



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA”

TÍTULO
**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE SARS-COV2 EGRESADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO SEPÚLVEDA
ÁLVAREZ” CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

TESIS

PRESENTA:
DRA. DEISY SCARLETH BRITO CITALÁN

TUTOR PRINCIPAL:
DRA. IRMA SAUYEN CORLAY NORIEGA



Universidad Nacional
Autónoma de México




UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

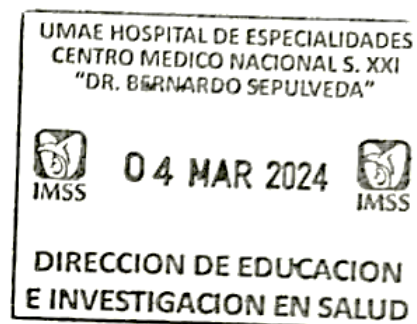
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SARS-COV2 EGRESADOS DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA ÁLVAREZ" CENTRO
MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**



**DRA. VICTORIA MENDOZA ZUBIETA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACION EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI**



**DR. DAVIS COOPER BRIBIESCA
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD**



**DRA. IRMA SAUYEN CORLAY NORIEGA
JEFE DE SERVICIO DE PSIQUIATRIA**

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

Datos del alumno	
Apellido paterno	Brito
Apellido materno	Citalán
Nombre	Deisy Scarleth
Teléfono	2288266291
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera/Especialidad	Psiquiatría
No. de Cuenta	51821448-9
Correo electrónico	scarlett.bc@live.com
Datos de los tutores	
Tutor principal:	Dra. Irma Sauyen Corlay Noriega Especialista en Psiquiatría Médico adscrito en Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI Teléfono: 55 1451 7167 Correo electrónico: irma_corlay@hotmail.com
Datos de la tesis	
Título	Prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes con diagnóstico de SARS-COV2 egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Álvarez” Centro Médico Nacional Siglo XXI
No. de páginas	45
Año	2021
Número de registro	R-2021-3601-179

AGRADECIMIENTOS

A mis padres. Hortencia Citalán y Salvador Brito.

A mi abuela Victoria.

CONTENIDO

Identificación de los autores	III
Agradecimientos	IV
Contenido	V
Lista de abreviaturas	VI
Índice de tablas	VI
I. Resumen	1
II. Marco teórico	2
III. Métodos	9
3.1 Justificación	9
3.2 Planteamiento del problema	10
3.3 Pregunta de investigación	10
3.4 Objetivos	11
3.4.1 Objetivo general	11
3.4.2 Objetivos particulares	11
3.5 Hipótesis	11
3.6 Tipo de estudio	11
3.7 Muestra y muestreo	11
3.8 Criterios de selección	12
3.8.1 Criterios de inclusión	12
3.8.2 Criterios de no inclusión	12
3.8.3 Criterios de eliminación	13
3.9 Operacionalización de las variables	13
3.9.1 Definición conceptual de la variable	14
3.9.2 Instrumento	15
3.10 Metodología	16
3.10.1 Análisis estadístico	17
3.10.2 Consideraciones éticas	18
IV. Resultados	21
V. Discusión	30
VI. Conclusiones	31
VII. Referencias bibliográficas	32
VIII. Anexos	35
8.1 Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático revisada EGS-R	35
8.2 Consentimiento informado	39
8.3 Hoja de recolección de datos	43
8.4 Acta del Comité Local de Investigación	44
8.5 Cronograma de actividades	45

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Significado
<i>CD+</i>	Clúster de diferenciación positivo
<i>COVID-19</i>	Enfermedad por coronavirus de 2019
<i>EGS-R</i>	Escala de gravedad de trastorno de estrés postraumático revisada
<i>FNT</i>	Factor de necrosis tumoral
<i>IL</i>	Interleucina
<i>INF</i>	Interferón
<i>MERS</i>	Síndrome respiratorio de oriente medio
<i>PCR</i>	Proteína C Reactiva
<i>SARS</i>	Síndrome Respiratorio Agudo Grave
<i>SARS COV2</i>	Síndrome Respiratorio Agudo Severo por coronavirus 2
<i>STAT</i>	Transductor de señal y activador de transcripción. Siglas en inglés de Signal Transducer and Activator of Transcription.
<i>TEPT</i>	Trastorno de Estrés Postraumático
<i>UCI</i>	Unidad de cuidados intensivos

Índice de tablas

Tabla 1 Criterios diagnósticos de Trastorno de estrés postraumático	2
Tabla 2. Operacionalización de variables de estudio.	13
Tabla 3. Descripción de las variables sociodemográficas; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables.....	21
Tabla 4. Descripción del tipo de evento traumático, así como de sus consecuencias y tratamiento; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables	22
Tabla 5. Descripción del puntaje total y de subescalas de la Escala de Gravedad de Trastorno de Estrés Postraumático; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables	23
Tabla 6. Descripción de los ítems de la Escala de Gravedad de Trastorno de Estrés Postraumático; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables	24
Tabla 7. Descripción de los síntomas disociativos relacionados a la exposición a evento traumático; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables	26
Tabla 8. Descripción de las áreas afectadas por el suceso traumático; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables	27
Tabla 9. Correlación de Pearson del resultado de la Escala de Gravedad de Trastorno de Estrés Postraumático revisada (EGS-R). La correlación y el puntaje y caracterización de la escala con el resto de variables se resalta.	29

I. RESUMEN

Introducción. Los trastornos relacionados con factores de estrés son cuadros patológicos en los que la exposición a un evento traumático aparece explícitamente en el centro del fenómeno. En el Trastorno de estrés postraumático esta exposición ocasiona síntomas variados principalmente reexperimentación del miedo, estados de ánimo disfóricos, cogniciones negativas, externalización de los síntomas reactivos y/o síntomas disociativos. Por otro lado, se han estudiado las secuelas físicas, cognitivas y emocionales que pueden desarrollar los pacientes sobrevivientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. En la actual epidemia por SARS COV 2 se ha observado un aumento de comorbilidades psiquiátricas en diversas series de casos registrados, en las que destacan principalmente delirium, agravamiento de depresión, ansiedad y diagnósticos psiquiátricos previos, existiendo la posibilidad de que la mente atraviese por un estado de mayor propensión para el desarrollo de síntomas de estrés postraumático sumado al ya considerado factor estresante intenso propio de la pandemia por esta patología emergente. **Objetivo.** Medir la prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en los pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos quienes ameritaron internamiento por diagnóstico de SARS-COV2. **Pacientes y métodos.** Estudio transversal, observacional, prospectivo y descriptivo en pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI de octubre de 2020 a marzo de 2021, con diagnóstico de SARS-COV2 para evaluar la presencia de Trastorno de Estrés postraumático mediante evaluación clínica con el instrumento "Escala de Gravedad de Trastorno de estrés postraumático revisada (EGS-R)". **Resultados.** Fueron incluidos 59 pacientes, de los que 21 (35%) fueron mujeres. La prevalencia encontrada fue de 44%, En el grupo de mujeres se observó una prevalencia del 57% mayor que en los hombres (36%) de TEPT. **Conclusiones.** La prevalencia de TEPT en la población estudiada fue similar a poblaciones sobrevivientes a MERS y SARS (42.9%). La diferencia entre la gravedad de los síntomas de TEPT respecto a días de hospitalización continua y hospitalización crítica, no fue significativa, sin embargo si lo fue para pacientes que ameritaron ventilación mecánica invasiva. Los pacientes egresados de UCI por SARS-COV2 tienen mayor prevalencia de TEPT que los sobrevivientes a UCI por otros diagnósticos (27%).

II. MARCO TEORICO

Los trastornos relacionados con un trauma o factores de estrés son todos aquellos en los que la exposición al evento traumático aparece explícitamente en el núcleo del cuadro clínico como criterio diagnóstico. Éstos episodios traumáticos pueden incluir ser testigo o verse envuelto en un accidente violento o en un crimen, una batalla militar, un ataque, ser secuestrado, sufrir un desastre natural, ser diagnosticado de alguna enfermedad de riesgo vital o estar sometido a abuso físico o sexual sistemático. El malestar psicológico tras la exposición a un evento estresante es variable, en algunos individuos se basa en la reexperimentación del miedo y pueden predominar síntomas emocionales y del comportamiento, en otros, se presenta anhedonia o estados de ánimo disfóricos y cogniciones negativas. Otro fenotipo puede consistir en excitación y externalización de síntomas reactivos mientras que también se han observado pacientes que presentan síntomas disociativos^{1,2}. En la tabla 1 se recogen los criterios diagnósticos para TEPT.

Tabla 1 Criterios diagnósticos de Trastorno de estrés postraumático

- | |
|---|
| <p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o mas de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).2. Presencia directa de suceso(s) ocurrido a otros.3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático. <p>B. Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático que comienza después del suceso traumático</p> <ol style="list-style-type: none">1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático3. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático.4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático <p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático que comienza tras el evento traumático como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al evento traumático. |
|---|

Tabla 1 Criterios diagnósticos de Trastorno de estrés postraumático
<p>2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.</p>
<p>D. Alternaciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático que comienzan o empeoran después del suceso traumático como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático. 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 traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás. 4. Estado emocional negativo persistente. 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas <p>E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático que comienza o empeora después del suceso traumático que se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia 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 <p>F. La duración de la alteración (Criterios B,C,D y E) es superior a un mes.</p> <p>G. La alteración causa deterioro o malestar clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento</p> <p>La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.</p>
<p>*Modificado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 5ta. Edición.</p>

En el mes de diciembre del año 2019, en Wuhan, China se reportan múltiples casos de neumonía de presentación atípica y de etiología indeterminada, que alcanzaron rápidamente una proporción mundial. Posteriormente se confirma que el brote ha sido causado por un nuevo coronavirus (CoV2), el cual compartía síntomas similares a los del CoV del síndrome respiratorio agudo (SAR-CoV) tipificado en 2003. A éste nuevo virus se le dio el nombre de SARS-CoV-2, y en febrero del 2020, la Organización Mundial de la Salud nombra este ente nosológico como la enfermedad por coronavirus 2019 o COVID-19³.

Se han descrito factores de riesgo que podrían predisponer al desarrollo de una infección grave, dentro de los cuales se encuentran diabetes mellitus, cardiopatías y obesidad. En México, la incidencia de comorbilidades críticas es mayor entre hombres y en personas mayores a los 65 años. La edad es uno de los principales factores predictores de evolución, siendo directamente proporcional al riesgo, entre los menores de 19 años se registran tasas de mortalidad menores al 0.1%, que aumenta hasta un 0.8% en la población entre los 20 y 54 años, llegando hasta un 4.9% entre el grupo etario de 55 a 74 años y a un 10.5% entre las personas de 75-84 años. La mayor tasa de mortalidad la alcanza la población mayor de 85 años, siendo de hasta el 27.3%⁴. En nuestro país, el grupo de edad que asimila la mayoría de los casos se encuentra entre los 35 a 39 años, sin embargo, ha sido el grupo de personas entre los 55 a 59 años quienes han requerido la mayor ocupación hospitalaria. En México las principales comorbilidades reportadas con hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus 2 y tabaquismo. Se han identificado otros factores de riesgo como pobre acceso al agua potable, limitación de internet, exposición a combustión de biomasa y escasa red de sistemas sanitarios, estos factores han contribuido a la tasa de letalidad elevada en nuestro país que alcanza el 11% casi el doble de la tasa de letalidad del resto de países de América del norte⁵.

Se considera que la COVID-19 es una enfermedad altamente contagiosa cuya transmisión principal es a través de microgotas respiratorias que se liberan al hablar, toser o estornudar. Se determinó que la probabilidad de contagio persona a persona mediante este medio disminuye cuando existe separación a una distancia de 2 metros. El virus sobrevive en múltiples superficies (cartón, plástico, acero inoxidable), lo cual aumenta su transmisibilidad. Tiene un periodo de incubación de 4 a 8 días y una vez infectado el organismo se desencadena una respuesta inmunológica que consiste inicialmente en la inhibición viral de mecanismos de señalización dependientes de interleucinas (IFN-1) y de vías de transducción para activación de la transcripción (mecanismo STAT)⁶. En la respuesta celular, tienen un papel principal las células T CD+ activadas, que aumentan la cascada de citoquinas en el epitelio pulmonar, ocasionan aumento de la permeabilidad de los vasos y fuga a tercer espacio, que en conjunto con la tormenta citoquinética ocasionan inflamación sistémica que induce muerte

de neutrófilos y enfermedad trombótica, la totalidad de estos elementos en su evolución más grave produce la muerte⁷. La infección por COV-2 provoca una amplia respuesta de células B con producción masiva de Inmunoglobulina M, G y A específicas en días siguientes al contagio. Se ha descrito la formación de células B de memoria que ante la reinfección genera respuesta humoral altamente específica, esto sumado a la memoria por células T, apoya los datos clínicos de defensa contra la reinfección⁸.

De acuerdo con el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica CONAVE, un caso sospechoso de enfermedad es cualquier persona que en los últimos diez días haya presentado al menos un síntoma mayor: tos, fiebre, disnea (dato de gravedad) o cefalea, acompañado de al menos uno de los signos o síntomas menores: mialgias, artralgias, odinofagia, escalofríos, dolor torácico, rinorrea, anosmia, disgeusia o conjuntivitis⁹. Tras los síntomas iniciales algunos pacientes presentarán datos de evolución hacia la gravedad con rápida progresión a insuficiencia respiratoria. La enfermedad grave se caracteriza por frecuencia respiratoria mayor a 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno menor a 93% o presión parcial de oxígeno arterial sobre oxígeno inspirado (SAFI) menor de 300 e infiltrados pulmonares con mas del 50% de área pulmonar afectada en las primeras 48 hrs. Estos pacientes clasificados como graves cumplen en su mayoría con criterios de SDRA o Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, que se caracteriza por la presencia aguda de infiltrados bilaterales, hipoxemia severa y edema pulmonar. A este cuadro clínico se suma el daño multiorgánico ocasionado por el síndrome de tormenta de citoquinas pudiendo presentar alteraciones cardiacas, renales y hepáticas con disminución del recuento plaquetario y elevación de marcadores agudos de inflamación como ferritina, PCR, Interleucina 2 y 6 y FNT factor de necrosis tumoral alfa¹⁰⁻¹².

Se encuentra bien documentado que durante y después de la infección por COV-2 existen manifestaciones neuropsiquiátricas o un empeoramiento en las condiciones psiquiátricas preexistentes. Los pacientes que viven con una enfermedad mental grave son propensos a diferentes complicaciones: en el escenario de los trastornos psicóticos se reagudizan síntomas paranoides y ansiosos, con el efecto estresor de su medio social modificado por el aislamiento que les ocasiona

sensación de perplejidad, los pacientes obsesivos pueden exacerbar rituales de limpieza, así mismo los pacientes con enfermedades mentales graves tienen mayor riesgo a la exposición por tener mayor tendencia a la falta de hogar o dificultad para la práctica adecuada del aislamiento social. Sin embargo, la causa específica de este fenómeno no se encuentra claramente dilucidada, postulándose que la etiología es multifactorial, dentro de los factores se hipotetiza la acción directa del virus en el tejido cerebral (infección cerebral), múltiples comorbilidades que comprometen el equilibrio homeostático, efecto de la respuesta inmune, medicación específica y otras intervenciones, aislamiento social, estrés psicológico por enfermedad emergente con probable desenlace mortal, estigma acompañante a la infección y la preocupación y miedo constante de infectar y ser infectado.

Diversos estudios han documentado la propensión a presentar depresión, ansiedad, trastornos de adaptación y trastorno de estrés agudo en correlato a la supervivencia a infecciones virales, dentro de estas manifestaciones neuropsiquiátricas también se ha documentado la propensión al desarrollo de trastorno de estrés postraumático¹³. Se realizó una revisión sistemática en base de datos internacionales de pacientes sobrevivientes a SARS, MERS y SARS COV2, encontrándose que durante la fase aguda de la infección en el contexto de SARS o MERS en hospitalización los principales síntomas neuropsiquiátricos fueron: síndrome confusional agudo 27.9%, ánimo deprimido en un 32.6%, espectro ansioso con un 35.7%, fallas mnésicas 34.1% y trastornos del dormir de tipo insomnio en un 41.9%, en la fase posterior a la enfermedad, se reportó trastorno de estrés postraumático en el 32.2% de los pacientes. La interpretación de los datos concluyó que en el SARS COV 2 el curso de la presentación de síntomas mentales es similar a lo reportado para SARS y MERS y que la mayoría de los pacientes se recuperaban sin presentar anomalías psiquiátricas¹⁴. Un estudio realizado en China, en pacientes que sobrevivieron a COVID-19 fueron comparados con pacientes que no presentaron la enfermedad y encontraron, en el primer grupo, niveles superiores de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Este estudio también correlacionó marcadores biológicos (PCR) que se encontraron en relación directa positiva a la presentación de la depresión¹³.

En un estudio realizado en Wuhan, China, se calculó la prevalencia de trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad en pacientes que estuvieron hospitalizados con diagnóstico de COVID-19, los resultados mostraron una prevalencia de 13.2%, 21% y 16.4% respectivamente y encontraron como principales factores de riesgo para presentar estas manifestaciones que los pacientes recibieran malas noticias durante la hospitalización, mayor exposición a eventos traumáticos y una percepción disminuida de redes de apoyo social¹⁵. Otro estudio en pacientes con diagnóstico de Covid-19, informó que la prevalencia de depresión y ansiedad eran de un 35.9% y 38.5% respectivamente, encontrándose que ser del género femenino, tener baja saturación de oxígeno y escasas redes de apoyo eran factores que contribuían a la presencia de ansiedad mientras que la infección por COV2 en la familia y escasas redes de apoyo se asociaron a la presencia de depresión¹⁶.

Los factores que se han encontrado asociados a un aumento de complicaciones neuropsiquiátricas en la fase aguda de COVID-19 son haber cursado hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica y estancia hospitalaria prolongada. Cuando se estudia la población diagnosticada con SARS COV 2 en el contexto de estancia en unidad de cuidados intensivos se encuentra una prevalencia mayor de delirium 65% y agitación psicomotriz hasta en un 69%. En estudios sobre manifestaciones neuropsiquiátricas en pacientes recuperados de MERS se han descrito tres causas principales: efecto neurotrófico viral, efecto indirecto de la respuesta inmunológica o efecto de la medicación y en esta población se informó la presencia de recuerdos traumáticos en un 30.4%, trastorno de estrés postraumático en un 32% y alteraciones del sueño hasta en el 100%¹⁷.

Un metaanálisis sobre prevalencia, factores de riesgo y estrategias de prevención y tratamiento para trastorno de estrés postraumático en pacientes sobrevivientes de medicina crítica con estancia en unidad de cuidados intensivos, identificó que los principales factores asociados son administración de benzodiazepinas y recuerdos posteriores aterradores de la estancia en UCI, los síntomas de estrés postraumático estuvieron en asociación con peor calidad de vida. Los autores concluyeron

que el TEPT clínicamente significativo ocurrió en la quinta parte de los sobrevivientes de enfermedades críticas después de un año de seguimiento encontrándose mayor prevalencia en aquellos que presentaban psicopatología comórbida, quienes recibieron tratamiento con benzodiazepinas y aquellos que tuvieron recuerdos tempranos de experiencias traumáticas en la UCI¹⁸.

Existe un síndrome experimentado por algunos pacientes sobrevivientes a la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, denominado Síndrome Post UCI, a pesar de que no existen definiciones claras que permitan su uso sistemático y estandarizado, se realizó un metaanálisis para esclarecer el término y sus dimensiones clínicas. Esta investigación identificó las siguientes características asociadas: 1. Deficiencias multidimensionales nuevas o que empeoran tras la hospitalización, 2. Disfunción física, 3. Trastorno Psicológico, 4. Deterioro cognitivo, 5. Reconstrucción social fallida. Dentro de los trastornos psicológicos (tercer atributo del síndrome) se describió que la ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático fueron los mas relevantes. Una esfera sintomática que combina síntomas de las tres entidades se encontró en un 13 a 60%. Por lo que la identificación temprana mediante el seguimiento optimo a pacientes sobrevivientes de UCI podría ayudar a otorgar tratamiento multidisciplinario para la recuperación de estos pacientes.¹⁹

III. MÉTODOS

3.1 Justificación

La pandemia ocasionada por el nuevo coronavirus ha ocasionado un cambio en el estilo de vida mundial. Por si misma ha sido un estresor psicológico importante para la población haya o no sufrido el contagio. El miedo al contagio, a contagiar a un miembro de la familia, personas conocidas que han fallecido por diagnóstico de SARCOV2, el distanciamiento social y la pérdida temporal de espacios para recreación son fatcores que han desencadenado el inicio de síntomas neuropsiquiátricos o el empeoramiento de los mismos. De igual manera se ha documentado la aparición de éstas manifestaciones en pacientes contagiados por el COV2 y durante la fase de recuperación. En series de estudios mundiales se conoce que el trastorno de estrés postraumático en la fase posterior a la enfermedad por SARS y MERS es uno de los cuadros psiquiátricos más prevalentes en éstos pacientes. Otros autores postulan que las manifestaciones psiquiátricas propias de MERS y SARS son similares a las observadas para SARS COV 2 tanto en la fase aguda de la enfermedad como en la posterior siendo unicamente el delirium en el SARS COV 2 de la fase aguda la entidad que se presentaria en mayor proporción. Aunque no es escaso el acervo de estudios y publicaciones que informan sobre la presencia de las manifestaciones psiquiátricas en COVID-19, se desconocía la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en México en una población que específicamente presentaba predisposición al desarrollo de este cuadro, como son los pacientes que permanecieron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La realización de éste estudio ayudó a conocer la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en esta población suceptible, su importancia radicó en que este trastorno se encuentra dentro de los más incapacitantes y tórpidos para la recuperación biopsicosocial completa de estos pacientes, los síntomas de estrés postraumatico disminuyen importantemente la calidad de vida, por lo que el diseño de estrategias de detección mediante seguimiento al egreso en el mediano plazo acercaria a estos pacientes al servicio de salud mental para darles una intervención terapéutica y/o farmacológica oportuna. Los datos recabados en este estudio sirvieron para estimar factores demográficos presentes en el desarrollo de estrés postraumatico, el reconocimiento de los mismos

sirve para la implementación de intervenciones preventivas de estrés postraumático dentro de la unidad de cuidados intensivos del área COVID y en la orientación de un seguimiento específico posterior al egreso, con estas medidas se cumple con la reinserción psicosocial y la recuperación integral y completa.

3.2 Planteamiento del problema

La actual pandemia por COVID se trata de una enfermedad emergente cuyo tratamiento, evolución y pronóstico aún se encuentran sujetos a estudio. En el transcurso de la presentación de la enfermedad se han detectado manifestaciones neuropsiquiátricas tanto en la fase aguda como en la fase posterior a la recuperación. El trastorno de estrés postraumático ha sido reportado hasta en un 32% de los casos en la fase posterior a la recuperación en el contexto de otras enfermedades que presentan distress respiratorio como SARS o MERS, existen estudios que comparan la existencia de síntomas de estrés postraumático en SARS COVID estimando que es aproximadamente equivalente a las anteriores. Estos estudios se han realizado en población europea, asiática y norteamericana. Existe evidencia científica que apunta al trastorno de estrés postraumático dentro de las principales causas de afectación psicológica en el denominado Síndrome Post UCI, se ha reconocido que el trastorno de estrés postraumático en combinación con ansiedad y depresión pueden presentarse en un rango del 13 al 60% de los pacientes supervivientes de la UCI. Sin embargo no se contaba con estudios de prevalencia en nuestro país sobre la presentación de trastorno de estrés postraumático en la población especial de pacientes que mantuvieron internamiento en la unidad de cuidados intensivos por diagnóstico de SARS COVID 2.

3.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos que ameritaron internamiento por diagnóstico de SARS-COVID2 en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI?

3.4 Objetivos

3.4.1 *Objetivo general*

Determinar la prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en pacientes egresados de la Unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades de CMNSXXI que ameritaron internamiento por diagnóstico de SARS-COV2.

3.4.2 *Objetivos particulares*

1. Comparar la prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en pacientes sobrevivientes a la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de SARS COV 2 respecto a la prevalencia mundial estimada para pacientes sobrevivientes de la UCI con otros diagnósticos.
2. Comparar la prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en pacientes sobrevivientes a MERS y SARS respecto a SARS COV2.
3. Describir las características demográficas asociadas a la presentación de síntomas de estrés postraumático en pacientes egresados de la UCI con diagnóstico de SARS COV2.

3.5 Hipótesis

La prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes diagnosticados con SARS-COV2 que ameritaron internamiento en la unidad de cuidados intensivos será la mayor a la reportada en la literatura mundial para SARS y MERS y será mayor a la reportada en pacientes hospitalizados en UCI por cualquier otro diagnóstico.

3.6 Tipo de estudio

Estudio transversal, observacional, prospectivo, descriptivo, no aleatorizado.

3.7 Muestra y muestreo

Universo de estudio. El estudio se llevó a cabo en pacientes de ambos sexos egresados de la Unidad de cuidados intensivos quienes fueron ingresados por diagnóstico de SARS COV2, confirmado mediante PCR, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Periodo de estudio. De diciembre de 2020 a mayo de 2021

Lugar del estudio. Unidad de Cuidados Intensivos del área COVID del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Muestra. Se tomó muestra por conveniencia de casos consecutivos.

Tipo de muestreo. No probabilístico

3.8 Criterios de selección

3.8.1 *Criterios de inclusión*

1. Edad mayor a 18 años.
2. Conocimientos básicos para determinar que el sujeto estaba capacitado para comprender las preguntas clinimétricas.
3. Prueba por PCR positiva para COVID-19.
4. Pacientes que fueron egresados de la Unidad de cuidados intensivos desde al menos 1 mes previo a la valoración.
5. Pacientes cuya saturación de oxígeno fue mayor de 90% con o sin el uso de oxígeno suplementario al momento de la entrevista por videollamada.
6. Pacientes con estabilidad clínica.

3.8.2 *Criterios de no inclusión*

1. Pacientes con comorbilidades neuropsiquiátricas diagnosticadas por psiquiatra, preexistentes al internamiento en UCI y al diagnóstico de SARS COV 2.
2. Pacientes con antecedente de toma de psicofármacos antes de la valoración clínica.
3. Pacientes que presentaron inestabilidad clínica o secuelas neurológicas que le imposibilitaron la óptima participación en la videollamada.
4. Pacientes que no tuvieron acceso a un equipo de cómputo con conexión a internet o un teléfono inteligente con conexión a internet.

5. Pacientes con deterioro neurocognitivo mayor diagnosticado por neurólogo o psiquiatra.
6. Pacientes con indicación de uso de oxígeno complementario con mascarilla reservorio.
7. Pacientes con dificultad para la comunicación o no hispanoparlantes.

3.8.3 Criterios de eliminación

1. Pacientes que posteriormente revocaron su consentimiento informado de participar en el estudio.
2. Pacientes a quienes no se logró contactar vía telefónica
3. Pacientes que no respondieron adecuadamente a las preguntas

3.9 Operacionalización de las variables

Tabla 2. Operacionalización de variables de estudio.

Variable	Tipo de variable	Unidad de medida	Definición operacional	Codificación
Edad	Cuantitativa continua	Años	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de la persona	Números enteros
Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre/mujer	Conjunto de características biológicas físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Hombre: 0 Mujer: 1
Estado civil	Cualitativa nominal	No aplica	Conjunto de cualidades jurídicas que tiene una persona frente a una familia determinada o relación de parentesco	Soltero: 0 Con pareja: 1 Unión libre: 2 Casado: 3 Divorciado: 4 Viudo: 5
Ocupación	Cualitativa nominal	No aplica	Toda actividad que el individuo desempeña por la cual obtiene remuneración económica	Desempleado: 0 Estudiante: 1 Hogar: 2 Empleado: 3

Variable	Tipo de variable	Unidad de medida	Definición operacional	Codificación
Años de escolaridad	Cuantitativa discreta	Años	Años completos cursados de escolaridad	Números enteros
Días de estancia hospitalaria	Cuantitativa continua	Días de estancia	Cantidad de días que transcurren desde el ingreso del paciente a unidad de cuidados intensivos hasta su egreso hospitalario	Números enteros
Intubación endotraqueal	Cualitativa dicotómica	No aplica	Registro de haber requerido intubación endotraqueal durante estancia en Unidad de cuidados intensivos	1: Si requirió IE 0: No requirió IE
Trastorno de estrés postraumático	Cualitativa ordinal	Escala de Gravedad de Trastorno de estrés postraumático revisada (EGS-R)	Conjunto de síntomas caracterizados por síntomas intrusivos, evitativos, cognitivos y reactivos del estado de ánimo que se encuentran en relación directa a la experimentación de un evento traumático.	0: Ausencia de estrés postraumático. Puntuación mejor de 5 1: Síntomas de estrés postraumático. Puntuación de 5 a 20 puntos. 2: Trastorno presente. Puntuación mayor a 20 puntos.

3.9.1 Definición conceptual de la variable

Trastorno de estrés postraumático.

Trastorno caracterizado por la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o mas de las formas siguientes: Experiencia directa del suceso(s) traumático(s), presencia directa de suceso(s) ocurrido a otros, conocimiento de que el suceso(s) traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático. Que desencadena la presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes: Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático, sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático, reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático, malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático o reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático. Así como al menos una de las siguientes conductas de evitación: Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al evento traumático y evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático. También se presentan alternaciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático y una alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático que comienza o empeora después del suceso traumático. La duración de la alteración es superior a un mes, causa deterioro o malestar clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.²

3.9.2 *Instrumento*

Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático revisada EGS-R

Se trata de una escala heteroaplicada, la cual está estructurada en formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas que se evalúan. Tiene un total de 21 ítems que están

relacionados directamente con los criterios diagnósticos del DSM 5. Evalúa la presencia del fenómeno traumático, así como síntomas de reexperimentación en un rango de 0 a 15 puntos, síntomas de evitación conductual o cognitiva en un rango de 0 a 9 puntos, alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Es considerado positivo a un síntoma cuando alcanza una puntuación de al menos dos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos²⁰. En adición a la evaluación de estos 4 núcleos sintomáticos, la escala evalúa complementariamente la existencia de fenómenos disociativos los cuales revisten capital importancia en el DSM 5. Además, añade seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el evento estresante. En este instrumento se establecen unos puntos de corte para la puntuación total y para cada una de las cuatro dimensiones de primer orden o síntomas nucleares, lo que permite establecer el diagnóstico de este cuadro clínico, pero también estimar la gravedad de la sintomatología. La eficacia diagnóstica de la escala es alta (83%). Los autores de la versión revisada establecen un punto de corte en la escala de puntuación global de 20 puntos. Se validaron cortes 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. La EGS-R se encuentra en el anexo 1 del presente estudio.

3.10 Métodos

Plan de trabajo. Se solicitó el registro de pacientes egresados de la UCI del área COVID en el archivo clínico del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI. Mediante datos del expediente clínico se contactó por llamada telefónica a los pacientes, mediante la cual los investigadores explicaron la naturaleza del estudio. A los sujetos que decidieron participar se les invitó a firmar presencialmente la Carta de Consentimiento Informado en el espacio físico que ocupa la Jefatura de Psiquiatría del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, momento en el cual nuevamente se dio una explicación sobre el estudio a realizar y se resolvieron todas las dudas del paciente. A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado se les dió una cita con día y horario para recibir una

videollamada por medio de la plataforma Zoom en la que se aplicó el instrumento “Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático-revisada” (EGS-R) y la realización de una entrevista psiquiátrica semiestructurada. La evaluación clinimétrica y entrevista semiestructurada fue conducida por los investigadores involucrados en este estudio, en todo momento se evitó el uso de lenguaje técnico, se dio una introducción nuevamente al paciente al principio de la videollamada y se verificó resolver en este momento cualquier duda, se empleó un lenguaje claro para la realización de las preguntas del instrumento, se le informó al participante el tiempo requerido para la evaluación el cual fue aproximadamente de 30 minutos en consideración de la condición clínica de los pacientes. Los datos así recabados se ingresaron en una base de datos para su posterior análisis mediante el software estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) realizándose análisis descriptivo con pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas.

Materiales. 1 equipo de cómputo. 1 teléfono celular. Copias fotostáticas de la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático revisada EGS-R. Folders para separar cuestionarios. Bolígrafos. Lápices de carbón. Goma de borrar. Un consultorio con mesa para realización de videollamada.

3.10.1 *Análisis estadístico*

Los datos recabados se almacenaron en una base del programa Excel para su análisis mediante estadística descriptiva. Para la organización de los datos se uso el programa de software estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) 23.0 para Windows.

Mediante estadística descriptiva se calculó la prevalencia de trastorno de estrés postraumático y datos clínicos asociados para este fin, la evaluación de variables cuantitativas se hizo mediante el uso de desviación estándar y media. Para las variables cualitativas se usaron frecuencias y proporciones. Se evaluó la distribución normal de los datos a través de las pruebas de Kolmogórov-Smirnov.

Las diferencias significativas con los intervalos en la gravedad de los síntomas neuropsiquiátricos reportados en las valoraciones psicométricas junto las características sociodemográficas y clínicas

se probaron utilizando la prueba χ^2 para datos categóricos y la prueba t de Student para datos continuos. Se realizó un análisis de correlación de Pearson para explorar la correlación entre las características sociodemográficas y duración de la hospitalización con respecto a las puntuaciones de sintomatología de estrés postraumático.

3.10.2 *Consideraciones éticas*

Para proceder a la realización del estudio se solicitó la aprobación por el comité de ética de Centro Médico Nacional Siglo XXI. Este protocolo se realizó de acuerdo con las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación con base a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 4º, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 06 de abril de 1990. De igual manera se debe mencionar que se observó estrictamente el cumplimiento del Código Internacional de ética médica, que en sus principios generales afirma que "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica", en donde queda englobado el deber de promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. La investigación realizada no puso en riesgo el cumplimiento de los derechos individuales de los sujetos que decidieron o no participar en la misma, de tal manera que la atención que recibieron por parte de esta institución no se encontró sujeta a alguna consideración especial. Este estudio acató los principios de la Declaración de Helsinki (1964), Venecia (1983), Hong Kong (1989) y Tokio (1995), Seúl octubre 2008 y Fortaleza, Brasil (2013) la cual establece que en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación y que la responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. Así mismo se cumplieron los principios éticos básicos del Informe Belmont que establece los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación (2013) observándose el respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Clasificación del riesgo

El propósito principal del proyecto fue conocer la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos de Centro Médico Nacional Siglo XXI que ameritaron internamiento por diagnóstico de SARS COV 2.

Se consideró la presente investigación como de riesgo mínimo (Tipo II), de acuerdo con el Artículo 17 del Reglamento de la Ley general de salud en materia de Investigación para la salud, que así clasifica estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipula la conducta del sujeto.

Evaluación de beneficio/riesgo.

Esta investigación no representó riesgo para la integridad física o moral de los participantes, se consideró una investigación de riesgo mínimo de acuerdo con el artículo 17 y los párrafos I a III del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, correspondiente al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I de Disposiciones comunes. El beneficio que obtuvo el paciente fue la contribución al aumento del conocimiento en este campo de estudio, lo que puede coadyuvar en mejoras en la práctica clínica, así como obtener una valoración de su estado de salud mental y referencia para tratamiento en los casos encontrados de psicopatología al servicio de salud Mental correspondiente.

Información al paciente y consentimiento informado

A cada sujeto que se le propuso participar en el estudio, se le entregó un documento por escrito denominado "Consentimiento informado" (Anexo 2). Redactado con un vocabulario comprensible para el paciente. El investigador informó al paciente sobre el estudio, la naturaleza voluntaria de su participación y que no suponía ningún cambio ni en su tratamiento ni en su atención médica respecto a los que recibiría en caso de no participar. Los investigadores resolvieron la totalidad de las dudas que el sujeto presentó. El sujeto participante en el estudio y/o su tutor legal pudo revocar en cualquier momento el consentimiento para la utilización de sus datos en el análisis, sin expresión de causa y sin

que por ello se derivase para él responsabilidad ni perjuicio alguno. Así mismo se le informó al participante sobre la necesidad de seguimiento y tratamiento en caso de encontrar diagnóstico de trastorno mental el cual fue otorgado por parte del servicio de Salud Mental correspondiente.

Confidencialidad de los datos.

Todos los datos de identificación de los participantes, así como datos clínicos recabados fueron manejados con estricta confidencialidad. La información fue responsabilidad del médico investigador asegurándose la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes, apegándose a la Ley DOF 05-07-2010, del IFAI vigente. Se observaron y respetaron las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos del país e internacionales vigentes. La investigación fue supervisada por un médico competente y calificado apropiadamente. La participación de los pacientes no comprometió de manera adversa su salud. Cada participante tuvo una clave numérica desde el inicio de su participación. El paciente no puede ser identificado en ningún caso si los resultados de este estudio de investigación se presentan en reuniones científicas o publicaciones. El nombre completo y datos de contacto fueron de uso exclusivo para los fines del presente estudio, sin hacer otro uso de dicha información. La información recopilada se utilizó exclusivamente para fines académicos y de investigación. Los investigadores se comprometieron a registrar y procesar los datos de manera fidedigna y correcta. Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, sólo tendrán acceso a los mismos el investigador y su equipo de colaboradores, el Comité Ético de Investigación Clínica y las autoridades sanitarias pertinentes.

Conflictos de interés

Para este estudio no existió conflicto de interés por parte de los investigadores.

IV. RESULTADOS

Fueron incluidos 59 pacientes, de los que 21 (35%) fueron mujeres. En la tabla 3 se muestra la descripción de las variables sociodemográficas en la que resaltan diferencias estadísticamente significativas en la ocupación, con una ausencia de hombres dedicados al hogar y menor proporción de mujeres que indicaron ser empleadas ($p=0.01$). De igual manera, los hombres tuvieron una mayor proporción de estudios de licenciatura o superiores (68.5% vs 47.6%, $p=0.02$). Por último, no se encontraron diferencias entre los días de estancia hospitalaria o de estancia en la unidad de cuidados intensivos; pero si se encontró una mayor proporción de mujeres que requirieron ventilación mecánica invasiva (71.4% vs 42.1%, $p=0.03$).

Tabla 3. Descripción de las variables sociodemográficas; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables

Variable	Total n=59	Mujeres n=21	Hombres n=38	p
Edad	52 ± 15.7	52.7 ± 19.9	51.6 ± 12.9	NS
Estado civil				0.07
- Soltero	16 (27.1)	6 (28.6)	10 (26.3)	
- Casado	26 (44.1)	7 (33.3)	19 (50.0)	
- Divorciado	4 (6.8)	-	4 (10.5)	
- Viudo	13 (22.0)	8 (38.1)	5 (13.2)	
Ocupación				0.01
- Desempleado	1 (1.7)	-	1 (2.6)	
- Estudiante	2 (3.4)	1 (4.8)	1 (2.6)	
- Labores del hogar	6 (10.2)	6 (28.6)	-	
- Empleado	35 (59.3)	9 (42.9)	26 (68.4)	
- Jubilado	15 (25.4)	5 (23.8)	10 (26.3)	
Escolaridad				0.02
- Primaria	4 (6.8)	4 (19.0)	-	
- Secundaria	6 (10.2)	4 (19.0)	2 (5.3)	
- Preparatoria	13 (22.0)	3 (14.3)	10 (26.3)	
- Licenciatura	26 (44.1)	8 (38.1)	18 (47.4)	
- Maestría	10 (16.9)	2 (9.5)	8 (21.1)	
Religión				NS
- Agnóstico	16 (27.1)	5 (23.8)	11 (28.9)	
- católico	35 (59.3)	14 (66.7)	21 (55.3)	
- cristiano	5 (8.5)	-	5 (13.2)	
- Testigo de Jehová	3 (5.1)	2 (9.5)	1 (2.6)	

Días de estancia intrahospitalaria	25.7 ± 13.8	27.6 ± 14.7	24.6 ± 13.4	NS
Días de estancia en ICU	13.7 ± 8.8	15.5 ± 8.8	12.9 ± 8.8	NS
Intubación (sí)	31 (52.5)	15 (71.4)	16 (42.1)	0.03

En la tabla 4 se expone el tipo de evento así como las consecuencias del mismo y su tratamiento. Todos los participantes identificaron como evento traumático el diagnóstico y hospitalización por SARS-COV2, clasificándose como “exposición directa” y “testigo directo” del evento traumático. En las mujeres, se encontró una mayor proporción de exposición interviniente (28.6 vs 5.3, $p=0.01$), y de exposición a eventos continuados ($p=0.01$). No se encontraron diferencias en el tratamiento y en las consecuencias del evento traumático, al comparar entre sexos. En las secuelas físicas, la de mayor frecuencia fue la dificultad respiratoria, seguida por astenia e insomnio.

Tabla 4. Descripción del tipo de evento traumático, así como de sus consecuencias y tratamiento; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables

Variable	Total n=59	Mujeres n=21	Hombres n=38	p
Exposición				
- Directa (sí)	59 (100)	21 (100)	38 (100)	-
- Testigo (sí)	59 (100)	21 (100)	38 (100)	-
- Referencia (sí)	16 (27.1)	8 (38.1)	8 (21.1)	0.2
- Interveniente (sí)	8 (13.6)	6 (28.6)	2 (5.3)	0.01
Número de tipo de exposición	2.4 ± 0.6	2.7 ± 0.6	2.3 ± 0.6	0.01
¿Hace cuánto tiempo ocurrió?	7.4 ± 2.4	7.3 ± 2.4	7.4 ± 2.4	0.9
Frecuencia de exposición				0.01
- Episodio único	51 (86.4)	15 (71.4)	36 (94.7)	
- Episodios continuados	8 (13.6)	6 (28.6)	2 (5.3)	
Exposición al momento de evaluación	3 (5.1)	2 (9.5)	1 (2.6)	0.2
¿Recibe tratamiento? (sí)	59 (100)	21 (100)	38 (100)	-
Psicoterapia (sí)	20 (33.9)	8 (38.1)	12 (31.6)	0.6
- ¿Continua? (sí)	2 (3.4)	1 (4.8)	1 (2.6)	0.6
Farmacoterapia (sí)	26 (44.1)	12 (57.7)	14 (36.8)	0.1
- ¿Continua? (sí)	8 (13.6)	5 (23.8)	3 (7.9)	0.1
Revictimización a otro suceso traumático	5 (8.5)	3 (14.2)	2 (5.3)	0.2
¿Sufrió secuelas físicas?	21 (35.6)	9 (42.9)	12 (31.6)	0.4
- Astenia	11 (18.6)	5 (23.8)	6 (15.8)	0.4
- Cefalea	4 (6.8)	1 (4.8)	3 (7.9)	0.6
- Insomnio	7 (11.9)	1 (4.8)	6 (15.8)	0.2
- Disnea / dificultad respiratoria	14 (23.7)	7 (33.3)	7 (18.4)	0.2
- Alteración de las cuerdas vocales	1 (1.7)	1 (4.8)	0	0.2
Número de secuelas sufridas	0.6 ± 0.9	0.7 ± 1.0	0.6 ± 0.9	0.6

En la tabla 5 se describe la puntuación y subíndices de la Escala de Gravedad de Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R); mientras que en la tabla 6 se detallan sus ítems. Como se puede observar las mujeres obtuvieron una mayor calificación en la puntuación total de la escalada, así como para cada una de sus subescalas. Sin embargo, al categorizar el resultado de la puntuación, no se logró encontrar una diferencia significativa en la gravedad del trastorno entre hombres y mujeres ($p=0.058$).

Tabla 5. Descripción del puntaje total y de subescalas de la Escala de Gravedad de Trastorno de Estrés Postraumático; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables

Variable	Total n=59	Mujeres n=21	Hombres n=38	p
I. Reexperimentación	4.6 ± 3.8	6.0 ± 3.6	3.9 ± 3.8	0.04
II. Evitación conductual/cognitiva	2.6 ± 2.5	3.7 ± 2.7	1.9 ± 2.1	0.01
III. Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	7.1 ± 4.7	9.7 ± 4.8	5.7 ± 4.1	<0.01
IV. Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	6.3 ± 4.5	7.9 ± 4.0	5.4 ± 4.5	0.04
Puntuación total EGS-R	20.6 ± 14.4	27.3 ± 13.9	16.9 ± 13.5	<0.01
- Sin trastorno	8 (13.3)	-	8 (21.1)	0.06
- Síntomas de TEPT	25 (41.7)	9 (42.9)	16 (42.1)	
- TEPT	26 (43.3)	12 (57.1)	14 (36.8)	

Como se menciona anteriormente, en la tabla 6 se describe cada uno de los ítems de la EGS-R. En la subescala de reexperimentación se encontró una mayor proporción de mujeres con reexperimentación frecuente (más de 2 veces por semana) del evento (ítem 1, $p=0.04$; e, ítem 3, $p=0.05$). Así como una mayor frecuencia de malestar psicológico aunque sin significancia estadística ($p=0.053$). En la subescala de evitación conductual/cognitiva, sólo se encontró una mayor proporción de mujeres que evitaban hablar del evento traumático (ítem 8, $p<0.01$); mientras que en la subescala de alteración cognitiva – estado de ánimo negativo, las mujeres presentaron mayor negación a expresar sensaciones positivas (ítem 15, $p=0.02$) y mayor proclividad a experimentar sensaciones negativas (ítem 12, $p<0.01$). Por último, no se encontraron diferencias entre ambos sexos en cuanto a la reactividad psicofisiológica asociada al evento traumático.

Tabla 6. Descripción de los ítems de la Escala de Gravedad de Trastorno de Estrés Postraumático; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables

Variable	Total n=59	Mujeres n=21	Hombres n=38	p
Reexperimentación				
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?				0.04
- Nada	19 (32.2)	2 (9.5)	17 (44.7)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	20 (33.9)	10 (47.6)	10 (26.3)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	11 (18.6)	4 (19.0)	7 (18.4)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	9 (15.3)	5 (23.8)	4 (10.5)	
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?				0.4
- Nada	23 (39.0)	6 (28.6)	17 (44.7)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	20 (33.9)	10 (47.6)	10 (26.3)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	11 (18.6)	3 (14.3)	8 (21.1)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	5 (8.5)	2 (9.5)	3 (7.7)	
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?				0.05
- Nada	29 (49.2)	6 (28.6)	23 (60.5)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	16 (27.1)	8 (38.1)	8 (21.1)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	12 (20.3)	7 (33.3)	5 (13.2)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	2 (3.4)	.	2 (5.3)	
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?				0.053
- Nada	24 (40.7)	4 (19.0)	20 (52.6)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	20 (33.9)	9 (42.9)	11 (28.9)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	11 (18.6)	5 (23.8)	6 (15.8)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	4 (6.8)	3 (14.3)	1 (2.6)	
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?				0.6
- Nada	25 (42.4)	7 (33.3)	18 (47.4)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	23 (39.0)	9 (42.9)	14 (36.8)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	8 (13.6)	3 (14.3)	5 (13.2)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	3 (5.1)	2 (9.5)	1 (2.6)	
Evitación conductual/cognitiva				
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por que le crea malestar emocional?				0.08
- Nada	15 (25.4)	4 (19.0)	11 (28.9)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	24 (40.7)	6 (28.6)	18 (47.4)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	12 (20.3)	8 (38.1)	4 (10.5)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	8 (13.6)	3 (14.3)	5 (13.2)	
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por que le crea malestar emocional?				0.09
- Nada	34 (57.6)	8 (38.1)	26 (68.4)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	16 (27.1)	7 (33.3)	9 (23.7)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	5 (8.5)	3 (14.3)	2 (5.3)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	4 (6.8)	3 (14.3)	1 (2.6)	

Variable	Total n=59	Mujeres n=21	Hombres n=38	p
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?				<0.01
- Nada	31 (52.5)	5 (23.8)	26 (68.4)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	19 (32.2)	11 (52.4)	8 (21.1)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	5 (8.5)	2 (9.5)	3 (7.9)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	4 (6.8)	3 (14.3)	1 (2.6)	
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo				
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?				0.1
- Nada	9 (15.3)	2 (9.5)	7 (18.4)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	12 (20.3)	2 (9.5)	10 (26.3)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	18 (30.2)	6 (28.6)	12 (31.6)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	20 (33.9)	11 (52.4)	9 (23.7)	
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?				0.2
- Nada	38 (64.4)	11 (52.4)	27 (71.1)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	9 (15.3)	3 (14.3)	6 (15.8)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	10 (16.9)	5 (23.8)	5 (13.2)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	2 (3.4)	2 (9.5)	-	
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo				
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?				0.3
- Nada	19 (32.2)	4 (19.0)	15 (39.5)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	15 (25.4)	5 (23.8)	10 (26.3)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	17 (28.8)	8 (38.1)	9 (23.7)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	8 (13.6)	4 (19.0)	4 (10.5)	
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?				<0.01
- Nada	31 (52.5)	6 (28.6)	25 (65.8)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	18 (30.5)	7 (33.3)	11 (28.9)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	5 (8.5)	3 (14.3)	2 (5.3)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	5 (8.5)	5 (23.8)	-	
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?				0.2
- Nada	23 (39.0)	6 (28.6)	17 (44.7)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	17 (28.8)	5 (23.8)	12 (31.6)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	9 (15.3)	4 (19.0)	5 (13.2)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	10 (16.9)	6 (28.6)	4 (10.5)	
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?				0.3
- Nada	34 (57.6)	9 (42.9)	25 (65.8)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	12 (20.3)	6 (28.6)	6 (15.8)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	7 (11.9)	2 (9.5)	5 (13.2)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	5 (8.5)	3 (14.3)	2 (5.3)	
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas?				0.02
- Nada	28 (47.5)	5 (23.8)	23 (60.5)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	14 (23.7)	7 (33.3)	7 (18.4)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	10 (16.9)	7 (33.3)	3 (7.9)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	7 (11.9)	2 (9.5)	5 (13.2)	

Variable	Total n=59	Mujeres n=21	Hombres n=38	p
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica				
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?				0.4
- Nada	42 (71.2)	15 (71.4)	27 (71.1)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	12 (20.3)	3 (14.3)	9 (23.7)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	5 (8.5)	3 (14.3)	2 (5.3)	
17. ¿Muestra conductas de riesgo o autolesivas?				0.4
- Nada	47 (79.7)	17 (81.0)	30 (78.9)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	9 (15.3)	2 (9.5)	7 (18.4)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	3 (5.1)	2 (9.5)	1 (2.6)	
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente desde el suceso?				0.2
- Nada	11 (18.6)	1 (4.8)	10 (26.3)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	13 (22.0)	5 (23.8)	8 (21.1)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	16 (27.1)	6 (28.6)	10 (26.3)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	19 (32.2)	9 (42.9)	10 (26.3)	
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?				0.2
- Nada	15 (25.4)	3 (14.3)	12 (31.6)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	11 (18.6)	3 (14.3)	8 (21.1)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	15 (25.4)	5 (23.8)	10 (26.3)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	18 (30.5)	10 (47.6)	8 (21.1)	
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación?				0.3
- Nada	24 (40.7)	5 (23.8)	19 (50.0)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	12 (20.3)	6 (28.6)	6 (15.8)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	10 (16.9)	4 (19.0)	6 (15.8)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	13 (22.0)	6 (28.6)	7 (18.4)	
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?				0.1
- Nada	27 (45.8)	5 (23.8)	22 (57.9)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	9 (15.3)	4 (19.0)	5 (13.2)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	9 (15.3)	5 (23.8)	4 (10.5)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	13 (22.0)	6 (28.6)	7 (18.4)	

En la tabla 7 se detallan los síntomas disociativos, como se puede observar, estos fueron poco frecuentes, y no se encontraron diferencias entre ambos géneros. De igual manera cabe destacar que ninguno de los entrevistados presentó de manera demorada el cuadro clínico.

Tabla 7. Descripción de los síntomas disociativos relacionados a la exposición a evento traumático; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables

Variable	Total n=59	Mujeres n=21	Hombres n=38	p
----------	---------------	-----------------	-----------------	---

1 ¿Al mirarse al espejo se siente como si realmente no fuera usted?					0.7
- Nada	57 (96.6)	20 (95.2)	37 (97.4)		
- Poco (\leq 1 vez por semana)	2 (3.4)	1 (4.8)	1 (2.6)		
2 ¿Siente como su cuerpo no le perteneciera?					0.2
- Nada	58 (98.3)	20 (95.2)	38 (100)		
- Poco (\leq 1 vez por semana)	1 (1.7)	1 (4.8)	-		
3 ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?					0.3
- Nada	45 (76.3)	14 (66.7)	31 (81.6)		
- Poco (\leq 1 vez por semana)	11 (18.6)	6 (28.6)	5 (13.2)		
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	3 (5.1)	1 (4.8)	2 (5.3)		
4 ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?					
- Nada	59 (100)	21 (100)	38 (100)	-	
Presenta al menos 2 síntomas (2i)	10 (16.9)	4 (19.0)	6 (15.8)		0.1
Presentación demorada del cuadro clínico (no)	59 (100)	21 (100)	38 (100)		-

Por último, las mujeres refirieron una mayor frecuencia de deterioro en sus relaciones familiares ($p=0.04$) y en su vida social ($p=0.01$), como se detalla en la tabla 8. Si bien, no se encontraron diferencias en el resto de las áreas de afectación; el puntaje de la disfuncionalidad de la vida cotidiana fue mayor en las mujeres.

Tabla 8. Descripción de las áreas afectadas por el suceso traumático; se muestra la comparación entre sexos de cada una de las variables

Variable	Total n=59	Mujeres n=21	Hombres n=38	p
1. Deterioro de la relación de pareja				0.3
- Nada	4 (74.6)	13 (61.9)	31 (81.6)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	7 (11.9)	3 (14.3)	4 (10.5)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	3 (5.1)	2 (9.5)	1 (2.6)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	5 (8.5)	3 (14.3)	2 (5.3)	
2. Deterioro de la relación familiar				0.04
- Nada	27 (45.8)	9 (42.9)	18 (47.4)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	15 (25.4)	2 (9.5)	13 (34.2)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	10 (26.9)	7 (33.3)	3 (7.9)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	7 (11.9)	3 (14.3)	4 (10.5)	
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica				0.8
- Nada	39 (66.1)	14 (66.7)	25 (65.8)	
- Poco (\leq 1 vez por semana)	12 (20.3)	3 (14.3)	9 (23.7)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	2 (3.4)	1 (4.8)	1 (2.6)	
- Mucho (\geq 5 veces por semana)	6 (10.2)	3 (14.3)	3 (7.9)	

Variable	Total n=59	Mujeres n=21	Hombres n=38	p
4. Interferencia negativa en la vida social				0.01
- Nada	9 (15.3)	1 (4.8)	8 (21.1)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	27 (45.8)	6 (28.6)	21 (55.3)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	17 (28.8)	10 (47.6)	7 (18.4)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	6 (10.2)	4 (19.0)	2 (5.3)	
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio				0.1
- Nada	13 (22.0)	4 (19.0)	9 (23.7)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	25 (42.4)	7 (33.3)	18 (47.4)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	18 (30.5)	7 (33.3)	11 (28.9)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	3 (5.1)	3 (14.3)	-	
6. Disfunción global				0.2
- Nada	20 (33.9)	5 (23.8)	15 (39.5)	
- Poco (≤ 1 vez por semana)	19 (32.2)	7 (33.3)	12 (31.6)	
- Bastante (2 a 4 veces por semana)	18 (30.5)	7 (33.3)	11 (28.9)	
- Mucho (≥ 5 veces por semana)	2 (3.4)	2 (9.5)	-	
Áreas afectadas por el suceso traumático	5.6 \pm 3.7	7.1 \pm 4.1	4.7 \pm 3.2	0.01

En la tabla 9 se muestra la correlación de Pearson, como es de esperar, la puntuación de las subescalas del EGS-R, mostró una elevada correlación con su puntaje y categorización. De los otros factores evaluados, el que mayor correlación tuvo con el desarrollo de TEPT fue, una mayor cantidad de tipos de exposición ($r=0.58$, $p<0.01$), seguido por el estado civil ($r=0.45$, $p<0.05$), edad ($r=0.0$, $p<0.05$), sexo ($r=0.29$, $p<0.05$), haber requerido ventilación mecánica invasiva ($r=0.27$, $p<0.05$), y una menor escolaridad ($r=-0.26$, $p<0.05$).

Tabla 9. Correlación de Pearson del resultado de la Escala de Gravedad de Trastorno de Estrés Postraumático revisada (EGS-R). La correlación y el puntaje y caracterización de la escala con el resto de las variables se resalta.

Variable	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Edad	0.03	0.74**	0.40**	-0.49**	0.24	0.15	0.38**	0.06	-0.03	0.31*	0.18	0.23	0.25	0.27*	0.30*	0.07
2. Sexo	1	0.17	-0.16	-0.37**	0.11	0.11	0.28*	0.31*	-0.02	0.26*	0.33**	0.41**	0.27*	0.35*	0.29*	0.32*
3. Estado civil		1	0.36**	-0.47**	0.1	0.06	0.24	0.19	-0.11	0.43*	0.27*	0.39**	0.43*	0.42*	0.45*	0.11
4. Ocupación			1	0.06	0.01	-0.00	0.12	-0.1	-0.09	0.11	0.09	0.06	0.05	0.08	0.07	0.05
5. Escolaridad				1	-0.18	-0.028	-0.33	0.02	-0.04	-0.22	-0.16	-0.30*	-0.16	-0.23	-0.26*	-0.02
6. DEIH					1	0.84**	0.58**	0.07	-0.03	0.19	0.22	0.33*	0.18	0.25	0.20	0.15
7. DEICU						1	0.59**	0.00	-0.11	0.19	0.21	0.35**	0.13	0.24	0.16	0.15
8. Intubación							1	0.02	0.07	0.26*	0.26*	0.31*	0.23	0.29*	0.27*	0.22
9. Cantidad tipo de exposición								1	0.24	0.62**	0.51**	0.63**	0.63*	0.66*	0.58**	0.72**
10. Tiempo de evolución (meses)									1	0.13	0.17	0.18	0.27*	0.21	0.17	0.35**
11. Reexperimentación										1	0.71**	0.87**	0.87**	0.95**	0.81**	0.77**
12. Evitación conductual/cognitiva											1	0.70**	0.75**	0.83**	0.63**	0.68**
13. Alteración cognitiva/ánimo negativo												1	0.84**	0.94**	0.85**	0.74**
14. Aumento de la activación y reactivación psicofisiológica													1	0.95**	0.88**	0.75**
15. Puntuación de EGS-R														1	0.88**	0.80**
16. Categorización de EGS-R															1	0.66**
17. Grado de afectación del suceso																1

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

V. DISCUSIÓN

En nuestra investigación se observó una mayor puntuación en la Escala de Gravedad de Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) en las mujeres ($p < 0.01$), aunque la significancia estadística se perdió al comparar la categorización de la escala entre los grupos ($p = 0.06$), que podría deberse a que el estudio no cuenta con el poder suficiente para encontrar esta diferencia, al no ser su fin. Como en la puntuación total de la escala, todas las subescalas de la EGS-R fueron mayores en las mujeres. Esto es consistente con lo encontrado en la correlación de Pearson, en donde el sexo, la edad, el estado civil y una menor escolaridad se relacionaron al desarrollo de trastorno de estrés postraumático.

Cuando analizamos los ítems de la EGS-R, encontramos que las mujeres reportaron sufrir con más frecuencia reexperimentación del suceso traumático, presentar conductas evitativas y estado de ánimo negativo; y, consecuentemente, menor frecuencia de estado de ánimo positivo. Esto podría deberse a otros factores psicosociales previos presentes en los sujetos evaluados. Respecto a los parámetros sociodemográficos, se encontró que las sólo las mujeres reportaron como ocupación las labores del hogar; lo cual podría generar la dependencia de terceros y añadirse estrés de tipo económico al factor traumático actual. En cuanto a la escolaridad, las mujeres reportaron una mayor proporción de estudios mínimos (estudios de preparatoria), que podría estar relacionado a una menor estimulación neurocognitiva; además de incrementar la probabilidad de depender económicamente de terceros. Si bien no se encontró una diferencia significativa en la proporción de tipo de religión reportada, convendría explorar a profundidad esta práctica, en particular la religiosidad de los sujetos evaluados.

En la descripción del tipo de evento traumático, es importante resaltar, que las mujeres reportaron haber sido víctimas de más tipos de exposición, así como una mayor proporción de exposición continuada a los eventos desencadenantes probablemente por el rol de cuidadoras de otros familiares diagnosticados con SARS-COV2. La mayor exposición a eventos traumáticos, así como

la frecuencia de la reexperimentación y la falta de tratamiento ante eventos previos, incrementan la posibilidad de sufrir de trastorno de estrés postraumático.

Por último y como ya es sabido, más que el número de días en hospitalización continua o crítica, el requerir ventilación invasiva es un factor determinante para el desarrollo de TEPT.

Los resultados de esta investigación son similares a los encontrados en otros estudios, en donde se establece la relación de las intervenciones invasivas como determinantes para TEPT; mientras que los antecedentes de exposición a eventos traumáticos y un menor nivel socioeconómico durante la infancia, llevan a la disfunción de los sistemas reguladores del estrés.

Con base en nuestros resultados, podemos recomendar la identificación propositiva de factores de riesgo para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático, así como mejorar el reconocimiento del trastorno y del tratamiento específico. Siendo particularmente requeridas estas intervenciones en las mujeres, que como se observó en este estudio, fueron quienes tuvieron una mayor probabilidad de sufrir emociones negativas y síntomas de estrés postraumático.

VI. CONCLUSIONES

1.- En el presente estudio se incluyeron 59 sujetos, de los cuales 35% fueron mujeres. Entre las variables sociodemográficas encontradas destacan diferencias estadísticamente significativas en la ocupación, con una ausencia de hombres dedicados al hogar y menor proporción de mujeres que indicaron ser empleadas ($p=0.01$). De igual manera, los hombres tuvieron una mayor proporción de estudios de licenciatura o superiores (68.5% vs 47.6%, $p=0.02$).

2.- La prevalencia de TEPT en pacientes sobrevivientes con diagnóstico de SARS-COV2 egresados de la UCI fue del 44%. Se observó mayor prevalencia en el grupo de mujeres con un 57% respecto a los hombres con un 36%. Estos resultados son similares a los obtenidos en poblaciones sobrevivientes a MERS y SARS que reportan una prevalencia del 42.9% de TEPT.

3.- La diferencia entre la gravedad de los síntomas de TEPT en los pacientes con mayor número de días de hospitalización continua y hospitalización crítica, no fue significativa, sin embargo si lo fue para pacientes que ameritaron ventilación mecánica invasiva.

4.- La prevalencia de TEPT en pacientes con estancia en UCI y diagnóstico de SARS-COV2 en este estudio (44%) fue mayor a la reportada en la literatura mundial para TEPT en pacientes con estancia en UCI y otros diagnósticos (27%).

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sadock-James B, Sadock-Icott V, Ruiz, P. Sinopsis de Psiquiatría: ciencias del comportamiento/ psiquiatria clinica. 11^a ed. España: Wolters Kluwer; 2015. Chapter 11, Trastorno de estrés postraumatico y trastorno de estrés agudo; p. 437.
2. American Psychiatric Association. DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 5^a ed. Madrid. Medica panamericana; 2014. Seccion II, Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés; p. 265, 271-272.
3. World Health Organization. Novel Coronavirus(2019-nCoV) [Internet]. USA: WHO Bull; 2020 [cited 2021 May 08]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus. Oms/Ops. 2020;1–11
5. Díaz de León-Martínez L, de la Sierra-de la Vega L, Palacios-Ramírez A, et al. Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. Science of the Total Environment [Internet]. 2020 May [cited 2021 May 12]; 733. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7215151/>. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.139357
6. Sanche S, Lin YT, Xu C, et al. High Contagiousness and Rapid Spread of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. Emerg Infect Diseases [Internet]. 2020 Jul [cited 2021 May 12];26(7):1470–7. Available from: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0282_article

7. Chen G, Wu D, Guo W, et al. Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019. *J Clin Invest* [Internet]. 2020 May [cited 2021 May 15];130(5):2620-2629. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217835/> doi:10.1172/JCI137244
8. Xiaofeng Y, Tongxin D, Xiaobo Z, et al. Analysis of adaptive immune cell populations and phenotypes in the patients infected by SARS-CoV-2. *medRxiv The preprint Server for Health Sciences* [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 April 06]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.23.20040675v3> doi:
<https://doi.org/10.1101/2020.03.23.20040675>
9. CONAVE. Definición operacional para la vigilancia epidemiológica de COVID-19. 2020.
10. Lei J, Li J, Li X, et al. CT imaging of the 2019 novel coronavirus (2019-NCoV) Pneumonia. *Radiology* [Internet]. 2020 Jan [cited 2021 Apr 06]; 295(1):18. Available from: <https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/radiol.2020200236> doi:
<https://doi.org/10.1148/radiol.2020200236>
11. Fan E, Brodie D, Slutsky AS. Acute respiratory distress syndrome: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA - Journal of the American Medical Association* [Internet]. 2018 Feb [cited 2021 May 12];319(7):698-710. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29466596/> doi:
10.1001/jama.2017.21907
12. Mehta P, McAuley DF, Brown M, et al. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet* [Internet]. 2020 Mar [cited 2021 Apr 06];395(10229):1033–1034. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32192578/> doi: 10.1016/S0140-6736(20)30628-0
13. Guo Q, Zheng Y, Shi J, et al. Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: A mixed-method study. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 Aug [cited 2021 Apr 06]; 88:17-27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32416290/> doi:10.1016/j.bbi.2020.05.038
14. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Jul [cited 2021 May

- 09];7(7):611-627. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437679/> doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0
15. Yaru C, Xin H, Chengyuan Z, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in China. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 Feb [cited 2021 Apr 06]; 80(2021): 21-80. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03076-7>
 16. Nie XD, Wang Q, Wang MN, et al. Anxiety and depression and its correlates in patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2021 Jul [cited 2021 May 09]; 25(2):109-114. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32662692/> doi: 10.1080/13651501.2020.1791345
 17. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. Feb 2009; [cited 2021 Mar 27] 31(4):318-26. Available online at www.sciencedirect.com
 18. Parker A, Sricharoenchai T, Raparla S, et al. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. *Crit Care Med* [Internet]. 2015 May [cited 2021 May 20];43(5):1121-1129. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25654178/> doi: 10.1097/CCM.0000000000000882
 19. Yuan C, Timmins F, Thompson D. Post-intensive care syndrome: A concept analysis, *International Int Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2021 Feb [cited 2021 May 12]; 114:103-114. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33220570/> doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103814
 20. Echeburúa E, Amor P, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello F, Muñoz J. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica* [Internet] Mar 2016. [cited 2021 May 20]; 34(2), 111-128. Recuperado a partir de <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/100>

VIII. ANEXOS

8.1 Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático – revisada (EGS-R)

No.	Fecha	Sexo	Edad
Estado Civil		Profesión	Situación laboral

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)										
Frecuencia del suceso traumático											
	Episodio único										
	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)										
¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____(meses)/_____ (años)											
¿Ocurre actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): ____(meses)/____(años)											
¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (especificar):											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Tipo de tratamiento</th> <th style="width: 30%;">Duración</th> <th style="width: 40%;">¿Continúa en la actualidad?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psicológico</td> <td style="text-align: center;">____(meses)/____(años)</td> <td style="text-align: center;">____ No ____ Sí</td> </tr> <tr> <td>Farmacológico o</td> <td style="text-align: center;">____(meses)/____(años)</td> <td style="text-align: center;">____ No ____ Sí</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?	Psicológico	____(meses)/____(años)	____ No ____ Sí	Farmacológico o	____(meses)/____(años)	____ No ____ Sí	
Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?									
Psicológico	____(meses)/____(años)	____ No ____ Sí									
Farmacológico o	____(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

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma

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

Reexperimentación	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i> <i>n</i>
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma voluntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
Puntuación de Reexperimentación_____ (Rango: 0-15)	
Evitación conductual/cognitiva	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i> <i>n</i>
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por que 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 por que 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 de evitación: _____(Rango: 0-9)	
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3
Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____(Rango:0-21)	
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quien 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)	

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	
Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse al espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3
Presencia de al menos dos síntomas disociativos: _____ Sí _____ No	
Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	_____ Si _____ No

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

Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro de la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global)	0 1 2 3
Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango:0-18)	

8.2 Consentimiento informado



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes con diagnóstico de SARS-COV2 egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Álvarez” Centro Médico Nacional Siglo XXI
Patrocinador externo (si aplica)	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, México. A los __días del mes de _____de 2021.
Número de registro:	

Justificación y objetivo del estudio:	<p>El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en pacientes egresados de la Unidad de cuidados intensivos del Hospital de Especialidades de CMNSXXI que ameritaron internamiento por diagnóstico de SARS-COV2. El trastorno de estrés postraumático es una condición médica que algunas personas que han estado sometidas a un evento estresante pueden desarrollar y consiste en síntomas que pueden llegar a ser incapacitantes y disminuir la calidad de vida tales como evitación de las escenas o sitios que desencadenen el recuerdo angustiante, volver a experimentar mediante sueños o recuerdos la angustia del evento estresante con gran malestar psicológico, lo cual puede ocasionar estados de ánimo negativos y alteraciones de la conducta como por ejemplo, sentirse triste, irritable o llevar a cabo conductas riesgosas que antes del evento estresante no se presentaban.</p> <p>La realización de ésta investigación ayudara a conocer la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en esta población susceptible, su importancia radica en que este trastorno se encuentra dentro de los mas incapacitantes y de difícil recuperación biopsicosocial completa. Los síntomas de estrés</p>
---------------------------------------	--

	<p>postraumatico disminuyen importantemente la calidad de vida, por lo que el diseño de estrategias de detección mediante seguimiento al egreso en el mediano plazo acercaría a estos pacientes al servicio de salud mental para darles una intervención terapéutica y/o farmacológica oportuna.</p>
Procedimientos:	<p>Mediante una llamada telefónica se contactará al paciente, quien presentó diagnóstico de SARS COV2, ameritó internamiento en UCI y se le ha dado su alta médica entre los meses octubre de 2020 y marzo de 2021, momento en el cual se le explica al paciente la naturaleza del estudio, las generalidades del estrés postraumático y se le invita a participar en una valoración clínica de síntomas de estrés postraumático mediante entrevista estructurada y aplicación de la Escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático (EGS-R) que se llevará a cabo por medio de una videollamada telefónica. A los pacientes que acepten participar se les otorgará una cita para firma del presente documento titulado “Carta de consentimiento informado” en la Jefatura de Psiquiatría del Hospital de Especialidades, en éste momento los investigadores resolverán cualquier duda que presente el paciente. A los pacientes que hayan firmado la presente “Carta de Consentimiento Informado” se les dará una cita con fecha y hora para la realización de una videollamada mediante la plataforma Zoom. En el día y hora acordados y aceptados por el paciente, el investigador realizará una videollamada en la cual se preguntará nuevamente al paciente si acepta continuar con el estudio y se podrán resolver dudas del paciente. La videollamada para la realización de la entrevista psiquiátrica semiestructurada y la aplicación de la escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático tendrá una duración aproximada de 30 minutos.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Se me explicó que es un estudio de riesgo mínimo, puesto que no se intervendrá en mí, únicamente se me hará una entrevista clínica psiquiátrica y se aplicará un cuestionario (escala) de duración breve llamado “Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático-revisada (EGS-R)”. Dicha aplicación de escala no pone en riesgo mi integridad física ni mi salud mental.</p>
Probables beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Los resultados de este estudio ayudarán a determinar algunos aspectos psiquiátricos asociados al SARS-COV 2 (en específico algunos síntomas de estrés postraumático), con lo que se pretende tener mayor información que permita seleccionar el mejor tratamiento en mi caso y el de otros pacientes. En caso de ser encontrado con psicopatología o específicamente con Trastorno de estrés postraumático se me informó que seré referido al servicio de Salud Mental que así corresponda para recibir tratamiento oportuno y seguimiento.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento	<p>Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación.</p>
Participación y retiro:	<p>Mi participación es voluntaria y se me dijo que puedo abandonar libremente este estudio si así conviene a mis intereses, sin que esto afecte mi atención médica ni ningún otro aspecto.</p>

Privacidad y confidencialidad:	Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o se revelará cualquier información relacionada con mi identidad
<hr/>	
En caso de colección de material biológico (si aplica) NO APLICA	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Sí, autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Sí, autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios posteriores.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica)	No aplica
Beneficios al termino del estudio:	Al finalizar se analizarán los resultados obtenidos en este estudio lo que contribuirá a determinar algunos aspectos de mi enfermedad (la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en pacientes que padecieron SARS-COV2 y ameritaron internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos), con lo que se pretende contar con mayor información que permita seleccionar el tratamiento más eficaz para mí caso y el de otros pacientes.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a : Investigador responsable:	podrá dirigirse a : Dra. Irma Sauyen Corlay Noriega Matrícula 7340508 Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI Av. Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc. CP. 06720 Tel. 55562776900
Colaboradores;	<hr/> Dra. Deisy Scarleth Brito Citalán Matrícula 97372728 Residente del cuarto año de Psiquiatría Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI Av. Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc. CP. 06720 Tel. 55562776900
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del responsable	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

8.3 Hoja de recolección de datos

Datos sociodemográficos	
NOMBRE COMPLETO	
NUM. DE EXPEDIENTE	TELÉFONO
EDAD	SEXO
ESTADO CIVIL	OCUPACION
ESCOLARIDAD EN AÑOS	
RELIGIÓN	
Datos clínicos	
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	
INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL	
Puntaje en la EGS-R	
Datos relacionados al suceso traumático	
Puntuación subescala de reexperimentación	
Puntuación subescala de evitación conductual/cognitiva	
Puntuación subescala de alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Puntuación subescala de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Información complementaria: Existencia de síntomas disociativos	Si / No
Afectación de la funcionalidad en la vida cotidiana	
Fecha de llenado	
Nombre y firma del Investigador que elabora	
Anotaciones y observaciones	

8.4 Acta del Comité Local de Investigación

8/9/21 7:28

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3601.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ. CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

Registro COFEPRIS 17 CI 09 015 034
Registro CONSIDÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 023 2017082

FECHA Miércoles, 08 de septiembre de 2021

Dra. Irma Soyster Curley Nuriaga

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SARS-COV2 EGRESADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA ÁLVAREZ" CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2021-3601-179

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

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Medy Cuevas García
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

Imprimis

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

8.5 Cronograma de actividades

Prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en pacientes con diagnóstico de SARS-COV2 egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Álvarez” Centro Médico Nacional Siglo XXI								
2021	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Planteamiento del problema	■							
Búsqueda de referencias		■						
Desarrollo del protocolo			■	■	■			
Revisión del protocolo por SIRELCIS					■	■		
Evaluación de pacientes							■	
Recolección de datos							■	
Análisis estadístico								■
Resultados								■
Redacción de tesis								■