

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



“IMPACTO PSICOSOCIAL EN SOBREVIVIENTES DE SARS-COV-2”

**POR
DR. RICARDO RODRÍGUEZ DE LA GARZA**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

FEBRERO 2022

“IMPACTO PSICOSOCIAL EN SOBREVIVIENTES DE SARS-COV-2”

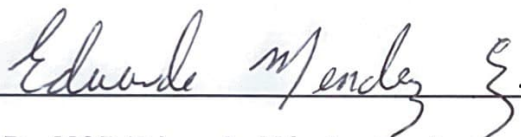
Aprobación de la tesis:



Dr. med. Celina Gómez Gómez
Director de Tesis



Dr. med. Félix Martínez Lazcano
Co-Director de Tesis



Dr. MSP Eduardo Méndez Espinosa
Coordinador de Enseñanza e Investigación



Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Jefe del Departamento de Medicina Familiar



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

A mi familia y a todas las personas que han sido parte importante de mi vida. A todos aquellos que reconocen y brindan por mis logros, espero que estén orgullosos de mí, por esta nueva meta cumplida.

AGRADECIMIENTOS

Gracias infinitas a todas las personas que me ayudaron a crecer a lo largo de estos años, tanto profesionalmente y como ser humano:

A mi mamá, papá y hermano por todo su apoyo y paciencia; ustedes lo son todo para mí. Gracias mamá por tus consejos, por tus preocupaciones, por todas las cosas buenas que has hecho por mí pero sobre todo, por siempre estar ahí cuando más te he necesitado, y nunca irte.

A mis maestros, que aportaron en demasía muchos de los conocimientos que ahora tengo, especialmente a la Dra. Celina Gómez, quien me apoyó en cada uno de mis proyectos y nunca permitió que me desanimara en ningún momento. Y a la Dra. Daniela Mata, por sus consejos, por guiarme y orientarme a ser mejor médico y mejor persona.

A mis más allegados amigos, que siempre han facilitado el camino.

A Alejandro, por nunca dejar de creer en mí, incluso cuando ni yo creía. Gracias por siempre hacerme sentir invencible.

A Fernando, por su invaluable apoyo en la realización de este trabajo; siempre estaré sorprendido por la gran capacidad y conocimiento que posees. No me queda duda de que serás un excelente médico.

A Nockie, por desvelarse conmigo y por estar todo el tiempo a mi lado.

A mí, por nunca darme por vencido aún por más difícil que pareciera.

Y sobre todo, gracias a Dios y a la vida, que siempre me han puesto a las personas correctas en los momentos correctos.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I.

1. Resumen.....	1
-----------------	---

Capítulo II.

2. Marco teórico.....	3
-----------------------	---

Capítulo III.

3. Planteamiento del problema.....	14
------------------------------------	----

Capítulo IV.

4. Justificación.....	14
-----------------------	----

Capítulo V.

5. Objetivos.....	15
-------------------	----

Capítulo VI.

6. Material y métodos.....	16
6.1. Diseño del estudio.....	16
6.2. Delimitación temporal y espacial del estudio.....	16
6.3. Tamaño de la muestra.....	16
6.4. Criterios de selección.....	17
6.5. Cronograma de trabajo.....	18
6.6. Instrumentos.....	18
6.7. Variables de estudio.....	22

6.8. Análisis estadístico.....	29
6.9. Recursos.....	29
6.10. Aspectos éticos.....	29
Capítulo VII.	
7. Resultados.....	32
Capítulo VIII.	
8. Discusión	47
Capítulo IX.	
9. Conclusiones	62
Capítulo X.	
10. Referencias.....	64
Capítulo XI.	
11. Anexos.....	72
11.1. Anexo 1. Cuestionario de Impacto Psicosocial en Sobrevivientes de SARS-CoV-2.....	72
11.2. Anexo 2. Escala de Miedo al COVID-19 - Versión Peruana (Huarcaya-Victoria, Villarreal-Zegarra, Podestá, Luna-Cuadros, 2020).....	73
11.3. Anexo 3. Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B., 2006).....	74

11.4. Anexo 4. Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) (Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, et. al.).....	75
11.5. Anexo 5. Escala de Autoinforme del Impacto de Evento — Revisada (EIE-R) versión chilena (Caamaño L., et. al., 2011).....	77
11.6. Anexo 6. Consentimiento Informado Electrónico.....	79

Capítulo XII.

12. Resumen autobiográfico.....	81
---------------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	33
Tabla 2. Características médicas.....	36
Tabla 3. Resultados de las escalas y cuestionarios.....	39
Tabla 4. Significancia estadística.....	42
Tabla 5. Muertes de familiares por COVID-19.....	43

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Antecedentes médicos.....	35
Gráfica 2. Secuelas de la enfermedad por COVID-19.....	38
Gráfica 3. Familiares que enfermaron de COVID-19.....	43
Gráfica 4. Principales repercusiones económicas asociadas a la enfermedad COVID-19.....	44
Gráfica 5. Personas que sintieron rechazo o discriminación por haber presentado COVID-19.....	45
Gráfica 6. Situación más difícil en cuanto a la enfermedad COVID-19.....	46

CAPÍTULO I. RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado psicosocial de los sobrevivientes de SARS-CoV-2. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal tipo encuesta; se incluyeron 291 participantes que presentaron COVID-19, que recibieron atención en AEMA, Hospital Universitario, “Dr. José Eleuterio González”, Monterrey, N.L. Se utilizaron las escalas FCVS-19, GAD-7, PHQ-9 y EIE-R, para valorar el miedo a COVID-19, ansiedad, depresión y estrés postraumático. **Resultados y discusión:** Del total de encuestados 97.9% presentó COVID-19 hace más de 60 días, 95.2% no fueron hospitalizados. Un 85.9% tenía la creencia de poder volver a infectarse, 29.9% creía que aún podía transmitir la enfermedad y 79% temía volver a padecer COVID-19; 19.5% presentó repercusiones económicas; 15.4% sintió rechazo o discriminación por haber presentado la enfermedad. Lo más difícil fue la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad 63%, aislarse de la familia 54%, aislamiento social 34%, la desinformación sobre la enfermedad 20% y la inseguridad financiera 17%. No se apreció ansiedad en 47.1%, seguido de ansiedad leve 25%, moderada 14.4% y severa 13.1%. Presentaron depresión mínima 40.5%, ligera 26.8%, moderada 13.1%, severa 11.7% y moderadamente severa 7.9%. Presentaron TEPT grave 18.6%. Las pruebas estadísticas revelaron diferencia significativa entre el miedo a volver a padecer COVID-19 y el género ($p<0.001$), ocupación ($p<0.009$), tipo de seguro médico ($p<0.024$), el hace cuánto tiempo presentó la enfermedad ($p<0.008$) y la creencia de poder volver a enfermarse por COVID-19 ($p<0.001$). Existe diferencia significativa: entre el puntaje de GAD-7 y el estado civil ($p<0.004$), ocupación ($p<0.001$), seguro médico ($p<0.009$) e ingreso mensual

($p < 0.009$); entre el puntaje de PHQ-9 y la ocupación ($p < 0.007$); entre puntaje de FCVS-19 y el género ($p < 0.019$), el hace cuánto presentó la enfermedad ($p < 0.013$), el tratamiento actual ($p < 0.003$), la creencia de volver a infectarse ($p < 0.048$) y el miedo percibido por los participantes de padecer COVID-19 ($p < 0.001$); entre el puntaje de EIE-R y la ocupación ($p < 0.023$), lugar de residencia ($p < 0.044$), días de hospitalización ($p < 0.031$) y tratamiento actual ($p < 0.043$). **Conclusiones:** La COVID-19 afecta a todas las esferas del ser humano: biológica, mental y sociofamiliar.

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV-2, psicosocial, impacto.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

La epidemia de la nueva enfermedad coronavirus 2019 (COVID-19) surgió por primera vez en la ciudad de Wuhan de la provincia de Hubei, China, el 12 de diciembre de 2019. A los 3 meses del brote inicial, el virus se ha propagado rápidamente a los países vecinos y más allá, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar el brote como pandemia el 11 de marzo de 2020 cuando se confirmó el primer caso de coronavirus en Turquía.¹

Los coronavirus pertenecen a la familia Corona viridae en el orden Nidovirales. La nomenclatura de los coronavirus debe su nombre a los picos en forma de corona en la superficie exterior de la estructura del virus. El virus ha infectado animales como gallinas y cerdos, pero hasta el momento no había mayor contagio en los seres humanos. Anteriormente, los virus aliados de la misma familia como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo por Coronavirus (SARS-CoV) en 2003, el Coronavirus Humano HCoV NL63 en 2004, HKU1 en 2005, el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2012, habían ocasionado brotes y ahora la nueva versión de este virus ha presentado una amenaza de una gravedad inigualable. Según la clasificación de la Taxonomía Internacional de Virus (ICTV) se ha referido a este nuevo patógeno como SARS-CoV-2 (anteriormente conocido como 2019-nCoV) en 2019.²

La vía de transmisión entre humanos se considera similar a la descrita para otros coronavirus a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de 5 micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta 2 metros) y por las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz y/o ojos.³

En general se puede decir que en ambientes cerrados con mucho contacto interpersonal la transmisión es mayor: convivientes familiares, eventos sociales y centros sociosanitarios residenciales. En China, la transmisión predominante fue la intrafamiliar, incluyendo amigos con un íntimo contacto con los casos: entre el 78 y el 85% ocurrieron de esta manera con una contagiosidad intensa persona-persona. En las agrupaciones de casos en familias en la provincia de Guandong y Sichuan, la tasa de ataque secundario intrafamiliar se estimó entre el 3 y el 10% (OMS). De forma similar en los casos detectados en EEUU, se ha encontrado que esta tasa es de 0.45% (IC95%: 0.12%–1.6%) entre contactos próximos y de un 10,5% (IC95%: 2.9%–31.4%) para convivientes de una misma familia.⁴

Los coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) pueden producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común con patrón estacional en invierno hasta otros más graves como los producidos por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés, SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS- CoV).⁵

Pueden presentarse múltiples severidades del cuadro clínico en la infección por SARS-CoV-2, desde casos leves en donde el manejo del mismo es meramente ambulatorio hasta cuadros muy severos en donde el manejo intrahospitalario en una unidad de cuidados intensivos es de vital importancia. Estas variaciones en la severidad se deben en parte a la evolución propia de la enfermedad, así como a las comorbilidades presentadas en los pacientes, las cuales serán determinantes de las complicaciones presentadas.

El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3 a 6 semanas cuando ha sido grave o crítica. El tiempo entre el inicio de síntomas hasta la instauración de síntomas graves como la hipoxemia es de 1 semana, y de 2 a 8 semanas hasta que se produce el fallecimiento.⁶

Hay un porcentaje de personas que describen síntomas prolongados y recurrentes durante meses aunque de momento no hay cohortes de casos que describan claramente la evolución de la enfermedad.⁷

Posterior a la enfermedad y al tratamiento hospitalario del paciente con distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se han descrito varias de las secuelas que presentaron dichos pacientes desde las asociadas a la inmovilidad, hasta las asociadas con el mismo tratamiento. Se señalan: fatiga, astenia, pérdida de peso, dolor secundario a la entubación, miopatía (48-96%) y polineuropatía (25-46%) derivados de la inmovilidad. Se ha encontrado un 70-100% de déficits cognitivos al alta

hospitalaria, un 46-80% al año y un 20% a los 5 años. La debilidad muscular por inmovilidad post-UCI es el factor que más afecta la calidad de vida de estos pacientes y el que tarda más en recuperarse. La función pulmonar se suele recuperar en el primer año después del ingreso, pero la debilidad muscular y la polineuropatía puede durar hasta 5 años. Los síntomas son más graves según la duración del ingreso en la UCI, la gravedad del proceso, las comorbilidades previas y si se ha precisado corticoides sistémicos. La enfermedad crítica es una experiencia compleja para el entorno del cuidador y el paciente. Ambos tienen un riesgo importante de presentar síntomas depresivos, ansiedad y trastorno por estrés postraumático, lo que hace necesaria una atención longitudinal e integral.⁸

Originalmente se entendía que era una afección grave de neumonía, pero el SARS produjo efectos físicos en los enfermos que para muchos se prolongaron con los consiguientes informes sobre la reducción de la calidad de la salud y la calidad de vida (Ngai et al., 2010). Con el tiempo la condición posterior al SARS con su deterioro crónico de la función pulmonar y la capacidad de ejercicio ha llegado a conocerse como una enfermedad crónica (Ngai et al., 2010).⁹

Si bien la atención mundial se centra en gran medida en los efectos del coronavirus en la salud física, los impactos del coronavirus en la salud psicológica no pueden pasarse por alto.¹

Esta epidemia está provocando mucho sufrimiento emocional, distinto según las circunstancias vividas por cada persona: las que han tenido una enfermedad grave y han estado en hospitales y en UCI; aquellas que han muerto (muchas veces solas) y cuyos familiares no las han podido acompañar ni despedir y que entierran a sus afectos sin visualizar sus cuerpos, sin ser acompañados, sin ceremonias ni ritos; personas que han pasado la enfermedad en casa, solas y aisladas de sus familias. Personas mayores desorientadas ante un mundo que “da la vuelta” al final de sus vidas, personas confinadas en condiciones tremendas; las personas más vulnerables (sin hogar, en situación de exclusión, mujeres prostituidas, privadas de libertad) y todos los niños, niñas y adolescentes que han tenido que dejar todas sus actividades, que no pueden pisar la calle ni relacionarse con sus iguales, con miedo a la pandemia y, quizá, con incompreensión de las medidas de aislamiento.⁸

Hay un número limitado de estudios sobre el impacto psicológico del COVID-19 en la salud mental (Mamun y Griffiths 2020; Pakpour y Griffiths 2020; Schimmenti et al. 2020; Wang et al. 2020).^{1, 10, 11, 12}

Un estudio de China sugiere que más de la mitad de los participantes tuvieron un impacto psicológico significativo de la pandemia de COVID-19. Otro estudio reciente de Dinamarca informó que el bienestar psicológico se ve afectado negativamente.²

Un aspecto psicológico de la pandemia COVID-19 es el miedo, que se define como un estado emocional desagradable que se desencadena por la percepción de estímulos amenazantes (Pakpour y Griffiths, 2020). La relación entre la enfermedad infecciosa y el miedo está directamente relacionada con su forma de transmisión (rápida e invisible) y la tasa de mortalidad (Ahorsu, et. al., 2020). Debido a la alta comunicabilidad de COVID-19 y al creciente número de casos confirmados y muertes en todo el mundo, las emociones y pensamientos negativos se han hecho más frecuentes (Duan y Zhu 2020). Los comportamientos negativos en la sociedad a menudo son impulsados por el miedo. Esta experiencia de miedo puede evolucionar en una gama de problemas de salud mental, incluyendo reacciones de angustia (insomnio, ira, irritabilidad), conductas de riesgo para la salud (aumento del consumo de alcohol y tabaco) y trastornos mentales (trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad y depresión), entre otros (Shigemura et al. 2020). La proliferación del miedo genera comportamientos erráticos entre las personas durante los brotes infecciosos, lo cual es un fenómeno esperado (Ho et al. 2020). Los profesionales de la salud deben prestar una atención oportuna y suficiente a los sentimientos de miedo en la población general. ^{13, 14, 15}

El rápido aumento del miedo y la ansiedad de las personas debido a la incertidumbre de la enfermedad va unido a medidas esenciales aunque socialmente perturbadoras como los confinamientos y las cuarentenas. Éstas pueden dar lugar a importantes trastornos psicológicos y psiquiátricos como el trastorno de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad, los trastornos de pánico y los trastornos del comportamiento. Entre los factores predisponentes figuran el alejamiento de la familia, la

soledad, la desinformación en los medios sociales, la inseguridad financiera y la estigmatización.¹⁶

El miedo y el pánico por COVID-19 pueden llevar a experiencias de estigmatización y exclusión social de pacientes confirmados, sobrevivientes, sus familias y otras personas asociadas con la enfermedad, lo que puede causar un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como trastorno de adaptación y depresión.¹⁷

Se demostró que el miedo al COVID-19 aumenta la depresión, la ansiedad y el estrés y disminuye la satisfacción con la vida. Un número limitado de estudios también demostró que el miedo al COVID-19 conducía a niveles más altos de angustia psicológica y mala salud mental. Por ejemplo, Ahorsu et al. (2020) sugirió que el miedo al COVID-19 tiene asociaciones positivas con la ansiedad y la depresión hospitalaria. La exposición constante a las noticias sobre muertes en todo el mundo o la tasa de infección de la pandemia ha llevado a las personas a experimentar miedo, ansiedad y depresión.¹

En comparación con otros tipos de enfermedades, los singulares aspectos psicosociales del SARS incluían no sólo su naturaleza de amenaza para la vida, sino también, la profunda preocupación por convertirse en el agente de infección de otros. Cheng y sus colegas (2004) encontraron una preocupación prominente de los pacientes en la fase aguda del SARS de transmitir el virus a su familia (Cheng, Wong, Tsang, & Wong, 2004). En otro estudio, Wu y sus colegas (STC 2005) encontraron que al mes de

haber sido dados de alta, el 61% de los sobrevivientes calificaron su percepción de amenaza a la vida entre moderada y extremadamente grave, y que esta calificación tendía a predecir la presencia de trauma y la sintomatología de la ansiedad, medida por la Impact of Events Scale-Revised (IES-R) (Weiss & Marmar, 1997), y por la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Wu, Chan, & Ma, 2005; Zigmond & Snaith, 1983). En general, las características psicosociales asociadas con la enfermedad del SARS que probablemente contribuyeron a un impacto negativo en el estado de ánimo incluían tanto el temor a la propia moralidad como el temor a ser un agente de contagio para otros.⁹

La Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes plantea que los principios fundamentales de estas son: no dañar, promover los derechos humanos y la igualdad, emplear enfoques participativos, fortalecer los recursos y las capacidades existentes, adoptar intervenciones en múltiples niveles y trabajar con sistemas de apoyo integrados. Es en este sentido que el abordaje del sufrimiento provocado por la pandemia necesitará ser contextual y adaptado a cada realidad, y será tarea de toda la sociedad y sus agentes la reparación y el abordaje de lo sufrido: recursos educativos, sociales y comunitarios que han de trabajar coordinadamente en la respuesta al trauma provocado por la enfermedad, la pandemia y el confinamiento.⁸

Los antecedentes de los sucesos masivos, como los desastres naturales, muestran que los eventos perturbadores a gran escala están fuertemente asociados con los efectos negativos en la salud mental - el trastorno de

estrés postraumático (TEPT) es el más frecuente, seguido por la depresión, la ansiedad y otros trastornos psicológicos y de comportamiento.¹⁶

La relación entre enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Patten y Williams, 2007; van den Bemt y otros, 2009), el síndrome de fatiga crónica (CFS) (Lowry y Pakenham, 2008) y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) (Weinert y Meller, 2006), y la presencia de trastornos emocionales ha sido bien documentada. Al igual que en el caso de los pacientes con SARS, se han encontrado elevadas tasas de estados de ánimo deprimidos y ansiosos en pacientes con estas enfermedades respiratorias o crónicas algo comparables. También, se ha informado de una reducción de la calidad de vida tanto en los pacientes con EPOC (Cully et al., 2006) como con SDRA (Hough, 2006), y se ha informado de un TEPT en pacientes con SDRA (Kapfhammer, Rothenhausler, Krauseneck, Stoll, & Schelling, 2004). Sin embargo, una característica añadida para los supervivientes de enfermedades infecciosas como el SARS ha sido la experiencia de ser contagioso, debido a las medidas de control de infecciones que conlleva el aislamiento extensivo y el temor del público a la enfermedad.⁹

De acuerdo a un meta-análisis (Gardner y Moallem, 2015), el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) ha sido calificado de catástrofe para la salud mental; una afección infecciosa de neumonía atípica que se propagó a 29 países en 2002/2003, infectando a más de 8.000 personas, 774 de las cuales murieron. En general, los resultados mostraron que en las primeras etapas de la recuperación predominaban los síntomas psicóticos,

el miedo a la supervivencia y el temor a infectar a otros, mientras que otros factores como la estigmatización percibida, la reducción de la calidad de vida y la angustia psicológica/emocional se destacaban en todas las etapas de la recuperación. Los síntomas de estrés postraumático también se presentaron desde la etapa inicial de recuperación y se encontraron en altas proporciones de sobrevivientes incluso hasta 51 meses después de la infección. Además, para algunos pacientes la sintomatología psicológica parecía empeorar con el tiempo.⁹

El trastorno por estrés post-traumático (TEPT) es un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica. Las características típicas del trastorno por estrés post-traumático son episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse y evitarse las situaciones que recuerdan el trauma.¹²

Utilizando un método más riguroso para establecer un diagnóstico de TEPT (es decir, entrevistas psiquiátricas), en un estudio longitudinal que siguió a pacientes de SARS a lo largo de cinco períodos de tiempo de 2 a 46 meses, Hong y sus colegas (2009) encontraron que el 44.1% de los pacientes habían desarrollado TEPT a lo largo del estudio (Hong, Currier,

Zhao, Jiang, Zhou y Wei, 2009). En su muestra, el diagnóstico de TEPT también se asoció con una mayor angustia en otros ámbitos como el estado de ánimo deprimido, la ansiedad y la disminución de la función social; además, parecía afectar negativamente la función física. Otros estudios han informado de tasas similares de prevalencia del TEPT entre los supervivientes a los dos años (25.6%) y a los tres años y medio (54.5%) después de la ERA (Lam y otros, 2009; Mak, Chu, Pan, Yiu y Chan, 2009). En general, los estudios muestran que en el caso de muchos pacientes de SRAS, la sintomatología del TEPT se había vuelto crónica, se asociaba a una mala adaptación emocional y tenía una mayor prevalencia entre los pacientes.⁹

Tanto la naturaleza del COVID-19 como altamente infecciosa y relativamente mortal y las repentinas medidas sin precedentes tomadas por los gobiernos representan riesgos para la salud mental de las personas en casi todos los países del mundo.¹

Wang Cuiyan y colaboradores evaluaron el impacto psicológico del brote de COVID-19. Del total de sus encuestados, 24.5% informaron de un impacto psicológico mínimo; 21.7% calificaron de impacto psicológico leve; y 53.8% informaron de un impacto psicológico moderado o grave.¹⁸

Los casos sospechosos y los pacientes confirmados son tal vez los que más sufren al sentirse estigmatizados por la comunidad por ser portadores de una infección que puede afectar inadvertidamente a otras personas.¹¹

Si bien la mayor parte de los estudios que evalúan el impacto psicológico de la pandemia COVID-19 se han centrado en la población en general y al aislamiento de la misma, no se ha evaluado con la misma importancia el impacto que resulta de haber presentado esta enfermedad desde un enfoque psicosocial.

CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante una nueva pandemia que ha implicado muchos retos a la ciencia y a la sociedad y ante el número de contagios y fallecimientos a nivel mundial, se desea conocer qué repercusiones existirán a nivel psicológico y social en los sobrevivientes de infección por SARS-CoV-2, manifestándose como miedo persistente al COVID-19 y presentando síntomas de ansiedad y/o depresión y síntomas propios del trastorno por estrés postraumático.

CAPÍTULO IV. JUSTIFICACIÓN

En el contexto de una pandemia, ante una enfermedad con una evolución un tanto incierta, una gran proporción de la población en general presenta afectación psicológica. Aunque se estudian las repercusiones psicológicas de la población general y las secuelas de la enfermedad en los pacientes que enfermaron de SARS-CoV-2, el impacto psicológico y social posterior a su infección no han sido evaluados con la misma importancia que se le da a la afectación de la esfera biológica.

CAPÍTULO V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el estado psicológico y social de los pacientes que presentaron infección por SARS-CoV-2 que recibieron atención médica en la Torre de Alta Especialidad y Medicina Avanzada del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en Monterrey, N. L.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y económicas de los pacientes que presentaron infección por SARS-CoV-2.
2. Describir las características de morbilidad de los pacientes que presentaron infección por SARS-CoV-2.
3. Describir los resultados de la Escala FCVS-19 en su versión validada al español, utilizada para determinar el miedo al COVID-19, aplicándola en los pacientes que presentaron infección por SARS-CoV-2.
4. Describir los resultados de la Escala de Autoinforme del Impacto de Evento — Revisada (EIE-R), en su versión validada al español, utilizada para determinar síntomas asociados al Trastorno de Estrés Postraumático.

5. Describir los resultados de las escalas GAD-7 y PHQ-9 en sus versiones validadas al español, utilizadas para determinar síntomas de depresión y ansiedad, así como su gravedad.

6. Determinar las repercusiones sociales, entre ellas las económicas, en sobrevivientes de COVID-19.

CAPÍTULO VI. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Descriptivo de corte transversal tipo encuesta.

Lugar: Torre de Altas Especialidades y Medicina Avanzada del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Tiempo: Febrero 2021-Octubre 2021.

Tamaño de muestra: 268 pacientes

De acuerdo a Wang C. et. al., reportaron que el 53.8% de su población sufrieron un impacto psicológico severo o moderado. (Wang C, 2020)

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA					
$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$					
		al cuadrado			
valor Z	1.64	2.6896			
valor p	0.54			n=	267.40649
valor q	0.46				
valor δ	0.05	0.0025			

El presente es un estudio descriptivo, transversal. Se realizó un cálculo de muestra utilizando la fórmula de estimación de una proporción en una población infinita, resultando en un total de 268, tomando un nivel de significancia (alfa) de dos colas de 0.05, estimando la proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (valor p) según la literatura consultada y con una precisión (delta) de 0.05.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes con edad igual o mayor a 18 años que presentaron infección por SARS- CoV-2.
2. Pacientes que presentaron COVID-19 con cuadro clínico leve, moderado o grave en el período de marzo 2020 a marzo 2021.
3. Pacientes que tuvieron tratamiento intrahospitalario y ambulatorio.
4. Voluntarios para participar.
5. Sexo masculino y femenino.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que no otorguen su consentimiento para el estudio.
2. Pacientes con otras enfermedades que no presentaron infección por SARS-CoV-2.

Criterios de Eliminación:

1. Encuestas con llenado incompleto.

Cronograma de trabajo

Actividades	Agosto 2020	Septiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero 2021	Febrero 2021	Marzo 2021	Abril 2021	Mayo 2021	Junio 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Septiembre 2021	Octubre 2021
Elaboración del protocolo	X	X	X	X											
Búsqueda de referencias bibliográficas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Autorización por el comité de ética					X	X	X								
Estudio de campo							X	X	X						
Recolección de información								X	X	X	X				
Análisis de resultados										X	X	X	X		
Conclusiones												X	X	X	
Redacción del escrito													X	X	X
Presentación															X

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario electrónico mediante la plataforma de Microsoft Forms. Cada cuestionario electrónico se diseñó de la siguiente manera: Cuestionario de impacto psicosocial en sobrevivientes de SARS-CoV-2, que recolecta los datos socio-demográficos y los datos médicos de cada participante (Anexo 1). Escala de Miedo al COVID-19 (FCVS-19) versión validada al español (Anexo 2). Escala GAD-7 versión validada al español (Anexo 3). Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) versión validada

al español (Anexo 4). Y la Escala de Autoinforme del Impacto de Eventos, Revisada (IES-R) versión validada al español (Anexo 5).

Las escalas a utilizar, en su versión validada al español, fueron las siguientes:

El FCV-19S es una escala unidimensional de siete ítems con buenas propiedades psicométricas que se utiliza para evaluar los temores al COVID-19 entre la población general. Todos los ítems se califican en una escala de 5 puntos, que van de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Las puntuaciones totales van de 7 a 35. Cuanta más alta es la puntuación, mayor es el miedo al COVID-19. La escala presenta una consistencia interna con un alfa de Cronbach = 0.82.^{1, 2, 13}

Para evaluar síntomas depresivos se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) (Spitzer, et. al.), la cual es una escala autoadministrada que consta de nueve ítems calificados en una escala Likert que van de 0 (ningún día) a 3 (casi todos los días) y ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para la detección de síntomas depresivos en diversas poblaciones, con un alfa de Cronbach = 0.877. La interpretación de la puntuación indica la severidad de la depresión: 1-4 Depresión mínima, 5-9 Depresión ligera, 10-14 Depresión moderada, 15-19 Depresión moderadamente severa, 20-27 Depresión severa.^{13, 19, 20,}

21

Se aplicó la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Spitzer, et. al.), la cual es una escala autoadministrada válida y eficaz para

evaluar síntomas de ansiedad y su gravedad durante las últimas 2 semanas previas a su administración. Tiene una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.898) y consta de siete ítems, cada ítem se califica en una escala Likert que va de 0 (nada) a 3 (casi todos los días), siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21. Para evaluar los resultados obtenidos al contestar el cuestionario sus autores sugieren las siguientes puntuaciones: 0-4 no se aprecia ansiedad, 5-9 se aprecian síntomas de ansiedad leves, 10-14 se aprecian síntomas de ansiedad moderados, y 15-21 se aprecian síntomas de ansiedad severos. ^{13, 22, 23}

Escala de Impacto al Evento Revisada (IES-Impact of Event Scale de Weiss, & Marmar, 1997) validada en España por Baguena et al. (2001). Permite obtener a partir de la puntuación global la severidad del malestar emocional o estrés subjetivo (Costa Requena, & Gil Moncayo, 2012). El instrumento se ha utilizado en diversas investigaciones respecto del impacto a desastres y emergencias (Arcaya et al., 2014; Brunet, St-Hilaire, Jehel, & King, 2003; Caamaño, González, & Sepúlveda, 2011; Creamer, Bell, & Failla, 2003; Giorgi et al., 2015; Morina, Ehrling, & Priebe, 2014; Warsini, Buettner, Mills, West, & Usher, 2015). Sus propiedades psicométricas han sido evaluadas en China arrojando valores adecuados (Wu, & Chan, 2004). Además, presenta un 72% de sensibilidad para la detección de Trastorno de Estrés Postraumático en relación a otros instrumentos psicométricos similares (Mouthaan, Sijbrandij, Reitsma, Gersons, & Olf, 2014). La EIE-R fue adaptada y validada para población chilena por Caamaño et al., (2011) concluyendo que es una medida confiable de autoreporte y adecuada validez. Este es un instrumento que

posee 22 ítems y 3 subescalas (Intrusión, Evitación e Hiperactivación) con formato tipo Likert para la evaluación de la intensidad de la sintomatología (desde 0 = Nada hasta 4 = Extremadamente). La primera subdimensión es Intrusión: se compone de ocho ítems (ítems 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16 y 20) y evalúa indicadores de pensamientos intrusivos, pesadillas, sentimientos e imágenes intrusivos y vivencias de tipo dissociativas. La segunda subdimensión, Evitación: consta de ocho ítems (ítems 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) que se utilizan para evaluar indicadores de capacidad de respuesta adormecida y evitación de sentimientos, situaciones e ideas. La tercera subdimensión es Hiperactivación: compuesta por seis ítems (ítems 4, 10, 15, 18, 19, 21), analiza los indicadores de enojo, irritabilidad, hipervigilancia, dificultad para concentrarse y mayor respuesta de sobresalto. Consistencia interna: Intrusión Alfa = 0.89, Evitación Alfa = 0.84, Hiperactivación Alfa = 0.82. Capacidad discriminativa ítem/subescala: Intrusión, $r = 0.52$; Evitación $r = 0.40$; Hiperactivación $r = 0.55$. Intercorrelaciones por subescalas: I/E $r = 0.71$; I/H $r = 0.81$; E/H $r = 0.65$. Las instrucciones señalan "La siguiente es una lista de dificultades que a veces tienen las personas después de haber vivido un evento estresante. Por favor lea cada frase y luego indique cuán molesto (a) ha sido cada dificultad durante estos ÚLTIMOS SIETE DÍAS, encerrando en un círculo el número de la alternativa que mejor refleje su forma de sentir. ¿Cuánto le molestaron y afligieron estas dificultades?". Un puntaje total igual o mayor a 24 indica un problema clínico; un puntaje igual o mayor a 33 puntos indica un probable diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático y un puntaje igual o mayor a 37 indica un problema grave.¹²

Variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Género	Concepto que una persona tiene sobre sí misma de ser masculino o femenino.	Cuestionario Sociodemográfico	• Masculino • Femenino	Cualitativo nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuestionario Sociodemográfico		Cuantitativo de razón
Escolaridad	Nivel educativo o educacional de un individuo.	Cuestionario Sociodemográfico	• Analfabeta • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Técnica • Universidad • Otra	Cualitativo nominal
Estado civil	Parámetro demográfico que indica el status de una persona respecto al matrimonio, divorcio, viudez, soltería, etc..	Cuestionario Sociodemográfico	• Soltero • Casado • Unión libre • Divorciado • Viudo	Cualitativo nominal
Ocupación	La condición de ser contratado en una actividad o servicio por un salario o pago.	Cuestionario Sociodemográfico	• Hogar • Empleado • Obrero • Comerciante • Profesionista • Jubilado • Desempleado • Otro	Cualitativo nominal

Lugar de residencia	Lugar donde se reside actualmente.	Cuestionario Sociodemográfico	• Monterrey • Guadalupe • San Nicolás de los Garza • Apodaca • San Pedro Garza García • Santa Catarina • Escobedo • Otro	Cuantitativo nominal
Religión	Conjunto de creencias relativas a la naturaleza, causa y propósito del universo, especialmente cuando son consideradas como la creación de un ente sobrehumano.	Cuestionario Sociodemográfico	• Católica • Bautista • Cristiana • Testigo de Jehová • Ninguna • Otra	Cualitativa nominal
Cobertura médica	Derecho legal al pago o reembolso de sus costos por atención médica, por lo general mediante un contrato con una compañía de seguro, un plan de salud grupal ofrecido por su empleador, o un programa de gobierno.	Cuestionario Sociodemográfico	• IMSS • ISSSTE • INSABI • Seguro de Gastos Médicos Mayores • No tiene • Otra	Cualitativa nominal
Ingreso económico mensual	Rentas o ingresos provenientes de proyectos, trabajo o inversión de capital durante un periodo de 30 días en comparación del salario mínimo.	Cuestionario Sociodemográfico	• Mínimo • Inferior al mínimo • Superior al mínimo • Ninguno	Cualitativa nominal

Comorbili- dades	Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación al diagnóstico inicial o con respecto a la condición señalizadora sujeto del estudio.	Cuestionario Sociodemográfico	• Hipertensión arterial • Diabetes Mellitus • Obesidad • Asma • EPOC • Enfermedad Renal Crónica • Insuficiencia Cardíaca • Cáncer • VIH • Tabaquismo • Ninguna • Otra	Cualitativa nominal
T i e m p o entre el inicio de síntomas y el día de la encuesta	Tiempo transcurrido entre el inicio de sintomatología por COVID-19 y el día de aplicación de la encuesta.	Cuestionario Médico COVID-19	• Hace menos de 15 días • Entre 15 y 30 días • Hace más de 30 días • Entre 30 y 60 días • Hace más de 60 días	Cualitativa nominal
Necesidad de hospitalizac ión por COVID-19	Internación de un paciente en un hospital por COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• Si • No	Cualitativa nominal
D í a s d e hospitaliza- ción	Duración de la internación de un paciente en un hospital por COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• 1 a 7 días • 7 a 14 días • 14 a 30 días • Más de 30 días • No requirió hospitalización	Cualitativa nominal

Requerimiento de oxígeno	Necesidad médica del paciente de inhalar oxígeno con la finalidad de restablecer la normalidad en las alteraciones fisiopatológicas.	Cuestionario Médico COVID-19	• Sí • No	Cualitativa nominal
Requerimiento de intubación	Necesidad médica del paciente de realizar un procedimiento que implica la colocación de un tubo en la tráquea a través de la boca o la nariz con el fin de proveer al paciente con oxígeno y anestesia.	Cuestionario Médico COVID-19	• Si • No	Cualitativa Nominal
Tratamiento actual por la enfermedad	El uso actual de preparaciones farmacéuticas o rehabilitación para tratar una enfermedad o sus síntomas.	Cuestionario Médico COVID-19	• Medicamentos • Rehabilitación • Ambos • Ninguno • Otro	Cualitativa nominal
Sintomatología o secuelas por COVID-19	Manifestaciones clínicas que pueden ser, o bien objetivas cuando son observadas por el médico, o subjetivas cuando son percibidas por el paciente causadas por COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• F a t i g a / Cansancio • Debilidad muscular • Dolor de articulaciones • T o s persistente • Sensación de falta de aire • Adormecimiento/hormigueo de las extremidades • Insomnio/ Problemas para dormir • Problemas o pérdida de memoria • No presento ningún síntoma ni secuela de COVID-19	Cualitativa nominal

Creencia de reinfección por COVID-19	Convicción del paciente hacia la posibilidad de reinfección por COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• Si • No	Cualitativa nominal
Temor a reinfección por COVID-19	Miedo del paciente hacia la posibilidad de reinfección por COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• Si • No	Cualitativa nominal
Creencia de transmisión activa de COVID-19	Convicción del paciente hacia la posibilidad de ser transmisor activo de COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• Si • No	Cualitativa nominal
Familiares enfermos por COVID-19	Parientes que padecieron COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• Cónyuge • Hijos • Hermanos • Abuelos • Padres • Nadie • Otro	Cualitativa nominal
Familiares fallecidos por COVID-19	Parientes finados a causa de COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• Cónyuge • Hijos • Hermanos • Abuelos • Padres • Nadie • Otro	Cualitativa nominal
Repercusiones económicas por COVID-19	Consecuencias pertenecientes o relativos a la economía del paciente causadas por infección por COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• Pérdida del empleo • Reducción en el salario • Ninguna • Otra	Cualitativa nominal

Personas que muestran rechazo hacia el paciente	Sentimiento de rechazo hacia el paciente por haber padecido la enfermedad por COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• Familiares • Amigos • Compañeros de trabajo • Servidores públicos • Personal de salud • No he sentido rechazo por haber tenido la enfermedad • Otro	Cualitativa nominal
Dificultad predominante en relación con estar enfermo de COVID-19	Inconveniencia que predominó durante o después de la enfermedad por COVID-19	Cuestionario Médico COVID-19	• Alejarse / aislarse de la familia • Incertidumbre del pronóstico de la enfermedad • Inseguridad financiera • Estar en casa/ aislamiento social • Desinformación sobre la enfermedad • Nada ha sido difícil • Otro	Cualitativa nominal
Miedo al COVID-19	Respuesta afectiva a un peligro externo real, en este caso COVID-19	Fear of COVID-19 Scale (FCVS-19)		Cuantitativa de razón

Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. Angustia que acompaña a algunas enfermedades	Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	• No se aprecia ansiedad • Síntomas de ansiedad leves • Síntomas de ansiedad moderados • Síntomas de ansiedad severos	Cualitativa nominal
Depresión	Un trastorno afectivo que se manifiesta tanto por un estado anímico disfórico como por la pérdida de interés o placer en las actividades usuales. El trastorno del ánimo es prominente y relativamente persistente.	Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9)	• Depresión mínima • Depresión ligera • Depresión Moderada • Depresión Moderadamente severa • Depresión severa	Cualitativa nominal
Síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático	Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica.	Escala de Impacto al Evento Revisada (IES- Impact of Event Scale)	• Sin sintomatología • Sintomatología causante de problema clínico • Probable diagnóstico de Trastorno por Estrés postraumático • Sintomatología causante de un problema clínico grave	Cualitativa nominal

Análisis estadístico

Posterior a la recolección de los datos obtenidos de las encuestas mediante Microsoft Forms, se realizará el análisis de los mismos en el SPSS versión 25 para Windows. Se obtendrán frecuencias y porcentajes. Se hará el cruce de las variables sociodemográficas, datos médicos con las variables que miden el bienestar psicosocial. Se utilizará la chi2 con una significancia estadística de $p < 0.05$.

Recursos

Recursos humanos: Investigador principal: asesor metodológico: asesor experto: colaborador en aplicación de encuestas.

Recursos físicos: Hojas con cuestionarios e instrumentos impresos, lápices, plumas, goma, computadora personal, paquete de cómputo (Office) y SPSS versión 25, impresora.

Recursos financieros: Los propios de los investigadores.

Aspectos éticos

Esta investigación en base al artículo 17, fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud es una investigación con riesgo mínimo para los participantes, debido a que se

trata de un estudio descriptivo de corte transversal tipo encuesta que emplea procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: emplear técnicas y métodos de investigación de tipo encuesta, tipo pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipuló la conducta.

Para la recolección de la muestra, se obtuvo por parte del Departamento de Infectología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” una base de datos con los casos positivos de SARS-CoV-2 que recibieron atención médica en la Torre de Altas Especialidades y Medicina Avanzada durante el período comprendido desde el inicio de la Pandemia por COVID-19 en marzo 2020 hasta marzo 2021.

De dicha base de datos se proporcionaron los correos electrónicos de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y posteriormente se enviaron a los candidatos a participantes un correo electrónico en el cual se les hizo una invitación para la participación en este estudio. Se aplicaron a cada uno de los candidatos a participar un cuestionario electrónico mediante el uso de la plataforma de Microsoft Forms. En base al Numeral 11.3 de la NOM-012-SSA3-2012 no se solicitó consentimiento informado escrito, por lo que cada en cada correo electrónico se dió una explicación detallada sobre el estudio, su propósito y sus beneficios (Anexo 6. Consentimiento Informado Electrónico). Si el paciente otorga su consentimiento ingresará a un enlace para contestar el cuestionario electrónico.

Cada cuestionario electrónico enviado y previamente autorizado por el

paciente para participar, se compone de la siguiente manera: Cuestionario de impacto psicosocial en sobrevivientes de SARS-CoV-2, que recolecta los datos sociodemográficos y los datos médicos de cada participante (Anexo 1). Escala de Miedo al COVID-19 (FCVS-19) versión validada al español (Anexo 2). Escala GAD-7 versión validada al español (Anexo 3). Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) versión validada al español (Anexo 4). Y Escala de Autoinforme del Impacto de Eventos: Revisada (IES-R) versión validada al español (Anexo 5).

Se garantizó la confidencialidad y la protección de la información de los participantes. Se proporcionó un número de folio a cada sujeto encuestado para su identificación. Únicamente los autores tuvieron acceso a la información. Se publicarán los datos recolectados pero serán anónimos y en ningún momento se hará uso de los datos personales de los sujetos de estudio. Los datos serán almacenados bajo llave en la oficina del Investigador Principal.

En el caso de identificarse un caso que cumpla con criterios para Depresión, Ansiedad o Trastorno por Estrés Postraumático, se canalizará al Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para su valoración y atención médica y para iniciar el Trabajo con Familias. De no haber mejoría médica se hará referencia a Psiquiatría.

El protocolo fue enviado a los Comités de Ética y de Investigación de la Institución para su aprobación.

CAPÍTULO VII. RESULTADOS

Análisis estadístico

Se evaluó la distribución de las variables utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors resultando en una distribución no paramétrica; las pruebas estadísticas se realizaron según este resultado. Se realizaron pruebas de Chi cuadrada y test exacto de Fisher para examinar las diferencias entre variables. Todo el análisis estadístico se realizó utilizando la versión 24.0 de SPSS. Los valores de $p < 0.05$ fueron aceptados como estadísticamente significativos con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

Se incluyeron a un total de 291 participantes, de los cuales la mayoría fueron mujeres (73.2%). Con una mediana de edad de 33 años (RIQ (44-27)). De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta sociodemográfica (Tabla 1. Características sociodemográficas), de los pacientes evaluados la mayoría eran de escolaridad licenciatura (universidad 65.6%), de estado civil soltero (41.2%), de ocupación actual empleado (47.8%), con lugar de residencia actual en Monterrey (39.5%), con religión católica (73.2%), con seguro médico perteneciente a servicios médicos de la U.A.N.L. (57%) y con un ingreso mensual superior al mínimo (62.5%).

Tabla 1. Características sociodemográficas.

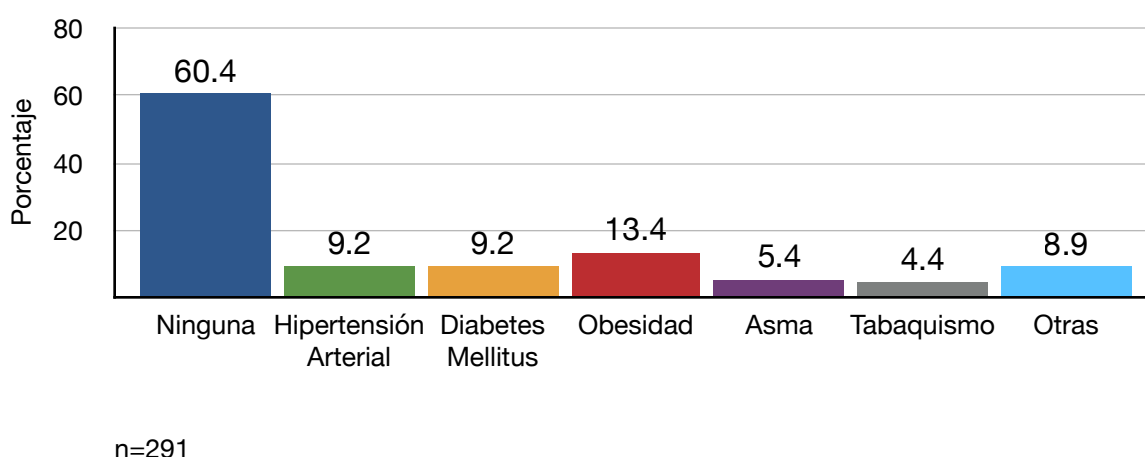
Característica		Mediana (RIQ)	
Edad		33 (44-27)	
FCVS-19		17 (23-12)	
Variable	Categoría	f	%
<i>Género</i>	Masculino	78	26.8
	Femenino	213	73.2
<i>Escolaridad</i>	Universidad	191	65.6
	Bachillerato técnico	42	14.4
	Secundaria	10	3.4
	Otro	31	10.7
	Preparatoria	17	5.8
<i>Estado civil</i>	Casado (a)	115	39.5
	Divorciado (a)	17	5.8
	Soltero (a)	120	41.2
	Unión libre	32	11
	Viudo (a)	7	2.4
<i>Ocupación actual</i>	Comerciante	3	1.0
	Desempleado	10	3.4
	Empleado	139	47.8
	Estudiante	17	5.8
	Hogar	14	4.8
	Jubilado	15	5.2
	Medico pasante del servicio social	5	1.7
	Profesionista	88	30.2
	Apodaca	28	9.6
	Fuera del área metropolitana	4	1.4
<i>Lugar de residencia actual</i>	Escobedo	27	9.3
	García	6	2.1
	Guadalupe	46	15.8

(Continuación de Tabla 1. Características sociodemográficas.)

Variable	Categoría	f	%
	Juarez	6	2.1
	Monterrey	115	39.5
	Pesquería	3	1.0
	San Nicolás de los Garza	45	15.5
	Fuera del estado	4	1.4
	Santa Catarina	5	1.7
	Santiago	2	0.7
<i>Religión</i>	Católica	213	73.2
	Bautista	2	0.7
	Testigo de Jehová	4	1.4
	Cristiana	28	9.6
	Otras	3	1.0
	Ninguna	41	14.1
<i>Seguro médico</i>	Servicios médicos UANL	166	57.0
	IMSS	47	16.2
	Seguro de gastos médicos mayores	27	9.3
	ISSSTE	13	4.5
	Ninguno	38	13.0
<i>Ingreso mensual</i>	Inferior al mínimo	18	6.2
	Mínimo	63	21.6
	Superior al mínimo	182	62.5
	Ninguno	28	9.6
n=291			

De acuerdo a la pregunta “¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades?”, que interrogaba sobre los antecedentes personales patológicos de los participantes y con opción de respuesta múltiple, la

mayoría respondió que no presentaba ninguna enfermedad (60.4%), seguido de obesidad (13.4%), diabetes mellitus (9.2%), hipertensión arterial (9.2%), asma (5.4%) y tabaquismo (4.4%). Para fines estadísticos se clasificó en “Otras enfermedades” a las patologías que se padecían en menor proporción (Gráfica 1. Antecedentes médicos). Sólo 2 participantes refirieron antecedentes de enfermedades mentales (depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada).



Gráfica 1. Antecedentes médicos.

En relación con la enfermedad COVID-19 (Tabla 2. Características médicas), la mayoría de los participantes respondieron haber presentado la enfermedad hace más de 60 días (97.9%); no tuvieron necesidad de hospitalización (95.2%) y del mínimo de pacientes que requirieron hospitalización (4.3%), la mayoría estuvo hospitalizado de 1 a 7 días (2.7%). No tuvieron necesidad de oxígeno (94.8%) durante la enfermedad y la mayoría de los pacientes no llevaba ningún tratamiento (93.5%) al momento de la aplicación de la encuesta.

Ningún paciente de la muestra requirió ser intubado.

Tabla 2. Características médicas.

Variable	Categoría	f	%
<i>Tiempo de haber presentado la enfermedad</i>	Entre 15 y 30 días	2	0.7
	Entre 30 y 60 días	4	1.4
	Hace más de 60 días	285	97.9
<i>Necesidad de hospitalización</i>	Si	13	4.3
	No	278	95.5
<i>Días de hospitalización</i>	De 1 a 7 días	8	2.7
	De 7 a 14 días	3	1.0
	De 14 a 30 días	1	0.3
	Más de 30 días	1	0.3
<i>Necesidad de oxígeno</i>	Si	15	5.2
	No	276	94.8
<i>Tipo de tratamiento actual</i>	Medicamentoso	14	4.8
	Rehabilitación	2	0.7
	Ambos	3	1.0
	Ninguno	272	93.5
<i>¿Cree usted que podría volver a infectarse de COVID-19?</i>	Si	250	85.9
	No	41	14.1
<i>¿Teme volver a padecer la enfermedad por COVID-19?</i>	Si	230	79.0
	No	61	21.0
<i>¿Cree que aún puede usted transmitir la enfermedad a otras personas?</i>	Si	87	29.9
	No	204	70.1
n=291			

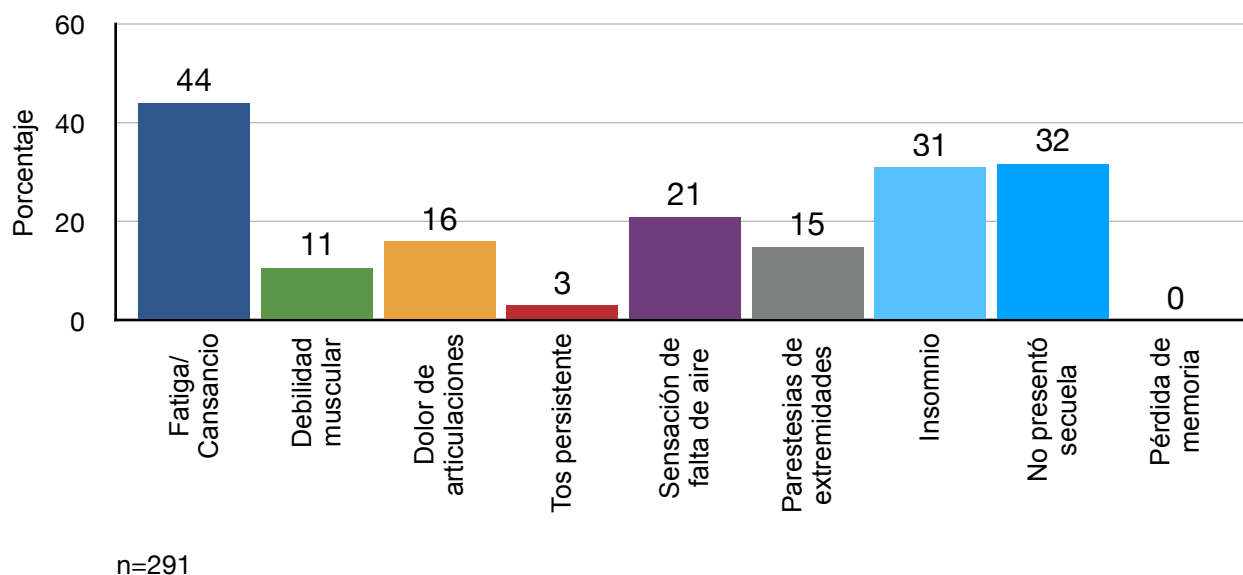
Posterior a haber presentado COVID-19, la mayoría de los encuestados respondieron afirmativo en relación a la creencia de poder volver a infectarse (85.9%) y solo una minoría cree que aún puede transmitir la enfermedad a otras personas (29.9%).

Del total de encuestados, la mayoría teme volver a padecer la enfermedad por COVID-19 (79%).

En relación a la pregunta de opción múltiple *“Si actualmente presenta algún síntoma o secuela de la enfermedad por COVID-19. Especificar cuál(es)”*, del total de participantes, 197 personas (67.6%) reportaron haber presentado secuelas, siendo las de mayor predominio: fatiga/cansancio 44%, insomnio 32%, sensación de falta de aire 21%, dolor de articulaciones 16%, parestesias de extremidades 15%, debilidad muscular 11%, tos persistente 3%.

Aproximadamente una tercera parte de los participantes (32%) reportaron no haber presentado secuelas de la COVID-19.

Ningún participante presentó pérdida de memoria como secuela de la enfermedad COVID-19. (Gráfica 2. Secuelas de la enfermedad por COVID-19).



Gráfica 2. Secuelas de la enfermedad por COVID-19.

Como parte de la evaluación, se interrogaron a los participantes aspectos psicosociales en relación a la enfermedad COVID-19:

En relación a la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B., 2006) que evalúa los síntomas de ansiedad y su severidad, en poco más de la mitad de los pacientes se apreciaron síntomas de ansiedad (52.9%), siendo en su mayoría síntomas leves (25%), seguido de síntomas moderados (14.4%) y severos (13.1%). Cerca de la mitad de los participantes no presentaban síntomas de ansiedad (47.1%).

En el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) (Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, et. al.) que evalúa síntomas de depresión y su severidad, la mayoría de los encuestados presentaron depresión mínima (40.5%), seguido de depresión ligera (26.8%), depresión

moderada (13.1%), depresión severa (11.7%) y depresión moderadamente severa (7.9%).

En relación a la Escala de Autoinforme del Impacto de Evento — Revisada (EIE-R) versión chilena (Caamaño L., et. al., 2011), que evalúa la angustia subjetiva causada por eventos traumáticos; la mayoría de los encuestados no presentaron un problema clínico asociado (71.1%), seguido de TEPT grave (18.6%), TEPT parcial o al menos algunos de los síntomas (8.2%) y diagnóstico probable de TEPT (2.1%).

Los resultados de la valoración psicológica de los participantes se muestran en la Tabla 3. Resultados de las escalas y cuestionarios.

Tabla 3. Resultados de las escalas y cuestionarios.

Variable	Categoría	f	%
<i>IESR</i>	Sin problema clínico	207	71.1
	Problema clínico	24	8.2
	Probable diagnóstico de TEPT	6	2.1
	Problema grave TEPT	54	18.6
<i>PHQ-9</i>	Depresión mínima	118	40.5
	Depresión ligera	78	26.8
	Depresión moderada	38	13.1
	Depresión moderadamente severa	23	7.9
	Depresión severa	34	11.7
<i>GAD-7</i>	No se parecía ansiedad	137	47.1
	Síntomas de ansiedad leves	74	25.4

(Continuación de Tabla 3. Resultados de las escalas y cuestionarios).

Variable	Categoría	f	%
GAD-7	Síntomas de ansiedad moderados	42	14.4
	Síntomas de ansiedad severos	38	13.1
n=291			

Se utilizaron diferentes encuestas para evaluar el estado psicológico y social de los pacientes sobrevivientes de SARS-CoV-2, cruzando las variables sociodemográficas con el miedo a padecer COVID-19 evaluada por la FCVS-19; ansiedad generalizada evaluada por GAD-7; síntomas depresivos evaluados por PHQ-9 y la severidad del malestar emocional y el estrés subjetivo evaluadas por EIE-R. Además, se preguntó directamente a los participantes si temían volver a padecer la enfermedad por COVID-19.

Se cruzó el miedo percibido por los participantes de volver a padecer la enfermedad por COVID-19 con las variables sociodemográficas mediante la prueba de Chi cuadrada o Test de Fischer para las tablas dos por dos. Las pruebas estadísticas revelaron una diferencia significativa en el miedo a volver a padecer la enfermedad por COVID-19 entre géneros ($p<0.001$), ocupación ($p<0.009$), tipo de seguro médico ($p<0.024$), el hace cuánto tiempo presentó la enfermedad ($p<0.008$) y la creencia de poder volver a enfermarse por COVID-19 ($p<0.001$).

Se utilizó la encuesta de FCVS-19 para evaluar de manera objetiva el miedo al COVID-19. Al cruzar los resultados con las variables

sociodemográficas se encontró una diferencia significativa en el puntaje de la encuesta y el género ($p<0.019$), el hace cuánto presentó la enfermedad ($p<0.013$), el tratamiento actual ($p<0.003$), la creencia de volver a infectarse ($p<0.048$), el miedo percibido por los participantes de padecer COVID-19 ($p<0.001$).

Los síntomas de ansiedad generalizada fueron cruzados con las variables sociodemográficas mediante Test de Fischer para las tablas dos por dos y Chi cuadrada según sea el caso. Existe una diferencia significativa entre el puntaje obtenido de GAD-7 y el estado civil ($p<0.004$), ocupación ($p<0.001$), seguro médico ($p<0.009$) y el ingreso mensual ($p<0.009$).

Los síntomas depresivos fueron cruzados con variables sociodemográficas utilizando pruebas de Chi cuadrada o Test de Fischer. Se reveló una diferencia significativa en el puntaje de PHQ-9 y la ocupación ($p<0.007$).

El EIE-R se utilizó para evaluar la severidad del malestar emocional y el estrés subjetivo de los participantes. Los resultados de esta encuesta se cruzaron con las variables sociodemográficas, mostrando una diferencia significativa en el puntaje con la ocupación ($p<0.023$), lugar de residencia ($p<0.044$), días de hospitalización ($p<0.031$) y tratamiento actual ($p<0.043$).

Los resultados con significancia estadística de las encuestas empleadas cruzadas con las variables sociodemográficas se muestra en la Tabla 4. Significancia estadística.

Tabla 4. Significancia estadística.

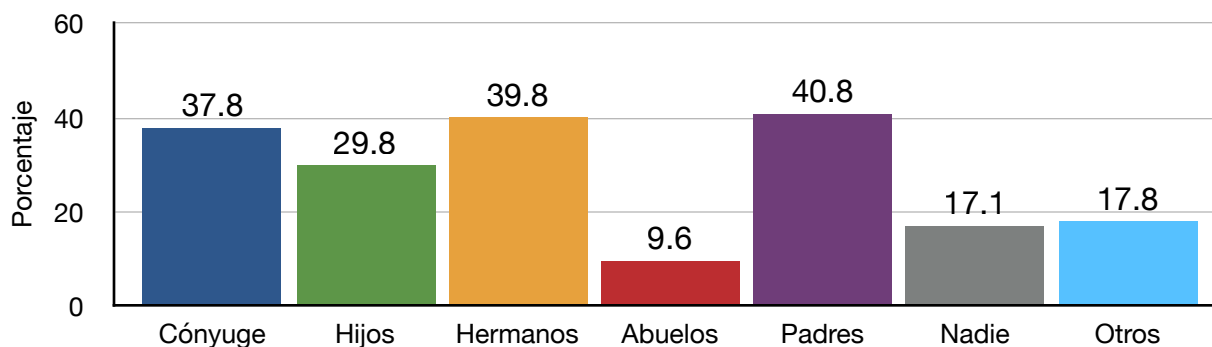
Escala/Cuestionario	Variable	Valor de p
FCVS-19	Género	0.019
	Hace cuanto presentó la enfermedad	0.013
	Tratamiento actual	0.003
	Creencia de volver a infectarse	0.048
	Miedo percibido de volver a padecer COVID-19	0.001
GAD-7	Estado civil	0.004
	Ocupación	0.001
	Seguro médico	0.009
	Ingreso mensual	0.009
PHQ-9	Ocupación	0.007
EIE-R	Ocupación	0.023
	Lugar de residencia actual	0.044
	Días de hospitalización	0.031
	Tratamiento actual	0.043

n=291

Nota: Esta tabla muestra los resultados con significancia estadística de las encuestas empleadas cruzadas con las variables sociodemográficas mediante la prueba de Chi cuadrada o Test de Fischer para las tablas dos por dos.

En relación a la valoración sociofamiliar se encontraron los siguientes hallazgos:

Uno de los principales aspectos interrogados dentro de la valoración social fue el aspecto sociofamiliar, preguntándose (con la opción de múltiples respuestas) a los participantes si “*¿Alguien más en su familia enfermó por COVID-19? (Especificar quién)*”. Solamente 17.1% reportó que nadie en su familia había padecido la enfermedad. Del total de los participantes, 241 personas (82.8%) tuvieron uno o más familiares con la enfermedad. Los resultados se muestran en la Gráfica 3. Familiares que enfermaron de COVID-19.



n=291

Gráfica 3. Familiares que enfermaron de COVID-19.

Como parte de la valoración del impacto sociofamiliar se interrogó de igual forma con opción a respuesta múltiple si “¿Alguien en la familia murió por COVID-19?”, datos descritos en la Tabla 5. Muertes de familiares por COVID-19.

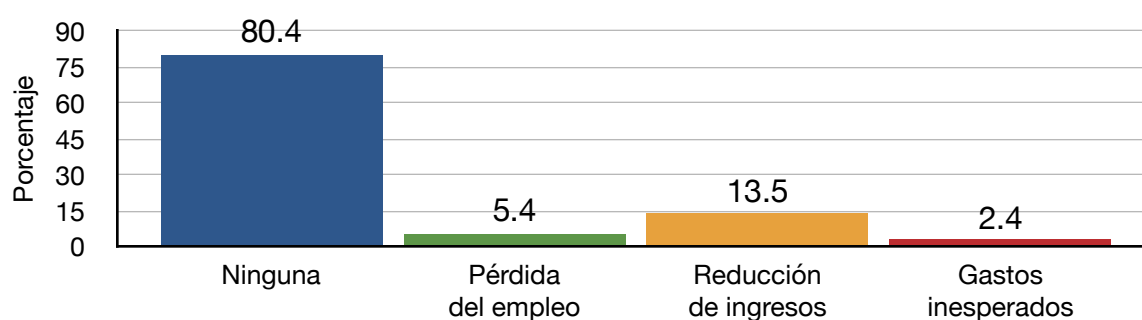
Tabla 5. Muertes de familiares por COVID-19.

Familiares que murieron a causa de COVID-19	f	%
Uno o varios abuelos(as)	15	5.1
Uno o varios tíos(as)	24	8.2
Cónyuge	5	1.7
Uno o más cuñados(as)	2	0.7
Uno o más hermanos(as)	2	0.7
Uno o ambos padres	15	5.1
Uno o varios primos(as)	13	4.4
Uno o ambos suegros	3	1.0
Total de familiares muertos a causa de COVID-19	79	27.1

n=291

Nota: Esta tabla muestra los resultados a la pregunta “¿Alguien en la familia murió por COVID-19?”.

Se interrogó sobre las principales repercusiones económicas de haber presentado COVID-19 y de acuerdo a los encuestados, la mayoría refirió no haber tenido repercusiones (80.4%). Un porcentaje muy bajo de los participantes (19.5%) presentó alguna de las siguientes repercusiones económicas: reducción de ingresos (13.5%), pérdida del empleo (5.4%) y gastos inesperados (2.4%) (Gráfica 4. Principales repercusiones económicas asociadas a la enfermedad COVID-19.).

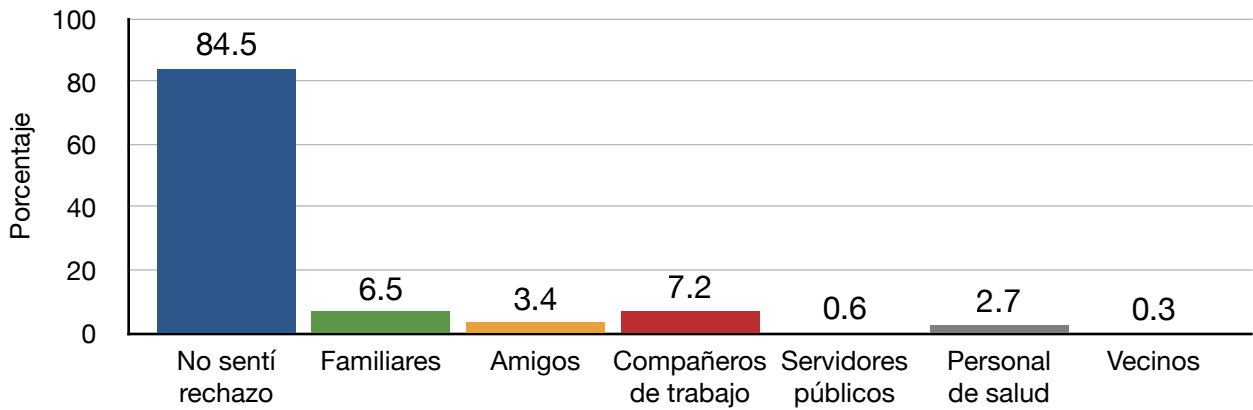


n=291

Gráfica 4. Principales repercusiones económicas asociadas a la enfermedad COVID-19.

Como parte de la valoración del impacto social de la COVID-19, se preguntó a los participantes si durante la enfermedad sintieron rechazo o discriminación por haber presentado la enfermedad. Un 84.5% de los participantes no presentó rechazo. Aproximadamente una sexta parte de los interrogados (15.4%) refirió haber sentido rechazo o discriminación por haber presentado la enfermedad.

De este porcentaje el 80.4% fue presentado en el sexo femenino y 19.5% en el sexo masculino. Se dió la opción de respuesta múltiple para quienes sintieron rechazo o discriminación por haber presentado COVID-19 y en su mayoría era proveniente de familiares (6.5%), compañeros de trabajo (7.2%), personal de salud (2.7%), amigos (3.4%), servidores públicos (0.6%) y vecinos (0.3%) (Gráfica 5. Personas que sintieron rechazo o discriminación por haber presentado COVID-19).

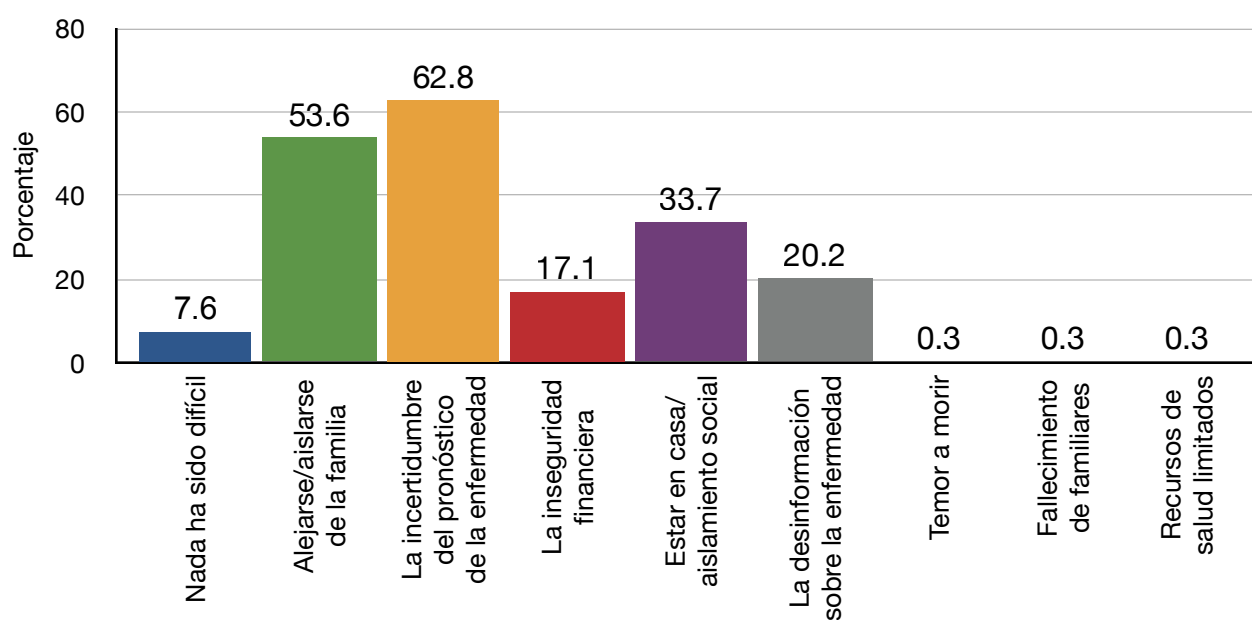


n=291

Gráfica 5. Personas que sintieron rechazo o discriminación por haber presentado COVID-19.

Además, se preguntó a los participantes sobre “¿Qué ha sido lo más difícil en cuanto a la enfermedad COVID-19?”, con la opción de responder de manera múltiple a la pregunta. Únicamente 8% del total de encuestados respondieron que “Nada ha sido difícil”. La mayoría respondió que lo más difícil fue la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad 62.8%.

Otras razones consideradas como lo más difícil de haber presentado COVID-19 fueron: alejarse/aislarse de la familia con un 53.6% y estar en casa/aislamiento social con un 33.7%, la desinformación sobre la enfermedad con un 20.2% y la inseguridad financiera con un 17.1% (Gráfica 6. Qué ha sido lo más difícil en cuanto a la enfermedad COVID-19).



n=291

Gráfica 6. Situación más difícil en cuanto a la enfermedad COVID-19.

CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN

El impacto psicosocial responde al análisis de las consecuencias de acontecimientos desde la perspectiva psicológica y social, es decir, las repercusiones de un hecho desde la relación entre lo individual (dimensión personal) y lo colectivo (dimensión social). Hablar de impacto psicosocial hace referencia a la mirada sobre los hechos atendiendo a los cambios que se generan tanto en la persona como en las redes de apoyo social, en la comunicación familiar y comunitaria, en la elaboración personal y colectiva de la experiencia vivida, entre otras cuestiones. ²⁴

La pandemia COVID-19, al tratarse de un evento inesperado de gran magnitud, cambió de forma drástica el estilo de vida de todas las personas, por lo que ha generado impacto en cada una de las dimensiones de todos los individuos, tanto en el personal sanitario, en los pacientes y en la población en general.

Cada persona reacciona de modo distinto ante situaciones estresantes, tales acciones engloban comportamientos que se constituyen en estímulos generadores de estrés psicosocial según la vulnerabilidad individual y la presencia de antecedentes previos de trastornos mentales, y suelen tener efectos negativos en el bienestar físico y psicológico del individuo, ya que implican la pérdida de libertades y la modificación de hábitos de la vida diaria socio-familiar, y que se asuman otros insanos, como prácticas alimenticias inadecuadas, patrones de sueño irregulares, sedentarismo y mayor uso de las tecnologías de informática. ²⁵

Como en todas las enfermedades, existen personas que responden de una manera más adaptable y el impacto de la enfermedad es menor, en comparación con otras. Esto es debido a la edad, a los mecanismos de afrontamiento al estrés individual, a la historia de vida individual, al antecedente de sucesos previos vividos y a los recursos sociales existentes, entre otras.

El objetivo principal del presente estudio fue el de valorar el estado psicológico y social de los sobrevivientes a COVID-19.

Se evaluaron a 291 participantes después de haber presentado COVID-19 en todas sus variedades de severidad; la mayoría fueron mujeres, con una mediana de edad de 33 años, con escolaridad de licenciatura, de estado civil soltero, de ocupación actual empleado, con lugar de residencia actual en Monterrey y con religión católica. A su vez, los participantes reportaron en su mayoría contar con seguro médico perteneciente a los servicios médicos de la U.A.N.L. y con un ingreso mensual superior al mínimo; siendo este el perfil sociodemográfico de la población estudiada.

Es significativa la consideración de la dimensión de género al abordar los efectos psicosociales de la pandemia del COVID-19. Balluerka y colaboradores especificaron que en las mujeres, comparada con los hombres, fue superior la proporción que presentó incertidumbre, angustia, ansiedad, irritación o enfado, cambios de humor, la tendencia a no querer pensar y no hablar de los problemas, los sentimientos depresivos, pesimistas, de irrealdad, desesperanza, culpabilidad, desconfianza, de menor relajación, tranquilidad, vitalidad y energía. Los hombres respecto a

las mujeres, se preocuparon más por padecer o contraer COVID-19.^{25, 26}

Si bien el acceso a los medios digitales fue probablemente una limitación para la respuesta a la participación de este estudio en todos los rangos de edades, es interesante resaltar el hecho que la mayoría de las personas que decidieron ser partícipes corresponden al género femenino. Por lo que, similar con lo descrito en la literatura y con nuestros resultados en el género femenino se presentó mayor porcentaje de afección psicológica, y en comparación con la literatura revisada donde se esperaría menor respuesta, también presentaron mayor preocupación y miedo a padecer COVID-19.

Debemos destacar que más de la mitad de la población estudiada no presentaba ninguna enfermedad como antecedente médico y solamente 2 participantes refirieron antecedentes de enfermedades mentales (depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada).

Es destacable el alto índice de escolaridad de los participantes, esto seguramente es debido a que la base de datos proporcionada por Infectología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, de los pacientes COVID-19 tratados en la Torre de Altas Especialidad y Medicina Avanzada, se trataba de trabajadores de la U.A.N.L. Por lo tanto era de esperarse igualmente que la mayoría de los entrevistados tendrían una edad promedio perteneciente a la clase trabajadora, contarían con un seguro médico perteneciente a dicha institución, así como con un empleo estable y por ende un ingreso mensual superior al mínimo.

Por lo mencionado anteriormente, es importante resaltar que algunas de las principales limitaciones del estudio se relacionan directamente con el perfil sociodemográfico tan específico de la población estudiada. Por lo tanto, una de nuestras principales sugerencias sería la de replicar el estudio, dirigiéndose a la población general y a todas las edades.

En relación al COVID-19, la mayoría de los participantes (97.9%) presentaron la enfermedad hace más de 60 días, sin necesidad de hospitalización (95.2%); de la mínima cantidad de pacientes que requirieron hospitalización (4.3%) cursaron un internamiento de 1 a 7 días (2.7%). En su mayoría no tuvieron necesidad de oxígeno durante la enfermedad (94.8%) y al momento de la aplicación de la encuesta no llevaban ningún tipo de tratamiento (93.5%). Ningún paciente de la muestra requirió ser intubado. Tomando en consideración estos datos podemos deducir que, de las personas que participaron en el estudio, en su mayoría se trataron de cuadros leves de COVID-19.

Después de haber presentado COVID-19 la mayoría de los participantes tenía la creencia de volver a infectarse (85.9%). Una tercera parte de los encuestados creía que aún podía transmitir la enfermedad a las demás personas (29.9%). Y la mayoría temía volver a padecer COVID-19 (79%).

El miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos en los que nos enfrentamos a la incertidumbre o a situaciones de cambios. Así que es normal y comprensible que la gente experimente estos sentimientos en el contexto de la pandemia COVID-19. ²⁷

Por lo tanto, un aspecto psicológico de la pandemia COVID-19 es el miedo, un estado emocional desagradable que se desencadena por la percepción de estímulos amenazantes (Pakpour y Griffiths, 2020). Esta experiencia de miedo puede evolucionar en una gama de problemas de salud mental, incluyendo trastornos mentales (trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad y depresión), entre otros (Shigemura et al. 2020).^{13, 14, 15}

Mamun y Griffiths (2020) destacaron la urgente necesidad de realizar estudios sobre posibles estrategias de prevención para evitar graves problemas de salud mental causados por el miedo a COVID-19.^{1, 18}

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio, el miedo percibido de volver a padecer COVID-19 está relacionado directamente con el género femenino ($p < 0.019$), con la ocupación de empleado ($p < 0.009$) y con tener un seguro médico ($p < 0.024$).

Probablemente estos hallazgos se deban a que el mayor porcentaje de respuesta del estudio corresponde al género femenino, en edad perteneciente a la clase trabajadora, empleados de la U.A.N.L. y con seguro médico de dicha institución. Y como se mencionó anteriormente, estas características tan específicas del perfil sociodemográfico de la población estudiada es una de las limitaciones encontradas en nuestro estudio.

Encontramos que a mayor tiempo de haber presentado COVID-19, mayor fue el miedo percibido de volver a presentar la enfermedad ($p < 0.008$). Y a

mayor miedo de volver a padecer COVID-19, mayor fue la creencia de poder volver a infectarse ($p < 0.001$).

Fue valorado de forma objetiva el miedo al COVID-19 mediante la escala FCVS-19. Encontrándose que existe una relación directa entre el puntaje de la encuesta y el género femenino ($p < 0.019$).

El uso de la Escala de Miedo a COVID-19 (FCVS-19) puede dar lugar a la evaluación de los impactos psicológicos de COVID-19 en los individuos. ¹

Se encontró una relación directa entre el resultado de la escala FCVS-19 (miedo objetivo) y el temor de volver a padecer COVID-19 (miedo percibido) ($p < 0.001$).

A mayor miedo al COVID-19, mayor es el temor de volver a padecer la enfermedad ($p < 0.001$) y mayor es la creencia de volver a infectarse ($p < 0.048$).

Al temor de contraer el virus en una pandemia como la de COVID-19 se suma el impacto de los importantes cambios en nuestra vida cotidiana provocados por los esfuerzos para contener y frenar la propagación del virus. Ante las nuevas y desafiantes realidades de distanciamiento físico, el trabajo desde el hogar, el desempleo temporal, la educación de los niños en el hogar y la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos. ²⁷

Es conocido que existe una relación entre factores psicosociales y el inicio o progreso de enfermedades agudas de tracto respiratorio, y entre las

variables que más afectan los desenlaces de los pacientes se encuentra el estrés percibido, el afecto negativo, la ansiedad y depresión. ²⁸

Se ha evidenciado que las enfermedades virales respiratorias se asocian con consecuencias psicopatológicas tanto agudas como duraderas en los supervivientes. ²⁹

Se cree que los coronavirus podrían inducir secuelas psicopatológicas a través de la infección viral directa del sistema nervioso central (SNC) o indirectamente a través de una respuesta inmunitaria. ³⁰

En estudios clínicos, post-mortem, en animales, in vitro y en cultivos celulares se demostró que los coronavirus son potencialmente neurotrópicos y pueden inducir lesiones neuronales. ³¹

Igualmente, la exposición a los coronavirus se ha implicado en las enfermedades neuropsiquiátricas durante y después de los brotes del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS). ^{32, 33}

En relación a la literatura revisada, los supervivientes del SARS informaron de síntomas psiquiátricos como el TEPT, la depresión, el trastorno de pánico entre, 1 y 50 meses de seguimiento. ^{30, 33, 34, 35}

De acuerdo a un meta análisis realizado por Gardner y colaboradores sobre sobrevivientes de SARS, encontraron altas tasas de angustia (Chiu, 2004; Kwek et al., 2006). Cheng, Wong, Tsang y Wong, 2004 descubrieron

que el 65% de los pacientes con SARS, al mes de recuperación, puntuaban en el rango "leve, moderado o grave" de depresión y ansiedad.

Los estudios a largo plazo siguieron mostrando tasas considerablemente elevadas de morbilidad psicológica entre los supervivientes del SARS. En un estudio de seguimiento de un año, Lee et al., 2007, encontraron niveles elevados de malestar en la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS). Los autores concluyeron que el 64% de los supervivientes de su estudio eran "casos psiquiátricos potenciales". En otro estudio realizado por Mak, Chu, Pan, Yiu y Chan, 2009, basado en entrevistas diagnósticas estructuradas y dos cuestionarios de autoinforme, se encontró una incidencia acumulada del 58.9% de trastornos psiquiátricos a los 30 meses después del SARS. Lam et al., 2009, informaron de una alta tasa (42.5%) de morbilidad psiquiátrica en su amplia muestra hasta 4 años después de la infección.⁹

De acuerdo a Terry-Jordan y colaboradores, quienes realizaron una revisión bibliográfica narrativa, concluyeron que la pandemia COVID-19 genera trastornos psicosociales en los enfermos confirmados o sospechosos.²⁵

En relación al estudio de Wang, Pan y colaboradores (2020), informaron que el 53.8 % de las personas que estudiaron consideraron que el impacto psicológico de la COVID-19 es moderado a grave, el 16.5 % refirió síntomas depresivos, el 28.8 % síntomas de ansiedad.^{10, 25}

Si bien, es importante resaltar que el estudio dirigido por Wang y

colaboradores (2020), estuvo enfocado en evaluar a la población en general y el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19, y no tanto en valorar el impacto psicológico posterior a la enfermedad misma.

Aunque existe suficiente literatura que evidencia la asociación entre otros coronavirus y la psicopatología de algunas enfermedades mentales y pese a que la mayoría de la literatura en relación al COVID-19 se centra en la enfermedad misma, en sus repercusiones y complicaciones físicas y biológicas a corto, mediano y largo plazo, además, de la poca existencia de estudios que valoran el impacto psicológico y social de la infección por SARS-CoV-2, no podemos pasar por desapercibido valorar el impacto psicosocial provocado por este nuevo coronavirus, razón por la cual se decidió realizar este trabajo.

Posterior a haber presentado COVID-19 en todas sus severidades y de acuerdo a los resultados de nuestro estudio, más de la mitad de participantes (67.6%) reportó haber presentado secuelas y síntomas posteriores a la COVID-19, siendo las de mayor predominio: fatiga/cansancio, insomnio, sensación de falta de aire, dolor de articulaciones, parestesias de extremidades, debilidad muscular y tos persistente. Dichos hallazgos son similares a los descritos en la literatura posterior a la enfermedad y al tratamiento hospitalario del paciente con distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos como la fatiga, astenia, pérdida de peso, miopatía y polineuropatía. Contrario a lo presentado en la evidencia en donde se ha encontrado un 70-100% de déficits cognitivos al alta hospitalaria, un 46-80% al año y un 20% a los 5 años, en nuestro estudio ningún paciente tuvo pérdida o afección de la memoria posterior al

COVID-19.⁸

Aunque se presentan dos escenarios distintos, uno posterior a la enfermedad respiratoria grave donde fue necesario el ingreso en UCI y el presentado en nuestro estudio, donde la mayoría de los sujetos de estudio presentaron COVID-19 leve, resulta interesante la similitud de las secuelas presentadas posterior a la enfermedad.

Una limitante de nuestro estudio se debe principalmente a que no existen cohortes de casos que describan las secuelas a largo plazo de la infección de SARS-CoV-2, por lo que no podemos hacer una comparación directa con nuestros resultados. Esto abre camino para el estudio a largo plazo de las secuelas de la enfermedad COVID-19.

Además de los mecanismos inmunológicos, el miedo a la enfermedad, la incertidumbre sobre el futuro, el estigma, los recuerdos traumáticos de la enfermedad grave y el aislamiento social experimentado por los pacientes durante el COVID-19 son factores de estrés psicológico importantes que pueden interactuar en la definición del resultado psicopatológico.

Se demostró que el miedo al COVID-19 aumenta la depresión, la ansiedad y el estrés y disminuye la satisfacción con la vida. Un número limitado de estudios también demostró que el miedo al COVID-19 conducía a niveles más altos de angustia psicológica y mala salud mental.¹

Debido a la evidencia descrita, se valoraron la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en cada uno de los participantes, y similar a la

literatura, se encontró que la mayoría de los participantes presentaron síntomas de depresión y ansiedad.

Comparando la literatura con nuestros resultados, en poco más de la mitad de los pacientes se apreciaron síntomas de ansiedad (52.9%), siendo en su mayoría síntomas leves (25%), seguido de síntomas moderados (14.4%) y severos (13.1%). Cerca de la mitad de los participantes no presentaban síntomas de ansiedad (47.1%).

De igual forma, fueron valorados los síntomas de depresión y su severidad, encontrando como resultado que la mayoría de los encuestados presentaron depresión mínima (40.5%), seguido de depresión ligera (26.8%), moderada (13.1%), severa (11.7%) y moderadamente severa (7.9%).

Se encontró que contar con un empleo estable ($p<0.001$), un seguro médico ($p<0.009$) y tener un ingreso mensual superior al mínimo ($p<0.009$) está relacionado con la aparición de síntomas de ansiedad. Igualmente, el estado civil de soltería está relacionado con los síntomas de ansiedad ($p<0.004$).

Contar con un empleo estable también está relacionado directamente con la aparición de síntomas de depresión ($p<0.007$) y TEPT ($p<0.023$).

Sood y colaboradores, demostraron que los eventos perturbadores a gran escala están fuertemente asociados con los efectos negativos en la salud mental, siendo el trastorno de estrés postraumático el más frecuente,

seguido por la depresión, la ansiedad y otros trastornos psicológicos y de comportamiento.¹⁶

El grupo de investigadores liderado por Sun, halló una prevalencia de síntomas de estrés postraumático del 4.6 %.^{25, 36} En comparación con los hallazgos de esta investigación en donde cerca de una tercera parte de los sujetos de investigación presentaron síntomas asociados a TEPT: 18.6% con cuadro clínico grave, 8.2% con cuadro clínico parcial o al menos algunos de los síntomas estaban presentes y un 2.1% con diagnóstico probable de TEPT.

Como parte de esta investigación, se analizó el impacto social de la COVID-19 en cada uno de los participantes, dentro de las principales repercusiones sociales, los pacientes respondieron lo siguiente:

Un gran porcentaje de los afectados tuvo uno o más familiares con la enfermedad por COVID-19, solamente un 17% reportó que nadie más en su familia había padecido la enfermedad. De los familiares de los participantes que enfermaron también por COVID-19, en su mayoría fueron los padres 41%, hermanos 40%, cónyuges 38%, hijos 30%, abuelos 10% y otros 18%.

Aunque la diversidad familiar en el mundo aumenta exponencialmente, es muy común la prevalencia de familias extensas (aquellas constituidas por hasta tres generaciones) en México y por ende, la convivencia entre sus miembros es mayor por lo que estos altos porcentajes de familiares contagiados de COVID-19 era un valor a esperarse, muy probablemente

siendo la transmisión intrafamiliar la predominante.

De acuerdo a la evidencia descrita, en China, en donde la transmisión predominante fue la intrafamiliar, incluyendo amigos con un íntimo contacto con los casos: entre el 78 y el 85% ocurrieron de esta manera con una contagiosidad intensa persona-persona. En las agrupaciones de casos en familias en la provincia de Guandong y Sichuan, la tasa de ataque secundario intrafamiliar se estimó entre el 3 y el 10%. (OMS) De forma similar en los casos detectados en EEUU, se ha encontrado que esta tasa es de 0.45% (IC95%: 0.12%–1.6%) entre contactos próximos y de un 10.5% (IC95%: 2.9%–31.4%) para convivientes de una misma familia. ⁴

Estos datos podrían ser relevantes para abrir campo a la investigación y analizar la transmisión intrafamiliar en las familias mexicanas.

Analizamos también el número de familiares que murieron por COVID-19 como parte de impacto sociofamiliar de la enfermedad. Ya que de acuerdo a Wu, Chan y Ma, 2005, entre los predictores de la angustia psicológica tras el SARS, el hecho de que un miembro de la familia muriera a causa del SARS fue un factor significativo. ⁹

De acuerdo a la literatura revisada, se estima que como consecuencia de la COVID-19 el número de personas en situación de pobreza podría aumentar de 185 a 220 millones de personas, mientras que el número en extrema pobreza podría aumentar de 67.4 a 90 millones, y es probable que aumente la xenofobia. ^{25, 37, 38}

Por lo que otro de los factores sociales valorados en este trabajo fue relacionado a las repercusiones económicas sufridas por los participantes al momento de padecer COVID-19, dentro de las cuales reportaron un 7% con reducción de ingresos, 5% con pérdida del empleo y 2% con gastos inesperados.

En un estudio de Oliver y colaboradores (2020) que incluyó 156,614 participantes, señalaron que el 15% de los trabajadores de pequeñas empresas manifestaron que estaban en bancarrota y más del 19% tenían insuficientes ahorros para pagar deudas o comprar alimentos.^{38, 39}

En el presente estudio se analizaron las mayores dificultades de los participantes en relación a haber padecido la enfermedad COVID-19, siendo el aislamiento una de las razones que se presentó en un mayor porcentaje de los participantes, respondieron un 54% que alejarse/aislarse de la familia y 34% que estar en casa/aislamiento social, fueron considerados como lo más difícil de haber presentado la enfermedad COVID-19.

En un metaanálisis anterior se había concluido que la soledad es un factor de riesgo de mortalidad por todas las causas. Las personas que viven lejos de sus familias por motivos de educación o trabajo, o que están separadas de sus seres queridos por otros motivos, corren un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como depresión, ansiedad, etc. Las personas mayores que viven solas también están muy predispuestas.^{11, 40}

De acuerdo a Dai y colaboradores, 2020, quienes estudiaron el impacto

psicológico del brote de COVID-19 en trabajadores de la salud de China, concluyeron que un 39% presentó problemas psicológicos, sobre todo los que tenían vivencias del aislamiento y contagio de familiares o colegas.²⁵

41

Otras de las razones encontradas en este estudio, consideradas como lo más difícil de haber presentado COVID-19 fueron la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad (63%), la desinformación sobre la enfermedad (20%) y la inseguridad financiera (17%).

El rápido aumento del miedo y la ansiedad de las personas debido a la incertidumbre de la enfermedad va unido a medidas esenciales como los confinamientos y las cuarentenas. Éstas pueden dar lugar a importantes trastornos psicológicos y psiquiátricos como el trastorno de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad, los trastornos de pánico y los trastornos del comportamiento. Entre los factores predisponentes figuran el alejamiento de la familia, la soledad, la desinformación en los medios sociales, la inseguridad financiera y la estigmatización.¹⁶

CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES

En relación al impacto psicológico posterior a la infección por SARS-CoV-2, en poco más de la mitad se presentaron síntomas de ansiedad predominando la sintomatología leve, en menos de la mitad se presentaron síntomas de depresión mínima y en una tercera parte se presentaron síntomas asociados a TEPT predominando la sintomatología grave. Se encontró una relación directa entre la aparición de síntomas de TEPT y el tiempo de hospitalización de 1 a 7 días, así como no tener un tratamiento de ningún tipo posterior a la enfermedad.

La mayoría tenía la creencia de volver a infectarse y temían volver a padecer COVID-19. Se encontró una relación directa entre el temor de volver a padecer COVID-19 (miedo percibido) y el resultado de la escala FCVS-19 (miedo objetivo). A mayor miedo al COVID-19, mayor es la creencia de volver a infectarse y mayor es el temor de volver a padecer la enfermedad. No tener un tratamiento posterior a la enfermedad aumentó el miedo al COVID-19.

En relación al impacto social de la COVID-19 podemos concluir que un bajo porcentaje presentó repercusiones económicas como la reducción de ingresos, la pérdida del empleo y gastos inesperados. La mayoría no presentó rechazo o discriminación por haber presentado la enfermedad. Y la mayor dificultad durante la COVID-19 fue la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad.

En conclusión, podemos afirmar que el impacto de la COVID-19 no sólo tiene repercusiones médicas propias de una enfermedad, independientemente de su severidad, sino que trasciende y afecta en mayor o menor medida a todas las esferas del ser humano: biológica, mental y sociofamiliar.

CAPÍTULO X. REFERENCIAS

1. Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M.E. et al. (2020). Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. *Int J Ment Health Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00294-0>.
2. Varshney M, Parel JT, Raizada N, Sarin SK. (2020). Initial psychological impact of COVID-19 and its correlates in Indian Community: An online (FEEL-COVID) survey. *PLoS ONE* 15(5): e0233874. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233874>.
3. Hung LS. The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? *J R Soc Med* [Internet]. agosto de 2003 [citado 22 de agosto de 2020];96(8):374-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539564/>.
4. Burke RM. Active Monitoring of Persons Exposed to Patients with Confirmed COVID-19 — United States, January–February 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020 [citado 22 de agosto de 2020];69. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6909e1.htm>.
5. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections—More Than Just the Common Cold. *JAMA* [Internet]. 23 de enero de 2020 [citado 22 de agosto de 2020]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2759815>.

6. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
7. Hayes G. Revealed: the long-term severe effects of Covid-19 that could go on for months. The Telegraph [Internet]. 21 de mayo de 2020 [citado 22 de agosto de 2020]; Disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/revealed-long-term-severe-effects-covid-19-can-go-months/>.
8. Fernández-de-Sanmamed-Santos MJ, Riera-Armengol L, Serrano-Ferrández E. ¿Y después de la fase aguda de la COVID-19 qué...?. AMFsemFYC [Internet]. 18 de abril de 2020 [citado 14 de agosto de 2020] Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2628.
9. Gardner P., Moallem P. (2015). Psychological Impact on SARS Survivors: Critical Review of the English Language Literature. Canadian Psychology. 56(1), 123–135.
10. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International Journal

of Environmental Research and Public Health, 17(5), 1729.

11. Pakpour, A. & Griffiths, M. D. (2020). The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*. Advance online publication. <https://concurrentdisorders.ca/2020/04/03/the-fear-of-covid-19-and-its-role-in-preventive-behaviors/>.
12. Caamaño W, Liliana, Fuentes M, Diego, González B, Luis, Melipillán A, Roberto, Sepúlveda C, Marcelo, & Valenzuela G, Elizabeth. (2011). Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Revista médica de Chile*, 139(9), 1163-1168. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000900008>.
13. Huarcaya-Victoria, J., Villarreal-Zegarra, D., Podestà, A. et al. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addiction* (2020). <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>.
14. Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020) The Fear of COVID- 19 Scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
15. Schimmenti, A., Billieux, J., & Starcevic, V. (2020). The four horsemen of fear: an integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 41–45.

16. Sood S. Psychological effects of the Coronavirus disease-2019 pandemic. *Research & Humanities in Medical Education*. 2020;7:23-6. Disponible en: <https://www.research-gate.net/publication/340334814>.
17. Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3–8.
18. Mamun, M. A., & Griffiths, M. D. (2020). First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(102073), 102073. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102073>.
19. Cassiani-Miranda, C. A., Vargas-Hernández, M. C., Pérez-Aníbal, E., Herazo-Bustos, M. I., & Hernández- Carrillo, M. (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*, 37(Supl. 1), 112–120.
20. Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, 147, 53–60.
21. Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Bernabe-Ortiz, A., Melendez-Torres, G. J., & Bazo-Alvarez, J. C. (2019). Valid group comparisons

can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a measurement invariance study across groups by demographic characteristics. PLoS One, 14(9), e0221717. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>.

22. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.
23. Garcia-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Perez-Paramo, M., Lopez-Gomez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health and Quality of Life Outcomes, 8, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>.
24. Martín-Beristain, C. (2010): Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos. Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) e Instituto Hegoa de la Universidad del País Vasco UPV/EHU. Bilbao.
25. Terry-Jordán, Y. (2020). Aspectos psicosociales asociados a la pandemia por COVID-19. Revista Información Científica, vol. 99, núm. 6, pp. 585–595, 2020. <https://www.redalyc.org/journal/5517/551765549010/html/>.

26. Balluerka LN, Gómez BJ, Hidalgo MD, Gorostiaga MA, Espada SJP, Padilla GJL, Santed GA. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Publicación Universidad del País Vasco. [https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf].
27. Salud Mental y COVID-19. (s. f.). OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado 16 de noviembre de 2021, de <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>.
28. Falagas ME, Karamanidou C, Kastoris AC, Karlis G, Rafailidis PI. (2010). Psychosocial factors and susceptibility to or outcome of acute respiratory tract infections [Review article]. *Int J Tuberculosis Lung Dis* 2010;14(2):141-48.
29. Bohmwald, K., Galvez, N.M.S., Rios, M., et al., (2018). Neurologic alterations due to respiratory virus infections. *Front. Cell Neurosci.* 12, 386.
30. Wu, Y., Xu, X., Chen, Z., et al., (2020). Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behav. Immun.*
31. Desforges, M., Le Coupanec, A., Dubeau, P., et al., (2019). Human coronaviruses and other respiratory viruses: underestimated opportunistic pathogens of the central nervous system? *Viruses* 12.

32. Rogers, J.P., Chesney, E., Oliver, D., et al., (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*.
33. Mazza, M.G., et al., (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*. 89; 594–600. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>.
34. Cheng, S.K., Wong, C.W., Tsang, J., et al., (2004). Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychol. Med.* 34, 1187–1195.
35. Lam, M.H., Wing, Y.K., Yu, M.W., et al., (2009). Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. *Arch. Intern. Med.* 169, 2142–2147.
36. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, Liu N. Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. (2020). *Med Rxiv* (preprint) [en línea]. Doi: <https://dx.doi.org/10.1101/2020.03.06.20032425>.
37. CEPAL. (2020) COVID-19 tendrá graves efectos sobre la economía mundial e impactará a los países de América Latina y el Caribe. [<https://www.cepal.org/es/comunicados/covid-19-tendra-graves-efectos-la-economia-mundial-impactara-paises-america-latina>].

38. UNESCO. (2020). COVID-19: Más del 95 por ciento de niños y niñas está fuera de las escuelas de América Latina y el Caribe. [<https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/covid-19-mas-del-95-por-ciento-de-niños-y-niñas-estan-fuera-de-las-escuelas-de>].
39. Oliver N, Barber X, Roomp K, Roomp K. (2020). The Covid19 Impact Survey: Assessing the pulse of the COVID-19 pandemic in Spain via 24 questions. [<https://arxiv.org/abs/2004.01014>].
40. Rico-Urbe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. PLoS One.13(1):e0190033. Doi: 10.1371/journal.pone.0190033.
41. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. (2020). Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. Med Rxiv (preprint) Doi: <https://dx.doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>.

CAPÍTULO XI. ANEXOS

Anexo 1. CUESTIONARIO DE IMPACTO PSICOSOCIAL EN SOBREVIVIENTES DE SARS-CoV-2.

Fecha: _____

Número de encuesta: _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS

- 1. Género:** _____
1 Masculino 2 Femenino
- 2. Edad:** _____ (en años)
- 3. Escolaridad:** _____
1 Analfabeta 2 Primaria 3 Secundaria 4 Preparatoria 5 Técnica
6 Universidad 7 Otra: _____
- 4. Estado civil:** _____
1 Soltero 2 Casado 3 Unión libre 4 Divorciado 6 Viudo
- 5. Ocupación:** _____
1 Hogar 2 Empleado 3 Obrero 4 Comerciante 5 Profesionista
6 Jubilado 7 Desempleado 8 Otra: _____
- 6. Lugar de residencia:** _____
1 Monterrey 2 Guadalupe 3 San Nicolás de los Garza 4 Apodaca
5 San Pedro Garza García 6 Santa Catarina 7 Escobedo 8 Otra: _____
- 7. Religión:** _____
1 Católica 2 Bautista 3 Cristiana 4 Testigo de Jehová 5 Ninguna
6 Otra: _____
- 8. Cobertura médica:** _____
1 IMSS 2 ISSSTE 3 INSABI 4 Seguro de Gastos Médicos Mayores
6 No tiene 7 Otra: _____
- 9. ¿Aproximadamente cuál es su ingreso económico mensual?** _____
1 Mínimo 2 Inferior al mínimo 3 Superior al mínimo 4 Ninguno
- 10. ¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades?:** _____
1 Hipertensión Arterial 2 Diabetes Mellitus 3 Obesidad 4 Asma
5 EPOC 6 Enfermedad Renal Crónica
7 Insuficiencia Cardíaca 8 Cáncer 9 VIH
10 Tabaquismo 11 Ninguna 12 Otra: _____

EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD POR COVID-19:

- 11. ¿Hace cuánto tiempo presentó la enfermedad por COVID-19?:** _____
1 Hace menos de 15 días 2 Entre 15 y 30 días
3 Hace más de 30 días 4 Entre 30 y 60 días
5 Hace más de 60 días
- 12. ¿Necesitó hospitalización para tratar la enfermedad por COVID-19?:** _____
1 Si 2 No
- 13. En caso de haber requerido hospitalización, ¿cuántos días estuvo hospitalizado?:** _____
1 De 1 a 7 días 2 De 7 a 14 días
3 De 14 a 30 días 4 Más de 30 días
5 No requirió hospitalización

- 14. Requirió oxígeno:** _____ 1 Sí 2 No
- 15. Requirió intubación:** _____ 1 Sí 2 No
- 16. Si actualmente lleva o continúa con algún tratamiento, especificar de qué tipo:** _____
1 Medicamentoso 2 Rehabilitación 3 Ambos
4 Ninguno 5 Otro: _____
- 17. Si actualmente presenta algún síntoma o secuela de la enfermedad por COVID-19. Especificar cuál(es):** _____
1 Fatiga/Cansancio 2 Debilidad muscular
3 Dolor de articulaciones 4 Tos persistente
5 Sensación de falta de aire 6 Adormecimiento/hormigueo de las extremidades 7 Insomnio/Problemas para dormir 8 Problemas o pérdida de memoria 9 No presento ningún síntoma ni secuela de COVID-19
- 18. ¿Cree usted que podría volver a infectarse de COVID-19?:** _____
1 Sí 2 No
- 19. ¿Teme volver a padecer la enfermedad por COVID-19?:** _____
1 Sí 2 No
- 20. ¿Cree usted que aún puede transmitir la enfermedad por COVID-19 a otras personas?:** _____
1 Sí 2 No
- 21. ¿Alguien más en su familia se enfermó de COVID-19?:** _____
1 Cónyuge 2 Hijos 3 Hermanos 4 Abuelos 5 Padres
6 Nadie 7 Otro: _____
- 22. ¿Alguien en su familia falleció por COVID-19?:** _____
1 Cónyuge 2 Hijos 3 Hermanos 4 Abuelos 5 Padres
6 Nadie 7 Otro: _____
- 23. ¿Presentó alguna de las siguientes repercusiones económicas debido a la enfermedad por COVID-19?:** _____
1 Pérdida del empleo 2 Reducción en el salario 3 Ninguna
4 Otra: _____
- 24. Si ha sentido o actualmente siente rechazo o discriminación por haber padecido la enfermedad por COVID-19, especificar por quién(es):** _____
1 Familiares 2 Amigos 3 Compañeros de trabajo 4 Servidores Públicos 5 Personal de Salud 6 No he sentido rechazo por haber tenido la enfermedad 7 Otro: _____
- 25. ¿Qué ha sido o qué fue lo más difícil para usted en relación a la enfermedad?:** _____
1 Alejarse/aislarse de la familia 2 La incertidumbre del pronóstico de la enfermedad 3 La inseguridad financiera 4 Estar en casa/Aislamiento social 5 La desinformación sobre la enfermedad 6 Nada ha sido difícil 7 Otro: _____

Anexo 2. Escala de Miedo al COVID-19 - Versión Peruana (Huarcaya-Victoria, Villarreal-Zegarra, Podestá, Luna-Cuadros, 2020)

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
2. Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)	1	2	3	4	5
6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
Total					

(Las puntuaciones totales van de 7 a 35. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el miedo al COVID-19)

Anexo 3. Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B., 2006)

Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi cada día
0	1	2	3

1. Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.	0	1	2	3
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse.	0	1	2	3
5. Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto.	0	1	2	3
6. Sentirse fácilmente disgustado o irritable.	0	1	2	3
7. Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.	0	1	2	3
Total				

(0-4= No se aprecia ansiedad, 5-9= síntomas leves, 10-14= moderados, 15-21= graves)

Anexo 4. Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) (Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, et. al.)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3

1. Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso.	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión.	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera.	0	1	2	3
Total				

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Interpretación:

- Considere un Trastorno Depresivo: Si hay al menos 4 en la sección sombreada (incluidas las preguntas 1 y 2).
- Considere el Trastorno Depresivo Mayor: Si hay al menos 5 en la sección sombreada (una de las cuales corresponde a la Pregunta # 1 o # 2).
- Considere Otro Trastorno Depresivo: Si hay 2-4 en la sección sombreada (una de las cuales corresponde a la Pregunta # 1 o # 2).

Interpretación de la puntuación total (Severidad de la depresión):

1-4 Depresión mínima

5-9 Depresión ligera

10-14 Depresión moderada

15-19 Depresión moderadamente severa

20-27 Depresión severa

Anexo 5. Escala de Autoinforme del Impacto de Evento — Revisada (EIE-R) versión chilena (Caamaño L., et. al., 2011).

La siguiente es una lista de dificultades que a veces tienen las personas después de haber vivido un evento estresante. Por favor lea cada frase y luego indique cuán molesto (a) ha sido cada dificultad durante estos ÚLTIMOS SIETE DÍAS, encerrando en un círculo el número de la alternativa que mejor refleje su forma de sentir. ¿Cuánto le molestaron y afligieron estas dificultades?

Nada	Un poco	Moderado	Mucho	Extremadamente
0	1	2	3	4

1. Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes.	0	1	2	3	4
2. Tenía problemas para permanecer dormido.	0	1	2	3	4
3. Otras cosas me hacían pensar en el suceso.	0	1	2	3	4
4. Me sentía irritable y enojado.	0	1	2	3	4
5. Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido.	0	1	2	3	4
6. Pensaba en ello aún cuando no quería.	0	1	2	3	4
7. Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real.	0	1	2	3	4
8. Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Imágenes del suceso asaltaban mi mente.	0	1	2	3	4
10. Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.	0	1	2	3	4
11. Intentaba no pensar en el suceso.	0	1	2	3	4
12. Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver.	0	1	2	3	4
13. Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos.	0	1	2	3	4
14. Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el evento.	0	1	2	3	4
15. Tenía problemas para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.	0	1	2	3	4

17. Intentaba apartarlo de mi memoria.	0	1	2	3	4
18. Tenía problemas de concentración.	0	1	2	3	4
19. Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones fisiológicas tales como transpiración, dificultad al respirar, náuseas o taquicardia.	0	1	2	3	4
20. Soñaba con lo sucedido.	0	1	2	3	4
21. Me sentía vigilante y en guardia.	0	1	2	3	4
22. Intentaba no hablar de ello.	0	1	2	3	4
Total					

El EIE-R es una medida de autoinforme de 22 ítems (para el DSM-IV) que evalúa la angustia subjetiva causada por eventos traumáticos. Es una versión revisada de la versión anterior, la EIE de 15 ítems (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979). La EIE-R contiene siete ítems adicionales relacionados con los síntomas de hiperactivación del TEPT, que no estaban incluidos en la EIE original. Los ítems corresponden directamente a 14 de los 17 síntomas del DSM-IV del TEPT. El EIE-R proporciona una puntuación total (que va de 0 a 88) y también se pueden calcular las puntuaciones de las subescalas de Intrusión (preguntas 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20), Evitación (preguntas 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) e Hiperactividad (preguntas 10, 15, 18, 19, 21). En general, la EIE-R (y la EIE) no se utiliza para diagnosticar el TEPT, sin embargo, en la literatura se han citado puntuaciones de corte para un diagnóstico preliminar de TEPT.

Puntuación

≥ 24	El TEPT es una consideración clínica. Aquellos con puntuaciones así de altas que no tienen un TEPT completo tendrán un TEPT parcial o al menos algunos de los síntomas.
≥ 33	Representa el mejor punto de corte para un probable diagnóstico de TEPT
≥ 37	Indica un problema grave.

Anexo 6. Consentimiento Informado Electrónico

Título del Estudio	Impacto psicosocial en sobrevivientes de SARS-CoV-2
Nombre del Investigador Principal	Dr. med. Celina Gomez Gomez
Servicio / Departamento	Medicina Familiar
Teléfono de Contacto	8110480185
Persona de Contacto	Dr. Ricardo Rodríguez de la Garza
Versión de Documento	Formato de Consentimiento Informado Electrónico V 2.0
Fecha de Documento	28 de Enero de 2021

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación cuyo propósito es conocer el estado psicológico y social de las personas que presentaron enfermedad por coronavirus (COVID-19). Lo que Usted hará si decide participar es contestar un cuestionario que en conjunto suman 70 preguntas cortas con opción múltiple en sus respuestas, con una duración aproximada de 20 minutos y que tienen la finalidad de valorar el estado socioeconómico, así como la detección de síntomas de ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático, posterior a haber presentado COVID-19. No habrá costos para Usted por participar en este estudio de investigación. Su participación es estrictamente voluntaria, por lo que Usted no tiene que participar si no lo desea. Los posibles beneficios para Usted de participar incluyen la detección oportuna de las enfermedades previamente mencionadas y en el caso de tener un puntaje significativo, y si Usted lo autoriza, se puede brindar una valoración médica integral y completa, de forma gratuita, en el Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en Monterrey, Nuevo León. Si Usted acepta participar en la investigación, el médico del estudio recabará y registrará información personal confidencial. Esta información no contendrá su nombre completo ni su domicilio, pero podrá contener otra información acerca de Usted. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación. Sus datos no serán conocidos fuera de la Institución al me- nos que lo requiera nuestra

Ley. Debido a la naturaleza de las preguntas, puede presentar síntomas de ansiedad que incluyen: sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente o de pánico, aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada, sudoración, temblores, sensación de debilidad o cansancio, entre otros. En caso de presentar alguno de los síntomas mencionados, Usted puede decidir no seguir participando e interrumpir la encuesta y en el caso de que persista la sintomatología puede acudir a nuestra institución para su valoración. Si Usted está de acuerdo con la información proporcionada y si desea ser partícipe de dicho estudio, puede dar clic en el siguiente enlace que lo llevará al cuestionario electrónico mencionado anteriormente:

En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al Dr. José Gerardo Garza Leal, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al Lic Antonio Zapata de la Riva en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente.

Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.
CP 64460

Teléfonos: 83294050 ext. 2870 a 2874

Correo electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

CAPÍTULO XII. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Nací el 16 de enero de 1992 en el estado de Nuevo León, México. Mi padre se llama Ricardo Rodríguez de la Garza y mi madre es María Esthela de la Garza Aguilar; soy el mayor de dos hermanos. Nací, crecí y he vivido toda mi vida en el municipio de Guadalupe en Nuevo León.

Cursé la primaria y la secundaria en una escuela pública de mi localidad. Realicé mis estudios de bachillerato en la preparatoria No. 7 “Oriente” de la UANL y posteriormente estudié en la carrera de Médico Cirujano y Parto en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León del año 2009 al 2015. Durante mi formación como médico de pregrado fui nombrado Jefe de Becarios e Instructores del Servicio de Medicina Forense del Hospital Universitario, “Dr. José Eleuterio González” de agosto 2014 a julio 2015. Hice mi servicio social en Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria No. 4 de los Servicios de Salud de Nuevo León, en donde inició mi interés por el enfoque preventivo de la práctica médica.

Tras casi 4 años de trabajar como médico general, en donde descubrí la pasión por la consulta de primer contacto, ingresé a la especialidad en Medicina Familiar en el 2019 en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de Monterrey, N. L. Durante el posgrado fui apoyo docente de la materia de Propedéutica de Gerontología de la Escuela Preparatoria Técnica Médica, UANL y participé como ponente en el Simposio “Enfoque Biopsicosocial en paciente COVID+” con el tema “Agrupación de las implicaciones físicas y psicológicas del paciente con COVID19 para ofrecer un tratamiento con enfoque biopsicosocial. Actualmente miembro activo del Colegio de Medicina Familiar del Estado de Nuevo León. Mi principal objetivo es la atención médica integral desde un enfoque centrado en el modelo biopsicosocial, para los pacientes y sus familias.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. med. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ

Subdirector de Estudios de Posgrado del
Hospital Universitario de la U.A.N.L.
Presente:

Por medio de la presente hago constar que la tesis titulada "Impacto psicosocial en sobrevivientes de SARS-COV2" cuyo autor es el Dr. Ricardo Rodríguez de la Garza del programa de Medicina Familiar, ha sido revisada por el programa de Turnitin, encontrando un 11% de similitud y después de la interpretación de los datos se ha llegado a la conclusión que no existe evidencia de plagio de la tesis.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus finas atenciones me despido de usted.

ATENTAMENTE.

«Alere Flamamam Veritatis»

Monterrey, N.L. 21 de febrero de 2022



DR. RAÚL FERNANDO GUTIÉRREZ HERRERA.

Jefe del Departamento de Medicina Familiar.

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

8%

★ repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo



MEDICINA FAMILIAR

DR. RAUL FERNANDO GUTIERREZ HERRERA