia_de_estres_emocional_agudo/links/5b4080830f7e9bb59b1079ce/Aproximacion-a-una-escala-de-referencia-de-estres-emocional-agudo.pdf
- Gómez, A. y Cárdenas, G. (2016). Reacciones postraumáticas: revisión desde una perspectiva dimensional. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 70-79. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133947583009.pdf>
- Gómez, M., Chaparro, G., Martín, C. y Crespo, M. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de estrés postraumático por accidente ferroviario. ¿Éxito terapéutico o evitación?. *Clínica y Salud*, 29(2), 101-104. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a15>
- Hernandez, H. (2020). COVID-19 en México Un perfil sociodemográfico. *Notas de población*, 111. 105-132. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46557/20-00528_LDN111_05_Hernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° Ed). México: Mc Graw Hill.
- Hernández, F. (2020). *COVID-19. Diagnóstico por imagen y espectro radiológico*. [Diapositiva de PowerPoint]. Departamento de Imagenología. INER. Secretaría de Salud. <https://saluddigital.com/wp-content/uploads/2020/04/Correos-electr%C3%B3nicos-COVID-19-Dx-Imagen-y-Espectro-radiolo%CC%81gico.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). *Calculadora de complicación de salud por COVID -19*. <http://www.imss.gob.mx/covid-19/calculadora-complicaciones>

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). Diagnóstico y manejo del estrés postraumático. Evidencias y recomendaciones. *Catalogo maestro de guías de practica clínica*. IMSS-515-11. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/515_GP_C_Estrespostraumatico/GER_EstresPostraumatico.pdf
- Koury, J. y Hirschhaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19. ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia? *Acta Odontológica Venezolana*. Edición Especial: COVID-19, 2020. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>
- Light, D., Keller, S., y Calhoun, C. (1994). *Sociología*. México: Mc Graw Hill.
- Loreto, H. y Arias, A. (2016). Psicología basada en la evidencia y trastorno de estrés postraumático: un análisis de caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 59-78. <http://www.ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/24>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., y Liu, W. (2020). Prevalencia y predictores de PTSS durante el brote de COVID-19 en las áreas más afectadas de China: las diferencias de género son importantes. *Investigación en psiquiatría*, 287, 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., y Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291 [doi:10.1016/j.psychres.2020.113190](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190)
- Maitta, I., Cedeño, M. y Escobar, M. (2018). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>
- Mendoza, J. (2020). Impacto de la COVID-19 en la salud mental. *MEDSCAPE*. https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905131#vp_1

- Mendoza, S., Márquez, O., Veytia, M., Ramos, L. y Orozco, R. (2017). Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática en estudiantes de preparatoria. *Salud Pública de México*, 59(6), 665-674. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8716/11299>
- Mendoza, S., Moreno, M, y Ramos, L. (2018). Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática asociada con el consumo de alcohol en hombres y mujeres estudiantes de bachillerato. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 4(1), 13-24. <http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2018.1.3/190>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Post-traumatic stress disorder. *NICE guideline*. (NG116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
- Organización Mundial de la salud. (2020). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Documentos básicos*. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Información básica sobre la COVID-19*. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa*. <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Criterios de salud pública para ajustar las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19: anexo del documento Consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19*, 12 de mayo de 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332169>.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Clasificación del grado de gravedad y resultados de la COVID-19, República de Corea*. <https://www.who.int/bulletin/volumes/99/1/20-257758-ab/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Comunicado de prensa sobre el día mundial de la salud mental*. 5/10/2020. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Vías de transmisión del virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones*. <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
- Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación; Tecnología y Prestación de Servicios de Salud; Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Organización Panamericana de la Salud. THS/MH/06/1* <https://static1.squarespace.com/static/5daf0d6d5bac5f5c44e5d5d2/t/5f4c5d43184e171b10fba911/1598840131816/Pandemia+de+influenza+y+Salud+mental+Esp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-salud-mental-mensajes-clave>
- Orellana, D. y Sánchez, M. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. *Revista de Investigación*

Educativa (RIE). 24(1), 205-222. <file:///C:/Users/Acer/Downloads/97661-Texto%20del%20art%C3%ADculo-392921-1-10-20100310.pdf>

Palomino, C. y Huarcaya, J. (2020). Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19. *Horizonte Médico*, 20(4), e1218. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.10>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. y Xu Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVI-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr*, 33(2). <https://gpsych.bmj.com/content/33/2/e100213>

Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F. y Escobar, F. (2021). Consecuencias en la salud mental de la pandemia COVID-19 asociada al aislamiento social. *Colomb. J. Anesthesiol.* 48(4). <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/930>

Rios, M. (2009). El trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo en la influenza a (H₁N₁). *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 12(1-2), 20-23. <file:///C:/Users/Acer/Downloads/26715-51686-1-PB.pdf>

Rodríguez, T., Fonseca, M., Valladares, A. y López, L. (2020). Protocolo de actuación psicológica ante la COVID-19 en centros asistenciales. *Cienfuegos. Cuba. MediSur*, 18(3), 368-380. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300368&lng=es&tlng=es.

Rojas, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXXIII(619), 233-240. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162h.pdf>

Saeb Martínez, S. A. (2016). *Acontecimientos vitales estresantes asociados a sintomatología depresiva y postraumática en puérperas mexicanas expuestas a violencia extrema ambiental*. (Tesis Doctoral, Universidad

Autonoma de Barcelona).
https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_400081/sasm1de1.pdf

Sandín, B., Valiente, R., García, J, y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1), 1-22. doi: 10.5944/rppc.27569

Santillán, C. (2012). *Presencia de Trastorno por Estrés Postraumático posterior al diagnóstico de VIH/SIDA en un grupo de pacientes mexicanos*. [Diapositiva de PowerPoint]. UNAM.
https://www.academia.edu/20310034/Presencia_de_Trastorno_por_Estr%C3%A9s_Postr%C3%A1tico_posterior_al_diagn%C3%B3stico_de_VIH_SIDA_en_un_grupo_de_pacientes_mexicanos

Secretaría de Salud. (2020). *Todo sobre COVID- 19*. <https://coronavirus.gob.mx/>

Secretaría de Salud. (2020). *COVID-19 Preguntas frecuentes*.
<https://www.gob.mx/salud/documentos/covid-19-preguntas-frecuentes?state=published#:~:text=%C2%BFSE%20PUEDE%20MATAR%20A%20COVID,manera%20de%20matar%20al%20virus>.

Secretaría de Salud. (2020). *Vacúnate por ti, vacúnate por todos*.
<http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/informacion-de-la-vacuna/>

Secretaría de Salud. (2020). *Aviso Epidemiológico – Casos de infección respiratoria asociados a Coronavirus (COVID-19)*.
<https://www.gob.mx/salud/documentos/aviso-epidemiologico-casos-de-infeccion-respiratoria-asociados-a-nuevo-coronavirus-2019-ncov>

Secretaría de Salud., Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud., Dirección General de Epidemiología., Dirección de Información Epidemiológica. y el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (InDRE). (2021). *18° Informe epidemiológico de la situación de COVID-19*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/635784/Informe_COVID-19_2021.05.03.pdf

- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Gibson, J., Hartman, T., Levita, L y Bentall, R. (2020). Anxiety, Depression, Traumatic Stress, and COVID-19 Related Anxiety in the UK General Population During the COVID-19 Pandemic. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/hb6nq>
- Suarez, M., Rodríguez, M., Pérez, R., Casal, A. y Fernández, G. (2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del policlínico “Joaquín Albarrán”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2), 159-168. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n2/mgi05215.pdf>
- Urzúa, A., Vera, P., Caqueo, A. y Polanco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>
- Valladares, P. (2018). Intervención en crisis. En Arguiano, S., Bravo, C., Coffin, N., Olvera, J., Rodríguez, M., Salinas, J., Soria, R., Rentería, A., Valadez, A. y Valladares, P. *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y Procedimientos*. 239-274. FESI. Universidad Nacional Autónoma de México. <file:///C:/Users/Acer/Downloads/425652532-Terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A. y Trucharte, A. (2020). Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas. *VIDA-COVID-19*. Informe 2.0. <https://www.ucm.es/tribunacomplutense/revcul/tribunacomplutense/doc24997.pdf>
- Vega, Z., Muñoz, S., Berra, E., Nava, C. y Gómez, G. (2012). Identificación de emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: Propuesta del cuestionario de Estrés, Emociones y Afrontamiento (CEEAA). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1051-1073. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/33644/30712>
- Young, Ch. (2011). Understanding HIV-related posttraumatic stress disorder in South Africa: A review and conceptual framework. *African Journal of AIDS*

Research, 10, 139-148.
https://www.researchgate.net/publication/233354054_Understanding_HIV-related_posttraumatic_stress_disorder_in_South_Africa_A_review_and_conceptual_framework

Zegarma, J. y Chino, B. (2019). Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Neurociencia*. 20(1), 21-28.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2019/rmn191d.pdf>

APÉNDICES Y ANEXOS

Apéndice A



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IZTACALA



SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACIÓN A DISTANCIA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El motivo de esta carta es para informarle los objetivos de esta actividad y que usted otorgue su consentimiento y disposición para participar en ella. Es importante que usted sepa que su privacidad está garantizada. Que los datos que nos proporcione serán manejados con respeto y en total confidencialidad, así como los resultados arrojados serán utilizados únicamente para fines de evaluación académica de la estudiante de Psicología.

El propósito de esta práctica es evaluar la sintomatología sobre el estrés postraumático en adultos que padecieron COVID-19, cuyos resultados servirán para integrar un análisis. La alumna se compromete a manejarlo siempre desde una postura profesional con respeto y ética. Esta es una actividad gratuita y sin fines de lucro.

Requisitos para participar:

1. Haber padecido la COVID-19.
2. Ser mayores de 18 años.

Completar los instrumentos de evaluación requeridos le llevara aproximadamente 20 minutos.

Apendice B

Datos sociodemográficos

- Nombre
- Lugar de residencia
- Estado civil
 - Soltero
 - Casado
 - Divorciado
 - Unión libre
- Edad
- Escolaridad
 - Primaria
 - Secundaria
 - Medio superior
 - Superior (Licenciatura, Ingeniería, etc.)

Apendice C

<https://forms.gle/hJ2WNB5ooJsA9YkAA>

Apendice D



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE IZTACALA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACIÓN A DISTANCIA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

SUAYED
IZTACALA

SE LES INVITA A PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 18 AÑOS RECUPERADOS DE COVID-19, CONTESTANDO EL FORMULARIO:

[HTTPS://FORMS.GLE/NYWSJRZ6TQRY4WPJA](https://forms.gle/NYWSJRZ6TQRY4WPJA)

Requisitos

SER MAYOR DE 18 AÑOS Y
HABER PADECIDO COVID-19

la participación es voluntaria,
confidencial, gratuita y sin fines de lucro.

Anexo 1

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

(Echeburúa, Amor, Zarazúa, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

Exposición directa
Testigo directo
Otras situaciones

Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió? _____ (meses)/ _____ (años)

¿Ocurre actualmente? ___ No ___ Sí (Indique el tiempo transcurrido desde el último episodio)
_____ (meses)/ _____ (años)

¿Ha recibido algún
tratamiento por el suceso
sufrido? ___ No ___ Sí
(especificar)

Duración

**¿Continúa en la
actualidad?**

Tipo de tratamiento

Psicológico _____ (meses)/ _____ (años) ___ No ___ Sí
Farmacológico _____ (meses)/ _____ (años) ___ No ___ Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: ___ No ___ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: ___ No ___ Sí

Secuelas físicas experimentadas: ___ No ___ Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Coloque 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	5º 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	0 1 2 3

pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?
Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva

<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
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)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo

<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
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: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica

<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
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: 0-18)

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

Anexo 2

Escala de Trauma de Davidson DTS

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a sucesos específicos, que usted puede haber experimentado durante la *última semana*. Para cada pregunta tenga en cuenta cuántas veces le ha sucedido (frecuencia) y con cuánta intensidad (gravedad). Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.
2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.
3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo
4. Hay cosas que me lo han hecho recordar.
5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento. (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea)
6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.
7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.
8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.
9. He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.
10. Me he sentido distante o alejado de la gente.
11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.
12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.
13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.
14. He estado irritable o he tenido accesos de ira.
15. He tenido dificultades para concentrarme
16. Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como “en guardia”.
17. He estado nervioso o me he asustado fácilmente