

UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Nivel de estrés pos-COVID-19 y factores sociodemográficos relacionados en pacientes de la UMF N° 39 del IMSS”

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

MC. ALEJANDRA LÓPEZ ALEJANDRO

Director (es):

MED. ESP. RICARDO GONZÁLEZ ANOYA

MED. ESP. RUBÉN ANTONIO GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2023



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 10 del mes de enero de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Nivel de estrés pos-COVID-19 y factores sociodemográficos relacionados en pacientes de la UMF N° 39 del IMSS"

Presentada por el alumno (a):

López	Alejandro	Alejandra
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

2	0	1	E	7	0	0	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M.E. Ricardo González Anoya
M.E. Rubén Antonio González Fernández
Directores de Tesis

Dra. Zapata Vázquez Rosario

Dra. Calvo Martínez Tamara Guadalupe

Dra. Domínguez Vega Guadalupe Montserrat

Dra. Padrón Sánchez Herenia del Carmen

Dr. Sergio Quiroz Gómez



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura
del Área de
Investigación



Villahermosa, Tabasco, 02 de febrero de 2023

Of. No. 198/DACS/JI

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Alejandra López Alejandro
Especialización en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**Nivel de estrés pos-COVID-19 y factores sociodemográficos relacionados en pacientes de la UMF N° 39 del IMSS**" con índice de similitud **11%** y registro del proyecto **No. JI-PG-099**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez, Dra. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega, Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez y el Dr. Sergio Quiroz Gómez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialización en Medicina Familiar**, donde fungen como Directoras de Tesis: M.E. Ricardo González Anoya y el M.E. Rubén Antonio González Fernández.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dr. Ricardo González anoya. – Director de tesis
C.c.p.- M.E. Rubén Antonio González Fernández. – Director de tesis
C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Guadalupe Montserrat Domínguez Vega. - Sinodal
C.c.p.- Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. Sergio Quiroz Gómez. – Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCML/LMC/FJOD/lkrd*



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 16 del mes de diciembre del año 2022, el que suscribe, Alejandra López Alejandro, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 201E70021 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Nivel de estrés pos-COVID-19 y factores sociodemográficos relacionados en pacientes de la UMF N° 39 del IMSS”**, bajo la Dirección del Dr. Ricardo González Anoya, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: alelopez241190@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Alejandra López Alejandro

Nombre y Firma



Sello



Dedicatorias

Dedico con todo mi corazón mi tesis a mi madre, pues sin ella no lo habría logrado, por eso te doy mi trabajo de ofrenda por tu paciencia y amor madre mía.

A mi padre, por brindarme su soporte desde el primer día, tanto económico como moral, sus consejos y educación me han formado.

A toda la familia que ha estado conmigo y regalándome luz en mi camino.

A Dios pues me ha protegido a lo largo de mi vida.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo. A todos ellos dedico el presente trabajo, porque han fomentado en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

Por otro lado, es importante, reconocer el impulso que cada uno de mis profesores ha puesto en mí, a quienes creyeron en la posibilidad de un futuro brillante, quienes tuvieron a bien transmitirme lo mejor de ellos sin esperar retribuciones, a ellos, les digo, Gracias.

A mis directores de tesis el Dr. Ricardo González Anoya y el Dr. Rubén Antonio González Fernández quienes dedicaron tiempo y dedicación en la supervisión y guía de este proyecto de investigación.

Agradezco al Instituto de Seguridad Social por su acogida durante la praxis médica, así como la unidad familiar en la que he desarrollado este proyecto. También, agradezco profundamente el interés y apoyo de los pacientes que colaboraron en esta tesis.



Índice general

Dedicatorias	I
Agradecimientos	I
Abreviaturas	V
Glosario de términos	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
1. Introducción.....	1
2. Marco teórico	3
2.1 Hallazgos relacionado al estrés	3
2.2 Dimensiones de estrés	4
2.2.1 Aspecto físico.....	4
2.2.2 Aspecto psicológico.....	4
2.2.3 Aspecto conductual.....	4
2.2.4 Aspecto social	4
2.3 Afrontamiento.....	4
2.4 SARS-CoV-2.....	5
2.5 Biología del SARS-CoV-2	5
2.6 Fisiopatología de COVID-19.....	5
2.7 Salud pública y epidemiología de COVID-19.....	7
2.8 Tratamiento farmacológico	8
2.9 Vacunas y COVID-19.....	8
2.10 Estudios relacionados.....	9
3. Planteamiento del problema	13
4. Justificación.....	14
5. Hipótesis	16
5.1 Hipótesis de trabajo	16
5.2 Hipótesis nula	16
6. Objetivos	17
6.1 Objetivo general.....	17
6.2 Objetivos específicos	17



7. Material y métodos	18
7.1 Tipo de estudio	18
7.2 Población, lugar y tiempo de estudio	18
7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	18
7.4 Criterios de inclusión y exclusión	20
7.4.1 Criterios de inclusión	20
7.4.2 Criterios de exclusión	20
7.5 Instrumento	20
7.6 Procedimiento de la recolección de la información	21
7.7 Consideraciones éticas	22
7.8 Recursos y financiamiento	23
8. Resultados	24
Características sociodemográficas	24
8.1 Frecuencia del estrés post-COVID-19	26
8.2 Relación del estrés percibido en pacientes post-COVID-19 y variables sociodemográficas	27
Relación de los niveles de estrés percibido y distintas variables	27
8.3 Puntuaciones PSS-14 y variables sociodemográficas	29
Puntuaciones PSS-14 y variables sociodemográficas	29
8.4 Relación de la escala de estrés percibido con el género de los pacientes de la clínica 39 del IMSS	31
Relación de PSS-14 en ambos géneros	31
9. Discusión	32
9.1 Características sociodemográficas y estrés	32
9.2 Relación de secuelas con el estrés	33
9.3 Estrés percibido en pacientes post-COVID-19	34
10. Conclusiones	35
11. Perspectivas	36
12. Referencias bibliográficas	37
12. Anexos	46
Anexo 1. Operacionalización de las variables	46
Anexo 2. Cronograma de actividades	49
Anexo 3. Consentimiento informado	50
Anexo 4. Cuestionario de datos personales	53



Anexo 5. Instrumento percepción de estrés (PSS-14) 54

Índice de tablas

Características sociodemográficas 24
Agrupación de los puntajes de la escala PSS-14 26
Relación de los niveles de estrés percibido y distintas variables 27
Puntuaciones PSS-14 y variables sociodemográficas 29
Relación de PSS-14 en ambos géneros 31

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Abreviaturas

ERC	Enfermedad Renal Crónica
UMF	Unidad De Medicina Familiar
IMSS	Instituto Mexicano Del Seguro Social
ICTV	Comité Internacional De Taxonomía De Virus
ARN	Ácido Ribonucleico
ACE2	Encina Convertidora De Angiotensina
IGM	Inmunoglobulina
PSSS	Statistical Package For Social Sciences
PSS	Escala De Estrés Percibido
CLIS	Comité Local De Investigación En Salud
FAO	Organización De Las Naciones Unidas Para La Agricultura Y La Alimentación
OMS	Organización Mundial de la Salud
OIE	Organización Mundial De Sanidad Animal
SINOLAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica



Glosario de términos

1. COVID-19: Es la enfermedad respiratoria aguda causada por el virus SARS-CoV-2.
2. Estrés: Es una afección inducida por la exposición a un evento que produce trastornos psicológicos que duran ≥ 1 mes.
3. Post-COVID-19: Como el conjunto de signos y síntomas que se desarrollan durante o después de la infección relacionada a la COVID-19, persisten por más de 12 semanas y no pueden explicarse por un diagnóstico alternativo (NICE).



Resumen

Antecedentes: En diciembre de 2019 se origina en Wuhan (China) un brote infeccioso causado por un nuevo virus denominado SARS-CoV-2. Un mes después de la notificación inicial, la OMS declaró emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. Durante las etapas iniciales de la pandemia reveló que el 53.8% de la población total tenían trastornos mentales moderados a graves. Se sospecha que algunos factores sociodemográficos y la infección por SARS-COV-2 cursan con niveles de estrés variable, sin embargo, se tiene poca evidencia estadística en nuestro medio.

Material y Método: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se incluyeron adultos de 18-65 años con previo diagnóstico de COVID-19. Se le proporcionó el cuestionario PSS-14 y una cédula para las variables sociodemográficas, los cuales se recopilaron para su análisis en el programa estadístico IBM SPSS. Para el análisis de las variables se utilizó la frecuencia simple de porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, X^2 y t de student para variables categóricas y continuas respectivamente, el nivel de significancia se estableció con $p \leq 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 193 pacientes, de los cuales identificamos que las mujeres presentaron puntuaciones mayores de estrés en comparación a los hombres. Además, los pacientes que refieren secuelas posteriores a la enfermedad COVID-19 presentaron puntuaciones de estrés significativamente altas. A este respecto, el grupo de edad de 18-39 años presentó niveles altos de estrés. Las personas con secuelas post-COVID-19 a menudo presentaron estrés.

Conclusiones: Sugerimos que las personas que refieren manifestaciones de secuelas posterior al cuadro agudo se encuentran con mayor percepción de estrés. Además, el sexo femenino mostró predominio de estrés en nuestra muestra post-COVID-19. Se necesitan más investigaciones para evaluar el estrés en la población mexicana post-COVID-19.

Palabras clave: COVID 19, estrés, PSS-14.



Abstract

Background: December 2019 it was identified a new virus called SARS-CoV-2 originated in Wuhan (China), that induced an infectious outbreak. One month after the first communication, the WHO declared a Public Health Emergency of International Importance. A study of the initial phase of the pandemic revealed that 53.8% of all people presented a moderate-severe levels psychological impact. It is suspected that some sociodemographic factors and SARS-COV-2 infection cause variable stress levels, however, there is low evidence in that respect.

Material and Method: Quantitative, descriptive, and cross-sectional study. Adults aged 18-65 years with a previous diagnosis of COVID-19 were included. We assessment the PSS-14 and a schedule for the sociodemographic variables were provided, which were compiled for analysis in the IBM SPSS. Furthermore, the statistical analysis of the variables, the simple frequency was represented of percentages, measures of central tendency and dispersion, X² and t test for categorical and continuous variables, respectively, were used; the level of significance was established with $p \leq 0.05$.

Results: 193 patients were included, of which we identified that female presented greater impacts of stress compared to male. In addition, patients who reported sequelae post-COVID-19 presented significantly high stress. In this regard, the age group of 18-39 years presented high levels of stress. On the other hand, people with post-COVID-19 often presented stress.

Conclusions: we suggest that people who report manifestations of sequelae after the acute COVID-19 have a higher perception of stress. In addition, the female showed a predominance of stress in our post-COVID-19 sample. More research is needed to assess stress in the post-COVID-19 Mexican population.

Keywords: COVID 19, stress, PSS-14.



1. Introducción

En la actualidad el mundo tiene transformaciones de toda índole, el ser humano vive presionado por el cumplimiento de sus funciones, la nueva era nos acoge inmersa en una población globalizada, estremecida y compleja, provocando transformaciones en sus modalidades culturales y políticas, más presente este último en nuestro país. Las personas son presionadas por la eficiencia y se trabaja bajo el estandarte de medición y metas las cuales provocan un impacto en los habitantes.

El estrés es un riesgo que puede generar distintas enfermedades en cualquier órgano del cuerpo, aumentando las respuestas hormonales generadas por los estresores propiciando el desarrollo de estados inflamatorios, los cuales favorecen el desarrollo de cáncer, obesidad, patologías cardiovasculares, gastrointestinales e incluso trastornos depresivos.

El 12 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (Provincia de Hubei, República Popular de China), informó 27 pacientes con neumonía viral, 7 de los cuales se encontraban en estado crítico y habían estado expuestos. En respuesta, se llevaron a cabo estrategias de aislamiento y epidemiológicas, así como asesoramiento de la OMS de su centro de operaciones estratégicas en salud.

El análisis del agente causal reveló que se trataba de un betacoronavirus (ARN) con 29-39 similitudes de linaje con el SARS-CoV, por lo que se denominó SARS-COV-2.

Debido a la alta incidencia, la rápida propagación y gravedad, la infección por SARS-COV-2 se declaró pandemia el 11 de marzo de 2020. Al momento de esta proclamación los gobiernos de todo el mundo, incluido México, implementaron diversas estrategias de contención, como aislamiento, el distanciamiento social y otras medidas que afectan los patrones de comportamiento individuales, colectivos y biopsicológicos. Además del impacto social que afecta la salud mental de la población debido a un nuevo brote epidémico.



La falta de comunicación interpersonal entre las personas, el distanciamiento, las nuevas variantes, la falta de conocimientos de las vacunas y tratamientos específicos, así como el impacto económico y social generan inseguridad en la población con alto riesgo de sufrir algún trastorno mental. Así mismo, hubo un aumento de emociones negativas y una disminución de las emociones positivas.

La pandemia COVID-19 ha impactado la salud mental alrededor del mundo, demostrando en cierta medida, la vulnerabilidad que pueden experimentar las personas frente a eventos que amenazan su salud y su vida. La pandemia de COVID-19 refleja como la enfermedad física trasciende el ámbito biológico para afectar el ámbito mental, añadiendo síntomas psicológicos a la sintomatología habitual.

Por tal razón el siguiente estudio tiene como objetivo determinar ¿Cuál es el nivel de estrés percibido y factores sociodemográficos relacionados en los pacientes pos-COVID-19 que acuden a la unidad de medicina familiar N° 39 del Estado de Tabasco?



2. Marco teórico

2.1 Hallazgos relacionado al estrés

La existencia del estrés se remonta a los orígenes de la humanidad. El hombre primitivo tenía dos opciones: luchar o huir, cualquiera de las cuales le permitía liberar energía y responder al peligro.¹

El término estrés se usó originalmente en el siglo XVII en el contexto de "tensión" con una proyección "técnica". De hecho, el físico inglés Robert Hooke (1635-1703) utilizó el término en ingeniería, a través de la "ley de elasticidad" explica y aporta el concepto de "carga" (load), postulando que cuando una estructura es tensionada se produce un efecto de "estiramiento", produciendo un cambio de la forma.²

Analizando el concepto Thomas Young establece el término "estrés" desde el punto de vista físico como "stringere" (estrechar, estirar, tensar) el cual se define como "una respuesta dentro del objeto por una fuerza externa".³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2010, describe el estrés como el "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción". El estrés laboral es la respuesta que tiene un individuo a las exigencias del trabajo o al estrés que no corresponde con sus conocimientos y habilidades, poniendo a prueba su capacidad para afrontar los retos presentados.⁴

Estrés significa "tensión nerviosa". La palabra nació en los años 30 del pasado siglo, acuñada por el investigador Hans Selye, reconocido hasta su muerte como la máxima autoridad en el tema.⁵

Todos los estresores ya sean agudos o crónicos, pueden afectar negativamente la salud física y mental de quienes están expuestos a ellos, a través de mecanismos conductuales y/o fisiológicos, siendo esta la principal forma de activación.⁶

Las enfermedades que usualmente se observan, por actuación aguda de los estresores son úlceras por estrés, estados de shock, neurosis postraumática. Por



estrés crónico se producen finalmente afectaciones psicológicas o físicas, como alteraciones digestivas, mentales, cardiovasculares, neurológicas y psiquiátricas, disfunción familiar, trastornos sexuales, bajo desempeño laboral y adicciones.⁷

2.2 Dimensiones del estrés

2.2.1 Aspecto físico

Son múltiples los síntomas que puede causar el estrés, algunos de ellos son: cefalea, odinofagia, gastritis, náuseas, mareos, dolor precordial, lumbalgia, cervicalgia, alteraciones urinarias, disminución de la memoria, diaforesis, fatiga crónica, crisis de angustia, cambios en el hábito intestinal. Otras afecciones del estrés son metabólicas, del sistema reproductor y aceleración del envejecimiento celular.⁸

2.2.2 Aspecto psicológico

Están muy relacionados con las emociones negativas como la depresión, la ansiedad, la frustración y la ira, asociadas al estrés. Muchos de estos aspectos físicos son solo componentes de respuestas emocionales.⁹

2.2.3 Aspecto conductual

Suele estar provocada por comportamientos, como trastornos del habla, ingesta excesiva de alimentos, abuso de alcohol o drogas, pérdida de apetito, problemas de rendimiento, ideas suicidas, conducta impulsiva, etc.¹⁰

2.2.4 Aspecto social

En cuanto al funcionamiento social, se puede dividir en los siguientes niveles: la satisfacción alcanzada y como la persona desarrolla sus roles sociales.

2.3 Afrontamiento

Es el proceso de gestionar las demandas generadas por una situación y los recursos disponibles en ese momento, lo que finalmente conduce a una evaluación



estresante de la situación. No es necesario tener una solución, pero puede cambiarse la percepción de la situación, evitarla o aceptarla.¹⁰

2.4 SARS-CoV-2

A finales de diciembre del 2019, Wuhan, China informó casos de neumonía atípica cuya causa se desconocía en ese momento. Días después, el patógeno fue identificado como un nuevo coronavirus, el cual se denominó SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa como COVID-19.

Pasó de un brote aislado en la región de China a una emergencia de salud pública internacional y luego pandemia, debido a la cantidad acelerada de contagios y muertes.¹¹

2.5 Biología del SARS-CoV-2

La subfamilia se divide en cuatro géneros: alfa, beta, gamma y delta, los dos primeros infectan al humano. El SARS-CoV-2 es un virus envuelto, de aproximadamente 60-140 nm de diámetro; puede tener forma esférica, elíptica o pleomórfica. El genoma viral tiene aproximadamente de 27-32 kb y codifica proteínas estructurales y no estructurales.¹²

Las proteínas estructurales son: Spike (S), de membrana (M) y de envoltura (E), en las accesorias están la hemaglutinina esterasa (HE), la 3, la 7a, entre otras. Su función es el anclaje y entrada del virus a las células del huésped. El anclaje se localiza en la proteína S cuya afinidad es el ACE2.¹³

2.6 Fisiopatología de COVID-19

El virus SARS-CoV-2 se transmite por el aire en forma de aerosoles o gotitas finas. Tiene tropismo por tejidos de la nasofaringe y las vías respiratorias, por la expresión de ACE2 en estos tejidos. La infección ocurre en tres etapas: la primera ocurre en la nasofaringe, no genera una respuesta inmune fuerte y en esta cursan los asintomáticos. La segunda etapa implica la infección de las vías respiratorias



inferiores, bronquios y bronquiolos; con inflamación pulmonar y puede haber hipoxia en algunas ocasiones. La tercera implica los alvéolos, estructuras de intercambio gaseoso, formados por los neumocitos tipo I y II.¹⁴

Posteriormente, esta «endotelitis» favorece la acumulación de células inflamatorias y, por consiguiente, apoptosis y piroptosis. Este fenómeno de cascada es la base de la disfunción de la microcirculación y la macrocirculación en varios lechos vasculares y de sus consecuencias clínicas en los tipos vasculares sistémicos (corazón, cerebro, riñón, aparato digestivo, etc.).¹⁵

La enfermedad se caracteriza por una respuesta hiperinflamatoria que desencadena una mayor liberación de citoquinas proinflamatorias, proceso conocido como “tormenta de citoquinas”. La desregulación de la respuesta inmunitaria provoca linfopenia (de los linfocitos T CD4,+ CD8+ y B) y un aumento de la proporción neutrófilos-linfocitos. También hay evidencia de aumentos en los marcadores inflamatorios, como los reactantes de fase aguda.¹⁶

La mayoría de los síntomas de COVID-19 son inespecíficos y comunes a otros cuadros gripales: fiebre, tos, disnea, astenia, mialgias, cefalea, anosmia, molestias faríngeas, rinitis o rinorrea, náuseas o vómitos y diarrea. Cuando existe alta replicación del virus en el tejido pulmonar y una respuesta inflamatoria exagerada o “tormenta de citocinas”, se puede presentar un síndrome de distrés respiratorio agudo que puede requerir oxígeno a altas concentraciones, ingreso a UCI y ventilación mecánica.¹⁷

El daño endotelial y la coagulopatía en pacientes con COVID-19 están asociados a múltiples mecanismos fisiopatológicos entre ellos: isquemia, alteraciones metabólicas y estrés oxidativo, la liberación de citocinas como IL-6 y TNF- α y otros subproductos derivados por la excesiva respuesta inflamatoria que causan lesión de las células endoteliales, lo que, unido a otros factores como la expresión del factor tisular, inducido por la tormenta de citoquinas pro inflamatorias, comprometen la recuperación del paciente.¹⁸



2.7 Salud pública y epidemiología de COVID-19

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades sanitarias de Wuhan, provincia de Hubei, China informaron la presencia de 27 casos de Síndrome Respiratorio Agudo de causa desconocida, asociada a un mercado de mariscos y alimentos.¹⁹

El 7 de enero de 2020 se confirmó la presencia de un nuevo coronavirus, de linaje B. Tailandia informó el primer caso confirmado en un paciente de 61 años, que vivía en Wuhan. El 14 de enero, Japón notificó un caso confirmado de neumonía con antecedente de viaje a Wuhan (propagación entre países).²⁰

El 30 de enero, un mes después de la notificación inicial, se declaró una Emergencia Sanitaria de Importancia Internacional y el 11 de febrero, la OMS coordinada con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), anuncian el nombre de la enfermedad como COVID-19.²¹

El primer caso en México se registró el 27 de febrero del 2020, implementando una serie de medidas para prevenir la diseminación del virus en nuestro país, como suspensión de actividad no esencial, distanciamiento social, restricciones de reunión y cuarentena domiciliaria (Secretaría de Salud, 2020). Al 10 de junio el número de casos confirmados era de 120102 y el número de muertes 14053.²²

Desde ese momento en el estado de Tabasco se difundió información en medios de comunicación, videoconferencias, entrevistas, cápsulas, etc., relativa al nuevo virus, la contingencia epidemiológica y las medidas preventivas esenciales para evitar el contagio. A pesar de esto, en menos de un mes en nuestro estado se confirma el caso de COVID-19, el 17 de marzo.²³

Alrededor de 490 millones de personas en el mundo sufren de estrés. Según la Asociación Americana de Psicología esto representa el 48%, afectando el ámbito laboral y personal de quienes lo padecen.²⁴



Un estudio de Wang et al. en China, encontró en la etapa inicial de la pandemia, que el 24.5% del total de personas presentaron afectación psicológica mínima; el 21.7% moderada; y el 53.8% moderada-grave. Además, las mujeres y los estudiantes tenían mayor estrés durante el brote de la enfermedad.²⁵

Según el meta-análisis realizado por Alfonso J. Rodríguez Morales y colaboradores, el cual utilizó 19 estudios publicados en el periodo del 1 de enero hasta el 23 febrero del 2020. En publicaciones realizadas en China y una en Australia, incluyendo un total de 2874 pacientes. Encontró comorbilidades en hasta el 36.8% de los pacientes, de las cuales, las de mayor relación al pronóstico fueron hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular.²⁶

La investigadora Ozamiz Etxebarria y colaboradores recolectaron datos sociodemográficos y psicológicos, valorando variables como estrés, ansiedad y depresión. La muestra se recogió a través de un cuestionario online con un muestreo de bola de nieve no probabilística. Se encontró que más de una cuarta parte de los participantes referían síntomas de depresión (27,5%), ansiedad (26,9%) y estrés (26,5%).²⁷

2.8 Tratamiento farmacológico

El médico, sigue en su ejercicio ensayo-error y de aprendizaje, la cual es una estrategia en la que se prescriben fármacos que han demostrado cierta utilidad antes de ser debidamente autorizados por las autoridades regulatorias, aguardando la esperanza de encontrar un fármaco eficaz que ayude al control total de la pandemia siempre bajo la máxima *primum non nocere*. Es probable que se descubran más medicamentos que demuestren ser efectivos contra el SARS-CoV-2 o sus complicaciones y que otros medicamentos se eliminen de la lista debido a su falta de utilidad.²⁸

2.9 Vacunas y COVID-19

La vacunación contra el COVID-19 comenzó en la mayoría de los países de ingresos altos a finales de diciembre de 2020. Las cinco vacunas aprobadas por la



Agencia Europea de Medicamentos se basan en el mismo antígeno viral, la proteína S del SARS-CoV-2. Dos de ellas están basadas en la tecnología de ARNm: Pfizer/BioNTech y Moderna; otras dos en un vector no replicativo insertado en su ADN: AstraZeneca y vacuna de Janssen y otra la subunidad S del virus: Novavax.²⁹

Sin embargo, el control de la pandemia depende no sólo de la disponibilidad y acceso a las vacunas, sino también por parte de la población. A la fecha (febrero 2022), el 37.6% de la población aún no ha sido vacunada. Esto es de esperar, ya que parte de la población duda o rechaza vacunarse, ya que creen en teorías conspirativas que afectan negativamente la aceptación de estas medidas preventivas.³⁰

2.10 Estudios relacionados

(Trujillo, H. 2021) En el estudio “asociación entre características sociodemográficas síntomas estrés y ansiedad durante el COVID-19” encontraron que la edad y no tener pareja aumentaban la probabilidad de síntomas depresivos severos y los jóvenes estrés elevado, usando la PSS-14.³¹

(Barraza, M. 2020). Por su parte en el estudio “El estrés de la pandemia COVID-19 en población mexicana” encontró en la población encuestada un nivel alto de estrés utilizando el instrumento SISCO de Estrés de Pandemia.³²

(Palacio, R. 2021), en su estudio “Aceptación de la salud mental en médicos residentes de anestesiología durante la pandemia COVID-19” utilizando la escala PSS-14, encontró que el 73.8% de los residentes informaron sentirse estresados de vez en cuando o a menudo, sobre todo aquellos que fueron aislados en alguna etapa de la pandemia y 57.1% de los residentes fueron identificados con problemas de insomnio.³³

(Camiloangas, V. 2020), al investigar “el estrés y afrontamiento en enfermeras del servicio de emergencias de COVID-19 en el hospital marino SCIPPA de Comas”



utilizando la escala de Nursing Stress Scale (NSS) para medir el nivel de estrés, reportó que el 48% presentó estrés alto y 52% estrés medio.³⁴

(Martínez, Perez 2020), en el estudio que realizó “efecto de COVID-19 sobre estados efectivos emocionales de la población adulta en puerto padre” aplicando la escala DASS-21 durante la pandemia realizó un análisis de correlación encontrando asociación significativa y positiva con ansiedad y estrés.³⁵

(Flores, D.2021), la investigación realizada en “estrés ansiedad y depresión durante y pos- pandemia, de COVID-19 en trabajadores”, la cual aplicó la Escala Sintomática de Estrés de “SEPPPO ARO” y la Escala de Depresión y Ansiedad de “BECK”. Encontró que el 60% de los trabajadores presentaron sintomatologías relacionadas a estrés normal con tendencia a afecciones de estrés. Un 65% de los trabajadores presentaron estados de ansiedad y 34% presentaron estado de depresión.³⁶

(De los Angeles, O. 2021), Realizó un estudio sobre “ansiedad, depresión y estrés en proveedores de salud ante el COVID-19” utilizando la escala DASS-21, y obtuvo resultados en los que el estrés se clasificó como leve en un 8.5%, 4.3% moderado, 3.4% como severo y el 1.3% extremadamente severo.³⁷

(Velasco, Yanez., 2021) En su estudio “Estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador” empleando la escala PSS-10 cita que en Colombia el 14.3% puntuaron para estrés percibido alto. Descubrió que, si un miembro de la familia tenía una enfermedad crónica o había sido diagnosticado con COVID-19, los niveles de estrés aumentaban. También encontró que la muerte de un familiar por COVID-19 tuvo un efecto en los niveles de estrés percibido por los participantes.³⁸

(Aruca Calderón, 2021) en su estudio: “Estrés, vinculaciones afectivas y personalidad: un estudio en familiares de personas afectadas por COVID-19” utilizando la escala PSS-14, describe que los familiares de personas infectadas por COVID-19 sufren estrés de manera regular. Estos resultados corroboran lo



encontrado previamente en otros estudios, que el miedo e incertidumbre ante nuevas situaciones pueden conducir a un mayor grado de estrés y ansiedad en personas sin afectación psicológica previa.³⁹

(Soqui Lizarraga, 2022) En su estudio “Nivel de percepción de estrés y ansiedad en la población de la UMF 28 ante la pandemia de COVID-19” utilizando la escala PSS-10 y variables sociodemográficas, determina que la percepción de estrés mínima es de 91.7% y el 8.3% como alta percepción de estrés. Encontrando en sus resultados, que aquellos participantes con percepción de niveles altos de estrés y ansiedad, es en personas con nula escolaridad o quienes no se encuentran en pareja.⁴⁰

(Isola, Paula 2021) En su estudio “Pandemia COVID-19: el impacto en la variación de peso y su relación con hábitos alimentarios y estilo de vida” utilizó la escala PSS-14 en mujeres de 18-79 años, demostró que la distribución de la percepción del estrés moderado fue del 83.1%, percepción baja con un 14.1% y alta en 2.7%. La media se situó en un puntaje de 25.64, con un mínimo 2 y máximo de 46 puntos.⁴¹

(Sardin, B., 2020), en Madrid España, analizaron el impacto psicológico de la pandemia en la población española y el confinamiento nacional vivido durante los meses de marzo y abril de 2020 con el Cuestionario Online de Impacto Psicológico del Coronavirus, la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre-12, y las escalas PANAS. Los resultados indican que el mayor estrés generado corresponde al contagio, la muerte, el aislamiento, así como la afectación en el área laboral, por ende, el ingreso económico.⁴²

(Seminario, C. Perú, 2021) en su estudio investigó los Factores asociados a síntomas de trastorno de estrés postraumático en población Piurana, durante la pandemia por COVID-19, utilizando DASS-21. De los 167 participantes el 13.2% se identificó con estrés postraumático. Los factores asociados post COVID-19 a mayor estrés fue el nivel educativo superior técnico, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, enfermedades coronarias y alteraciones mentales previas.⁴³



(Krishnamoorthy, y et. al., India. 2020). Realizaron una revisión sobre trastornos psiquiátricos en el contexto de la pandemia. Los resultados encontrados incluyeron mala calidad del sueño en un 40%, estrés en 34%, ansiedad y depresión en porcentaje menor.⁴⁴

(Qiu D et al. 2020) Investigó la prevalencia combinada de síntomas de estrés postraumático en personas expuestas a traumas como resultado del brote de COVID-19 el cual fue del 28.3%. Los análisis mostraron que los adultos mayores y el género masculino estaban asociados con una mayor prevalencia de síntomas de estrés postraumático.⁴⁵

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3. Planteamiento del problema

Para enero del 2020, el director general de la Organización Mundial de la Salud declaró que la infección provocada por el SARS-Cov-2 había cumplido con todos los criterios para ser clasificada como una emergencia internacional.

Existe evidencia de que el aumento de citocinas en pacientes con COVID-19, conduce a hiperactividad del eje Hipotalámico-Hipofisario-adrenal. Así, la presencia de la enfermedad y los miedos que genera, parece influir en el sistema neuroendocrino con el desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión y estrés tanto en la población general como en los pacientes de COVID-19.⁴⁶

La evidencia revisada hasta el momento sugiere que los grupos más vulnerables en esta pandemia son las mujeres, los adultos mayores, las personas con enfermedades crónicas degenerativas, contactos con familiares COVID positivos y el estado civil; este puede ser un factor asociado a la presentación de ciertos niveles de estrés, por lo que se requiere generar evidencia en la realidad tabasqueña.

Por tanto, la presente investigación procura dar a conocer el nivel de estrés percibido en pacientes que cursaron con COVID- 19 uno a dos meses posterior, así como ciertos factores sociodemográficos. Asimismo, el tema en investigación tiene valor práctico, porque los resultados obtenidos serán socializados con las autoridades de dicha institución. En lo metodológico este estudio aporta un nuevo enfoque en la línea de investigación de salud mental y psiquiatría, debido a la situación actual por la cual estamos pasando. El aporte científico del estudio es que será útil como una fuente bibliográfica para próximas investigaciones, donde pretendan medir los programas de acción de salud mental para disminuir el estrés post-COVID, así como la derivación oportuna a los servicios que requieran.

¿Cuál es el nivel de estrés pos-COVID-19 y factores sociodemográficos relacionados en pacientes de la UMF N° 39 del IMSS?



4. Justificación

Un primer acercamiento conduce a reconocer que la jornada de distanciamiento social y las medidas de seguridad sugeridas por las autoridades obligan a las personas a actuar de un modo específico, diferente a lo que cotidianamente hacía, las cuales pueden volverse estresores y desencadenar el proceso de estrés.⁴⁷

Los brotes epidémicos, considerados desastres naturales, tienen un impacto significativo en el comportamiento y el bienestar psicológico de gran parte de la población. Actualmente hay pocos estudios disponibles sobre el efecto psicológico de enfermedades infecciosas similares al Covid-19, pero los resultados demuestran que las personas afectadas presentan síntomas elevados de estrés, estrés postraumático y tendencias suicidas.⁴⁸

El deterioro de la salud mental de la población general se deriva en alteraciones en la salud física y social, los cuales se presentan con sintomatología y evolución variable, aumentando la morbilidad de padecimientos que derivan del estrés, así como alteraciones psicopatológicas en personas que tenían una enfermedad mental previa o aquellas que nunca las habían experimentado, así como aumento en el índice de mortalidad, asociado a la pandemia por Covid-19. Desgraciadamente en América Latina no se da la importancia necesaria a las enfermedades mentales debido a estereotipos equivocados, fundamentalmente porque la sociedad no busca ayuda, desconoce el origen de sus síntomas o piensa que éstos son momentáneos. Desafortunadamente México es el segundo país en América Latina que ha sido afectado en la salud mental de su población por el Covid-19.^{49-51.}

Es poca la investigación sobre el estrés psicológico en el contexto de la pandemia en nuestro país, con mayor énfasis en depresión y ansiedad, sin embargo, el nivel de estrés y la duración de este puede condicionar estados patológicos físicos, mentales y sociales que pueden derivar de un mal diagnóstico y tratamiento inadecuado. Un estudio realizado en nuestro país asoció algunas variables, sin embargo, desconocemos la influencia de ciertos factores sociodemográficos como



el estado civil, la escolaridad, la aplicación de vacunas o presencia de secuelas en los individuos investigados que pueden predisponer a presentar diferentes niveles de estrés.

A pesar de que existe en el Instituto el Programa Integral de Salud Mental, módulos de PrevenIMSS con pruebas de tamizaje para detectar afectaciones mentales, cursos en línea sobre estrategias de salud ante el Covid-19 para el personal médico, psicólogos en algunas unidades de medicina familiar y Psiquiatría en segundo nivel de atención, es importante reconocer el impacto mental que tiene el Covid-19 el cual afecta a la población que atendemos. Como hemos mencionado anteriormente la población tiene poca información o desconoce acerca de la salud mental, los servicios con los que contamos en esa área y como pueden acceder a estos. La alteración de la salud mental también tiene como consecuencia otros estados patológicos físicos o sociales que pueden afectar la calidad de vida de nuestros pacientes, por lo que es importante conocer el escenario en el que nos enfrentamos en la vida diaria para identificar los grados de estrés que pueden condicionar complicaciones, diagnosticar oportunamente, brindar un tratamiento eficaz y derivar a otros servicios si es necesario.



5. Hipótesis

5.1 Hipótesis de trabajo

Los factores sociodemográficos se relacionan con el estrés en pacientes post-COVID-19 que acuden a la consulta de la unidad de medicina familiar N° 39 del IMSS.

5.2 Hipótesis nula

Los factores sociodemográficos no se relacionan con el estrés en pacientes post-COVID-19 que acuden a la consulta de la unidad de medicina familiar N° 39 del IMSS.



6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Analizar el nivel de estrés percibido y los factores sociodemográficos relacionados en los pacientes post-COVID-19 que acuden a una unidad de medicina familiar N° 39 del Estado de Tabasco.

6.2 Objetivos específicos

1. Examinar los diferentes niveles de estrés percibidos en pacientes post-COVID -19 que acuden a la consulta de la unidad de medicina familiar N° 39 del IMSS de 18-65 años.
2. Identificar los factores sociodemográficos que se relacionan con un índice de mayor estrés percibido en pacientes post-COVID-19.



7. Material y métodos

7.1 Tipo de estudio

El presente estudio de investigación es de tipo observacional debido a que no se manipularon las variables del estudio, asimismo transversal. Cuantitativo, en el cual se aplicarán escalas que producirán datos los cuales serán sometidos a un análisis estadístico, al respecto, refiere que el método cuantitativo utiliza un método de medición como cuestionarios y análisis demográficos que producen números, los cuales son analizados estadísticamente para verificar las variables definidas operacionalmente. Estos resultados se presentaron en tablas estadísticas, gráficas y análisis numérico.

Analítico ya que se relacionan los factores sociodemográficos con la presencia de diferentes grados de estrés en pacientes post-COVID-19.

7.2 Población, lugar y tiempo de estudio

La unidad de medicina Familiar N° 39 del IMSS, en Villahermosa, Tabasco, cuenta con el servicio de consulta externa de medicina familiar atendiendo a derechohabientes y sus familias, así como un área de epidemiología la cual se encarga de recolectar la información a través de los estudios epidemiológicos los cuales se reportan en la plataforma de SINOLAVE donde se recabó la información necesaria para conocer la población que se estudió en los meses de agosto-septiembre.

7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra

La muestra fue conformada por todos los participantes que cumplieron con la característica de haber padecido COVID-19 con prueba PCR y/o prueba rápida positiva uno a dos meses anterior y que acudieron a la consulta externa de la unidad, que se atendieron de agosto a septiembre del 2022, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión propuestos para el protocolo.



Se obtuvo un universo de 386 pacientes con edad comprendida entre los 18-65 años atendidos en la unidad.

Para calcular la muestra se utilizó la ecuación estadística para una población finita:

Dónde:
$$n = \frac{N \cdot Z_a^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q}$$

n= tamaño de la muestra

N= Total de la población

Z= Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza = 95% - puntuación Z = 1.96

p= probabilidad de que ocurra el evento estudiado (en este caso 50%=0.5)

q= 1-p = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (1-0.5=0.5)

e= error de estimación máximo aceptado= 5%

Sustituyendo:
$$n = \frac{386 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (386-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 193 \text{ pacientes}$$



7.4 Criterios de inclusión y exclusión

7.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de la unidad de medicina familiar el cual haya cursado con COVID-19 uno a dos meses después.
- Género: indistinto
- Edad: de 18 a 65 años

7.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que cursaron con COVID-19 en el periodo del muestreo o que tenían menos de un mes o más de 2 meses.
- Menores de 18 años y mayores de 65 años
- Pacientes que no hayan firmado consentimiento informado.
- Pacientes que habían iniciado la contestación de la encuesta, sin embargo, no desearon continuar con su participación.

7.5 Instrumento

Para el presente estudio se utilizó una cedula de datos personales y se utilizó la escala de estrés percibido PSS-14 (Anexo 4 y 5).

La cedula de datos personales indagó la edad en años cumplidos, el género, los años de estudios, el estado marital, presencia de secuelas post-COVID, religión, si tienen vacuna COVID y el número de dosis aplicadas.

Para valorar el estrés percibido se utilizará la Escala de estrés percibido (PSS-14), versión de Cohen, Kamarak y Mermelstein, es una de las más usadas para evaluar el estrés y mide hasta qué grado las situaciones de vida se perciben como estresantes; culturalmente ha sido adaptada en México por González y Landero. Su tiempo aproximado de aplicación es de 8-10 min. La escala evalúa el nivel de estrés experimentado en el último mes y consta de 14 ítems con una escala de respuesta



de cinco puntos en el cual: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo. La puntuación total de la escala se obtiene mediante una inversión de las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 de la siguiente manera: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0 y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación recae un mayor nivel de estrés. Un valor de 0-14 indicaba que casi nunca o nunca está estresado; de 15-28, de vez en cuando está estresado; de 29-42, a menudo está estresado y de 43-56, muy a menudo está estresado.

Mediante estudios realizados para la obtención de niveles de estrés, la escala de estrés percibido PSS-14 muestra una validez del 0,83% según el alfa de cronbach.

7.6 Procedimiento de la recolección de la información

Este estudio fue validado por el comité local de investigación en salud CLIS-27 y aprobado por el director de la UMF N° 39. La escala de estrés percibida y la cedula de datos sociodemográficos fue aplicada en la sala de espera, previo a pasar a la consulta de medicina familiar. Se presentó y se estableció comunicación formal con los participantes y se le explicó el objetivo de la investigación, se solicitó su participación voluntaria de forma verbal y escrita mediante el consentimiento informado (anexo 3), se le reiteró que la información es confidencial, se le informó además que puede negarse a participar en el estudio y era respetable su decisión. También, en el momento que decidiera retirarse del estudio podría hacerlo libremente sin que esto afecte su atención médica en la unidad de salud.

Una vez iniciada la relación personal para el levantamiento de datos se aplicó la cedula de datos personales y el PSS- 14. Al finalizar la entrevista se le proporcionó el resultado obtenido y agradeció la participación en el estudio, se hicieron las recomendaciones pertinentes y estrategias de cuidados, así como la propuesta de acudir con su médico familiar para valoración integral y seguimiento si lo requiere.



Obtenida la información a partir del llenado de la cedula de datos sociodemográficos y la escala PSS-14 utilizadas como instrumento de recolección se ingresaron a la base de datos en Excel para su posterior análisis en el programa estadístico IBM SPSS.

Una vez validados los datos capturados se realizó el análisis estadístico a cada una de las variables (cualitativas o cuantitativas), según su caso obteniendo tablas de frecuencia simple en porcentaje y medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de X^2 de Pearson y t de Student, los cuales se presentan en tablas y gráficas.

7.7 Consideraciones éticas

Las investigaciones se realizan conforme al Reglamento de la Ley General de Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, 14 Fracción I, III, V, VII y VIII, Artículo 16, 17 fracción II, Artículo 18 (secretaría de Salud, 1987). Título Segundo Capítulo I. Artículo 13.⁵²

Así como el párrafo de la declaratoria de Helsinki, la investigación médica estuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se reconocieron las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se prestó atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.⁵³

Durante el desarrollo de la entrevista y en el procedimiento con cada participante, se establecieron reglas de respeto. A saber, los principios de respeto, a la dignidad humana, el derecho a ser informado acerca de la naturaleza del estudio, el derecho de no participar, las responsabilidades del investigador y los riesgos y beneficios del



estudio, artículo 14 Fracción V. Se obtuvo el consentimiento informado y por escrito de los pacientes que fueron sujeto de estudio. La investigación se realizó por profesional de medicina familiar con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, se contó con los recursos necesarios que garantizaron el bienestar del sujeto de investigación. Artículo 14, Fracc. VII.

Se contó con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética del Hospital General de Zona N° 2. Artículo 17, Fracc. II. Esta investigación se consideró como investigación de riesgo mínimo, protegiéndose la integridad del sujeto de estudio cuidando que no sufriera daño alguno. Artículo 21, Fracc, VI, VII, VIII.

Al sujeto de estudio se le garantizó que recibiría respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

7.8 Recursos y financiamiento

Se realizó la presente investigación, contando con la infraestructura y espacios disponibles adecuados, apropiados para la recolección de información, así como la previa autorización del director de la unidad médica. Con recursos humanos como el personal médico: asesor de investigación y asesor clínico, así como el residente del tercer año de medicina familiar adscritos a la clínica N° 39 del instituto mexicano del seguro social familiarizados con el tema a investigar. Recursos materiales como lápiz, lapiceros, hojas con la cedula de datos sociodemográficos y la escala PSS-14, equipos de cómputo, impresoras, software estadístico IBM SPSS, hojas de datos de Excel, base de datos del SINOLAVE, los cuales fueron financiados por los investigadores a cargo. No se cuenta con financiamiento externo ni patrocinios.

El presente estudio fue factible ya que contó con la población de estudio, la cual es derechohabiente de la institución y las herramientas para su realización fueron parte de la atención habitual que reciben estos pacientes por parte del instituto mexicano del seguro social.



8. Resultados

En el presente estudio se incluyeron 193 pacientes con antecedente de la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2 de la clínica No. 39 del IMSS, el 58.54% (n=113) fueron mujeres y 41.46% (n=80) hombres. No obstante, solo el 76.68% (n=148) recordaba haber padecido COVID-19 anteriormente. Además, el grupo de edad más frecuente fueron las personas de 18-39 años (Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas

Variables	n	%
Edad (años)		
18-39	123	63.8
40-49	37	19.2
50-59	30	15.5
60-65	3	1.5
Sexo		
Femenino	113	58.5
Masculino	80	41.5
Escolaridad		
Primaria	5	2.5
Secundaria	8	4.1
Bachillerato	39	20.1
Licenciatura	118	61.1
Otros	23	11.9
Estado civil		
Casado	62	32.1
Divorciado	7	3.6
Soltero	93	48.1
Unión libre	28	14.5
Viudo	3	1.5
Religión		
Católico	137	78.9
Evangélico	24	14.0
Adventista	12	6.2



Mormón	3	1.5
Otras	17	6.2
Antecedente COVID-19	148	76.6
Identifica secuela post-COVID-19	79	40.9
Vacuna COVID-19	192	99.5
Número de dosis vacuna COVID-19		
Primera dosis	3	1.6
Segunda dosis	3	1.6
Tercera dosis	117	60.6
Cuarta dosis	18	9.3

Fuente: Datos obtenidos de la cedula de datos sociodemográficos de 193 pacientes.
Abreviaciones: n: número, %: porcentaje.



8.1 Frecuencia del estrés post-COVID-19

El estrés se estratificó en niveles que indican la percepción en el último mes como casi nunca o nunca (0-14), de vez en cuando (15-28), a menudo (29-42) o muy a menudo (43-56). En ese sentido, los pacientes presentaron estrés de vez en cuando con mayor frecuencia en mujeres (Tabla 2).

Tabla 2

Agrupación de los puntajes de la PSS-14

Escala PSS 14	<i>n</i>	%
Casi nunca o nunca	22	11.3
De vez en cuando	105	54.4
A menudo	61	31.6
Muy a menudo	5	2.6

Fuente: Datos obtenidos de la PSS-14 de 193 pacientes. Abreviaciones: *n*: número, %: porcentaje.

En nuestro estudio identificamos que el 54.4 % ($n=105$) de los pacientes presentan niveles de estrés entre 15-18 puntos (de vez en cuando). Las puntuaciones más altas (43-56) se presentaron en 2.6% de la muestra ($n=5$) y las más bajas en 11.3% ($n=22$).



8.2 Relación del estrés percibido y variables sociodemográficas

Tabla 3 Relación de los niveles de estrés percibido y distintas variables

Variables	Casi nunca o nunca		De vez en cuando		A menudo		Muy a menudo	
	(n)	x ² , p	(n)	x ² , p	(n)	x ² , p	(n)	x ² , p
Edad (años)								
18-39	12	0.90,0.34	63	1.38,0.23	43	1.76,0.18	5	2.92,0.08
40-49	4	0.01,0.90	19	0.17,0.67	14	0.82,0.36	0	1.21,0.27
50-59	4	0.13,0.71	22	5.13 0.02	4	5.48,0.01	0	0.94,0.33
60-65	2	9.21, <0.01	1	0.54,0.46	0	1.40,0.23	0	0.08,0.77
Genero								
Femenino	9	3.18,0.07	61	0.02,0.88	41	2.75,0.09	2	0.72,0.39
Masculino	13	3.18,0.07	44	0.02,0.88	20	2.75,0.09	3	0.72,0.39
Escolaridad								
Primaria	0	0.66,0.41	1	2.44,0.11	4	5.56,0.01	0	0.13,0.71
Secundaria	1	0.01,0.92	5	0.22,0.63	2	0.16,0.68	0	0.22,0.63
Bachillerato	4	0.63,0.80	23	0.41,0.52	11	0.26,0.60	1	<0.01,0.99
Licenciatura	13	0.04,0.83	62	0.42,0.51	39	0.29,0.58	4	0.76,0.38
Otros	4	0.92,0.33	14	0.44,0.50	5	1.17,0.27	0	0.69,0.40
Estado civil								
Casado	7	0.01,0.97	39	2.66,0.10	16	1.42,0.23	0	2.42,0.11
Soltero	17	1.35,0.24	89	0.09,0.75	54	0.66,0.41	5	0.87,0.35
Unión libre	5	1.35,0.24	16	0.09,0.75	7	0.66,0.41	0	0.87,0.35
Religión								
Católico	15	0.09,0.75	69	3.10,0.78	49	3.78,0.05	4	0.20,0.65
Evangélico	4	0.75,0.38	17	2.98,0.08	3	4.62,0.03	0	0.72,0.39
Adventista	0	1.64,0.19	6	0.10,0.75	6	2.0,0.15	0	0.34,0.56
Mormón	0	0.39,0.53	2	0.18,0.66	0	1.40,0.23	1	11.41, <0.01
Otras	3	0.72,0.39	11	0.79,0.37	3	1.68,0.19	0	0.49,0.48
Antecedente COVID-19								
Identifica secuela	5	3.40,0.06	39	1.36,0.24	34	8.08, <0.01	1	0.93,0.33
Vacuna								
Primera	0	0.39,0.53	2	0.18,0.66	1	<0.01,0.94	0	0.08,0.77
Segunda	0	0.39,0.53	2	0.18,0.66	1	<0.01,0.94	0	0.08,0.77
Tercera	14	0.09,0.75	61	0.61,0.43	38	0.10,0.74	4	0.80,0.36
Cuarta	2	<0.01,0.96	10	0.01,0.91	6	0.02,0.86	0	0.52,0.46

Fuente: Datos obtenidos de la cedula de datos sociodemográficas y la PSS-14.
Abreviaciones: n: número; M: Media; DE: desviación estándar, x²: chi cuadrada.



Además, los pacientes de 50-59 años percibieron estrés de vez en cuando ($n=22$), pero no presentan estrés a menudo ($n=0$) en el último mes. En comparación, el grupo de edad de 60-65 años casi nunca o nunca percibieron estrés ($n=2$).

Los derechohabientes de la clínica con escolaridad básica de primaria presentaron estrés a menudo en los últimos 30 días ($p=0.01$).

Por otra parte, las personas con secuelas post-COVID-19 a menudo presentan estrés ($p<0.01$) (Tabla 3). También, identificamos que las personas que practican la religión católica y evangélica presentan estrés a menudo y los mormones muy a menudo.



8.3 Puntuaciones PSS-14 y variables sociodemográficas

En nuestro estudio los pacientes que refieren secuelas posteriores a la enfermedad COVID-19 presentaron puntuaciones de estrés significativamente altas (27.35 ± 7.49). A este respecto, el grupo de edad de 18-39 años presentó niveles altos de estrés (26.33 ± 8.23). Por el contrario, la puntuación de la escala PSS-14 fue menor en pacientes con edades mayores en los grupos de 50-59 ($p < 0.01$) y 60-65 años ($p = 0.01$). De igual forma el género femenino tuvo una mayor puntuación media (26.31 ± 7.22) respecto al masculino (23.70 ± 9.06).

Tabla 4

Puntuaciones PSS-14 y variables sociodemográficas

Variables	Puntuación PSS-14 (media \pm DE)	t, p
Edad (años)		
18-39	26.33\pm8.23	2.53,0.01
40-49	25.37 \pm 7.55	0.12,0.90
50-59	21.70 \pm 6.92	-2.63, <0.01
60-65	13.66 \pm 2.51	-2.52,0.01
Sexo		
Femenino	26.31\pm7.22	2.23,0.02
Masculino	23.70 \pm 9.06	2.14,0.03
Escolaridad		
Primaria	29.20 \pm 7.39	1.10,0.26
Secundaria	23.25 \pm 5.52	-0.70,0.48
Bachillerato	25.38 \pm 8.32	0.13,0.89
Licenciatura	25.72 \pm 8.23	1.04,0.29
Otros	22.30 \pm 7.74	-1.85,0.06
Estado civil		
Casado	23.64 \pm 6.97	-1.88,0.06
Soltero	25.65 \pm 8.07	1.76,0.08
Unión libre	22.75 \pm 8.09	-1.76,0.08
Religión		
Católico	25.79 \pm 8.31	1.51,0.13
Evangélico	22.37 \pm 7.69	-1.85,0.06
Adventista	27.66 \pm 3.49	1.07,0.28



Mormón	29.0±13.52	0.80,0.41
Otras	22.35±7.45	-1.53,0.12
Antecedente COVID-19	25.49±7.63	0.80,0.42
Identifica secuela post-COVID-19	27.35±7.49	3.08, <0.01
Vacuna		
Primera dosis	28.33±4.16	0.66,0.50
Segunda dosis	28.33±4.16	0.66,0.50
Tercera dosis	25.31±8.48	0.17,0.86
Cuarta dosis	26.11±8.30	0.48, 0.63

Fuente: Datos obtenidos de la clínica 39 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Villahermosa en el periodo de agosto-octubre 2022. Abreviaciones: n: número; M=media; DE: Desviación estándar; t: t de student; p= ≤0.05.



8.4 Relación de la escala de estrés percibido con el género de los pacientes de la clínica 39 del IMSS

La puntuación media PSS-14 fue de 25.23 ± 8.11 , con una puntuación mínima de 5 y máxima de 46. Al comparar las medias, se identificó que fueron significativas altas para las mujeres en los ítems E1 ($p=0.03$), E8 ($p=0.000410$) y E14 ($p=0.038$). Además, las mujeres presentaron puntuación mayor (26.31 ± 7.22) en comparación a los hombres (23.70 ± 9.06), como se observa en la Tabla 2.

Tabla 5

Relación de PSS-14 en ambos géneros

PSS-14	Puntuaciones (M \pm DE)	Femenino (M \pm DE)	Masculino (M \pm DE)	t, p
E1	1.70 \pm 1.10	1.84 \pm 1.11	1.51 \pm 1.05	2.10,0.03
E2	1.74 \pm 1.09	1.79 \pm 1.04	1.67 \pm 1.15	0.76,0.44
E3	2.24 \pm 1.04	2.32 \pm 0.99	2.12 \pm 1.11	1.32,0.18
E4	1.61 \pm 0.97	1.60 \pm 0.89	1.63 \pm 1.08	-0.25,0.80
E5	1.52 \pm 1.07	1.61 \pm 1.07	1.41 \pm 1.06	1.26,0.20
E6	1.40 \pm 0.96	1.47 \pm 0.93	1.31 \pm 1.01	1.17,0.24
E7	1.47 \pm 0.93	1.53 \pm 0.94	1.40 \pm 0.92	0.95,0.33
E8	1.84 \pm 0.94	2.04 \pm 0.91	1.56 \pm 0.91	3.59, <0.01
E9	1.44 \pm 0.90	1.50 \pm 0.85	1.35 \pm 0.95	1.17,0.24
E10	2.01 \pm 1.09	2.11 \pm 1.05	1.87 \pm 1.14	0.40,0.13
E11	2.06 \pm 1.02	2.08 \pm 1.01	2.03 \pm 1.03	0.34,0.73
E12	2.54 \pm 1.03	2.64 \pm 0.96	2.41 \pm 1.11	1.55,0.12
E13	1.60 \pm 0.87	1.60 \pm 0.86	1.60 \pm 0.90	0.01,0.98
E14 0.038	1.98 \pm 1.11	2.12 \pm 1.06	1.78 \pm 1.15	2.09,0.03
Puntuación total 0.027	25.23 \pm 8.11	26.31 \pm 7.22	23.70 \pm 9.06	2.23,0.02

Fuente: Datos obtenidos de la PSS-14 (anexo 5) de 193 pacientes. Abreviaciones: n: número; M=media; DE: Desviación estándar; t: t de student; $p \leq 0.05$.



9. Discusión

9.1 Características sociodemográficas y estrés

En nuestro estudio las personas mayores de 50 años presentaron menor puntuación en la escala PSS-14 post-COVID-19. En ese sentido, un informe australiano mostró que las personas con edades mayores de 60 años presentaron niveles altos de bienestar en comparación con adultos jóvenes (18-35 años) los cuales presentaron niveles altos de estrés asociados a trastornos del ánimo (depresión y ansiedad).⁵⁴ La edad avanzada se ha considerado como un estado reductivo de gasto energético en eventos fisio-anatómicos generando así menor precisión en la codificación de proteínas y la inmunosenescencia.⁵⁵

En nuestro estudio el sexo femenino se asoció a mayores niveles de estrés. Diversos autores proponen que el sexo puede ser determinante en relación con el estrés, y sugieren que la mujer presenta mayores niveles de estrés que los hombres. En ese sentido, Barraza Macías en su estudio identificó mayor estrés percibido en el género femenino, estableciendo que las mujeres son las que más sintomatología asociada al estrés presentan debido a la pandemia por COVID-19. Debido probablemente al rol atribuible en el ámbito social, familiar e individual, incluso por factores hormonales.³²

La escala de estrés percibido permitió identificar que los pacientes post-COVID-19 que se encuentran en unión libre y casados respectivamente presentan menor estrés que los solteros. Diversos autores mencionan que el estado civil como el divorcio es un factor relacionado con el estrés. Además, la pérdida de empleo también se considera un evento asociado a las puntuaciones altas en la escala de estrés percibido.⁵⁶ Resultados similares a lo publicado por Trujillo Hernández y Martínez Pérez en donde las personas que se encontraban sin pareja o en convivencia en solitario presentaban mayor riesgo de alteraciones mentales como



estrés, ansiedad y depresión.^{31,35} Una posible causa es que al encontrarse con alguna pareja sentimental pueden contar con un vínculo afectivo positivo que les puede proveer de apoyo emocional y psicológico. Por otro lado, los que practican la religión católica presentaron niveles elevados de estrés y los evangélicos menores niveles. Estos hallazgos concuerdan con un estudio prospectivo realizado en veteranos de Estados Unidos, en quienes la asistencia a servicios religiosos parece proporcionarles protección contra los trastornos de salud mental de nueva aparición como trastorno de estrés postraumático, ideación suicida y consumo elevado de alcohol.⁵⁷

9.2 Relación de secuelas con el estrés

En nuestro estudio las personas que identificaron secuelas post-COVID-19 presentaron niveles altos de estrés. El COVID-19 se ha caracterizado por alta morbi-mortalidad alrededor del mundo, generando manifestaciones agudas de la enfermedad, así como síntomas persistentes que se extienden más allá del período inicial. Se ha encontrado que los resultados adversos, además de respiratorios, ocurren en diferentes sistemas: como el cardiovascular, neurológico e inmunológico. También, manifestaciones dermatológicas, gastrointestinales y renales. Por otro lado, varios autores han evaluado el efecto en la salud mental de los enfermos.⁵⁸

Los síntomas persistentes tras la infección por SARS-CoV-2 ocurren en pacientes que fueron hospitalizados debido a la presentación grave de COVID-19 y también en las personas que presentaron enfermedad leve, e incluso en sujetos con infección asintomática.⁵⁹ En un estudio transversal en una muestra de 70 pacientes en Chile identificaron que el 25% de los pacientes presentaron síntomas de depresión y el 33% de ansiedad un mes posterior al egreso hospitalario.⁶⁰ En este sentido, diversos autores mencionan manifestaciones extrapulmonares post-COVID-19 en todos los sistemas del cuerpo humano manifestado síntomas a medio y largo plazo como desesperanza y cuadros de estrés postraumático. Además, se



identificaron alteraciones del estado del ánimo (depresión y ansiedad) en trabajadores sanitarios que participaron activamente en la reciente pandemia.⁶¹

En ese sentido se ha asociado el estrés como precursor de enfermedades neuropsiquiátricas como la ansiedad y la depresión.⁶² Hay diversos estudios donde relacionan las secuelas psicológicas con los niveles de estrés, haciendo énfasis al estrés postraumático, sin embargo, falta evidencia de la afectación del estrés ante secuelas pulmonares, reumatológicas, etc.

9.3 Estrés percibido en pacientes post-COVID-19

Los pacientes post-COVID-19 mostraron distintos niveles de estrés percibido en nuestro estudio, con mayor índice de estrés de vez en cuando y mayor frecuencia en mujeres, similares al estudio realizado por Velazquez Yanez en donde encontraron que la población presentaba un índice moderado de estrés con mayor incidencia en el género femenino, difiriendo del estudio de Trujillo Hernández en donde se encontraron niveles altos de estrés, estas diferencias pueden deberse a que debido a que transcurre el tiempo los niveles de estrés disminuyen, los avances científicos van aumentando, como es la aplicación de vacunas, ya que en nuestro hay un alto porcentaje en la aplicación de las mismas.^{31,38.}

Las presentaciones graves de COVID-19 ocasionaron ingresos en unidades de cuidado intensivos. Este evento estimuló una experiencia estresante generando problemas psicológicos para la familia, como el miedo y la ansiedad. En relación con el estrés generado se asoció principalmente a la participación repentina y la condición física inestable de sus pacientes. También, otros factores estresantes identificados fueron el temor a que las condiciones agravaran, el desconocimiento de la condición de los pacientes durante la hospitalización, la sospecha de infección de ellos mismos u otros familiares, y desconocimiento de los cuidados otorgados a sus familiares durante la hospitalización.^{63,64}



10. Conclusiones

Con los resultados obtenidos nosotros sugerimos que las personas que refieren manifestaciones de secuelas posterior al cuadro agudo se encuentran con mayor percepción de estrés. En relación con los factores sociales algunos se encuentran relacionados a niveles elevados de estrés en los pacientes post-COVID-19 como los que practican la religión católica. Por el contrario, los evangélicos presentan menos estrés. Además, los adultos mayores de 50 años parecen tener factores o protectores por los cuales el nivel de estrés es significativamente menor.

El sexo femenino mostró predominio de estrés en nuestra muestra post-COVID-19.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



11. Perspectivas

Es importante reforzar la información y consejería sobre el programa integral de Salud Mental a los profesionales de Salud que cuenta el Instituto Mexicano del Seguro Social para brindarles a los derechohabientes las herramientas necesarias para afrontar los distintos niveles de estrés post-COVID-19 que pueden percibir en el ámbito individual, familiar y social. Orientarles sobre los módulos de PrevenIMSS los cuales cuentan con pruebas de tamizaje si presentan afectación psicológica y mental, así como material en línea en las plataformas de CLIMSS. Derivar a los pacientes que presenten índices altos de estrés a los servicios de Psicología y Psiquiatría si lo requieren. De esta forma se podrá enfrentar las crisis familiares sin alterar la dinámica familiar y repercutir en la vida de los pacientes.

El estrés puede estar limitado por múltiples sesgos de acuerdo con los factores externos, sociales y/o sociodemográficos involucrados en el contexto de cada individuo. Se requiere establecer parámetros de estrés y evaluar grupos control para comparar a las personas post-COVID-19 con el resto de la población tabasqueña.



12. Referencias bibliográficas

1. Oviedo, O. S., Orozco, J. S., & Rodríguez, R. R. Tratamiento Integral Del Estrés. 2020.
2. Vidal Lacosta, V. El Estrés Laboral: Análisis Y Prevención. El Estrés Laboral, 1-176. 2019.
3. Vidal Lacosta, V., Moreno Aznar, L. U. I. S., & Morales Blanquez, C. A. R. L. O. S. Estudio Del Estrés Laboral En Las Pymes En La Provincia De Zaragoza. Diseño Preventivo Del Estrés Laboral [Tesis]. Zaragoza: Universidad De Zaragoza. Facultad Ciencias De La Salud. 2018
4. Cárdenas Carriel, J. L. Incidencia Del Estrés Laboral En El Personal De Primer Nivel De Atención Del Distrito 12d05 Palenque–Vinces-Salud, enero-junio 2019 (Doctoral Dissertation, Quito/Uide/2020).
5. Núñez, D. P., Viamontes, J. G., González, T. E. G., Vázquez, D. O., & Cabrerías, M. C. Conocimientos Sobre Estrés, Salud Y Creencias De Control Para La Atención Primaria De Salud. Revista Cubana De Medicina General Integral, 30(3), 354-363. 2014.
6. Pando-Moreno, Manuel; Gascón-Santos, Santiago; Varillas-Vilches, Walter; Aranda-Beltrán, Carolina Exposición a factores psicosociales laborales y sintomatología de estrés en trabajadores peruanos. Revista Ciencia Unemi, vol. 12, núm. 29, 2019.
7. Manrique Bautista, A. B. Prevalencia De Ansiedad Y Estrés Percibido Y Su Relación Con Factores Sociodemográficos En Estudiantes De Pregrado De Medicina En Pandemia Por Covid–19, Arequipa 2021
8. Kevin de Jesús Peñafiel Ochoa, Geraldine Soley Preciado Orrala, José Adolfo Solórzano Vélez, José Luis Salazar Párraga. Respuesta metabólica al estrés en pacientes adultos. Recimund. 2019; 3 (1).



9. Elisabeth1 ER, Meza L. ESTRÉS ACADÉMICO PERCIBIDO POR LOS ESTUDIANTES QUE FINALIZAN EL PRIMER AÑO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DE LA UNNE. Edu.ar. 2022.
10. Rosario Isabel Niño-Higuera, Xochitl Yadira Bravo-Paz, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo, Carolina Santillan-Torres y Mario Ricardo Gallardo-Contreras. Estrés percibido y estrategias de afrontamiento en el equipo de enfermería: implicaciones para su formación. Revista de Psicología y educación, 2019.
11. Mojica-Crespo R, Morales-Crespo MM. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. Semergen. 2020; 46 (1),72–84.
12. Alejandro García A, Pavón Romero GF, Carreto Binaghi LE, Bandera Anzaldo J, Alvarado Amador I. Etiología y fisiopatología del SARS-CoV-2. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica [Internet]. 2020;33(s1):5–9.
13. Alex Javier Sánchez Valverde, Cynthia Elena Miranda Temoche, Catty Rafaela Castillo Caicedo, Norma Betsabe Arellano Hernández, Tania Magali Tixe Padilla. Covid-19: fisiopatología, historia natural y diagnóstico. Rev Eug Esp. 2021, 15 (2).
14. Manta B, Sarkisian AG, García-Fontana B, Pereira-Prado V. Fisiopatología de la enfermedad COVID-19. Odontoestomatología [Internet]. 2022 [citado el 20 de julio de 2022];24(39).
15. Guzmán RR-, Miranda EMC, Castillo NS, Guzmán-Díaz P, Dorta-Contreras AJ. Lesión endotelial, inmunología y neurotropismo en la fisiopatología de las complicaciones de los pacientes con la COVID-19. Rev cuba investig bioméd. 2021 [citado el 20 de julio de 2022];40(2).
16. Rincón MS, Carvallo Ruiz DE, Martínez Núñez EN, Cristancho MC. COVID-19: Fisiopatología e inmunopatología. Bvsalud.org. [citado el 20 de julio de 2022].



17. Salgado S, Maiso A, González Torralba F. Epidemiología y fisiopatología de la COVID-19. *Revistadepatologiaspiratoria.org*. [citado el 20 de julio de 2022].
18. León-García M, Hernández-Rodríguez Y, Vento-Pérez RA. Fisiopatología de la lesión endotelial y las alteraciones de la coagulación en pacientes con COVID 19. *Rev cienc médicas Pinar Río*. 26 (1) 2022.
19. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J; Et Al; For The China Novel Coronavirus Investigating And Research Team. A Novel Coronavirus From Patients With Pneumonia In China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 382:727-33. 2.
20. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J; Et Al. Clinical Characteristics Of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia In Wuhan, China. *Jama* 2020; 323:1061-9
21. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen Ym, Wang W, Song Zg; Et Al. A New Coronavirus Associated With Human Respiratory Disease In China. *Nature* 2020;579(7798):265-9.
22. Fuentes Delgado D, Angulo-Bazán Y. Desafíos bioéticos en el contexto de la pandemia por el COVID-19 en Latinoamérica. *Rev Latinoam Bioet*. 2020;20(1):11–3.
23. P, Ramírez Martínez G, Carrillo OL, Rosas JA, Dra C, Fabiola De Jesús M, et al. INNOVACIÓN ORGANIZACIONAL EN LA PANDEMIA SARS-CoV-2 (COVID-19). *Remineo.org*. 2022.
24. OMS. Informe Sobre La Salud En El Mundo 2003: Forjemos El Futuro. Ginebra, Organización Mundial De La Salud; 2003.
25. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J; Et Al. Clinical Characteristics Of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia In Wuhan, China. *Jama* 2020; 323:1061-9



26. Rodríguez-Morales Aj, Cardona-Ospina Ja, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguin-Rivera Y, Escalera-Antezana Jp, Et Al. Clinical, Laboratory And Imaging Features Of Covid-19: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Travel Med Infect Dis.* 2020;(January).
27. Ozamiz-Etxebarria N, Idoiaga Mondragon N, Dosil Santamaría M, Picaza Gorrotxategi M. Psychological symptoms during the two stages of lockdown in response to the COVID-19 outbreak: An investigation in a sample of citizens in Northern Spain. *Front Psychol.* 2020; 36 (4).
28. Del Carpio Orantes Luis. La evolución del tratamiento farmacológico contra COVID-19. *Med In Mex.* 2021; 37 (5): 842-845.
29. Godoy P, Castilla J, Astray J, Godoy S, Tuells J, Barrabeig I, et al. Hacia el control de la COVID-19 a través de la vacunación: obstáculos, desafíos y oportunidades. *Gac Sanit,* 2022;36 (S1):S82–6.
30. Caycho-Rodríguez T, Gallegos M, Valencia PD, Vilca LW, Moreta-Herrera R, Puerta-Cortés DX, et al. Creencias en teorías conspirativas sobre vacunas COVID-19 en la Comunidad Andina de Naciones. *Bol malarial salud ambient.* 2022;62(2):123–8.
31. Trujillo-Hernández, P. E., Gómez-Melasio, D. A., Lara-Reyes, B. J., Medina-Fernández, I. A., & Hernández-Martínez, E. K. Asociación Entre Características Sociodemográficas, Síntomas Depresivos, Estrés Y Ansiedad En Tiempos De La Covid-19. *Enfermería Global,* 20(64), 2021.1-25.
32. Macías, A. B. El Estrés De Pandemia (Covid 19) En Población Mexicana. 2020.
33. Palacios Ríos, D., López Cabrera, N. G., Llanes Garza, H. A., & Roiz Hernandez, H. D. J. Grado De Afectación De La Salud Mental En Médicos Residentes De Anestesiología Durante La Pandemia Sars-Cov2 (Covid-19) (Doctoral Dissertation, Universidad Autonoma De Nuevo León). 2021



34. Camiloaga Vargas, M. E. Estrés Y Afrontamiento En Enfermeras Del Servicio De Emergencia Covid-19, Hospital Marino Molina Scippa De Comas, Lima-2020.
35. Martínez-Pérez, J. R., Rivas-Laguna, Y., Bermudez-Cordoví, L. L., Gutiérrez-Favier, E. B., & Rivero-Rodríguez, I. Efectos De La Covid-19 Sobre Estados Afectivos Emocionales De La Población Adulta De Puerto Padre. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, 2020.45(6).
36. Díaz, J. C. F. Estrés, Ansiedad Y Depresión Durante Y Post-Pandemia Covid-19 En Trabajadores: El Caso Ecuatoriano. Gestión De La Seguridad Y La Salud En El Trabajo, 2(2), 2020.17-21.
37. De Los Ángeles, M. E. M., Santiago, O., García, M. S. R., Vázquez, M. J. J., Mendoza, J. S., Montesinos, M. E. M. G. H., & Hernández, L. O. D. L. Ansiedad, Depresión Y Estrés En Prestadores De Servicios De Salud Ante El Covid-19. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5(5), 2021. 6837-6857
38. Yáñez RJV, Fernández JAC, Aguilar GMV, Coffre JA I. Estrés percibido asociado a la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Bol malariol salud ambient.2021;61(1):38–46.
39. Aruca Calderón-Cholbi1 , Joaquín Mateu-Mollá2 y Laura Lacomba-Trejo2. Estrés, vinculaciones afectivas y personalidad: un estudio en familiares de personas afectadas por COVID-19. Revista clínica contemporánea, 2021; 12 (E14), 1-14.
40. Nivel de percepción de estrés y ansiedad en la población de la UMF 28 ante la pandemia de COVID-19. Uabc.mx. 2022.
41. ISOLA, Paula; FONTENLA, M. Florencia; MARTINS FARIAS, Pamela Karen; PASSAROTTO, Georgina Lara; ALORDA, Beatriz; SQUILLACE, Celeste. Pandemia covid-19: el impacto en la variación de peso y su relación con hábitos alimentarios y estilo de vida. RNI, 2021.



42. Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25. 2020.
43. Seminario Casaverde, C. A. Factores asociados a síntomas de trastorno de estrés postraumático en la población piurana durante la pandemia por Covid-19. 2021.
44. Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, Menon V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*. 2020; 293:113382
45. Qiu D, Li Y, Li L, He J, Ouyang F, Xiao S. Prevalence of post-traumatic stress symptoms among people influenced by coronavirus disease 2019 outbreak: A meta-analysis. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2021;64 (1): e30
46. Hermosa-Bosano C, Paz C, Hidalgo-Andrade P, García-Manglano J, Sádaba-Chalezquer C, López-Madrigal C, et al. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Rev ecuat neurol*. 2021;30(2):40–7.
47. Fernández, S. C., Ortiz, O. M. G., Sánchez, V. C., & De Armas Ferrera, A. M. Estados Afectivos Emocionales En Adultos Mayores Solos En Aislamiento Social Durante La Pandemia Covid-19.2020
48. Andrades-Tobar M, García FE, Concha-Ponce P, Valiente C, Lucero C. Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Rev psicopatol psicol clín*. 2021;26(1):13.



49. Acosta GRS, Guayta CWC, Moya MPN, Arias CSV. Portal web dinámico para prevenir morbilidad de f06.4 en tiempos de pandemia Covid-19. Ciencias de la Ingeniería y Aplicadas.
50. Jorge Luis Toledo Prado, Yurien Negrín Calvo, Vilma Yaima Díaz Valdés, Dayana Toledo Negrín, Roxana Toledo Negrín. Morbilidad psiquiátrica en la población espirituana durante el confinamiento por COVID-19. 2020.
51. Byron Vidal Morán Almendáriz, Karelis Karina Franco Altamirano, Eliana Estefanía Bonifaz Heras, Betty Judith Pazmiño Gómez. El impacto del Covid-19 en la salud mental aumenta el índice de mortalidad en América Latina. Universidad Estatal de Milagro. 2021, Página 149-156.
52. Secretaría De Salud. Ley General De Salud. Leyes Y Códigos De México. (16ª. Ed.) Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Investigación Para La Salud. México: Porrúa. 1987.
53. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki, comisión nacional de Bioética. (séptima revisión): 2013.
54. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. Int J Environ Res Public Health. 2018 Dec 27;16(1):61. doi: 10.3390/ijerph16010061. PMID: 30591627; PMCID: PMC6339147.
55. Vitlic A, Lord JM, Phillips AC. Stress, ageing and their influence on functional, cellular and molecular aspects of the immune system. Age (Dordr). 2014 Jun;36(3):9631. doi: 10.1007/s11357-014-9631-6. Epub 2014 Feb 25. PMID: 24562499; PMCID: PMC4082590.



56. Harkness KL, Monroe SM. The assessment and measurement of adult life stress: Basic premises, operational principles, and design requirements. *J Abnorm Psychol.* 2016 Jul;125(5):727-45. doi: 10.1037/abn0000178. Epub 2016 Jun 2. PMID: 27254487.
57. Rubenstein A, Koenig HG, Marin DB, Sharma V, Harpaz-Rotem I, Pietrzak RH. Religion, spirituality, and risk for incident posttraumatic stress disorder, suicidal ideation, and hazardous drinking in U.S. military veterans: A 7-year, nationally representative, prospective cohort study. *J Affect Disord.* 2021 Dec 1;295:1110-1117. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.128. Epub 2021 Sep 2. PMID: 34706422.
58. Peramo-Álvarez FP, López-Zúñiga MÁ, López-Ruz MÁ. Secuelas médicas de la COVID-19. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2021 [citado el 28 de octubre de 2022];157(8):388–94. Disponible en: doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.023
59. López-Sampalo A, Bernal-López MR, Gómez-Huelgas R. Persistent COVID-19 syndrome. A narrative review. *Rev Clin Esp (Barc).* 2022 Apr;222(4):241-250. doi: 10.1016/j.rceng.2021.10.001. Epub 2022 Feb 28. PMID: 35260380; PMCID: PMC8882405.
60. Núñez-Cortés R, Leyton-Quezada F, Pino MB, Costa-Costa M, Torres-Castro R. Secuelas físicas y emocionales en pacientes post hospitalización por COVID-19. *Rev Med Chil* [Internet]. 2021 [citado el 28 de octubre de 2022];149(7):1031–5. Disponible en: scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872021000701031&script=sci_abstract.



61. Hernando JEC. Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19. FMC. 2021 Feb;28(2):81-89. Spanish. doi: 10.1016/j.fmc.2020.11.004. Epub 2021 Feb 26. PMID: 33679125; PMCID: PMC7909903.

62. Kozicz T, Bordewin LA, Czéh B, Fuchs E, Roubos EW. Chronic psychosocial stress affects corticotropin-releasing factor in the paraventricular nucleus and central extended amygdala as well as urocortin 1 in the non-preganglionic Edinger-Westphal nucleus of the tree shrew. Psychoneuroendocrinology. 2008 jul; 33(6):741-54. doi: 10.1016/j.psyneuen.2008.02.012. Epub 2008 Apr 3. PMID: 18394812.

63. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry. 2020 Apr;7(4):300-302. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32085840; PMCID: PMC7128328.

64. Jiloha RC. COVID-19 and Mental Health. Epidemiol int [Internet]. 2020 [citado el 28 de octubre de 2022];5(1):7-9. Disponible en: <https://medical.advancedresearchpublications.com/index.php/EpidemInternational/article/view/256>



12. Anexos

Anexo 1. Operacionalización de las variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	DATO DE CODIFICACION	PRUEBA ESTADISTICA
Edad	Fecha de nacimiento	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Intervalo	Cuantitativa	18-39 años 40-49 años 50-59 años 60-65 años	Medidas de tendencia central y dispersión. Frecuencia simple en porcentajes.
Genero	Caracteres sexuales secundarios	Sexo genético del paciente	Nominal Dicotómica	Cualitativa	Femenino Masculino	Frecuencia simple en porcentajes.
Grado de estudio	Nivel de estudios de una persona	Grado máximo de estudios al momento de la encuesta	Nominal	Cualitativa	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Otros	Frecuencia simple en porcentajes.
Estado civil	Situación legal determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Situación legal expresada por el paciente en la encuesta.	Nominal	Cuantitativa Nomina	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Frecuencia simple en porcentajes.



Religión	Conjunto de creencias religiosas.	Creencia religiosa expresada durante la encuesta	Nominal	Cuantitativa nominal	Católico Evangélico Adventista Mormón Testigo de Jehová Otros	Frecuencia simple en porcentajes.
Diagnóstico de COVID-19 positivo	Diagnóstico con prueba serológica, antigénica o molecular en la persona	Resultado positivo a todo paciente de 18-65 años con prueba RT-PCR y/o Ag Covid-19 positiva.	Nominal Dicotómica	Cualitativa	Sí No	Medidas de tendencia central y dispersión. Frecuencia simple en porcentajes.
Estrés percibido	Juicio cognitivo relacionado entre el sujeto y el ambiente	Uso de la PSS-14: escala tipo Likert la cual consta de 14 items con puntuaciones las cuales varían de 0 a 56 puntos.	Nominal	Cuantitativa	Nunca está estresado/De vez en cuando está estresado/A menudo está estresado/Muy a menudo está estresado	Medidas de tendencia central y dispersión. Frecuencia simple en porcentajes.
Secuela	Trastorno o lesión que queda tras la curación de una enfermedad o traumatismo.	Presencia de afectación posterior a la infección por COVID.	Nominal	Cualitativa	Sí No	Frecuencia simple en porcentajes



Vacuna	Sustancia compuesta por una suspensión de microorganismos atenuados o muertos que se introducen al organismo para prevenir y tratar determinadas enfermedades infecciosas.	Esquema de vacunación COVID expresado en la cedula de datos sociodemográficos	Nominal Dicotómica	Cualitativa Cuantitativa	Si No 1 dosis 2 dosis 3 dosis 4 dosis	Frecuencia simple en porcentajes
---------------	--	---	--------------------	--------------------------	--	----------------------------------

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Anexo 2. Cronograma de actividades

	OCTUBRE 2021	NOVIEMBRE	DICIEMBRE 2021-	MARZO- JUNIO 2022	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV- DIC
Selección del Tema									
Investigación del tema									
Elaboración del protocolo									
Presentación del protocolo									
Aprobación En SIRELSIS									
Autorización comité local									
Recolección Información									
Análisis de Datos									
Aplicación prueba estadística									
Elaboración de resumen									
Presentación de resultados									
Difusión de Resultados									
Escrito para Publicación									



Anexo 3. Consentimiento informado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)

Nombre del estudio: Nivel de estrés pos-COVID -19 y factores sociodemográficos relacionados en pacientes de la UMF N° 39 del IMSS

Patrocinador externo (si aplica): No aplica.

Lugar y fecha: UMF 39 IMSS, ubicada en Colonia Nueva Villahermosa, 86070. Villahermosa, Tabasco a Julio del 2022

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio: Conocer el nivel de estrés percibido en los pacientes Pos COVID-19 que acuden a la UMF N° 39 y los factores sociodemográficos que se relacionan, para derivar a los pacientes con su médico familiar y él si lo amerita, envíe a otros servicios como Psicología.

Procedimientos: Se llevará acabo el interrogatorio al paciente por medio de la escala de estrés percibida en una hoja impresa, protegiendo sus datos confidenciales.

Posibles riesgos y molestias: Ninguno.



Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al terminar la escala se le proporcionará el resultado del nivel de estrés percibido y de ser necesario se le recomendará dar seguimiento con su médico familiar para que el determine la conducta a seguir.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le dará resultado de la escala validada al terminar la misma, para posterior valoración y seguimiento con su médico familiar de ser necesario.
Participación o retiro:	Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica la unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos serán tratados en forma confidencial. Su uso es exclusivo para este estudio.

Declaración de consentimiento:

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

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Med. Esp. Ricardo González Anoya.anoyar@hotmail.com
Cel: 9933110529

Colaboradores: Dr. Rubén Antonio González Fernández Cel. 9371307816
correo:rubisvieri@hotmail.com

Dra. Alejandra López Alejandro Cel. 9931201768 Correo:
alelopez241190@gmail.com



En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo
Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico:
cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características
propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



Anexo 4. Cuestionario de datos personales

Instrucciones:

Este cuestionario tiene como finalidad, recabar los datos personales del entrevistado, para realizar datos estadísticos de: Nivel de estrés post-COVID-19 y factores sociodemográficos relacionados en pacientes de la UMF N° 39 del IMSS, la información que usted proporcione es confidencial. Por lo tanto, lo que le solicito de manera más atenta su colaboración contestando las siguientes preguntas. Responda las preguntas lo más honestas y lo más rápido que pueda.

Folio: _____

Datos personales	Respuesta
1. Edad	
2. Género	
3. Estado civil	
4. Grado de estudio	
5. Religión	
6. Secuelas pos COVID	
7. Cuenta con vacunas COVID aplicadas	
8. Número de dosis de vacunas COVID aplicadas	



Anexo 5. Instrumento percepción de estrés (PSS-14)

Instrucciones:

Este cuestionario tiene como finalidad evaluar Nivel de estrés post-COVID-19 y factores sociodemográficos relacionados en pacientes de la UMF N° 39 del IMSS, la información que usted proporcione es confidencial. Por lo tanto, lo que le solicito de manera más atenta su colaboración contestando las siguientes preguntas. Responda las preguntas lo más honestas y lo más rápido que pueda.

1. Instrumento PSS- 14					
Folio: _____					
Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes. Durante el último mes:	Nunca 0	Casi nunca 1	De vez en cuando 2	A menudo 3	Muy a menudo 4
E1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/ a por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
E2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes en tu vida?					
E3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/A (lleno de tensión)?					
E4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritante de la vida?					



E5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?					
E6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales					
E7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?					
E8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?					
E9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?					
E10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?					
E11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?					
E12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?					
E13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?					
E14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?					

Por su colaboración

¡Muchas Gracias!



Anexo 6. Frecuencia escala Likert de PSS-14

Ítems	n (%)	Ítems	n (%)
E1		E8	
A menudo	33 (17.1)	A menudo	31 (16.1)
Casi nunca	57 (29.5)	Casi nunca	49 (25.4)
De vez en cuando	63 (32.6)	De vez en cuando	89 (46.1)
Muy a menudo	12 (6.2)	Muy a menudo	9 (4.7)
Nunca	28 (14.5)	Nunca	15 (7.8)
E2		E9	
A menudo	38 (19.7)	A menudo	75 (38.9)
Casi nunca	51 (26.4)	Casi nunca	17 (8.8)
De vez en cuando	66 (34.2)	De vez en cuando	70 (36.3)
Muy a menudo	10 (5.2)	Muy a menudo	28 (14.5)
Nunca	28 (14.5)	Nunca	3 (1.6)
E3		E10	
A menudo	49 (25.4)	A menudo	46 (23.8)
Casi nunca	38 (19.7)	Casi nunca	41 (21.2)
De vez en cuando	72 (37.3)	De vez en cuando	70 (36.3)
Muy a menudo	26 (13.5)	Muy a menudo	16 (8.3)
Nunca	8 (4.1)	Nunca	20 (10.4)
E4		E11	
A menudo	58 (30.1)	A menudo	41 (21.5)
Casi nunca	24 (12.4)	Casi nunca	40 (20.7)
De vez en cuando	79 (40.9)	De vez en cuando	82 (42.5)
Muy a menudo	26 (13.5)	Muy a menudo	18 (9.3)
Nunca	6 (3.1)	Nunca	12 (6.2)
E5		E12	
A menudo	72 (37.3)	A menudo	67 (34.7)
Casi nunca	27 (14.0)	Casi nunca	23 (11.9)
De vez en cuando	53 (27.5)	De vez en cuando	60 (31.1)
Muy a menudo	32 (16.6)	Muy a menudo	37 (19.2)
Nunca	9 (4.7)	Nunca	6 (3.1)
E6		E13	
A menudo	62 (32.1)	A menudo	76 (39.4)
Casi nunca	16 (8.3)	Casi nunca	23 (11.9)
De vez en cuando	73 (37.8)	De vez en cuando	74 (38.3)
Muy a menudo	38 (19.7)	Muy a menudo	16 (8.3)
Nunca	4 (2.1)	Nunca	4 (2.1)
E7		E14	
A menudo	72 (37.3)	A menudo	30 (15.5)
Casi nunca	25 (13.0)	Casi nunca	43 (22.3)
De vez en cuando	65 (33.7)	De vez en cuando	79 (40.9)
Muy a menudo	29 (15.0)	Muy a menudo	23 (11.9)
Nunca	2 (1.0)	Nunca	18 (9.3)

Fuente: Datos obtenidos de la PSS-14 de 193 pacientes en el periodo de agosto-octubre 2022. Abreviaciones: n: número.