



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS

GENERALES DEL IMSS

MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN SEIS

CIUDADES FRONTERIZAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. EDYLMA ILEANA LEAL MORALES

REYNOSA, TAMAULIPAS.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Para ti “papá” que ya estas ocupando
tu lugar en el Eterno Oriente

....te extraño.

PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN SEIS
CIUDADES FRONTERIZAS

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en
Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Edylma Ileana Leal Morales

AUTORIZACIONES:

Dr. Francisco Javier Fluvio Gómez Clavelina.

Jefe del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina. UNAM

Dr. Felipe de Jesús García Pedroza

Coordinador de Investigación del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina. UNAM

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina. UNAM

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---------------------------------|-----------|
| Resumen | 1 |
| Capítulo 1 | 3 |
| 1.- Introducción | 3 |
| 2.- Antecedentes Bibliográficos | 7 |
| Capítulo 2 | 50 |
| 1.- Planteamiento del problema | 50 |
| 2.- Justificación | 55 |
| Capítulo 3 | 57 |
| 1.- Objetivos | 57 |
| Capítulo 4 | 58 |
| 1.- Material y Métodos | 58 |
| 2.- Muestra | 59 |
| 3.- Variables del Estudio | 61 |
| Capítulo 5 | 63 |
| 1.- Plan de Análisis | 63 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 2.- Procedimientos | 64 |
| 3.- Flujograma de Actividades | 65 |
| 4.- Instrumentos de Recolección | 66 |
| Capítulo 6 | 67 |
| 1.- Aspectos Éticos | 67 |
| Capítulo 7 | 68 |
| 1.- Administración del Trabajo | 68 |
| Capítulo 8 | 71 |
| 1.- Resultados | 71 |
| 2.- Conclusiones | 142 |
| Referencias | 145 |
| Anexos | 149 |

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Casimiro y María Teresa; y a mi hijo Hiram Esaí, ya que sin su gran apoyo y comprensión ésta empresa no hubiera sido posible.

A Hugo Alfonso por su Amor.

A mi amiga Graciela; su presencia y la de su familia han traído felicidad a mi Vida.

Pero muy especialmente a mis maestros, gracias a su tiempo y dedicación este sueño se ha hecho realidad...

LISTA DE GRAFICAS Y TABLAS:

Tablas:

Variables del estudio

Cronograma

Presupuesto

Gráficas:

Encuestados por ciudad

Encuestados por sexo

Encuestados por ciudad y sexo

Encuestados por edad

Encuestados por edad y sexo

Encuestados por edad y ciudad

Encuestados por estado civil

Estado civil por sexo

Estado civil por ciudad

Ocupación

Encuestados por sexo y ocupación
Ocupación por ciudad
Encuestados por grados de estudios
Encuestados por estudios y sexo
Escolaridad por ciudad
Nivel de ingresos de la población encuestada
Ingresos por sexo
Ingresos económicos por ciudad
Diagnóstico previo
Diagnóstico previo por sexo
Diagnóstico previo por ciudad
Uso de psicotrópicos
Pacientes con factores para TEPT
Factores TEPT por sexo
Factores para TEPT por ciudad
Mujeres con y sin factores para TEPT
Factores para TEPT
Mujeres con y sin factores por ciudad
Varones con y sin factores para TEPT

Varones con y sin factores para TEPT por ciudad

Factores asociados a TEPT

Factores de EPT por sexo

Factores de TEPT por ciudad

Víctima, Testigo, Autor

Víctima, Testigo, Autor por sexo

Autor, víctima o testigo por ciudad

Población con ansiedad por sexo

Ansiedad por ciudad

Depresión por sexo

Depresión por ciudad

Trastorno mixto por sexo

Trastorno mixto por ciudad

TEPT por ciudad

Mujeres con TEPT por ciudad

TEPT en varones por ciudad

Diagnóstico Previo vs. TEPT

ABREVIATURAS:

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DSM: Siglas en Ingles del Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

EPT: Estrés Postraumático.

TEA: Trastorno por Estrés Agudo.

TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático.

RESUMEN

El presente es un estudio para determinar la prevalencia de estrés postraumático en seis ciudades fronterizas del norte del Estado de Tamaulipas. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia no comparativo. Los criterios de inclusión incluyen personas de ambos géneros mayores de edad que tengan por lo menos un año de residencia en la zona fronteriza del Estado de Tamaulipas. Los resultados arrojaron que el 73.31% de la población ha estado expuesta a factores favorecedores de estrés postrauma; el 75% de las personas del género masculino y el 71.69% del femenino se ha enfrentado por lo menos a una situación favorecedora de esta patología. El 50% de la población total encuestada presenta Trastorno por

Estrés Postraumático. El 49.68% de las mujeres y el 50.36% de los hombres presentan Trastorno por Estrés Postraumático. Los factores productores de estrés mas comunes en ésta zona son los desastres naturales, la muerte violenta o repentina de un familiar cercano y la violencia intrafamiliar. Estos resultados demuestran que las condiciones en la frontera son diferentes al resto del país ya que estudios a nivel nacional indican que solo el 1-5% de la población presenta Estrés Postrauma y que ésta patología es más frecuente en las mujeres que en los hombres; siendo los factores más comunes el robo o asalto y la violación o abuso sexual.

CAPÍTULO 1:

1.- INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático se origina tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.), en el que está en juego la vida de las personas. Las imágenes de la situación traumática vuelven a re-experimentarse una y otra vez (flashback), en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, imaginándolo con todo lujo de detalles, acompañado de intensas reacciones de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.) Todo ello genera un fuerte estrés, agotamiento, emociones intensas, y pensamientos irracionales que aumentan

la intensidad de ese estrés, del agotamiento, de las emociones intensas, etc.

Tras el trauma (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.) el pensamiento, el diálogo interno del individuo, no sólo provoca más ansiedad, sino que tiende a generar sentimientos de culpa, por aquello que se hizo, por lo que no se hizo, porque no se estuvo a nivel de las circunstancias, por haberse salvado, por... toda una serie de motivos poco realistas, bastante irracionales, y por una excesiva auto-exigencia. Se va tejiendo así una red cada vez más elaborada en la que están relacionados todos estos elementos que cambian en la misma dirección: provocar más estrés.

Sin embargo, es frecuente que las personas que están experimentando estrés agudo, y después

estrés postraumático, no puedan y no quieran expresar sus emociones. Algunas, tienen también dificultades para experimentar estas emociones, que dicen deberían estar experimentando como las personas de su alrededor.

Las víctimas necesitan apoyo social de las personas que les rodean, necesitan que vuelva a fluir la comunicación, que ventilen sus pensamientos, imágenes, emociones, etc., necesitan reelaborar todo ese material. En la medida en que se lleve a cabo bien o mal esta reelaboración, así será la gravedad de los síntomas después del trauma, los síntomas del estrés postraumático.

En virtud de la importancia que va adquiriendo día a día el Trastorno de Estrés Postraumático se ha realizado el presente estudio en el que se investiga

si la prevalencia de Estrés Postraumático en la frontera de nuestro país es similar o mayor a la del interior de la República, en virtud de que para nadie es desconocido que en las fronteras se genera más Violencia, secundaria a la Población Flotante, Narcotráfico, Migración Ilegal, Contrabando, Trata de Personas y otros tipos de Delincuencia Organizada....

2.- ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Selye, en 1936 acuñó su concepto de estrés como “síndrome general de adaptación” y desde entonces se han presentado un sin-número de definiciones basadas en las diferentes ópticas desde las que se ha estudiado a éste síndrome; llegando a últimas fechas a definirlo como la percepción que una persona tiene de su propia capacidad para enfrentarse a los retos que pone la vida,^{1,2} poniendo especial atención a los factores sociales alrededor del paciente: sucesos vitales, estrés de rol y contrariedades cotidianas, ya que estos factores pueden contribuir de forma dependiente o independiente en los daños parciales o totales, eventuales o permanentes de la salud de la persona que los vive ya que se interrelacionan e influyen mutuamente, desbordando la capacidad de

respuesta de una persona la cual puede perder la esperanza en el futuro al sentirse incapaz de responder a situaciones nuevas o violentas.^{3,4}

Todo el mundo se ve afectado por las situaciones de emergencia como los conflictos armados, agitación social, desastres naturales y los provocados por el mismo hombre; a sí mismo, no podemos olvidar la gran presión mental que provocan la pobreza, la explosión demográfica, la migración, la falta de aceptación social, el tráfico de drogas y otros como factores de riesgo para el surgimiento de la violencia. Estos síntomas sociales pueden ser de utilidad para la identificación en una etapa temprana de las personas en mayor riesgo de presentar estrés postraumático.⁵⁻⁹

México no se queda atrás del resto del mundo, ya que, por ejemplo, en 1892, los habitantes del norte de México conocieron las noticias de la última incursión apache en territorio mexicano y la sublevación de los vecinos del pequeño poblado de Tomochic. Este suceso nos sirve para estudiar la situación de la violencia generalizada en el Norte del país desde el siglo antepasado.¹⁰ Esto demuestra que la apertura de las fronteras inevitablemente lleva consigo una perspectiva de aumento de oportunidades de empleo y mejor “modus vivendi”, pero, por otro lado, también esto conlleva un aumento de las actividades delictivas transnacionales, en general, y para el narcotráfico, en particular, por el elevado crecimiento demográfico de las ciudades fronterizas del norte y del sur del país provocando un debilitamiento del tejido social,

con el consiguiente aumento de los índices de violencia y delincuencia, aunado a las constantes violaciones a los derechos humanos que padecen los indocumentados en la franja fronteriza de México y los Estados Unidos de América, de acuerdo con la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), en un estudio elaborado por el ex subsecretario de Desarrollo Urbano y Ordenación del Territorio Rodolfo Tuirán.¹¹⁻¹³

Actualmente, a nivel mundial la literatura que se ocupa de la vulnerabilidad al estrés postraumático mencionan tasas más altas en mujeres que en hombres, así como en las personas con ansiedad o depresión preexistentes a diferencia de las previamente sanas. En México, Medina-Mora y cols. encontraron que el 68% de la población mexicana ha estado expuesta al menos a un suceso estresante

en su vida, variando esta exposición por género y edad y sin embargo solo el 2.3% de las mujeres y 0.49% de los hombres han presentado un trastorno de estrés postraumático siendo la violación, el acoso, el secuestro y el abuso sexual los sucesos con mayor manifestación de trastornos por estrés postraumático. Estos resultados refuerzan la necesidad de ampliar la cobertura de tratamiento para atender las secuelas de la violencia, considerando las importantes variaciones de género y estadios de desarrollo¹⁴⁻¹⁵

La definición oficial de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se acuñó oficialmente en la terminología psiquiátrica en el año de 1980 en la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana en la tercera versión (DSM-III). Desde entonces a la fecha este cuadro clínico ha

cobrado importancia hasta alcanzar su máximo con ocasión de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington.

El TEPT es una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad y constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia, que afecta mayormente a población económicamente activa, tanto en población general como en combatientes, que genera incapacidad y altos costos en materia de salud; y que en general ha sido subdiagnosticado y por ende subtratado.

Aunque la mayor cantidad de casos clínicos descritos en publicaciones médicas y no médicas

corresponden al actual concepto de TEPT y fueron publicadas durante el siglo XX, también debe tenerse en cuenta que los primeros relatos se remontan a la Grecia clásica. Hipócrates menciona pesadillas en soldados sobrevivientes a ciertas batallas y Heródoto menciona en su Tratado sobre la Historia los síntomas que presentaban los soldados que habían participado en la Batalla de Maratón.

La "psicotraumatología", una breve reseña histórica, se encuentra en una publicación del año 2000 de Crocq y Crocq donde se exponen diversos textos que mencionan síntomas propios del TEPT a partir de los clásicos griegos, pasando por la Biblia, la Guerra de los Cien Años entre Francia e Inglaterra y algunas obras de Shakespeare entre otros clásicos de la literatura; en estos relatos los síntomas

aparecen en los soldados y corresponden principalmente a síntomas invasores.

La Revolución Francesa da inicio a la moderna psiquiatría incorporándose esta especialidad al resto de la medicina. Los médicos militares de la época propusieron hipótesis etiológicas para explicar los síntomas psiquiátricos observados en algunos soldados después de las batallas, aunque no presentaran lesiones físicas. Resulta interesante también la descripción que hace P. Pinel sobre los síntomas experimentados por el filósofo B. Pascal con posterioridad a un accidente de su carruaje al caer al río Sena en el cual él estuvo a punto de ahogarse. Dicho filósofo vivió ocho años más y se mantuvo con pesadillas que lo ubicaban con un precipicio al lado izquierdo, por lo que cada noche colocaba una silla a ese lado de la cama para evitar

caerse. Tomando en cuenta los síntomas experimentados por los soldados y el filósofo, P. Pinel describió la "neurosis cardiorrespiratoria" y los estados postraumáticos estuporosos que denominó "idiotismo". Estas descripciones corresponden al concepto de neurosis de guerra que aparecerá posteriormente en los artículos médicos.

Con la aparición del ferrocarril también aparecieron algunos accidentes graves y en los sobrevivientes surgieron síntomas psicológicos, los que fueron adjudicados por algunos médicos a lesiones microscópicas de la columna o del cerebro; pero, otros especialistas postularon que los síntomas se debían al shock emocional y tenían características histéricas. Así se inició una controversia para explicar los síntomas del TEPT oponiendo una aproximación biológica con otra psicológica.

El médico alemán H. Oppenheim acuñó el término "neurosis traumática" en 1884 para referirse a los síntomas presentados por pacientes que habían sobrevivido a accidentes ferroviarios o en su lugar de trabajo.

Hacia fines del siglo XIX cobraron gran importancia los aportes de J.M. Charcot, P. Janet y S. Freud. En sus primeros cuatro libros P. Janet describió los cuadros clínicos de 591 pacientes y en casi la mitad de ellos los fenómenos psicopatológicos eran explicables por un origen traumático. P. Janet se refirió a las "emociones vehementes" que ocurrían en los pacientes durante un acontecimiento traumático, las cuales impedían integrar esa experiencia agobiadora; de ese modo se constituía una memoria traumática, la cual estaba dissociada de la conciencia y sin control de la voluntad. En esta

explicación de los fenómenos psicopatológicos encontramos algunos elementos centrales para el manejo psicoterapéutico de los pacientes con TEPT.

S. Freud en la primera etapa del psicoanálisis atribuyó el origen de las neurosis a experiencias traumáticas del pasado. El término trauma incluía tanto la noción de herida como la de sus efectos provocados en el organismo en su totalidad. Además el trauma se refería a una situación específica en la biografía del paciente, quien no podía integrar este hecho en forma consciente a la experiencia vivida. Es así como la memoria traumática se constituía en un "cuerpo extraño" que se mantenía a lo largo del tiempo afectando al paciente.

La I Guerra Mundial legó el término "*shell shock*" que aludía a las reacciones de los soldados en el

frente de batalla a causa de las explosiones de las minas y de las granadas o bien al hecho de ser testigos de las horribles muertes de sus compañeros, lo que provocaba estados de mutismo, sordera, temblor generalizado, incapacidad para caminar o mantenerse de pie, pérdidas de conciencia o pseudoconvulsiones. En 1915 en un artículo de The Lancet apareció el término "*shell shock*" que correspondía a la descripción de la pérdida de memoria, visión, gusto y olfato que presentaron tres soldados.

El psicoanalista A. Kardiner, trató a veteranos de la I Guerra Mundial entre 1922 y 1925 y publicó en 1941 su libro "The Traumatic Neuroses of War". A partir de conceptos psicoanalíticos postuló que la neurosis de guerra correspondía a una fisioneurosis, en la cual el trauma era capaz de desencadenar síntomas

somáticos y psicológicos. Los pacientes presentaban hiperalerta con hipersensibilidad a los cambios de temperatura, al dolor o a los estímulos táctiles súbitos además de la respuesta emocional. Pocos años más tarde advirtió acerca de la importancia del tratamiento precoz de estos pacientes para prevenir la consolidación de las neurosis en sus formas crónicas y habitualmente de difícil tratamiento.

Los psiquiatras norteamericanos hicieron significativos aportes al desarrollo de la psiquiatría militar con ocasión de la II Guerra Mundial. Esto se tradujo en la implementación de sistemas de detección de probable psicopatología en los soldados antes de enviarlos al frente de batalla (con cuestionarios especiales) hasta la presencia de especialistas en salud mental en el área de combate, para facilitar una rápida recuperación de los

soldados con síntomas psíquicos, sin tener que enviarlos a hospitales alejados.

Desde el término de la II Guerra Mundial y hasta nuestros días se han realizado numerosas investigaciones en sobrevivientes del Holocausto y de los campos de concentración como también en familiares de éstos, lo que ha permitido evaluar el curso evolutivo del TEPT y avanzar en el reconocimiento de las bases biológicas de este trastorno.

A pesar de las medidas preventivas en salud mental desarrolladas por el ejército norteamericano, se estima que la Guerra de Vietnam (1964-1973) dejó unos 700,000 veteranos que han requerido de algún tipo de ayuda psicológica. El denominado síndrome post Vietnam se diagnosticó con una alta frecuencia

en la década de 1970 y este hecho constituyó uno de los factores importantes para que la Asociación Psiquiátrica Americana incluyera al TEPT como una de las patologías en el DSM-III de 1980. Así se inició una nueva época con el reconocimiento por la comunidad científica de esta entidad nosológica. Otros factores que influyeron en la inclusión del TEPT fueron los resultados de estudios realizados en poblaciones civiles, tanto en mujeres como en niños víctimas de abusos y/o violaciones y maltrato físico y/o psicológico, lo que amplió el ámbito del tipo de trauma más allá de las situaciones bélicas e incluso se incluyó a víctimas de desastres naturales o desastres provocados por el hombre.

El término TEPT engloba dos aspectos bien definidos: por una parte una respuesta de estrés que naturalmente es patológica, y por otra el trauma.

Estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda. Frente a un estresor el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis). El estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). De acuerdo con el concepto científico de estrés se podría tener una denominación más adecuada para el TEPT y que no llevara a confusión, como podría ser "trastorno por distrés postraumático". Por otra parte, la respuesta de estrés de los pacientes con TEPT no corresponde a una exageración de la respuesta normal de estrés, sino que incluye diversos indicadores biológicos que permiten caracterizar e individualizar la respuesta específica.

El vocablo trauma proviene del griego y significa herida. En el TEPT lo central es el trauma psíquico; es decir, el impacto emocional de un determinado suceso capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas. El acontecimiento traumático ha sido definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida (como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental), que afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero. En este sentido el trauma se vincula directamente con los desastres, los que

pueden clasificarse de acuerdo con su origen en naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tornados), accidentales (incendios forestales, accidentes de tránsito, choques de aviones) o provocados deliberadamente por el hombre (violaciones, torturas, cautiverios, ataques terroristas, asaltos, maltrato infantil).

El acontecimiento traumático provocará una demanda para el organismo y dependiendo del contexto bio-psico-social del sujeto, los mecanismos de adaptación serán suficientes o insuficientes para poder conseguir una estabilización en un determinado lapso de tiempo y a un determinado costo para esa persona.

El impacto de un trauma puede durar desde algunos segundos hasta horas, días o meses; puede ocurrir

en forma única (accidente de tránsito) o reiterada (combate, maltrato infantil intrafamiliar), podrá tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales tanto a nivel individual como colectivo (las que pueden aparecer de inmediato o a largo plazo) y pueden originar las más diversas manifestaciones clínicas que van desde síntomas emocionales aislados hasta un cuadro psicótico. Las diferentes respuestas psicológicas estarán en función del significado que adquiera el hecho traumático, lo que dependerá de la interacción entre el tipo e intensidad del acontecimiento traumático, la biografía del sujeto, los factores biológicos y el contexto social. El trauma también puede manifestarse en alteraciones de la salud física. A través de la historia y más aun en nuestros días nadie puede considerarse exento del riesgo de exposición a algún hecho traumático a lo

largo de su vida. Estudios realizados en EEUU han encontrado cifras de prevalencia de exposición a situaciones traumáticas que van entre un 39,1% y un 60% a lo largo de la vida.

Debido al creciente aumento de la exposición de la población civil, y ya no sólo de los soldados, a hechos traumáticos, tanto para adultos como para niños y teniendo en consideración el enorme impacto personal y social que estas situaciones provocan es que se ha producido gran interés por el tema del TEPT en ámbitos médicos y de salud mental, en los medios de comunicación y en la población general representada por organismos gubernamentales y por organizaciones no gubernamentales¹⁶.

Ante un hecho traumático se producen las más variadas reacciones. Lo más frecuente es que el sujeto en un primer momento tenga una respuesta en que se esfuerce por sobrevivir y protegerse. En esta etapa puede escapar, presentar insensibilidad, quedar paralogizado por temor y llegar a enmudecer, o bien puede aparecer una confusión al estar en un estado de shock. A continuación habrá un intento de adaptación a través de alguna acción coherente con la situación, lo que le permitirá recuperar su condición previa al hecho traumático, para posteriormente realizar una elaboración adecuada de lo sucedido. En otros casos habrá una conducta disociada o bien se buscará la adaptación a través del control de las emociones mediante el uso y abuso de alcohol y drogas. Cabe señalar que ningún tipo de respuesta previene la aparición de un TEPT y

éste se presentará en una minoría de las víctimas de situaciones traumáticas con cifras que van entre el 10% y el 20%.

Criterios diagnósticos para TEPT según DSM-III

- A. Existencia de un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.
- B. El re-experimentar el traumatismo se pone de manifiesto por al menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Recuerdos recurrentes e invasores del acontecimiento
 - 2. Sueños recurrentes del acontecimiento
 - 3. Comportamiento repentino o sentimiento también repentino, como si el acontecimiento

traumático estuviera presente debido a una asociación con un estímulo ambiental o ideacional

C. Embotamiento de la capacidad de respuesta ante el medio externo y reducción de la incorporación a él, que empieza en algún momento después del trauma, tal como se demuestra por al menos uno de los siguientes síntomas:

1. Disminución marcada del interés en una o más actividades significativas
2. Sentimientos de separación o de extrañeza frente a los demás
3. Constricción del afecto

D. Al menos dos de los siguientes síntomas no estaban presentes antes del trauma

1. Estado de hiperalerta o respuesta de alarma

exagerada

2. Alteraciones del sueño
3. Sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir cuando otros no pudieron hacerlo o remordimiento por la conducta llevada a cabo para la supervivencia
4. Fallas de memoria o dificultades de concentración
5. Evitación de las actividades que evocan el recuerdo del acontecimiento traumático
- 6 Intensificación de los síntomas frente a la exposición de acontecimientos que simbolizan o recuerdan el acontecimiento traumático

La serie de los Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la clasificación

norteamericana se inició en 1952 (DSM I) y en lo relativo a los síntomas del TEPT definió la "gran reacción de estrés". En el DSM-II de 1968 la categoría diagnóstica que correspondía a los síntomas del TEPT fue la de trastorno situacional transitorio. En cierta equivalencia con los DSMs están las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. La CIE-8 de 1965 tipificó el trastorno situacional transitorio, en el cual incluyó la fatiga de combate y la gran reacción de estrés. En 1975 la CIE-9 definió la reacción aguda por estrés, la que puede ser provocada por un estresor físico o mental y presentar diversos síntomas (con predominio de alteración de las emociones, con alteración de conciencia, con trastorno psicomotor o con estados mixtos).El DSM-III incorporó la categoría de TEPT

propriadamente como tal y estableció los criterios diagnósticos e identificó dos subtipos: el trastorno por estrés postraumático agudo (308.30) en que los síntomas se inician durante los seis meses posteriores al trauma y no duran más de seis meses y el trastorno por estrés postraumático crónico o retrasado (309.81) en que los síntomas duran seis o más meses o bien los síntomas aparecen por lo menos seis meses después del trauma.

Entre los criterios diagnósticos aparecieron las tres áreas sintomáticas que caracterizan al TEPT: el reexperimentar la vivencia del trauma, las conductas de evitación y el estado de hiperalerta. El DSM-III-R de 1987 incorporó la duración de los síntomas entre los criterios diagnósticos y exigió que éstos debían durar a lo menos un mes. Además agregó que la severidad del estresor específico debía incluirse en

el eje IV (severidad de estresores psicosociales). En la cuarta versión del DSM de 1994 se agregó un nuevo criterio diagnóstico que especificó que los síntomas debían provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la actividad del individuo. El otro aspecto importante del DSM-IV fue la inclusión del diagnóstico de trastorno por estrés agudo (TEA) (308.3) que ya estaba reconocido en la CIE-10 de 1992.

Criterios diagnósticos para TEA según DSM-IV

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido:
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para

su integridad física o de los demás

2. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva del embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional

2. Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo estar "aturdido")

3. Desrealización

4. Despersonalización

5. Amnesia disociativa (por ejemplo incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas

formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios o *flashbacks* recurrentes o sensaciones de estar reviviendo la experiencia y molestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerden el acontecimiento traumático

D. Evitación marcada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas)

E. Síntomas marcados de ansiedad o aumento del alerta (*arousal*) (por ejemplo dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora)

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

notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médicas, no se explican por la presencia de un trastorno psicótico breve ni constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente en los Ejes I o II

La última versión revisada del DSM-IV enumeró posibles estresores para un TEPT: participar o combatir en una guerra (como soldado o población civil), ser víctima de violencia personal (agresión física, sexual o asaltos con violencia), ser secuestrado o tomado como rehén, ser víctima de ataques terroristas, ser torturado, permanecer en campos de concentración, sobrevivir a desastres naturales (terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones) o a desastres provocados por el hombre (incendios intencionales, desastres nucleares, explosiones), participar en accidentes de medios de transporte y recibir el diagnóstico de una enfermedad eventualmente terminal.

La CIE-10 junto con adelantarse al DSM-IV en la inclusión del TEA incorporó el diagnóstico de cambio persistente de la personalidad por una experiencia

catastrófica (F 62.0), aludiendo a situaciones como campos de concentración, desastres y catástrofes, cautiverio prolongado, exposición prolongada a situaciones de amenaza para la vida (víctimas de actos terroristas) o torturas. Este diagnóstico excluyó la presencia de un TEPT.

A medida que ha avanzado el estudio de los cuadros clínicos provocados por situaciones traumáticas y dada la variedad de reacciones posibles hoy en día cabe más bien referirse a un espectro de reacciones postraumáticas. Se ha definido el TEPT parcial y el trastorno de adaptación con síntomas de estrés postraumático; en ambos cuadros no se alcanzan a cumplir los criterios suficientes para un TEPT. También ha aparecido el TEPT complejo o trastorno por estrés extremo no especificado; este cuadro se asocia de preferencia con una historia de abuso

interpersonal prolongado y severo (como abuso sexual, maltrato físico o experiencias bélicas prolongadas) y tiene generalmente un curso crónico y de difícil tratamiento¹⁷.

Cobra importancia la respuesta individual al hecho traumático y dos características propias del estresor, como son la severidad y la duración. La experiencia en un campo de concentración y la violación se consideran situaciones de mayor riesgo para producir un TEPT crónico que la experiencia de combate o el haber sufrido un accidente de tránsito.

Las demostraciones de horror extremo a nivel colectivo en tiempos recientes lo encontramos en las víctimas de los atentados terroristas a las Torres Gemelas. El temor, generalmente, se acompaña de síntomas somáticos como temblor de piernas,

palpitaciones, dificultad para mantenerse de pie o para hablar. En ciertas oportunidades el paciente presenta síntomas disociativos como amnesia total o parcial del episodio, con lo que atenúa los efectos emocionales del trauma.

Una de las primeras preguntas que surge al enfrentarse a un paciente que ha desarrollado un TEPT es qué factores pueden haber facilitado la aparición del cuadro. Ante esto podemos plantearnos que hay factores de riesgo que pueden justificar el TEPT o bien que el paciente carece de mecanismos de resiliencia que le permitan adaptarse a la situación traumática. Los factores de riesgo dependen del hecho traumático y del sujeto que lo padece. De acuerdo con las características del acontecimiento traumático será diferente el porcentaje de sujetos que desarrollará TEPT. A su

vez el TEPT puede constituirse en factor de riesgo para otras patologías médicas, entre ellas algunas complicaciones del embarazo como embarazos ectópicos, abortos espontáneos, hiperemesis, síntomas de parto prematuro y crecimiento fetal excesivo. En veteranos de guerra con TEPT crónico, quienes han sido seguidos por casi veinte años, se encontró una mayor prevalencia de vida de enfermedades circulatorias, digestivas, músculo-esqueléticas, del sistema nervioso, respiratorias e infecciosas que los veteranos sin TEPT. Diversos indicadores de patología médica se han encontrado aumentados en mujeres víctimas de violación o asalto en comparación con mujeres que no han sufrido estos hechos traumáticos.

La prevalencia de TEPT se ha estudiado en diversos grupos de víctimas de acontecimientos traumáticos.

Aun cuando las metodologías para identificar sujetos que cumplan los criterios diagnósticos de una determinada clasificación varían entre los estudios, las cifras generales permiten tener una aproximación a la magnitud del problema que implica este cuadro clínico. Es claro también que hasta la fecha el TEPT ha sido un cuadro subdiagnosticado.

Desde 1987 se cuenta con cifras de TEPT en población general con valores que oscilan entre 0.5% y 10.8% para los hombres y entre 1.3% y 18.3% para las mujeres. Este resultado confirma el planteamiento que si bien existe un alto número de sujetos expuestos a situaciones traumáticas a lo largo de la vida, sólo una minoría presenta un TEPT; pero también debe considerarse que existen otros cuadros como respuesta a hechos traumáticos, los

cuales pueden facilitar en el futuro la aparición de un TEPT ante un nuevo acontecimiento traumático.

Estudios recientes en víctimas de situaciones de combate en países de bajos ingresos han encontrado prevalencias de TEPT de 15.8% en Etiopía, de 17.8% en Gaza, de 28.4% en Camboya y de 37.4% en Argelia. También resultan interesantes los estudios de TEPT que se han realizado en embarazadas. Cuando estas mujeres pierden el producto del embarazo y se evalúan al mes, en el 25% de ellas se diagnostica un TEPT y esta cifra se reduce al 7% a los cuatro meses de la pérdida. Estos resultados permiten incluir la pérdida del producto del embarazo como un acontecimiento traumático.

El TEPT es un cuadro que tiene una alta comorbilidad, la cual en algunos estudios ha alcanzado hasta un 80%. Específicamente en veteranos de Vietnam se ha llegado a encontrar que el 66% presenta otro trastorno afectivo o bien de ansiedad, y el 39% tiene abuso o dependencia de alcohol. De acuerdo con la extensa investigación sobre comorbilidad en población general, dirigida por Kessler se encontró que el TEPT se asociaba con otro diagnóstico en el 17% de las mujeres y en el 12% de los hombres; sin embargo, había tres o más diagnósticos en el 44% de las mujeres y en el 59% de los hombres. En cifras decrecientes el TEPT se asoció con abuso de alcohol en hombres (51.9%), depresión mayor (48%), trastornos de conducta en hombres (43.3%), fobia simple (30%), fobia social (28%), abuso de alcohol en mujeres (27.9%) y

agorafobia en mujeres (22.4%); los otros diagnósticos tuvieron menores frecuencias de presentación.

La comorbilidad incide en la forma de presentación del cuadro de TEPT, ya que en ocasiones al haber sobreposición de algunos síntomas se dificulta el diagnóstico. Por otra parte, durante la evolución con frecuencia se van agregando otros síntomas al TEPT y se configura uno o más diagnósticos comórbidos. Además es importante investigar un TEPT en cualquier otra patología psiquiátrica, especialmente si existe el dato anamnésico de algún hecho traumático en el pasado.

El abuso y dependencia de sustancias puede aparecer en algunos pacientes como una autoterapia para controlar ciertos síntomas del TEPT

como son los síntomas ansiosos, los trastornos del sueño y el hiperalerta.

Los síntomas depresivos, que en ocasiones pueden estar en primer plano del TEPT, pueden llevar a un diagnóstico equivocado de depresión. Además, el antecedente de alguna situación traumática en el pasado puede encontrarse tanto en el TEPT como en la depresión. En ambos casos hay efectos neurobiológicos que pueden explicar la aparición de cualquiera de los dos cuadros clínicos. En ocasiones los síntomas depresivos aparecen con posterioridad al suceso traumático y si están presentes los otros elementos de la tríada clínica del TEPT, resulta más fácil plantear este último diagnóstico. Pero a veces el antecedente de la situación traumática está distante en el tiempo y dependiendo de lo consolidado que puedan estar los síntomas invasores, de evitación y

el estado de hiperalerta el diagnóstico diferencial debe plantearse entre un posible TEPT de aparición retardada y una depresión. De estar claramente sobrepuestos los síntomas de TEPT y de depresión cabe el doble diagnóstico.

En clínica debe ponerse especial atención a la investigación de antecedentes de trauma en el pasado y a su correcta evaluación para así no subdiagnosticar el TEPT.

En atención primaria debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales el TEPT ya que por una parte es un cuadro que con alta frecuencia se asocia con otras patologías médicas y por otra las molestias físicas y el dolor pueden encubrir un TEPT. Es llamativo que en atención primaria cuando se ha investigado sistemáticamente el TEPT se haya

encontrado una frecuencia de presentación de 9%; sin embargo, los médicos sólo diagnostican TEPT en el 2% de esos pacientes.

La respuesta inicial a un hecho traumático puede ser variable en intensidad desde síntomas aislados hasta constituirse en un TEA, el cual arbitrariamente se ha definido por un tiempo de duración de los síntomas de un mes. Cuando esta sintomatología sobrepasa el mes, el cuadro será catalogado como TEPT¹⁸.

Concluyendo, el TEPT se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de híperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad. Es innegable que la violencia urbana limita

significativamente la posibilidad de vivir una vejez activa y en consecuencia se eleva el nivel de estrés, disminuyendo cuando se cuenta con el apoyo social necesario para seguir manteniéndose activo y se utilizan las estrategias de afrontamiento adecuadas para este nuevo contexto urbano violento. Este diagnóstico constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia, por afectar de preferencia a población activa, por presentarse tanto en población general como en combatientes, por la incapacidad que genera y por los altos costos de salud que implica^{19, 20}.

CAPÍTULO 2:

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estrés es un problema de salud pública a nivel mundial, que afecta por igual a cualquier género, edad o posición social, y mientras más violencia existe alrededor de las personas, más posibilidades de que los factores de estrés dejen secuelas permanentes en el pos-trauma, además conforme avanzamos en la edad es más difícil procesar los hechos estresantes; y es lógico que en nuestro país ocurra de manera semejante, solo que nuestro país es tan vasto y disímulo que es fácil pensar que los factores de estrés son mayores en las fronteras que en el interior, y, por lo tanto, que existen más factores de riesgo para trastornos de estrés postraumático. Esto es particularmente trascendente

debido a que es en las fronteras donde se llevan a cabo la mayor parte de los intercambios mercantiles, comerciales y culturales del país, de ahí la preocupación de que la violencia y el estrés interfieran con la vida productiva del país.

Muchas personas desarrollan algunos síntomas de estrés postraumático a pesar de no haber estado en la situación traumática. La probabilidad de que esto suceda depende de la valoración y grado de implicación que se hace del acontecimiento traumático. Si una persona concede la máxima valoración a lo sucedido y comienza a sentirse vulnerable porque se siente implicada ("podría haberme sucedido a mí") tiene más probabilidad de desarrollar algunos síntomas del estrés postraumático.

Si una persona se repite con frecuencia cuestiones como "¿por qué?, ¿por qué a mí?, ¿qué he hecho para merecer esto?, o algunas otras cuestiones que generalmente no tienen una respuesta racional, que sirven para activar más dolor, más activación fisiológica, más ansiedad, más impotencia, etc., se estará aumentando la probabilidad de desarrollar este trastorno de ansiedad denominado trastorno de estrés postraumático.

La intervención temprana en víctimas recientes o potenciales afectados por este trastorno (familiares, cuidadores de las víctimas, personas que observaron la escena, vecinos, etc.) es eficaz y previene la aparición de síntomas.

Esto es sumamente importante en nuestros días en que todo el país; pero principalmente la Frontera

Norte que vive situaciones casi comparables con las zonas de Guerra; éste fenómeno representa un problema de gran relevancia actual en el marco del estudio social del estrés, ya que las condiciones sociales (organización social, apoyo social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género, etc.) pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes. Las situaciones sociales pueden provocar altos niveles de estrés que, a su vez, afectan a la salud, a la calidad de vida y la longevidad.

Un trauma supone un malestar intenso por un suceso negativo brusco e inesperado de consecuencias dramáticas y causado por otros seres humanos. Este tipo de acontecimientos desborda con frecuencia la capacidad de respuesta de una

persona, que puede sentirse incapaz de adaptarse a la nueva situación y perder la esperanza en el futuro. Pero un trauma también puede superarse. Hay personas que consiguen sobreponerse al terrible impacto de un atentado terrorista, de una agresión sexual, de la pérdida violenta de un hijo o de una relación traumática de pareja y descubren de nuevo, sin olvidar lo ocurrido, el valor de la existencia y la alegría de vivir. Aunque aún queda mucho por saber, sí se conocen ya las razones por las que una persona puede quedar marcada trágicamente para toda la vida o que otra, por el contrario, haga frente a la contrariedad y disfrute de la vida cotidiana....

Es por esto que se ha planteado la pregunta ¿Cuál es la frecuencia de estrés postraumático en la población en general de seis ciudades fronterizas del Estado de Tamaulipas?

2.- JUSTIFICACIÓN

En virtud de los últimos acontecimientos en nuestro país, los cuales incluyen violencia, narcotráfico y crisis económica debemos estar preparados para un aumento del estrés en la población en general, y en los habitantes de la Frontera Norte, en particular, debido a que la paz social se está viendo quebrantada con el alto costo que ello conlleva, por lo tanto, es necesario realizar estudios para visualizar el problema en su magnitud real y de esta manera poder afrontarlo adecuadamente, es por eso que los estudios de prevalencia sobre la materia son importantes en aras de un mejor control de la población afectada, para que tanto las personas económicamente activas, como las que se encuentran en fase de retiro puedan vivir sin preocupaciones y disfruten de la vida y de su

trabajo. Este confort y bienestar, a largo plazo redituaria en un mejor nivel de vida de las personas, con los consiguientes beneficios para la familia y la sociedad; generando una menor erogación económica por parte de los Servicios de Salud, tanto en la prevención y manejo, como en la limitación del daño.

CAPÍTULO 3:

1.-OBJETIVOS

General: Determinar la prevalencia de estrés postraumático en seis ciudades de la Frontera Norte del Estado de Tamaulipas de enero a diciembre de 2009.

Específicos:

a).-Identificar posibles causas de estrés postraumático en la zona fronteriza.

b).-Determinar posibles causas de estrés postraumático en pacientes de la consulta externa del IMSS.

c).-Mencionar el uso de psicotrópicos en los pacientes a consecuencia del estrés postraumático.

CAPÍTULO 4:

1.-MATERIAL Y METODOS

a).- CLASIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia, no comparativo.

b).- UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

UNIVERSO DE ESTUDIO: Todos los pacientes que acudan a las UMF 12, 17, 18, 19, 20, 33, 36, 40 y 79/IMSS.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Todos los pacientes mayores de edad, que sepan leer y escribir y que deseen participar en el estudio.

c).- CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todos los pacientes mayores de edad, derechohabientes del IMSS, que

soliciten consulta, deseen participar en el estudio, tengan más de un año de vivir en la zona fronteriza y firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Todos los pacientes mayores de edad que tengan menos de 1 año de vivir en la zona fronteriza y/o no sepan leer ni escribir.

CRITERIOS DE ELIMINACION: Pacientes que dejen encuestas inconclusas o que no firmen el consentimiento informado.

2.-MUESTRA

TÉCNICA MUESTRAL: Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

$$N = Z^2 p Q / d^2$$

$$N = (3.8416) (0.030) (0.977/0.0025) = 45.03$$

N = Tamaño de la muestra que se requiere.

Z^2 = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

p = Proporción de pacientes portadores del fenómeno en estudio.

Q = 1-p (complementario sujetos que tiene una variable en estudio).

d^2 = Magnitud del error dispuesto a aceptar.

3.- VARIABLES DEL ESTUDIO:

| Tipo de variable | Definición conceptual | Definición Operacional | Escala de Medición | Fuente de Información | Indicador |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPENDIENTE Trastorno de estrés posttraumático | Tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad. | Presencia de seis o más de los criterios para depresión o ansiedad posttrauma durante un período de 2 semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa. con pérdida de interés o de la capacidad para el placer. | Escala nominal dicotómica | Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, basada en la Entrevista Internacional compuesta de Diagnóstico (CIDI-15). Escala de Hamilton Ansiedad/Depresión | Si o no |
| INDEPENDIENTE Factores de riesgo | Son antecedentes o condiciones que sin ser o formar parte del padecimiento, se asocian o pueden asociarse con una evolución desfavorable del estado de salud del paciente. | Estado civil. Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles. Escolaridad. Años cursados de educación Ocupación. Actividad u oficio | Cualitativa nominal Cualitativa nominal Cuantitativa Discreta | Cuestionario Cuestionario Cuestionario | Casado, soltero Ultimo grado cursado Ama de casa, obrero, profesional, empleado y otro |

| | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|----------------------------|---|
| | | <p>económico remunerable de una persona.</p> | <p>Cuantitativa Discreta</p> | <p>Cuestionario</p> | <p>Muy bajo, bajo, medio bajo, medio alto y alto</p> |
| | | <p>Nivel de ingreso. Situación económica ante la sociedad, de acuerdo con el número de salarios mínimos que se perciben</p> | <p>Cualitativa discreta</p> | <p>Cuestionario</p> | <p>Edad en años cumplidos</p> |
| | | <p>Edad</p> | | | |

CAPÍTULO 5:

1.- PLAN DE ANÁLISIS:

Los datos fueron captados y analizados en el paquete estadístico EPI-INFO 3.3.2.; graficando con Microsoft Excel.

Se utilizó estadística descriptiva como media, mediana, moda y porcentajes, se presentan los resultados en tablas, gráficos y se calculó prevalencia.

2.- PROCEDIMIENTOS:

Previa autorización del comité local de investigación y de las autoridades de las UMF involucradas se inició la selección de 300 participantes mayores de edad, los cuales residieran en la zona fronteriza del Estado de Tamaulipas desde hace por lo menos un año, y fueran derechohabientes del IMSS. Se les solicitó participar en el estudio por medio de consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas e instrumentos de medición para valorar estrés postraumático.

3.- FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES:



4.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:

Se utilizó para medir el estrés la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, basada en la Entrevista Internacional compuesta de Diagnóstico (CIDI-15).

Para valoración de Depresión y Ansiedad se utilizaron las Escalas de Hamilton

VER ANEXOS.

CAPÍTULO 6:

1.- ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó de acuerdo con el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación en el artículo 96 y a la declaración de Helsinki, así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo que el estudio se realizó con la previa aprobación del comité local de investigación, y la firma del consentimiento informado por parte de los encuestados.

CAPÍTULO 7:

1.- ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO

a).- CRONOGRAMA

| ACTIVIDAD | oct-08 | nov-08 | dic-08 | ene-mar 09 | abr-jun09 | jul-sep-09 |
|---|-------------|-------------|--------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Elaboración de protocolo | Del 1 al 31 | Del 1 al 10 | | | | |
| Registro de protocolo ante el Comité de Investigación | | 20 de Nov | | | | |
| Capacitación encuestador o colector de información | | | Del 1 al 15 | | | |
| Prueba piloto | | | Del 15 al 31 | | | |
| Colección de información | | | | Del 1-ene al 31 mar | Del 1abr al 30 jun | Del 1 jul al 30 sep |

| ACTIVIDAD | Oct-dic 09 | feb10 | mar- may-10 | jun- ago-10 | sep- nov-10 | dic-10 |
|------------------------------|-----------------------|--------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------|
| Colección de Información | Del 1 oct al15 dic | | | | | |
| Captura de Datos | Del 16 al 30 | Del 1 al 28 | | | | |
| Análisis de Datos | | | Del 1 mar al 31 may | | | |
| Interpretación de Resultados | | | | Del 1 jun al 31 ago | | |
| Formulación de Reporte | | | | | Del 1 sep al 15 nov | |
| Redacción de Tesis | | | | | Del 16 al 30 nov | Del 1 al 15 |

b).- RECURSOS HUMANOS:

El investigador principal, el cual invirtió el 25% de su tiempo libre para la realización de ésta investigación y un asesor de tesis que utilizó el 10% de su tiempo libre en la presente investigación.

c).- RECURSOS FISICOS Y MATERIALES:

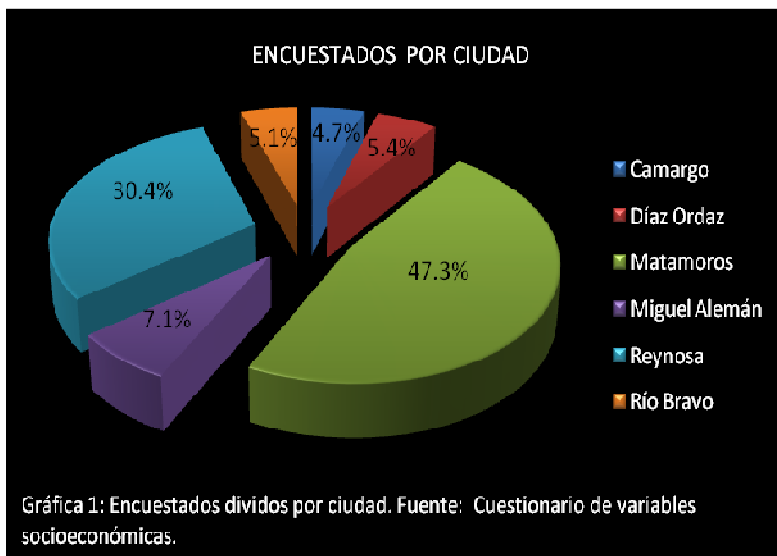
La institución cuenta con aula, sillas, mesas, computadora y sus aditamentos y con todo lo necesario para la realización de la Investigación

d).- PRESUPUESTO:

| INSUMOS | CANTIDAD | COSTO UNITARIO | COSTO TOTAL |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------|
| PLUMAS | 15 | \$04.00 | \$60.00 |
| LÁPICES | 15 | \$04.00 | \$60.00 |
| COPIAS | 3000 | \$01.00 | \$3,000.00 |
| GRAPADORA CON GRAPAS | 1 | \$50.00 | \$50.00 |
| ENCUESTADORES | 1 | \$4,000.00 | \$4,000.00 |
| IMPRESIÓN | 5 | \$1,000.00 | \$5,000.00 |
| ENCUADERNACIÓN | 5 | \$1,000.00 | \$5,000.00 |
| TOTAL | | | \$17,171.00 |

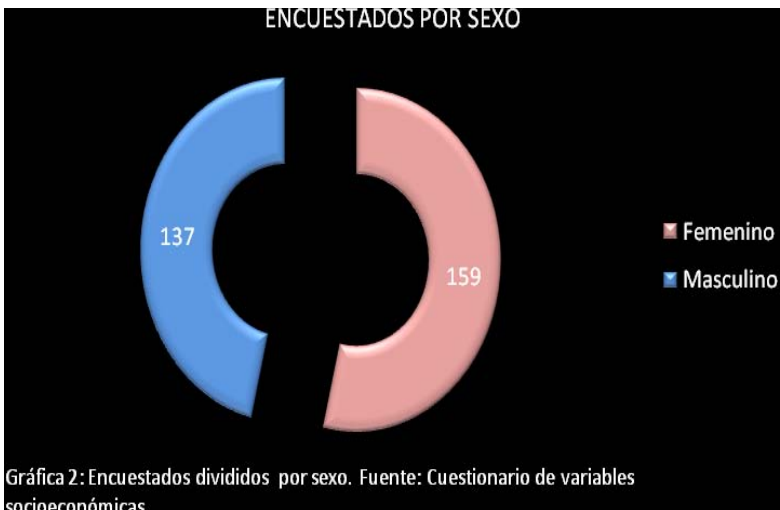
CAPÍTULO 8:

1.- RESULTADOS:



De las 300 encuestas realizadas se eliminaron cuatro: dos por encontrarse inconclusas y dos debido a que los pacientes manifestaron desear participar en el estudio pero no firmar el consentimiento informado.

De los 296 pacientes encuestados 140 viven en la ciudad de Matamoros, 90 radican en la ciudad de Reynosa, 21 son residentes de la ciudad de Miguel Alemán, 16 de Díaz Ordaz, 15 habitan en Río Bravo y 14 en Ciudad Camargo.

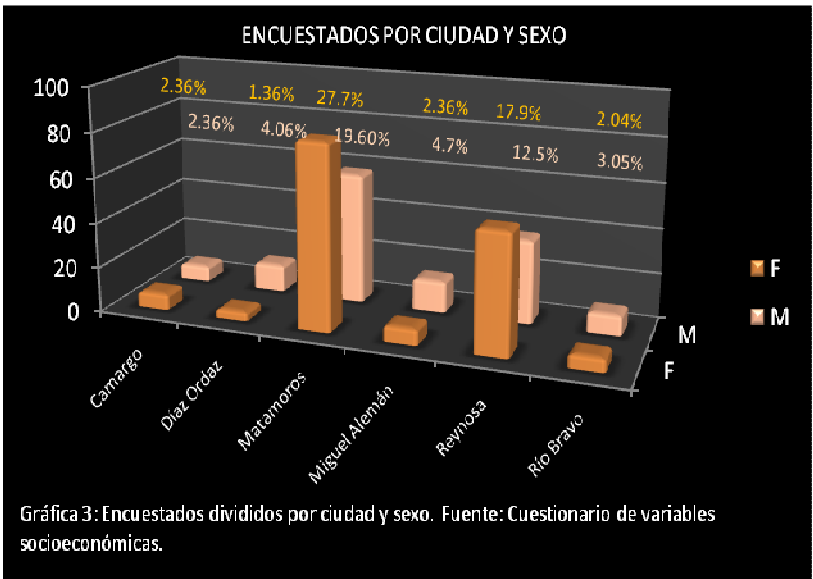


El 53.7 % son del género femenino y el 46.3% del masculino.

De las 159 personas del género femenino encuestadas el 4.4% son de Camargo, 2.5% de Díaz

Ordaz. El 51.6% radican en la ciudad de Matamoros y 4.4% en Miguel Alemán; 33.3% de las mujeres encuestadas viven en la ciudad de Reynosa y 3.8% en Río Bravo.

De las 137 personas del género masculino encuestadas 7 viven en Ciudad Camargo; 12 en Díaz Ordaz y 58 en Matamoros; 37 radica en la ciudad de Reynosa y 9 en Río Bravo.

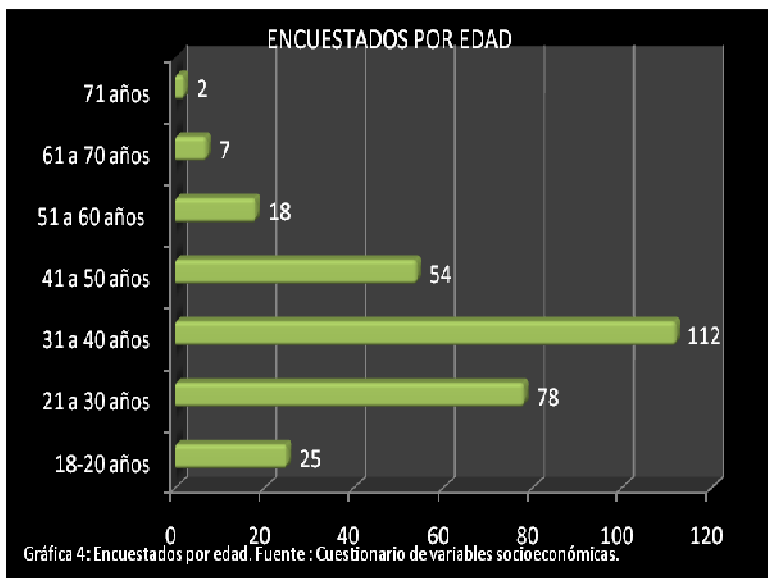


De los 296 encuestados 14 personas pertenecen a Camargo: 7 Hombres y 7 mujeres. En Díaz Ordaz se encuestaron 16 personas de las cuales 4 son del género femenino y 12 del masculino. En Matamoros se encuestaron 140 personas de las cuales 82 pertenecen al género femenino y 58 al masculino;

De los 21 encuestados en Miguel Alemán 7 pertenecen al género femenino y 14 del masculino. 53 mujeres y 37 varones fueron encuestados en la ciudad de Reynosa; y 6 personas del género femenino y 9 del masculino se encuestó en la ciudad de Río Bravo.

La edad de los participantes en este estudio fluctúa entre los 18 y los 76 años de edad con una media de

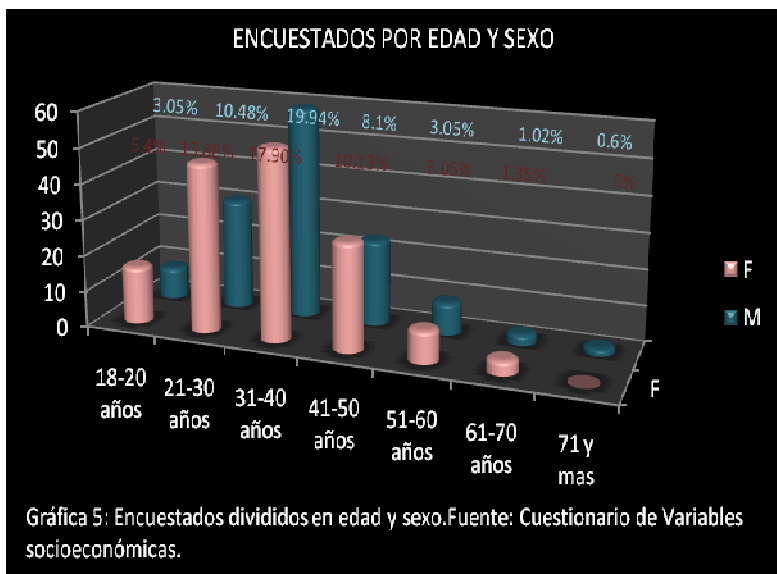
35.6, una mediana de 35 y una moda de 40. Percentila 1 de 27 y 3 de 41. Una variancia de 121.3 y una desviación estándar de 11.01.



El 8.44% de los encuestados tienen una edad entre los 18 y 20 años, 26.35% tienen entre 21 y 30 años; 37.84% tienen entre 31 y 40 años y 18.24% tiene una edad que fluctúa entre los 41 y 50 años.

El 6.08% de los encuestados se encuentran en un rango de edad que fluctúa entre los 51 a 60 años y

el 2.37% se encuentran entre los 61 y 70 años. Solo el 0.67% de los encuestados tiene 71 años o más.

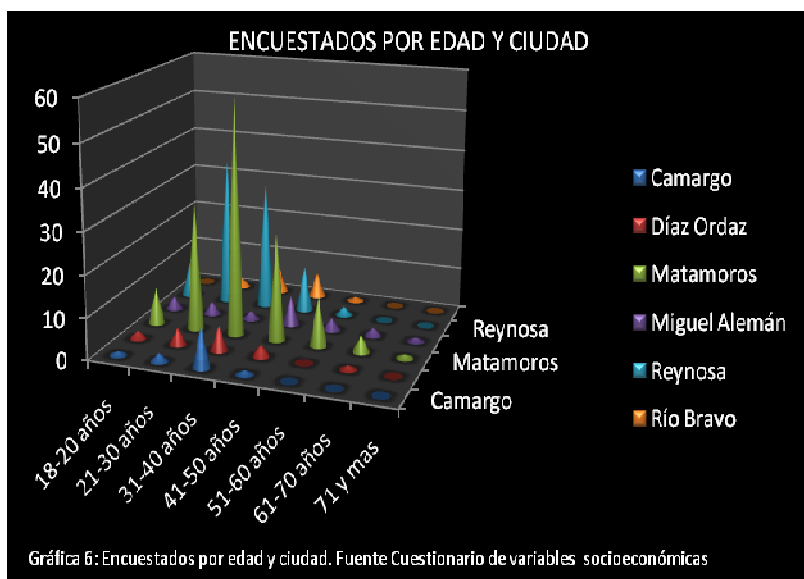


De los 25 encuestados entre 18 y 20 años 16 son del género femenino y 9 son del masculino; de los 78 cuya edad fluctúa entre los 21-30 años 47 son mujeres y 31 son varones.

En el rubro de 31-40 años existen 53 personas del género femenino y 59 del masculino. De las 54

personas cuya edad fluctúa entre 41-50 años, 30 son mujeres y 24 varones.

Fueron encuestadas 18 personas en el rubro de 51-60 años, 9 de cada sexo, correspondiendo. De las 7 personas encuestadas en el rubro de 61-70 años 4 pertenecen al género femenino y 3 al masculino; y los 2 pacientes encuestados de 71 años y mas pertenecen al sexo masculino.



En el rubro de 18 a 20 años uno es de Camargo, dos de Díaz Ordaz, nueve de Matamoros, tres de Miguel Alemán, diez de la ciudad de Reynosa y ninguno de Río Bravo.

En el de 21-30 años dos son habitantes de Camargo, cuatro de Díaz Ordaz, 31 son pobladores de Matamoros, tres radican en Miguel Alemán, 36 en Reynosa y dos en la ciudad de Río Bravo.

De los pacientes con edad fluctuante entre los 31-40 años; 10 son de Camargo, 6 de Díaz Ordaz, a la ciudad de Matamoros pertenecen 57, dos radican en la ciudad de Miguel Alemán, 31 en Reynosa y 6 en Río Bravo.

De los pacientes con edad entre los 41 a 50 años; uno pertenece a Camargo, tres a Díaz Ordaz, 26 a

Matamoros, 7 a Miguel Alemán, 11 a Reynosa y 6 a Río Bravo.

En el rubro de edad 51-60 años encontramos que el 12 radican en Matamoros, tres lo hace en Miguel Alemán, dos en Reynosa y uno en Río Bravo.

De los pacientes con edad entre los 61 y 70 años uno vive en Díaz Ordaz, cuatro en Matamoros, dos en Miguel Alemán.

En Matamoros y Miguel Alemán se encuentran los dos pacientes mayores de 71 años uno en cada ciudad.

En la ciudad de Camargo fue encuestada una mujer en el rubro de 18 a 20 años y ningún varón; en Díaz Ordaz un hombre y una mujer; en Matamoros 7 mujeres y dos varones; en Miguel Alemán fueron encuestados tres pacientes del género masculino en

este rubro de edad; 7 mujeres y tres varones con esta edad fueron encuestados en la ciudad de Reynosa.

Dentro del rubro de 21 a 30 años de edad; dos pacientes del género femenino fueron encuestadas en la ciudad de Camargo, cuatro pacientes varones fueron encuestados en Díaz Ordaz; en la ciudad de Matamoros fueron encuestados 31 pacientes dentro de este rubro de edad, 23 del género femenino y 8 del masculino y en Miguel Alemán se encuestaron un total de tres varones. En la ciudad de Reynosa fueron encuestados 21 pacientes del género femenino y 15 del masculino; y en Río Bravo se encuestó a una persona del femenino y una del masculino.

Dentro del rubro de 31-40 años de edad en la ciudad de Camargo se encuestaron cuatro pacientes del

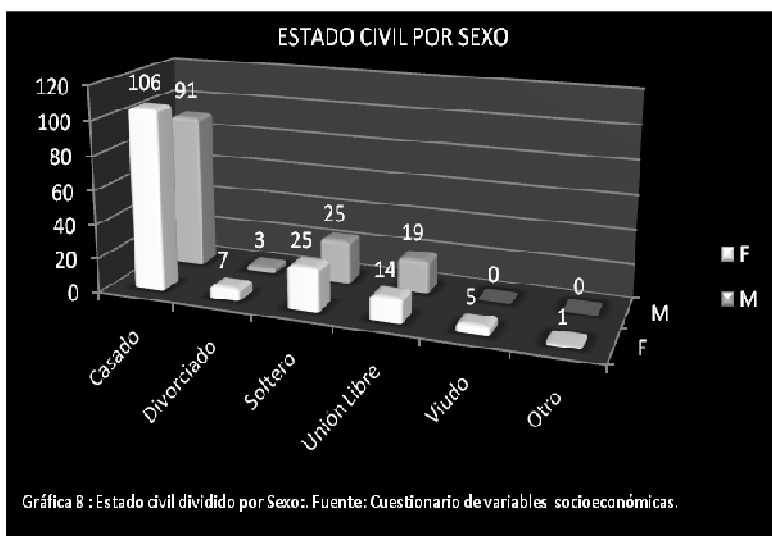
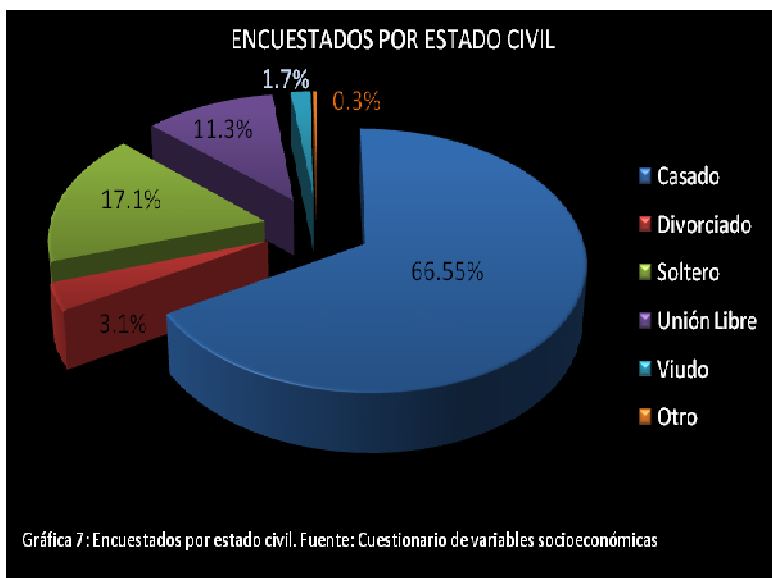
género femenino y 6 del masculino; en Díaz Ordaz dos del femenino y cuatro del masculino; mientras que en Matamoros fueron encuestados 27 mujeres y 30 varones en este mismo rubro de edad y en Miguel Alemán se encuestó a un hombre y una mujer. En la ciudad de Reynosa se encuestaron 17 pacientes del género femenino y 14 del masculino y en Río Bravo fueron dos del género femenino y cuatro del masculino.

Los pacientes encuestados en el rubro de edad de 41 a 50 años se dividen por ciudad y sexo de la siguiente manera: Camargo uno del género masculino, Díaz Ordaz tres del género masculino, Matamoros 18 del género femenino y 8 del masculino, Miguel Alemán dos del femenino y 5 del masculino, Reynosa 7 del género femenino y cuatro del masculino, Río Bravo tres de cada género.

En el rubro de los 51-60 años en Matamoros fueron encuestados 6 pacientes de cada género, en Miguel Alemán dos pertenecen al género femenino y uno al masculino, en Reynosa se encuestaron un paciente de cada género y en Río Bravo se encuestó a un paciente del sexo masculino.

Los pacientes encuestados en el rubro de 61 a 70 años de edad se dividen de la siguiente manera: Díaz Ordaz un paciente del género femenino; en Matamoros se encuestó a un paciente del género femenino y tres del masculino, en Miguel Alemán fueron dos del femenino y ninguno del masculino.

En el rubro de 71 y mas años solo fueron encuestados dos pacientes, uno en Miguel Alemán y otro (0.34%) en Matamoros, ambos del género masculino.



De los 296 encuestados 197 fueron casados, 10 divorciados, 50 solteros, 33 vivían en unión libre y 5 eran viudos, además una vivía separada. (Ver gráfica 7).

El estado civil de los participantes dividido por sexo quedó de esta manera:

Casados: 35.81% del género femenino y 30.74% del masculino.

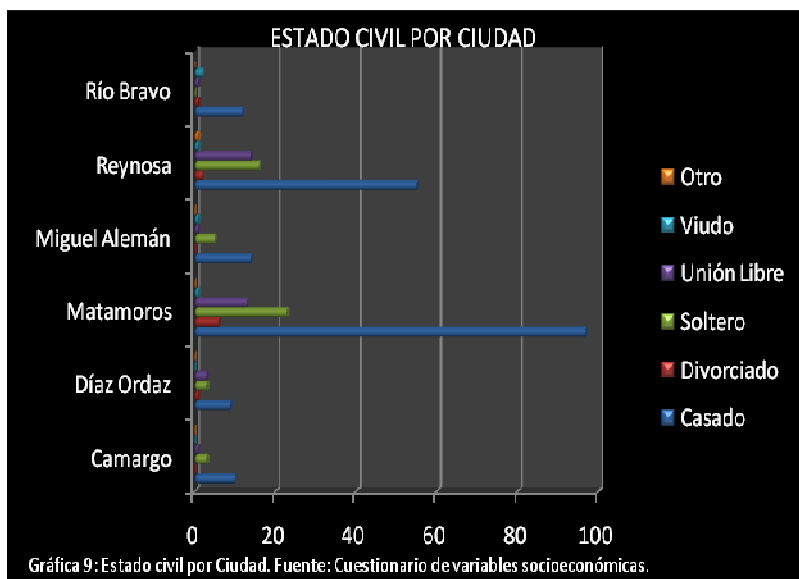
Divorciados: 2.36% del género femenino y tres del masculino.

Solteros: 8.44% en ambos géneros.

Unión Libre: 4.73% del género femenino y 6.42% del masculino.

Viudos: 1.69% del género femenino.

Otro (Separado): Uno del sexo femenino. (Ver gráfica 8)



En la ciudad de Camargo se encuestaron 10 pacientes casados (3.38%), 5 de cada género; 3 solteros (1.01%), dos del género femenino y uno del masculino; En unión libre vivía una persona del sexo masculino (0.34%).

En Díaz Ordaz 9 personas se encontraron casadas (2.36%), cuatro del género femenino y 5 del masculino; uno se encontró divorciado del género masculino (0.34%); Tres del género masculino eran solteros y tres también de género masculino vivían en unión libre (1.01%).

En la ciudad de Matamoros 97 (32.43%) personas eran casadas, 53 (17.56%) del sexo femenino y 44 (14.86%) del masculino; 6 (2.03%) divorciadas todas del sexo femenino; 23 (7.77%) de las personas eran solteras, 13(4.39%) del sexo femenino y 10 (3.38%) del sexo masculino; 13 (4.30%) vivían en unión libre 9 (3.04%) eran mujeres y 4 (1.35%) varones y uno (0.34%) del sexo femenino era viudo.

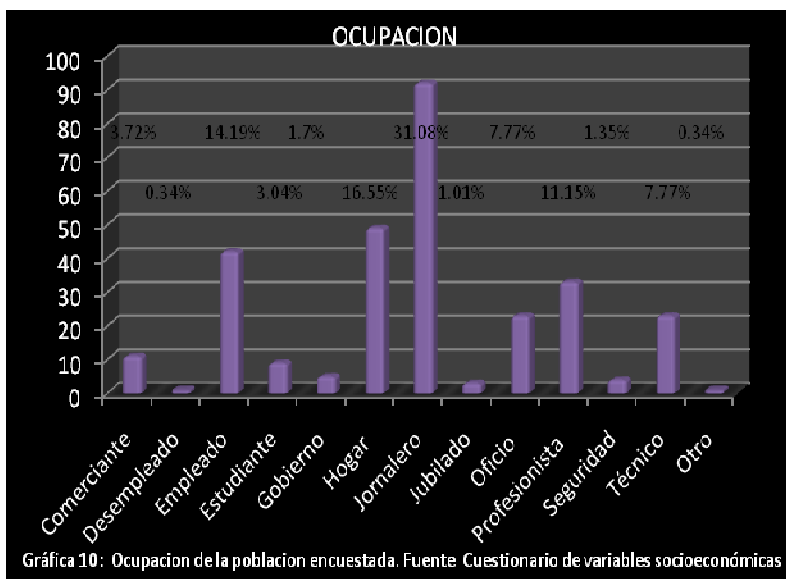
En Ciudad Miguel Alemán 14 de las personas encuestadas eran casadas (4.73%), 5 del género femenino y 9 del masculino; fueron encuestados 5

solteros (1.7%), uno del género femenino y 4 del masculino; una persona del sexo masculino vivía en unión libre y una del sexo femenino era viuda (0.34%).

Con respecto a la ciudad de Reynosa 55 de las personas eran casadas (18.58%), 35 del género femenino y 20 del masculino; divorciadas fueron encuestadas dos personas (0.67%) una de cada género; solteros fueron encuestados 16 pacientes (5.4%), 9 del género femenino y 7 del masculino; en unión libre vivían 14 personas (4.73%), 5 del género femenino y 9 del masculino; una persona del género femenino era viuda y una también del sexo femenino manifestó ser separada (0.34%) .

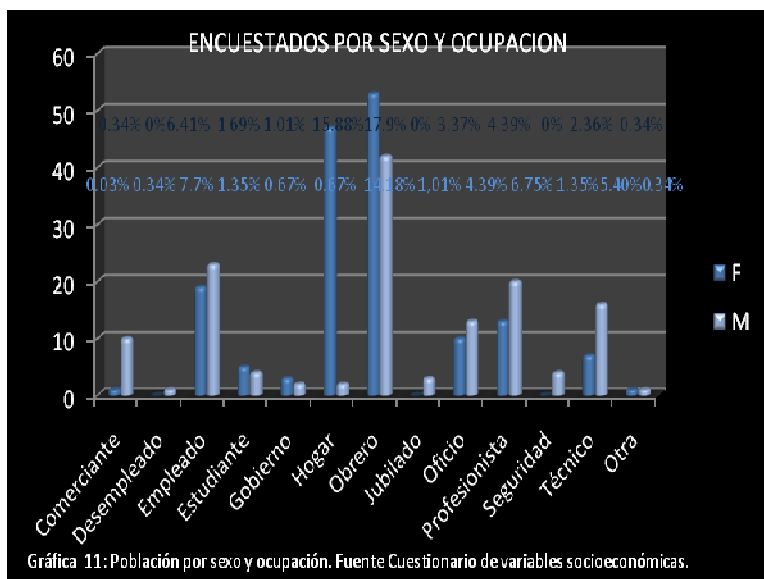
En la ciudad de Rio Bravo 12 de las personas eran casadas (3.71%), cuatro del género femenino y 8 del masculino; una del género masculino era divorciada;

una del sexo masculino vivía en unión libre y dos del sexo femenino eran viudas (0.67%).



De Los 296 encuestados 11 fueron comerciantes, uno desempleado, 42 empleados, 9 estudiantes, 5 trabajadores gubernamentales, 49 se encontraban dedicados al hogar, 92 obreros, 3 jubilados, 23 practicaban un oficio como albañil, panadero, etc., 33 fueron profesionistas, 4 empleados de compañías

de seguridad privada, 23 técnicos y uno tenía otra ocupación no especificada.



La ocupación de los participantes dividida por género quedó de la siguiente manera:

Comerciantes: 11, uno del femenino y 10 del masculino.

Desempleados: uno del masculino.

Empleados: 42, 19 mujeres y 23 varones.

Estudiantes: 9; 5 femeninos y 4 masculinos.

Empleados del gobierno: 5; 3 del femenino y 2 del masculino.

Personas dedicadas a las labores del hogar: 49; 47 del género femenino y 2 del masculino.

Obreros: 95; 53 femeninos y 42 del masculino.

Jubilados: 3 todos del género masculino.

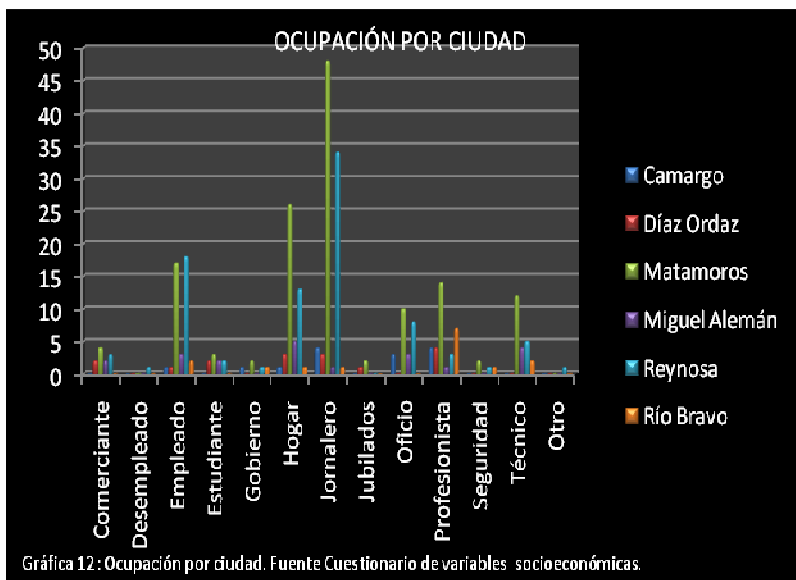
Artes y oficios: 23; 10 del género femenino y 13 del masculino.

Profesionistas: 33; 13 del género femenino y 20 del masculino.

Seguridad: 4; todos del género masculino.

Técnico: 23; de los cuales 7 son del género femenino y 16 son del masculino.

Otra ocupación no especificada: uno del género femenino.



En la ciudad de Camargo se encuestó a un empleado del género femenino; una empleada de gobierno; una persona del género femenino dedicada al hogar (0.34%); cuatro obreros (1.35%), uno del género femenino y 3 del masculino; tres se dedican a artes y oficios (1.01%), una del género

femenino y dos del masculino; cuatro son profesionistas (1.35%), dos de cada género.

En la ciudad de Díaz Ordaz dos eran comerciantes (0.67%), ambos del género masculino; uno era empleado; dos eran estudiantes, uno de cada género; tres personas del género femenino se encontraron dedicados al hogar; tres del masculino fueron jornaleros; una persona del género masculino se encontró jubilado; y cuatro fueron profesionistas, todos del género masculino.

Matamoros quedó dividido por oficios de la siguiente manera: cuatro comerciantes, una del género femenino y tres del masculino; 17 fueron empleados (5.74%), 7 del género femenino y 10 del masculino; tres estudiantes todos del género femenino; 2 personas del género femenino trabajaban para el gobierno; 26 personas se dedicaban a labores del

hogar (8.78%), 25 del género femenino y uno del masculino; 48 personas (16.21%), 32 del género femenino y 16 del masculino fueron jornaleros; 2 personas del género masculino fueron jubilados; 10 personas practicaban artes y oficios (3.37%), tres del género femenino y 7 del masculino; 14 fueron profesionistas (4.72%), 5 del género femenino y 9 del masculino; dos personas del género masculino se dedicaban a la seguridad; 12 fueron técnicos (4.05%), cuatro del género femenino y 8 del masculino.

En Miguel Alemán dos personas del sexo femenino eran comerciantes; tres eran empleados, uno del género femenino y dos del masculino; dos eran estudiantes del género masculino; cinco eran personas dedicadas al hogar (1.69%), cuatro mujeres y un varón; una persona del sexo masculino

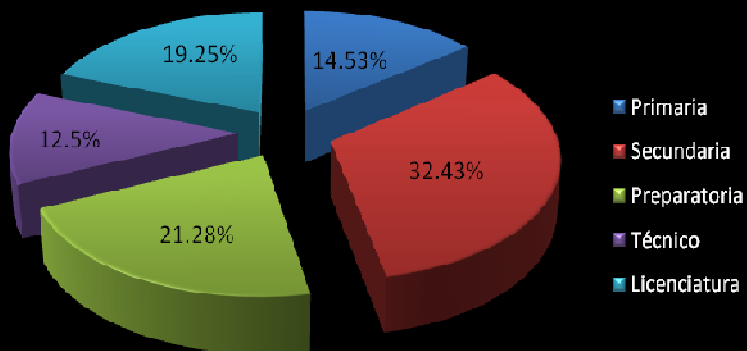
era jornalero; tres practicaban artes y oficios, una del género femenino y dos del masculino; una persona del sexo femenino era profesionista; y cuatro personas del género masculino eran técnicos.

En Reynosa fueron encuestados tres (1.01%) comerciantes del sexo masculino; un desempleado del sexo masculino; 18 empleados (6.08%), nueve de cada género; dos estudiantes del género masculino; una persona del sexo masculino trabajadora del gobierno; 13 personas del género femenino se dedicaban al hogar (4.39%); 34 eran jornaleros (11.48%), 20 del género femenino y 14 del masculino; 8 personas practicaban artes y oficios (2.7%), 5 del género femenino y tres del masculino; tres fueron profesionistas, dos del género femenino y uno del masculino; una persona del género masculino se dedicaba a la seguridad privada; 5

fueron técnicos, dos del género femenino y tres del masculino; y una persona del género femenino no especificó su ocupación.

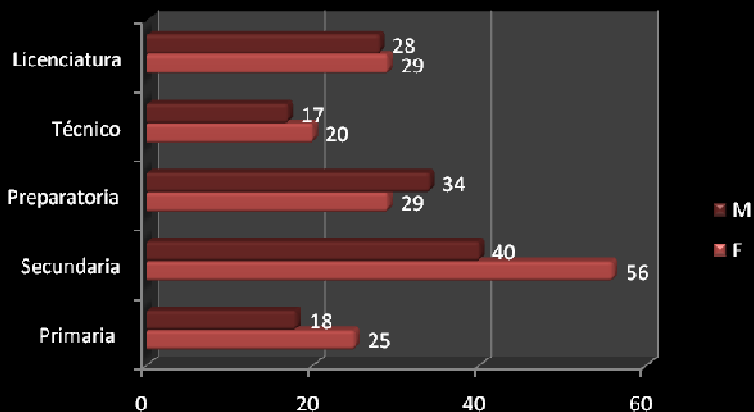
En Río Bravo una persona de cada género eran empleados; una persona del género masculino trabajaba para el gobierno; una persona del género femenino se dedicaba a las labores del hogar; una persona del género masculino era jornalero; 7 profesionistas (2.36%), tres del género femenino y cuatro del masculino; una persona del género masculino se dedicaba a la seguridad; y una persona de cada género era técnico

ENCUESTADOS POR GRADO DE ESTUDIOS



Gráfica 13: Población por grados de estudios. Fuente: Cuestionario de variables socioeconómicas.

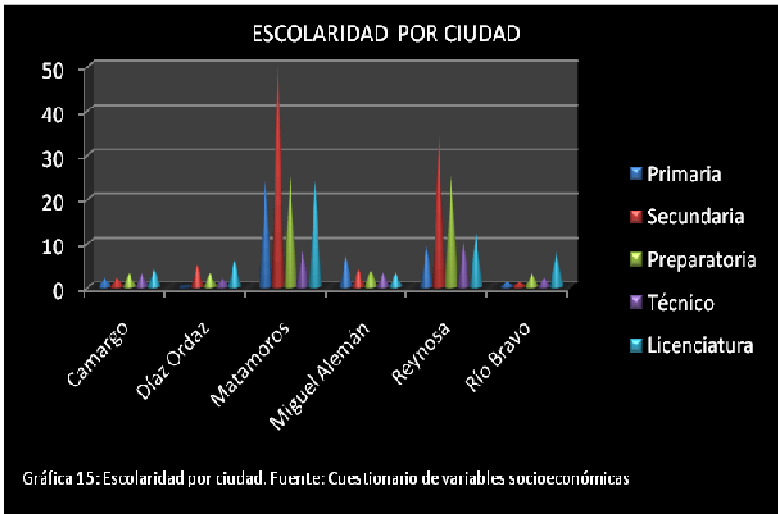
ENCUESTADOS POR ESTUDIOS Y SEXO



Gráfica 14: Encuestados divididos por grado de estudios y sexo. Fuente: Cuestionario de variables socioeconómicas

De los 296 pacientes encuestados 43 personas tenía primaria terminada; 96 terminó secundaria; 63 tenía nivel preparatoria terminada; 37 terminó un nivel técnico y 57 tenía nivel licenciatura. (Ver gráfica 13)

De los encuestados que terminaron la primaria, 8.44% fueron del género femenino y 6.08% del masculino. 32.43%, terminaron secundaria, 18.92% del género femenino y 13.51% del masculino; tienen preparatoria terminada 63 personas lo que equivale al 21.28% de los encuestados, 9.80% del género femenino y 11.48% del masculino; nivel técnico 12.5% de las personas, 6.75% del género femenino y 5.74% del masculino; nivel licenciatura 19.26% de las personas, 9.8% del género femenino y 9.45% del masculino. (Ver gráfica 14).



En Camargo dos personas tenía primaria terminada, una de cada género; al igual que la secundaria; tres contaban con preparatoria, dos del género femenino y uno del masculino; tres terminaron una carrera técnica, una del género femenino y una del masculino; y cuatro tenían carrera universitaria terminada, dos de cada género.

En Díaz Ordaz: 5 terminaron secundaria, uno del género femenino y 4 del masculino; tres tenían

preparatoria, uno del sexo femenino y dos del masculino; nivel técnico dos personas, una de cada género; y 6 tenían carrera profesional terminada, una del género femenino y 5 del masculino.

En la ciudad de Matamoros 24 personas tenían primaria terminada (8.10%), 14 del género femenino y 10 del masculino; 50 contaba con secundaria (16.88%), 31 del género femenino y 19 del masculino; 25 tenían preparatoria (8,44%), 15 del género femenino y 10 del masculino; 17 terminaron nivel técnico (5.74%), 9 del género femenino y 8 del masculino; tenían licenciatura 24 personas (8.1%), 13 del género femenino y 11 del masculino.

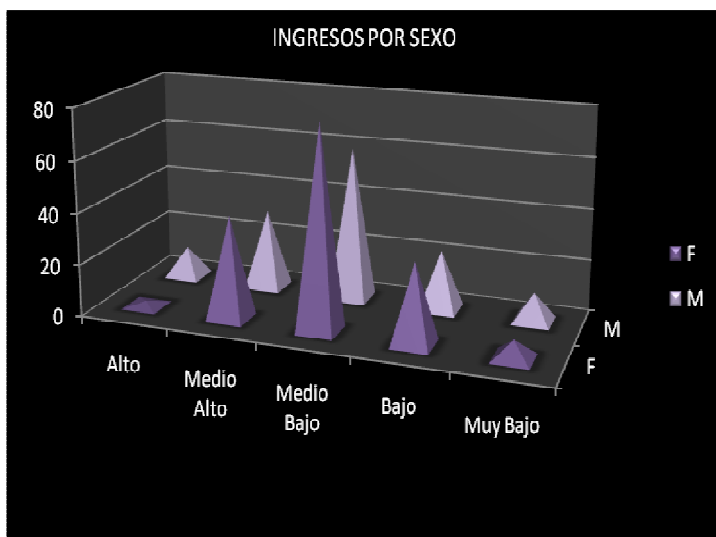
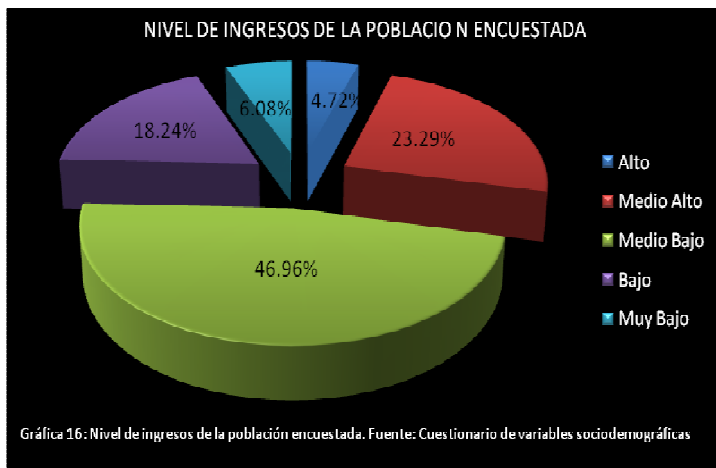
En Miguel Alemán 7 tenían primaria (2.36%), tres del género femenino y cuatro del masculino; cuatro tenían secundaria (1.35%), uno del género femenino y tres del masculino; cuatro de las personas tenían

preparatoria terminada uno del género femenino y tres del masculino; tres tenían nivel técnico, una del género femenino y dos del masculino; tres contaban con licenciatura terminada, una del género femenino y dos del masculino.

Reynosa tenía el siguiente nivel de estudios: primaria, 9 personas (3.04%), 7 del género femenino y dos del masculino; secundaria, 34 personas (11.48%), 22 del género femenino y 12 del masculino; preparatoria 25 (8.44%), 9 mujeres y 16 varones; técnico 10 (3.37%), 6 del género femenino y 4 del masculino; y nivel licenciatura 12 personas (4.05%), 9 del género femenino y tres del masculino.

Río Bravo: Primaria una persona del género masculino; secundaria también una persona del género masculino; tres personas con preparatoria, una del género femenino y dos del masculino; dos

personas del género femenino tienen nivel técnico; y 8 eran profesionistas, 3 mujeres y 5 varones.



De los 296 encuestados, 14 eran de nivel socioeconómico alto; 71 de clase media alta; 139 de clase media baja, 54 de nivel bajo y 18 de nivel muy bajo.

De ellos 14 pertenecían a la clase alta, dos del género femenino (0.67%) y 12 del masculino (4.05%); 71 a la clase media alta, 40 del género femenino (13.51%) y 31 del masculino (10.47%); 139 a la clase media baja, 79 del género femenino (26.68%) y 60 del masculino(20.22%); 54 personas pertenecían a la clase baja, 31 del género femenino y 23 del género masculino (7.77%); y de estrato muy bajo 18 personas, 7 del género femenino y 11 del masculino.



Camargo: Clase alta una persona del género femenino; clase media alta tres personas, dos del género femenino y uno del masculino; clase media baja 5 personas, dos del género femenino y tres del masculino; clase baja tres, uno del género femenino y dos del masculino; y de clase muy baja dos; una de cada género.

Díaz Ordaz: Clase Alta 5, del género masculino; clase media alta tres pacientes, dos del género femenino y uno del masculino; clase media baja 7

personas, dos del género femenino y 5 del masculino; clase baja; una persona del género masculino.

Matamoros: seis personas de clase alta, una del género femenino y 5 del masculino; 31 personas de clase media alta, 20 femeninas y 11 personas del género masculino; del nivel medio bajo se encuestaron 70 personas, 42 del género femenino y 28 del masculino; clase baja 25 personas, 15 del género femenino y 10 del masculino; y estrato muy bajo 8 personas, 4 de cada género.

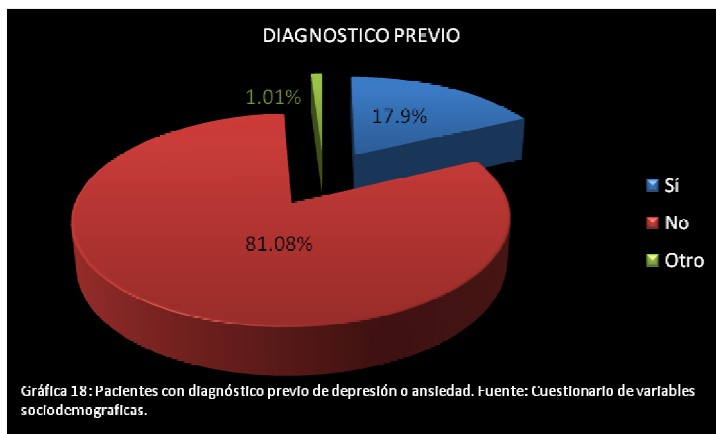
En Miguel Alemán se encuestó una persona del género masculino de la clase alta, 5 de la clase media alta: una del género femenino y cuatro del masculino; se encuestaron 10 personas del estrato socioeconómico medio bajo, cuatro del género femenino y 6 del masculino; tres personas

pertenecían a la clase baja, una del sexo femenino y dos del masculino; en el grupo de muy bajos ingresos se encuestaron a dos personas, una de cada género.

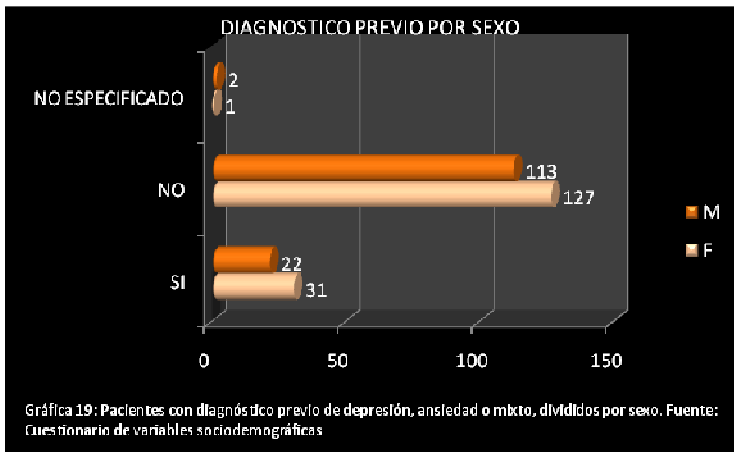
Reynosa presentó una población dividida de la siguiente manera: Nivel alto una mujer; nivel medio alto 20 personas, 11 del género femenino y 9 del masculino; nivel medio bajo, 42 personas, 28 (9.48%) del género femenino y 14 del masculino; nivel bajo 21 personas, 13 del género femenino y 8 del masculino; y nivel muy bajo 6 personas una del género femenino y 5 del masculino.

En la ciudad de Río Bravo 9 personas pertenecían al estrato medio alto, cuatro del género femenino y 5 del masculino; 5 personas pertenecían al estrato medio bajo, una del género femenino y cuatro del

masculino; del estrato bajo se encuestó a una persona del género femenino.



Para la correcta interpretación de los resultados dentro de las variables socioeconómicas se incluyó un rubro en el que los pacientes deberían anotar si tenían o alguna vez habían tenido diagnóstico de ansiedad o depresión, encontrando que 53 de los entrevistados presentaban un diagnóstico de depresión, ansiedad o mixto al momento de la realización de la encuesta; 240 de los pacientes no tenían un diagnóstico previo y 3 pacientes no lo especificaron.

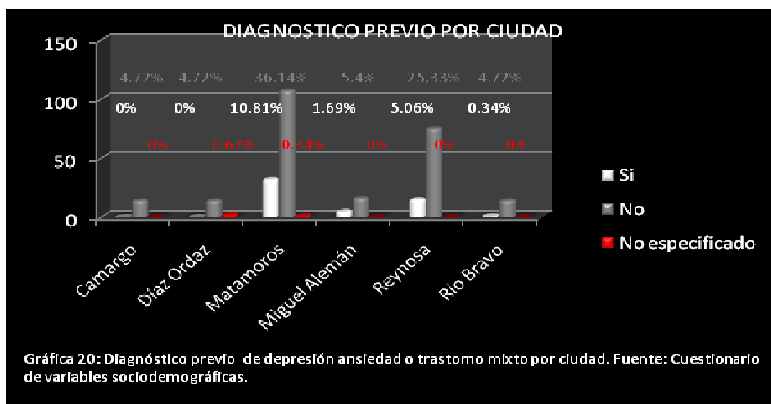


De los 296 pacientes encuestados 17.9% de las personas presentaban un diagnóstico previo de depresión, ansiedad o trastorno mixto; 10.47% del género femenino y 7.4% del masculino.

Del 81.8% que no presentaban diagnóstico previo de depresión, ansiedad o trastorno mixto el 42.90% eran del género femenino y el 38.17% correspondían al masculino.

El 1.01% de los pacientes (0.34% del género femenino y 0.67% del masculino) no especificaron si

contaban o no con un diagnóstico previo de depresión ansiedad o trastorno mixto.



Pacientes con diagnóstico previo de depresión, angustia o trastorno mixto por ciudades y sexo:

Camargo: De los 14 encuestados ninguno presentó diagnóstico previo.

Díaz Ordaz: De los 16 encuestados, 14 no presentaron diagnóstico previo cuatro del género femenino y 10 del masculino; dos personas del

género masculino no especificaron si cuentan o no con diagnóstico previo.

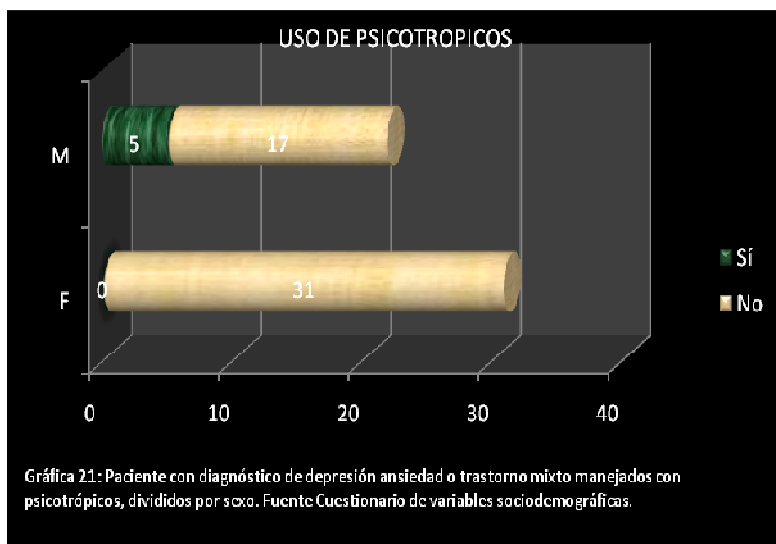
Matamoros: De los 140 encuestados, 32 contaban con un diagnóstico previo, 20 del género femenino y 12 del masculino; 107 no contaban con un diagnóstico previo, 61 del género femenino y 46 del masculino; y una persona del género femenino no especificó si contaba o no con diagnóstico previo.

Miguel Alemán: De los 21 encuestados 5 del género masculino presentaban un diagnóstico previo de depresión, ansiedad o trastorno mixto; 16 personas no presentaban diagnóstico previo, 7 del género femenino y 9 del masculino.

Reynosa: De los 90 pacientes encuestados 15 si presentaban diagnóstico previo, 11 del género femenino y 4 del masculino; 75 no presentaban

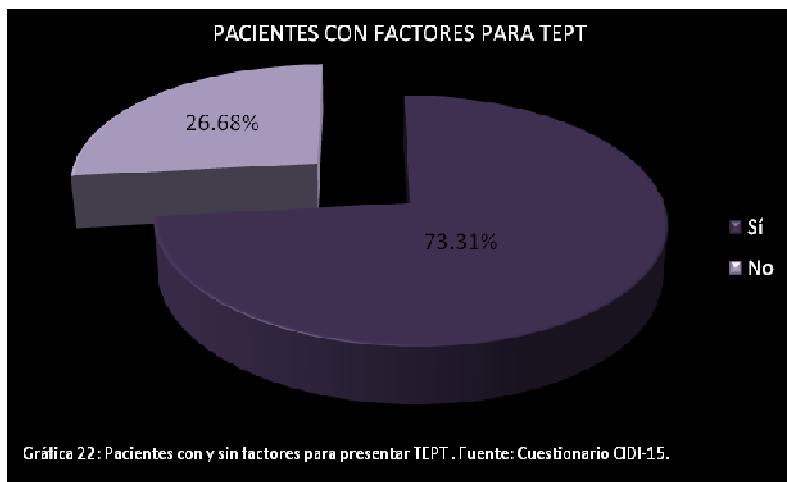
diagnóstico previo, 42 del género femenino y 33 del masculino.

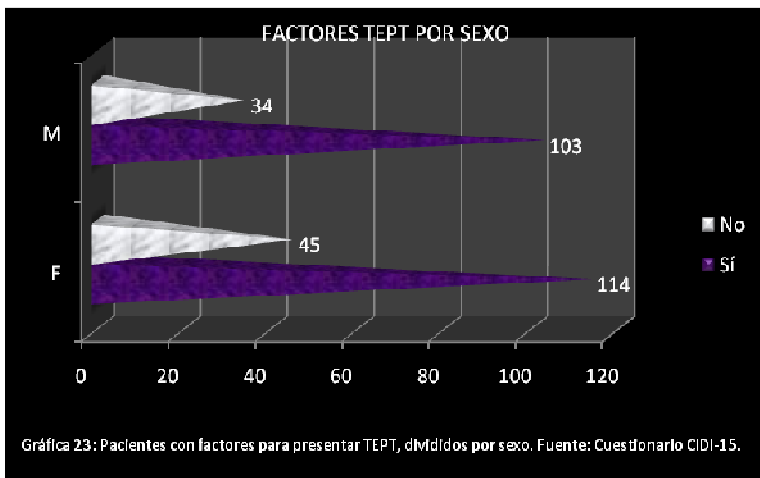
Río Bravo: De los 15 encuestados solo uno del género masculino presentaba diagnóstico previo; 14 no presentaban diagnóstico previo, 6 del género femenino y 8 del masculino.



De las 53 personas con diagnóstico previo de depresión, ansiedad o trastorno mixto solo el 9.43% de este total estaban siendo manejados con psicotrópicos y todos eran del sexo masculino representando a un total del 1.69% de los 296 pacientes en estudio.

Uno de estos pacientes radicaba en Matamoros, dos en la ciudad de Miguel Alemán, uno en Reynosa y otro en Río Bravo.



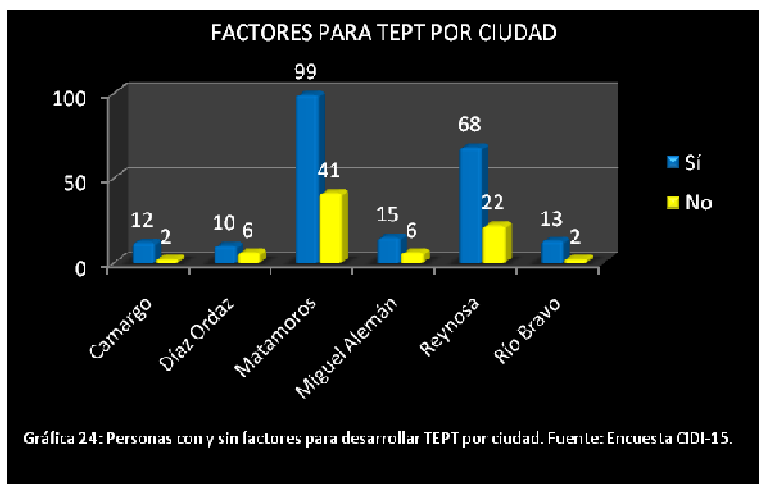


Del total de los pacientes encuestados el 73.31% han estado expuestos a por lo menos un factor predisponente para TEPT.

El 26.68% de las personas encuestadas no ha estado expuesto a factores productores de TEPT. (Ver gráfica 22).

De los encuestados, el 73.31% si han estado expuestos a por lo menos un factor productor de TEPT; 38.51% del género femenino y 34.79% del masculino.

El 26.68% no han estado expuestos a factores productores de TEPT; 15.20% del género femenino y 11.48% del masculino. (Ver gráfica 23)



Camargo: 4.05% de los pacientes contaban con factores para desarrollar TEPT, 2.36% del género femenino y 1.69% del masculino; 0.67% de los pacientes del género masculino no contaban con factores para desarrollar TEPT.

Díaz Ordaz: 3.37% de los encuestados contaban con factores para desarrollar TEPT, 1.01% del

género femenino y 2.36% del masculino; 0.67% de las personas del sexo masculino no tenían factores para desarrollar TEPT.

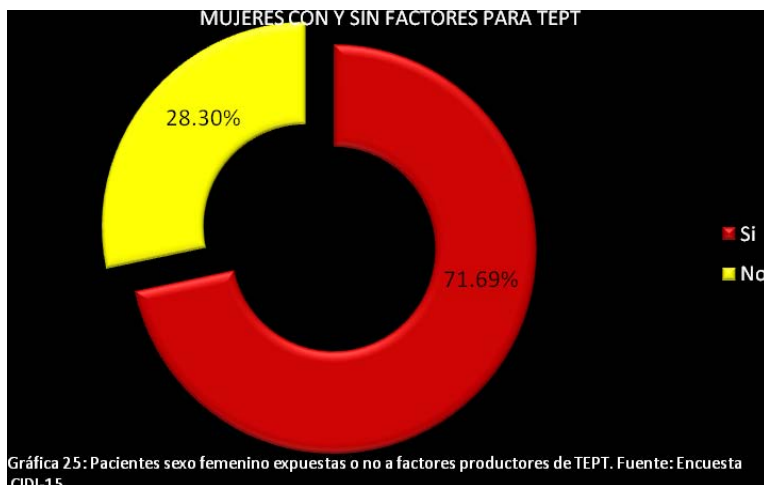
Matamoros: 33.44% de las personas encuestadas presentaban factores para TEPT, 19.26% del género femenino y 14.28% del masculino; 13.85% no han estado expuestos a factores para TEPT, 8.44% del género femenino y 5.4% del masculino.

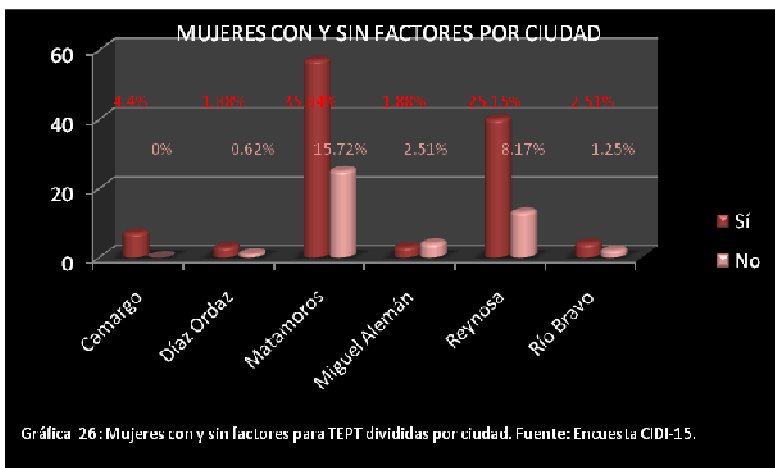
Miguel Alemán: 5.06% de las personas han estado expuestos a factores productores de TEPT, 1.01% del género femenino y 4.05% del masculino; 2.03% no se han expuesto a factores productores de TEPT, 1.35% del género femenino y 0.67% del masculino.

Reynosa: 22.97% con factores, 13.51% del género femenino y 9.48% del masculino; 7.4% no se han

expuesto a factores productores de TEPT, 4.39% del género femenino y 3.04% del masculino.

Río Bravo: 4.39% si han estado expuestos, 1.35% del género femenino y 3.04% del masculino; 0.67% pacientes del género femenino no han estado expuestos.





De las 159 mujeres, 114 han estado expuestas a factores asociados a producción de TEPT; 45 no se han expuesto a factores asociados a producción de TEPT. (Ver gráfica 25)

Camargo: 7 mujeres han estado expuestas.

Díaz Ordaz: 4 mujeres; 3 expuestas, 1 no expuesta.

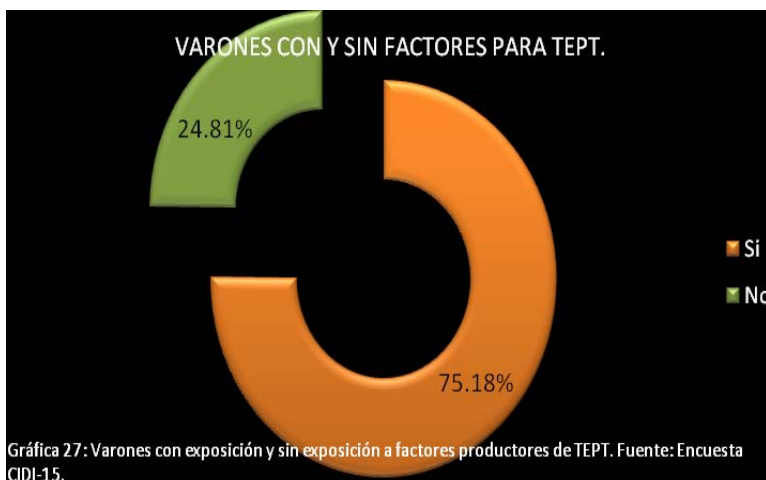
Matamoros: 82 mujeres; 57 expuestas, 25 no expuestas.

Miguel Alemán: 7 mujeres; 3 expuestas, 4 no expuestas.

Reynosa: 53 mujeres; 40 expuestas, 13 no expuestas.

Río Bravo: 6 mujeres; 4 expuestas, 2 no expuestas.

(Ver gráfica 26)





De los 137 varones encuestados 103 han estado expuestos a por lo menos un factor condicionante de TEPT y 34 no han sido expuestos. (Ver gráfica 27)

De los varones encuestados el 75.18% han estado expuestos a algún factor productor de TEPT y 24.81% nunca han estado expuestos.

Camargo: 5.10% de los pacientes fueron varones; 3.64% expuestos, 8.75% no expuestos.

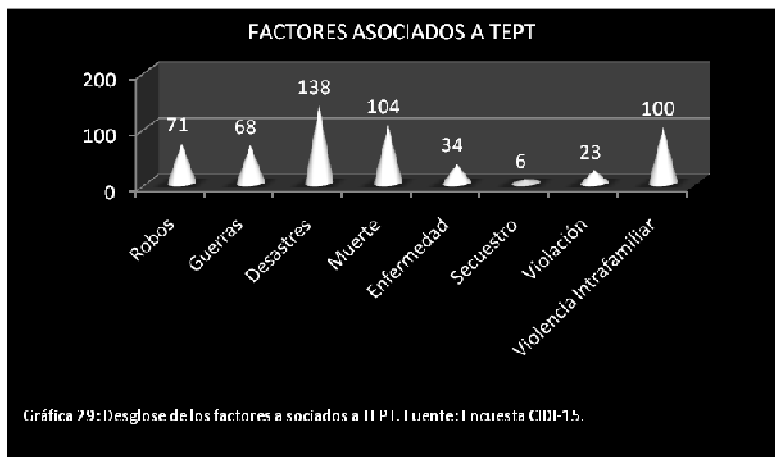
Díaz Ordaz: 8.75% fueron varones; 5.1% expuestos, 3.64% no expuestos.

Matamoros: 42.33% fueron varones; 30.65%
expuestos, 11.67% no expuestos.

Miguel Alemán: 10.21% fueron varones; 8.75%
expuestos, 8.75% no expuestos.

Reynosa: 27% fueron varones; 20.43% expuestos,
6.56% no expuestos.

Río Bravo: 6.56% fueron varones; todos expuestos.
(Ver gráfica 28)



FACTORES ASOCIADOS O PROBABLEMENTE
PRODUCTORES DE TEPT EN LOS 217
AFECTADOS.

Robos: 32.71%

Guerras o conflictos civiles: 31.33%

Desastres naturales: 63.59%

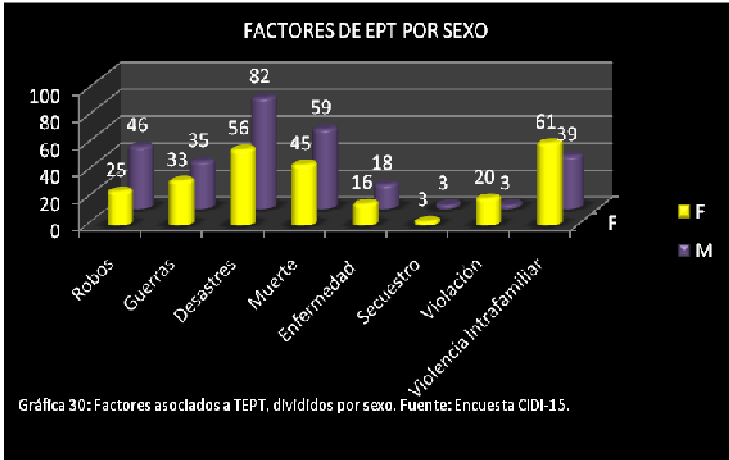
Muerte de un familiar cercano: 47.92%

Enfermedad que pone en riesgo la vida: 15.66%

Secuestro: 2.76%

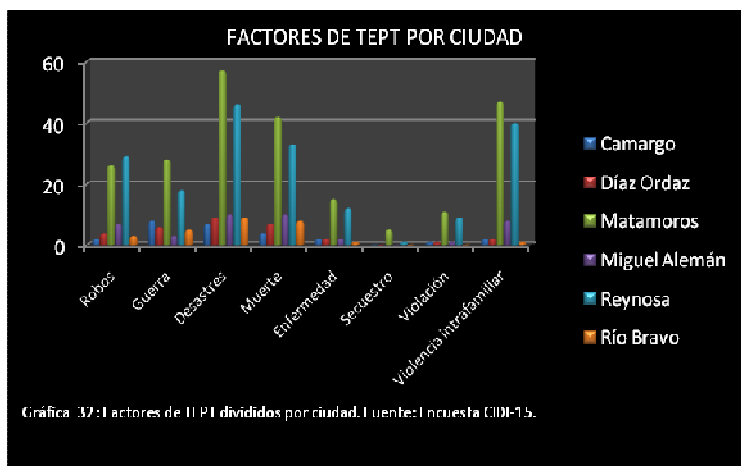
Violación: 10.59%

Violencia intrafamiliar: 46.08%



Robos: 32.71%; 11.52% del género femenino y 21.19% del masculino. Guerras o conflictos civiles: 31.33%; 15.20% del género femenino y 21.19% del masculino. Desastres naturales: 63.59%; 25.80% del género femenino y 37.78% del masculino. Muerte de un familiar cercano: 47.92%; 20.73% del femenino y 27.18% del masculino. Enfermedad que pone en riesgo la vida: 15.66%; 7.37% del género femenino y 8.29% del masculino. Secuestro: 2.76%; 1.38% de cada género. Violación: 10.59%; 9.21% del género femenino y 1.38% del masculino. Violencia

intrafamiliar: 46.08%; 28.11% mujeres y 17.97% varones.



Camargo: Robos 0.92% del género masculino; guerras o conflictos civiles 3.68%, 2.76% del género femenino y 0.92% del masculino; desastres naturales 3.22%, 1.38% del género femenino y 1.84% del masculino; muerte de un familiar cercano 1.84%, 1.38% del género femenino y 0.46% del masculino; enfermedad que puede provocar la

muerte 0.92%, ambos del género masculino; violación 0.46% del género femenino y violencia intrafamiliar 0.92%, la mitad de cada género.

Díaz Ordaz: Robos 1.84%, 0.46% del género femenino y 1.38% del masculino; guerras o conflictos civiles 2.76%, 1.38% de cada género; desastres naturales 4.14%, 1.38% del género femenino y 2.76% del masculino; muerte de un familiar cercano 3.22%, 0.92% del género femenino y 2.30% del masculino; enfermedad que pone en riesgo la vida 0.92% del género masculino; violación 0.46% del género femenino; violencia intrafamiliar 0.92%, 0.466% de cada género.

Matamoros: Robos 11.98%, 4.6% del género femenino y 7.37% del masculino; guerra o conflictos civiles 12.9%, 5.06% del género femenino y 7.83% del masculino; desastres naturales 26.26%, 11.05%

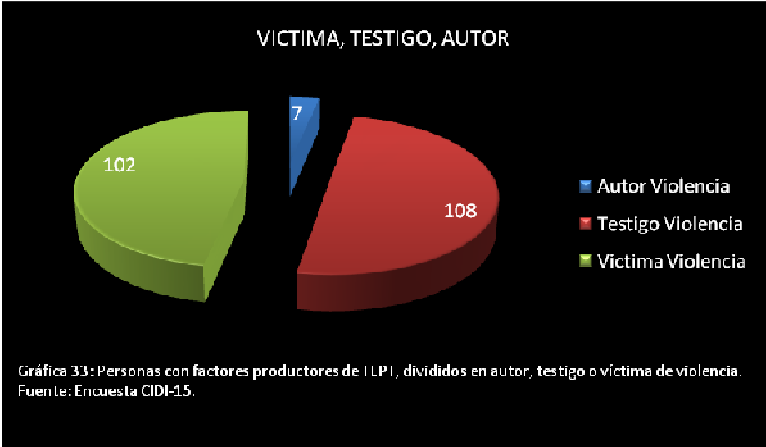
del género femenino y 15.20% del masculino; muerte de un familiar cercano 19.35%, 8.29% del género femenino y 11.05% del masculino; enfermedad que pone en riesgo la vida 6.91%, 4.60% del género femenino y 2.30% del masculino; secuestro 2.3%, 1.38% del género femenino y 0.92% del masculino; violación 5.06%, 4.06% del género femenino y 0.46% del masculino; violencia intrafamiliar 21.65%, 14.74% del género femenino y 6.91% del masculino.

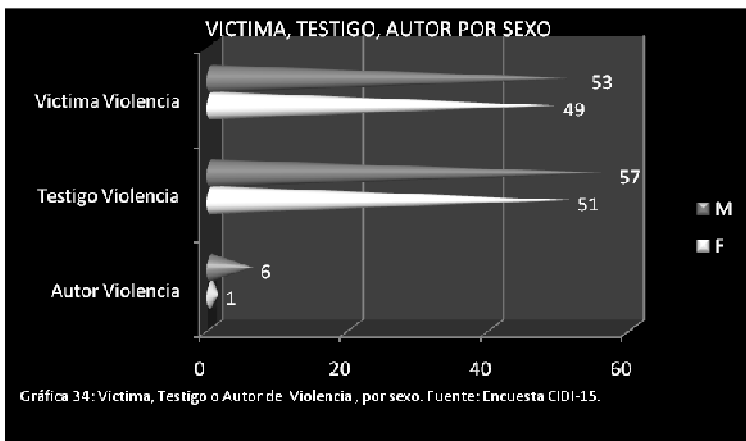
Miguel Alemán: Robos 3.22%, 0.46% del género femenino y 2.76% del masculino; guerras o conflictos civiles 1.38%, todos del género masculino; desastres naturales 4.6% también del género masculino; muerte de familiar cercano 4.6%, 0.46% del género femenino y 4.14% del género masculino; enfermedad que pone en riesgo la vida 0.92%, del

género masculino; violación 0.46% del género femenino; violencia intrafamiliar 3.68%, 1.38% del género femenino y 2.3% del masculino.

Reynosa: Robos 13.36%, 5.06% del género femenino y 8.29% del género masculino; guerra o conflictos civiles 8.29%, 11 (5.06%) del género femenino y 7 (3.22%) del masculino; desastres naturales 46 (21.19%), 23 (10.59%) de cada género; muerte de un familiar cercano 33 (15.2%), 20 (9.21%) del género femenino y 13 (5.99%) del masculino; enfermedad que pone en riesgo la vida 12 (5.52%), 5 (2.3%) del género femenino y 7 (3.22%) del masculino; secuestro uno (0.46%) del género masculino; violación 9 (4.14%), 8 (3.68%) del género masculino y 1 (0.46%) del masculino; violencia intrafamiliar 40 (18.43%), 24 (11.05%) del género femenino y 16 (7.37%) del masculino.

Río Bravo: Robos 3 (1.38%), 2 (0.92%) del género femenino y 1 (0.46%) del masculino; guerra o conflictos civiles 5 (2.30%), 2 (0.92%) del género femenino y 3 (1.38%) del masculino; desastres naturales 9 (4.14%), 3 (1.38%) del femenino y 6 (2.76%) del masculino; muerte de familiar cercano 8 (3.68%), uno (0.46%) del género femenino y 7 (3.22%) del masculino; enfermedad que pone en riesgo la vida uno (0.46%) del género femenino; violencia intrafamiliar uno (0.46%) del género femenino.



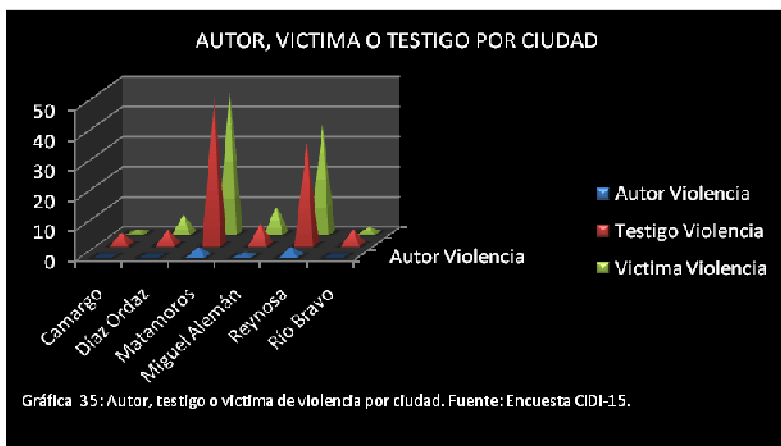


De los 217 pacientes con factores productores de estrés postraumático 7 (3.22%) fueron autores de violencia, 108 (49.76%) fueron testigos de violencia y 102 (47%) fué víctima de la violencia. (Ver gráfica 33).

De los 7 (3.22%) autores de violencia, uno (0.46%) era del género femenino y 6 (2.76%) del masculino.

Cincuenta y un (23.50%) personas del géneroo femenino y 57 (26.26%) del género masculino son testigos de la violencia.

Las 102 víctimas de violencia se dividieron en 49 (2.58%) del género femenino y 53 (24.42%) del masculino.



Camargo: Testigo de violencia 4 (1.84%), dos (0.9%) de cada género; víctima de violencia uno (0.46%) del género femenino.

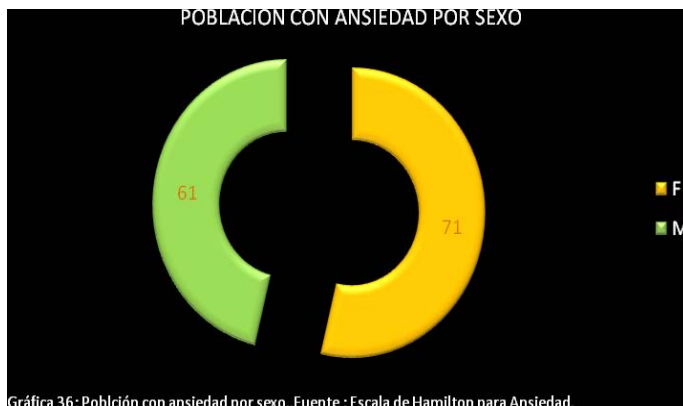
Díaz Ordaz: Testigos de violencia 5 (2.3%), 2 (0.9%) del género femenino y 3 (1.38%) del masculino; víctimas de violencia 6 (2.76%), uno (0.46%) del género femenino y 5 (2.3%) del masculino.

Matamoros: Autores de violencia 3 (1.38%), del género masculino; testigos de violencia 49 (22.58%), 28 (12.90%) del género femenino y 23 (10.59%) del masculino; víctimas de violencia 48 (22.11%), 23 (10.59%) del género femenino y 25 (11.52%) del masculino.

Miguel Alemán: Autores de violencia uno (0.46%) del género masculino; testigos de violencia 7(3.22%) uno (0.46%) del género femenino y 6 (2.76%) del masculino.

Reynosa: Autores de violencia 3 (1.38%), uno (0.46%) del género femenino y 2 (0.92%) del masculino; testigos de violencia 34 (15.66%), 17 (7.83%) del género femenino y 19 (8.75%) del masculino; víctima de violencia 2 (0.92%), uno (0.46%) de cada sexo.

Río Bravo: Testigo de violencia 5 (2.30%), uno (0.46%) del género femenino y 4 (1.84%) del masculino; víctima de violencia 2 (0.92%), uno (0.46%) de cada género.

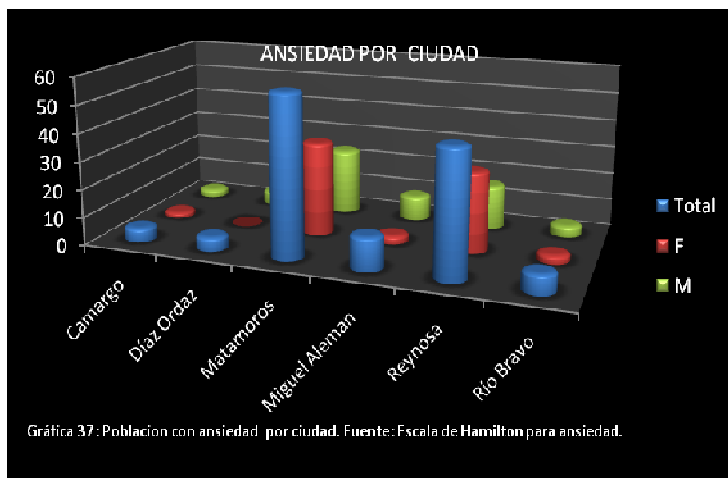


De los 296 encuestados 132 (60.82%) presentaban algún grado de ansiedad de acuerdo a la escala de ansiedad de Hamilton.

De ellos 71 (57.78%) eran del género femenino y 61 (46.21%) del masculino.

Esto nos da como resultado que de las 159 mujeres encuestadas 71 (44.65%) presentaban ansiedad, y

de los 137 varones encuestados 61 (44.52%) eran portadores de esta patología.



Camargo: 5 (15.62%) personas con ansiedad, 2 (1.51%) del género femenino y 3 (2.27%) del masculino.

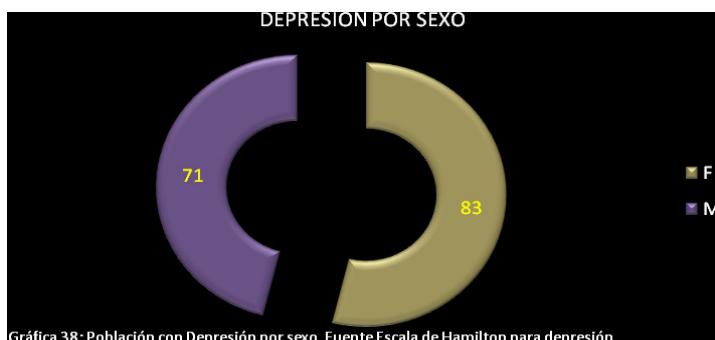
Díaz Ordaz: 5 (15.62%), todas del género masculino.

Matamoros: 58 (43.93%), 34 (25.75%) del género femenino y 24 (11.05%) del masculino.

Miguel Alemán: 12 (9.09%), 3 (2.27%) del género femenino y 9 (6.8%) del masculino.

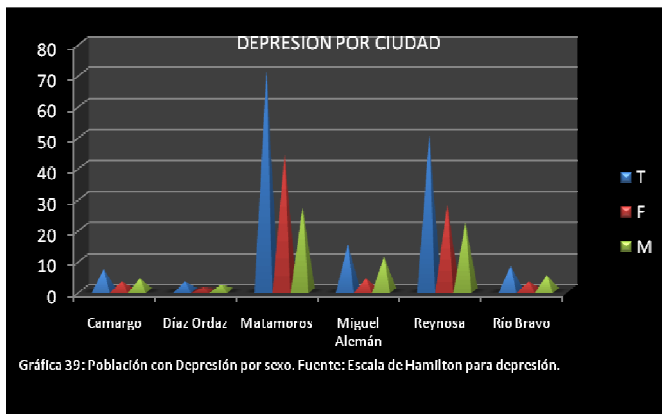
Reynosa: 45 (34.09%), 29 (21.96%) del género femenino y 16 (12.12%) del masculino.

Río Bravo: 7 (5.30%), 3 (2.27%) del género femenino y 4 (3.03%) del masculino.



De los 296 encuestados 154 (52.02%) padecían alguna forma de depresión de acuerdo a la escala de depresión de Hamilton; de ellos 83 (53.89%) eran del género femenino y 71 (46.10%) del masculino.

Por lo tanto del total de mujeres (159), el 52.2% (83) padecía depresión y del total de varones (137) el 51.82% (71) también presentaban este padecimiento.



Camargo: 7 (4.54%), 3 (1.94%) del género femenino y 4 (2.59%) del masculino.

Díaz Ordaz: 3 (1.94%), uno (0.64%) del género femenino y 2 (1.29%) del masculino.

Matamoros: 71 (46.1%), 44 (28.57%) del género femenino y 27 (17.53%) del masculino.

Miguel Alemán: 15 (9.74%), 4 (2.59%) del género femenino y 11 (7.1%) del masculino.

Reynosa: 50 (32.46%), 28 (18.18%) del género femenino y 22 (14.28%) del masculino.

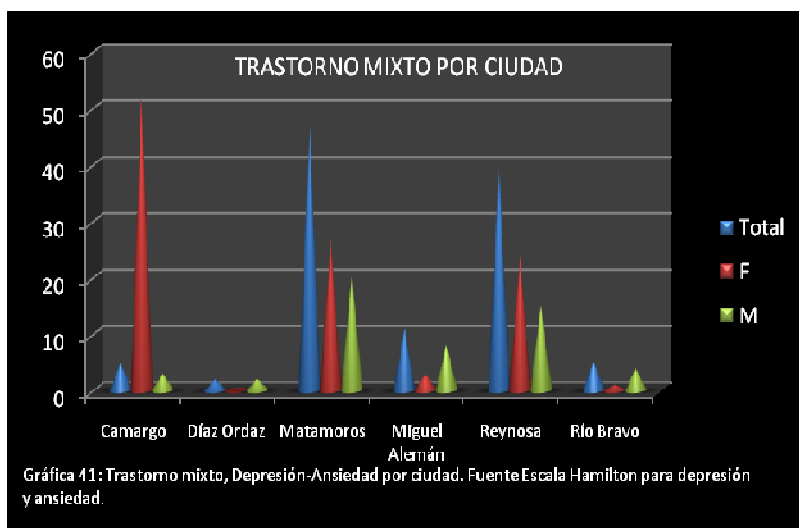
Río Bravo: 8 (5.19%), 3 (1.94%) del género femenino y 5 (3.24%) del masculino.



De los 296 encuestados 109 (36.82%) pacientes presentaban trastorno mixto de angustia-depresión de acuerdo a las escalas de Hamilton.

De ellos 57 (52.29%) eran del género femenino y 52 (47.70%) del masculino.

Por lo que observamos que del total de mujeres encuestadas (159) 35.84% presentaban trastorno mixto de ansiedad-depresión y del total de varones encuestados (137) el 37.95% presentan dicho trastorno.



Camargo: 5 (4.58%), 2 (1.83%) del género femenino y 3 (2.75%) del masculino.

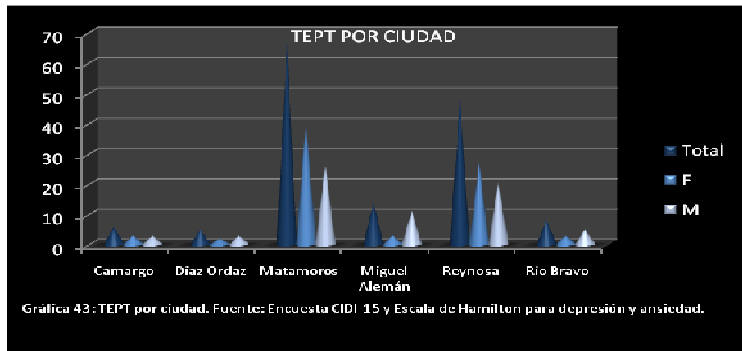
Díaz Ordaz: 2 (1.83%), todos del masculino.

Matamoros: 47 (43.11%), 27 (24.77%) del género femenino y 20 (18.34%) del masculino.

Miguel Alemán: 11 (10.09%), 3 (2.75%) del género femenino y 8 (7.33%) del masculino.

Reynosa: 39 (35.77%), 24 (22.01%) del género femenino y 15 (13.76%) del masculino.

Río Bravo: 5 (4.58%), 1 (0.91%) del género femenino y 4 (3.66%) del masculino.



PERSONAS CON TEPT .

148 (50%) personas de las 296 encuestadas presentaba TEPT, de ellas 79 (53.37%) eran del sexo femenino y 69 (46.62%) del masculino.

El 49.68% (79) de las mujeres y el 50.36 % (69) de los varones presentaba TEPT en la frontera norte del Estado de Tamaulipas.

Camargo: 6 (4.05%), 3 (2.02%) de cada género.

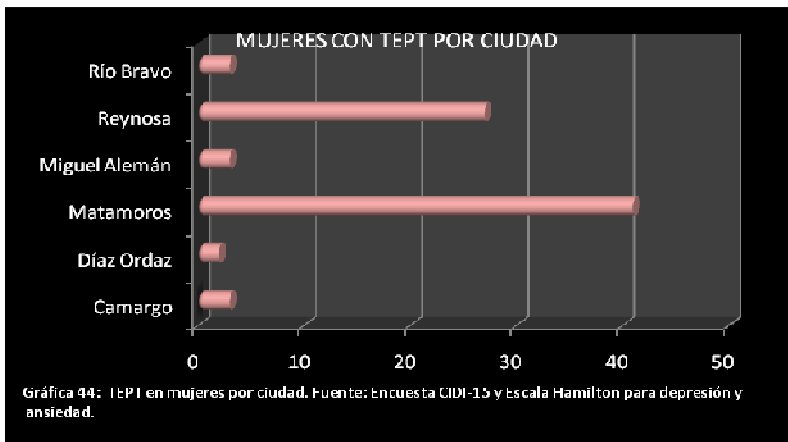
Díaz Ordaz: 5 (3.37%), 2 (1.35%) del género femenino y 3 (2.02%) del masculino.

Matamoros: 67 (45.27%), 41 (27.7%) del género femenino y 26 (17.56%) del masculino.

Miguel Alemán: 14 (9.45%), 3 (2.02%) del género femenino y 11 (7.43%) del masculino.

Reynosa: 48 (32.43%), 27 (18.24%) del género femenino y 21 (14.18%) del masculino.

Río Bravo: 8 (5.40%), , 3 (2.02%) del género femenino y 5 (3.37%) del masculino.



Camargo: El 42.85% (3) de la población del género femenino presentaba TEPT.

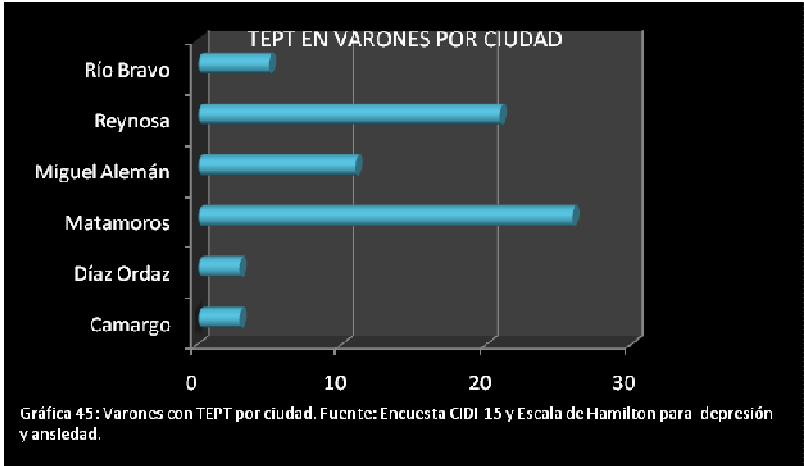
Díaz Ordaz: El 50% (2) de las mujeres presentaba TEPT.

Matamoros: 50% (41) de su poblacion del género femenino presntaba TEPT.

Miguel Alemán: 42.85% (3) de su poblacion femenina presentaba TEPT.

Reynosa: El 30% (27) de las mujeres era portadora de TEPT.

Río Bravo: De toda la población femenina encuestada en Río Bravo solo el 20% (3)presentaba TEPT.



Camargo: El 42.85% (3) de la población masculina padecía TEPT.

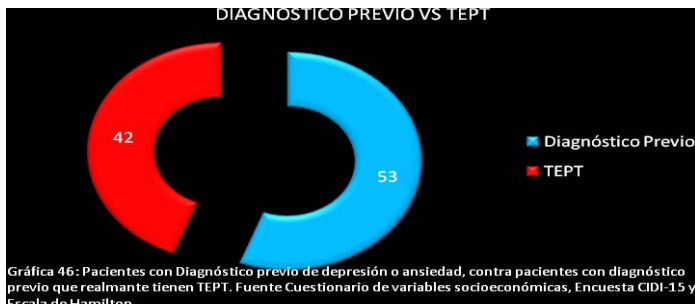
Díaz Ordaz: 25% (3) de los hombres presentaba ésta patología.

Matamoros: El 44.82% (26) de los varones de ésta ciudad presentaba TEPT.

Miguel Alemán: 78.57% (11) de la población masculina era portadora de TEPT.

Reynosa: 56.75% (21) de su población masculina era portadora de TEPT.

Río Bravo: El 55.55% (5) de la población del género masculino presentaba ésta patología.



Por último comentaremos que de los 53 (17.90%) pacientes que al inicio de este estudio manifestaron tener diagnóstico de depresión o ansiedad solo 42 (14.18%) presentaron TEPT; de los cuales 26 (61.90%) eran del género femenino y 16 (38.09%) del masculino.

2.- CONCLUSIONES:

Desde 1987 se cuenta con cifras de TEPT en población general con valores que oscilan entre 0,5% y 10,8% para los hombres y entre 1,3% y 18,3% para las mujeres.

Estudios recientes en víctimas de situaciones de combate en países de bajos ingresos han encontrado prevalencias de TEPT de 15,8% en Etiopía, de 17,8% en Gaza, de 28,4% en Camboya y de 37,4% en Argelia. También resultan interesantes los estudios de TEPT que se han realizado en embarazadas.

En México, Medina-Mora y cols. encontraron que el 68% de la población mexicana ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida, variando esta exposición por género y edad y sin

embargo solo el 2.3% de las mujeres y 0.49% de los hombres han presentado un trastorno de estrés postraumático siendo la violación, el acoso, el secuestro y el abuso sexual los sucesos con mayor manifestación de trastornos por estrés postraumático.

Sin embargo, como se mencionó desde el principio las zonas fronterizas presentan y han presentado situaciones estresantes y factores estresores como queda demostrado en el presente estudio en el que observamos que el 73.31% de la población ha estado expuesta a factores favorecedores de TEPT y el 50% de la población total encuestada presenta TEPT; el 71.69% de las mujeres se ha enfrentado por lo menos a un factor facilitador de estrés postrauma y el 49.68% de las mujeres ha terminado presentando dicha patología; observamos además

que el 75% de las personas del sexo masculino ha tenido alguna experiencia traumática y que el 50.36% de ellos presenta ésta patología.

Los factores productores de estrés mas comunes en ésta zona son los desastres naturales, la muerte violenta o repentina de un familiar cercano y la violencia intrafamiliar.

Por lo antes expuesto se hace evidente que deben de realizarse acciones para detectar a los pacientes susceptibles de presentar TEPT para evitar que lleguen a presentar ésta patología debido al gasto de recursos económicos y humanos que produce, ya que frecuentemente se presenta en la población económicamente activa con la problemática que ello representa.

REFERENCIAS:

- 1.- Artazcoz L. Escribà-Agüir V. Cortès I; El estrés en una sociedad instalada en el cambio; Gac Sanit. 2006;20(1):71-8.
- 2.- Alonso J, Navarro E; El estrés; Med Clin (Barc) 1993; 100; 1: 26-28
- 3.- Sandín B; El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales; RIPC/S/IJCHP, 3(1).
- 4.- Echeburúa OE; Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos; Ediciones Pirámide; 2004; España.
- 5.- La OMS y la sociedad civil: alianza para una salud mejor; WHO/CSI/ 2002 / DP1
- 6.- Informe mundial sobre la violencia y la salud; Organización Mundial de la Salud; 2002.

- 7.- Puchol ED; Trastorno por estrés postraumático: conceptualización, evaluación y tratamiento; Revista electrónica psicología.com.
- 8.- Etienne GK; Informe mundial sobre la violencia y la salud; Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- 9.- Birmes P, et al; The Predictive Power of Peritraumatic Dissociation and Acute Stress Symptoms for Posttraumatic Stress Symptoms: A Three-Month Prospective Study; Am J Psychiatry 2003; 160:1337–1339.
- 10.- Salvador BA; A vueltas con 1892: violencia y milenarismo en la frontera norte de México; Revista de Indias, 1999, 59(216):455-466.
- 11.- La gestión de la seguridad fronteriza en el TLCAN; Justicia Penal Internacional;2005;15(1):5-37.

12.- Muñoz AE; La migración, catalizador de violencia en ciudades fronterizas: Rodolfo Tuirán; Jornada UNAM, enero de 2006.

13.-Magallón GMG; Los derechos humanos del indocumentado: su desconocimiento por la jurisprudencia estadounidense; Revista de Derecho Privado, 2002; 2:67-88.

14.-Shear MK, Building a Model of Posttraumatic Stress Disorder; Am J Psychiatry 159:10, October 2002

15.-Medina-Mora IME, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C, Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana; Salud Pública de México; 2005; 47(1).

16.-Grinage BD; Diagnosis and Management of Post-traumatic Stress Disorder;

American family physician; 2003; 68(12).

17.- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D; A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD; Am J Psychiatry 2005; 162:214–227.

18.-Carvajal C; Posttraumatic stress disorder: clinical profile; Rev chil neuro-psiquiatr; 2002; 40(2) .

19.- Solomon Z, Mikulincer M; Trajectories of PTSD: A 20-Year Longitudinal Study; Am J Psychiatry 2006; 163:659–666

20.- Rodríguez FN; Influencia de la violencia urbana sobre el nivel de estrés de los adultos mayores que viven solos; Protocolos de investigación; Facultad de Psicología y Psicopedagogía Instituto sobre Investigaciones Psicocontrológicas USAL, Argentina,2006.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario de variables sociodemográficas:

Número de afiliación:

Iniciales: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Tiempo de residencia en ciudad): _____

Ultimo grado de estudios:

Primaria:
Incompleta: _____

Completa _____

Secundaria:
Incompleta: _____

Completa: _____

Preparatoria:
Incompleta: _____

Completa: _____

Técnico:
Incompleta:_____

Completa:_____

Profesional:
Incompleta:_____

Completa:_____

Otro:_____

Especifique:_____

Ocupación: _____

Nivel de ingresos:

Muy bajo:_____ Bajo:_____ Medio
bajo:_____

Medio alto:_____ Alto:_____ Muy
alto:_____

Diagnóstico de ansiedad o depresión: Sí_____

No:_____

**Toma algún tipo de psicotrópicos (medicamento
para los nervios):_____**
¿cuál?_____

ANEXO 2

ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA, basada en la ENTREVISTA INTERNACIONAL COMPUESTA DE DIAGNOSTICO (CIDI-15)

SUCESOS VIOLENTOS

Violación

Las dos preguntas siguientes son sobre violencia sexual. La primera se refiere a la violación. Definimos como violación que alguien realice el acto sexual con usted o cualquier penetración con un dedo o con un objeto, cuando usted no desea que lo haga, ya sea mediante la fuerza o cuando era tan pequeño(a) que no podía saber lo que sucedía.

1.- ¿Alguna vez le ha ocurrido esto?

Abuso sexual

2.- ¿Alguna vez han abusado de usted o lo (la) han atacado sexualmente y lo han tocado de una forma que a usted le pareció inapropiada o cuando usted no lo deseaba?

Apaleado por padres

3.- De niño ¿alguna vez recibió una paliza muy fuerte de sus padres o de las personas que lo criaron?

Apaleado por pareja

4.- ¿Alguna vez su esposo(a)/pareja le ha dado una paliza muy fuerte?

Apaleado por otros

5.- ¿Alguna vez otra persona le ha dado una paliza muy fuerte?

Guerra o conflictos

En la siguiente parte de la entrevista vamos a hablar de acontecimientos muy estresantes que pueden haberle ocurrido a lo largo de la vida.

6.- Para empezar, ¿ha participado usted en alguna guerra, como miembro del ejército o como miembro de una organización no militar?

7.- ¿Ha sido un miembro de las fuerzas de paz, o colaborador humanitario en una zona en guerra o en un lugar donde hubiera una situación de terror entre la población, debido a conflictos políticos, raciales, religiosos o de cualquier otro tipo?

8.- ¿Alguna vez ha estado como civil desarmado en un lugar donde hubiera una guerra, una revolución, un golpe de estado militar o una invasión?

9.- ¿Alguna vez ha vivido como civil en un lugar donde hubiera una situación de terror entre la población civil por motivos políticos, raciales, religiosos o de cualquier otro tipo?

Secuestrado

10.- ¿Alguna vez ha sido secuestrado o ha estado prisionero?

Accidente tránsito/otro

11.- ¿Alguna vez ha estado expuesto a un tóxico o sustancia química peligrosa que pudiera provocarle daños graves?

12.- ¿Alguna vez se ha visto involucrado en un accidente de tránsito que hubiera podido causarle la muerte?

13.- ¿Alguna vez ha tenido algún accidente de otro tipo que hubiera podido causarle la muerte incluso en su lugar de trabajo?

Desastre natural/provocado

14.- ¿Alguna vez se ha visto involucrado en un gran desastre natural como un huracán, un terremoto o inundaciones devastadoras?

15.- ¿Alguna vez se ha visto involucrado en un desastre causado por el hombre, como un incendio provocado por el hombre, como un incendio provocado por un cigarrillo o en la explosión de una bomba?

Enfermedad

16.- ¿Ha tenido alguna enfermedad que hubiera podido causarle la muerte?

Atracado, amenazado con arma

17.- ¿Alguna vez lo han atracado, robado o amenazado con un arma?

Perseguido, amenazado con arma

18.- ¿Alguna vez ha sido perseguido o vigilado? Es decir, ¿lo han seguido o le han controlado sus actividades haciéndole sentir que corría un grave peligro?

Muerte de familiar cercano

19.- ¿Se le ha muerto algún familiar o amigo muy cercano de forma repentina o inesperada (por ejemplo, en un accidente, asesinato, suicidio o por un ataque al corazón a una edad temprana)?

Evento traumático a familiar

20.- ¿Algún familiar o amigo muy cercano ha pasado por una experiencia muy traumática, como por ejemplo un secuestro, violación o tortura?

Violencia intrafamiliar

21.- Cuando era niño, ¿alguna vez vio peleas físicas en la casa como por ejemplo que su padre golpeará a su madre?

Vio que hirieran o mataran a alguien

22.- ¿Alguna vez ha visto que estuvieran hiriendo gravemente o matando a alguien, o ha visto inesperadamente un cadáver?

Hirió, mató accidentalmente a otro

23.- Alguna vez ha hecho usted algo que provocara accidentalmente heridas graves o la muerte a una persona?

Hirió, mató intencionalmente a otro

24.- ¿Alguna vez ha herido gravemente, torturado o matado a alguien a propósito?

Testigo de atrocidades o matanzas

25.- ¿Alguna vez ha sido testigo de atrocidades o matanzas, como por ejemplo mutilaciones o asesinatos en masa?

Otro suceso traumático

26.- ¿Ha pasado por alguna otra situación muy traumática o que hubiera podido causarle la muerte que no le haya mencionado?

27.- ¿Alguna vez ha estado en situación de refugiado, es decir alguna vez ha tenido que abandonar su país de origen y refugiarse en el extranjero para escapar del peligro o de la persecución?

ANEXO 3

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

Instrucciones: Escoja en cada pregunta la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.

1. _____ Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
 - 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
 - 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
 - 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. _____ Sentimiento de culpa:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
 - 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
 - 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. _____ Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. _____ Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. _____ Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. _____ Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. _____ Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. _____ Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligero retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. _____ Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. _____ Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por pequeñas cosas
- 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. _____ Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como:

Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 = Ausente
- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12. _____ Síntomas somáticos

gastrointestinales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. _____ Síntomas somáticos generales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y

fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. _____ Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. _____ Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. _____ Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. _____ Perspicacia:

0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus,

necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a

6 puntos el paciente puede estar presentando un Trastorno Depresivo.

ANEXO 4

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

INSTRUCCIONES: Escoja en cada pregunta la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.

Las definiciones que siguen al enunciado de cada pregunta son ejemplos que pueden servir de guía.

Deben puntuarse todas las preguntas acorde a los siguientes criterios:

0: Ausente;

1: Intensidad ligera;

2: Intensidad media;

3: Intensidad elevada;

4: Intensidad máxima (invalidante).

1. _____ **HUMOR ANSIOSO:** Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.
2. _____ **TENSION:** Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.
3. _____ **MIEDOS:** A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.
4. _____ **INSOMNIO:** Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.
5. _____ **FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS):** Dificultad de concentración. Mala memoria.
6. _____ **HUMOR DEPRESIVO:** Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.
7. _____ **SINTOMAS SOMATICOS MUSCULARES:** Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.
8. _____ **SINTOMAS SOMATICOS GENERALES:** Zumbido de oídos. Visión borrosa.

Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).

9. _____ SINTOMAS CARDIOVASCULARES:

Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (palpitaciones).

10. _____ SINTOMAS RESPIRATORIOS:

Opresión pretorácica. constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

11. _____ SINTOMAS

GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias.

Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

12. _____ SINTOMAS GENITOURINARIOS:

Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.

13. _____ SINTOMAS DEL SISTEMA

NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

14. _____ CONDUCTA EN EL TRANSCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.

Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 6 puntos el paciente puede estar presentando un Trastorno de Ansiedad.

ANEXO 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Prevalencia de estrés postraumático en una ciudad fronteriza. Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: Determinar la prevalencia de estrés postraumático en Miguel Alemán, Tamaulipas en el período de Enero a Marzo del 2009.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una encuesta de 27 preguntas, dos escalas de 17 y 14 preguntas cada una y una ficha de identificación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier

procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

- Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
- El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Paciente
Investigador responsable

Nombre _____ y
Nombre, firma, matrícula.

firma

Testigos:

Nombre y firma

y

firma.