

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS RELACIONADOS A
TRAUMA Y ESTRÉS**

ADRIANA GONZÁLEZ FRIGO

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría**

Febrero 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.154.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Adriana González Frigo

Carné Universitario No.: 100022845

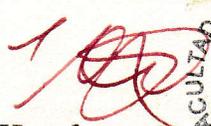
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS RELACIONADOS A TRAUMA Y ESTRÉS**

Que fue asesorado: Dr. Dennis R. Cuevas Morales

Y revisado por: Dra. Gloria Verónica Ocampo

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2017

Guatemala, 01 de febrero de 2017


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes
MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y
Especialidades

/mdvs

Guatemala, 29 de octubre de 2014

Doctor

Emigdio Enrique Mendoza Gaitán

Docente Responsable

Maestría en Psiquiatría

Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable doctor:

Por este medio le envío el informe final de Tesis "**Factores Asociados a la Evolución Clínica de los Pacientes con Diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés**" perteneciente a la **Dra. Adriana González Frigo**; el cual ha sido revisado y **APROBADO**

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Dennis R. Cuevas Morales
Médico y Cirujano
Col. 12050

Dr. Dennis Cuevas

Pediatra y Psiquiatra

Asesor de Tesis

Centro de Atención Integral de Salud Mental
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala, 29 de octubre de 2014

Doctor
Emigdio Enrique Mendoza Gaitán
Docente Responsable
Maestría en Psiquiatría
Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable doctor:

Por este medio le envío el informe final de Tesis "**Factores Asociados a la Evolución Clínica de los Pacientes con Diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés**" perteneciente a la **Dra. Adriana González Frigo**; el cual ha sido revisado y **APROBADO**

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dra. Gloria Ocampo
Docente de Investigación
USAC

Dr. Gloria Verónica Ocampo

Ginecólogo y Obstetra

Revisor de Tesis

Centro de Atención Integral de Salud Mental
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
ÍNDICE DE CUADROS	i
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ii
RESUMEN	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
2.1 Programa de hospital de día	3
2.2 Trauma y trastornos relacionados con el estrés según DSM 5	3
2.2.1 Trastorno de estrés postraumático	4
2.2.2 Trastorno por estrés agudo	9
2.2.3 Trastornos de adaptación	13
2.3 Trauma y trastornos relacionados con el estrés CIE 10	14
2.3.1 Reacción a estrés agudo	14
2.3.2 Trastorno de estrés postraumático	15
2.3.3 Trastornos de adaptación	17
2.4 Factores de Riesgo para desarrollar trastornos relacionados a trauma y estrés	18
2.5 Tratamiento. Trastornos relacionados a trauma y estrés	19
2.6 Enfermedad médica y relación con enfermedad psiquiátrica	20
2.7 Violencia Social en Guatemala	22
2.7.1 Historia de Guatemala 1980 – 1983	23
2.7.2 El fenómeno de la violencia: violencia y transformación social	23
2.7.3 Teorías explicativas acerca de la violencia	24
2.7.4 Tipos de violencia	25
2.7.5 Naturaleza de la violencia	26
2.7.6 Causas de la violencia	27
2.7.7 Consideraciones psicológicas sobre la violencia	28
2.7.8 El ciclo de la violencia	28
2.7.9 Enfrentando las tragedias	29
2.7.10 Valor e impacto de los síntomas	29
2.7.11 Estrés: fuentes y consecuencias del impacto	30

	Página
III. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo general	31
3.2 Objetivos específicos	31
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	32
4.1 Tipo y diseño de la investigación	32
4.2 Unidad de análisis	32
4.3 Tamaño de la muestra	32
4.4 Selección de sujetos a estudio	32
4.4.1 Criterios de inclusión	32
4.4.2 Criterios de exclusión	32
4.4.3 Definición de Expuestos	32
4.4.4 Definición de no Expuestos	33
4.5 Operacionalización de variables	33
4.6 Instrumentos de recolección de datos	34
4.6.1 Fuente	34
4.6.2 Técnica	34
4.6.3 Procedimiento	35
4.6.4 Análisis estadístico	35
4.6.5 Alcances	36
4.6.6 Limitantes	36
4.6.7 Aspectos Éticos	36
V. RESULTADOS	38
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DATOS	45
6.1 Conclusiones	48
6.2 Recomendaciones	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
VIII. ANEXOS	54
8.1 Anexo No. 1: Boleta de Recolección de Datos	54
8.2 Anexo No. 2: Tablas 2x2 para factores asociados significativos	58
8.1 Anexo No. 3: Asociaciones de variables realizados	60

INDICE DE CUADROS

	Página
1. Cuadro No. 1	38
2. Cuadro No. 2	39
3. Cuadro No. 3	40
4. Cuadro No. 4	40

INDICE DE GRÁFICOS

	Página
1. Gráfico No. 1	41
2. Gráfico No. 2	42
3. Gráfico No. 3	43
4. Gráfico No. 4	44

RESUMEN

Introducción. Los trastornos relacionados a trauma y estrés engloban una de las causas más comunes por las cuales los pacientes reciben atención en Hospital de Día en el centro de atención en salud mental del seguro social guatemalteco. El conocimiento de dichos pacientes y los factores involucrados en su evolución clínica son de utilidad para mejorar la calidad de su atención y pronóstico. **Objetivo.** Determinar los factores asociados a la evolución clínica de pacientes con diagnóstico de trastornos relacionados a trauma y estrés que asisten a Hospital de Día en el Seguro Social Guatemalteco. **Material y Métodos.** Se incluyó una cohorte de 56 pacientes diagnosticados con trastornos relacionados a trauma y estrés que asistieron al programa de hospital de día durante el período de tiempo de julio de 2011 a junio de 2014. Se realizó el análisis estadístico de la asociación de las variables estudiadas. **Resultados.** Los factores asociados a la evolución clínica que se identificaron fueron el diagnóstico de trastorno de adaptación (RR 2.82, IC 95% 1.34-5.91, $p=0.0007$), diagnóstico de estrés postraumático (RR 0.24, IC 95% 0.08-0.71, $p=0.0002$), nivel educativo con estudios superiores (RR 0.50, IC 95% 0.27-0.92, $p=0.009$) y tratamiento no farmacológico (RR 2.27, IC 95% 1.37-3.77, $p=0.001$). **Conclusiones.** Los factores asociados a mejoría de los pacientes fueron el diagnóstico de trastorno adaptativo y la falta de necesidad de fármacos para el tratamiento de los pacientes. Los factores asociados al empeoramiento de la evolución clínica de los pacientes fueron el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y nivel superior de escolaridad. El índice de casos concluidos por mejoría clínica fue de 48.21%, aunque el 82.14% de los pacientes atendidos mostraron mejoría clínica, si bien no en todos los casos fue lo suficiente para dar caso concluido por buena evolución.

I. INTRODUCCION

La salud mental constituye uno de los aspectos más importantes en la vida de los seres humanos, y profundizar sobre todos los elementos que la componen se convierte hoy en día en una necesidad que demanda atención e interés investigativo por parte de todas las áreas del conocimiento.

Muy pocas personas conocen de la existencia y beneficios que brinda el programa de Hospital de Día (HDD), del Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISM), del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Este programa brinda atención terapéutica a una gran cantidad de pacientes con diferentes diagnósticos, y atiende a personas referidas de todo el país. Cuenta con un equipo de personal multidisciplinario, conformado por Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadoras sociales, Terapistas Ocupacionales, que entregan sus conocimientos y mística de servicio a las y los guatemaltecos que son referidos a este servicio. Este programa es dirigido a pacientes que sin necesitar internamiento psiquiátrico, requieren una atención más global e intensiva que la que pueden ofrecer el Centro de Salud Mental por consulta externa.

La temática que desarrolla el programa de HDD del IGSS hace que sea considerado como uno de los más completos en Centro América, manteniendo una filosofía que parte de aprovechar las áreas psico-emocionales sanas del individuo, para coadyuvar a detener o revertir el proceso que causó la morbilidad. Es destacable que la mayoría de pacientes tienen una mejoría significativa al terminar el proceso.

Entre las causas de morbilidad más comunes por las cuales los pacientes reciben atención en HDD, encontramos a los Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés en el adulto. El conjunto de estos Trastornos son consecuencia de la exposición de un individuo a circunstancias catastróficas o situaciones aversivas, violencia física, emocional, estructural, cultural, etc. Actualmente en Guatemala se vive una época marcada por un clima de violencia que afecta todas las clases sociales, sin hacer discriminación de sexos ni edades, lo que resulta en una población vulnerable expuesta a aumentar las tasas de morbilidad debidas al grupo de trastornos relacionados a trauma y estrés.

Por lo anterior, se considera importante iniciar un tratamiento efectivo y oportuno para minimizar el daño a la salud mental secundario a ésta problemática, lo cual se beneficiaría de conocer los factores de riesgo asociados a un mejor o peor pronóstico en cuanto a su recuperación. Por tanto, el presente estudio se dedicó a establecer la relación de riesgo existente entre los antecedentes de los pacientes con diagnóstico de trastornos relacionados

a trauma y estrés y su mejoría clínica, además de caracterizar epidemiológicamente a los mismos pacientes.

El estudio se realizó en la ciudad de Guatemala, en el CAISM del IGSS. Fueron parte del estudio pacientes que asistieron al programa de HDD con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés entre los meses julio 2011 a junio 2014. Se estudiaron ambos sexos, femenino y masculino, comprendidos entre las edades de 18 y 65 años que tengan expediente disponible en el Archivo de la Unidad de Salud Mental, y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

II. ANTECEDENTES

2.1 Programa de Hospital de Día del Centro de Atención Integral de Salud Mental, IGSS

HDD es una comunidad terapéutica con más de 20 años de experiencia en el tratamiento de pacientes ambulatorios del IGSS.

El servicio que presta el CAISM a través del programa de HDD fue diseñado para brindarle tratamiento integral ambulatorio y continuo a pacientes cuyo estado de salud no les permite incorporarse a sus labores de manera funcional, así que se incorporan a una comunidad psicoterapéutica y de apoyo que les servirá de sustento para resolver los problemas emocionales que les afectan.

De acuerdo a su nivel de profundidad e introspección las técnicas terapéuticas utilizadas en HDD pueden clasificarse en:

- Terapias Mayores: son todas aquellas consideradas Psicoterapéuticas donde la música, en cada una de ellas tiene un papel central. Se fundamenta en terapias grupales, terapias Gestalt, Psicodrama, Biodanza, Musicoterapia receptiva.
- Terapias Menores: actividades que sin ser psicoterapéuticas per se, brindan estados de bienestar importantes en el desarrollo de los procesos mentales: gimnasia, aeróbicos, relajación, Ludoterapia, Tai Chi, talleres de arte y manualidades, talleres educativos, terapias de lectura, arte y coro musical.

El programa se divide en dos grupos según sus capacidades de insight y herramientas de trabajo, tomando en cuenta características de la personalidad, diagnóstico y sintomatología somática.

Interfase: en donde se ubican personas con poca capacidad de insight

HDD: El programa funciona en horario de lunes a viernes de 8 de la mañana a 2 de la tarde con tiempo efectivo de 35 horas de terapia semanales.

2.2 Trauma y trastornos relacionados con el estrés según DSM 5 (1)

Trauma y trastornos relacionados con el estrés incluyen trastornos relacionados a un evento traumático o estresante el cual se indica como un criterio diagnóstico. Estos incluyen, trastorno reactivo del apego, Trastorno de compromiso social desinhibido, trastorno de estrés posttraumático (TEP), trastorno por estrés agudo y trastornos adaptativos. Los síntomas más prevalentes en estos trastornos son los relacionados a anhedonia, disforia, irritabilidad y agresividad o síntomas disociativos. La negligencia social, la ausencia de un cuidado

adecuado durante la infancia, es un criterio diagnóstico para trastorno reactivo del apego y trastorno del compromiso social.

2.2.1 Trastorno de estrés postraumático

i. *Criterios diagnósticos*

La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

A. Exposición actual o amenaza de muerte, daños severos o violencia sexual en una o más de las formas siguientes:

1. Experimentando directamente los eventos traumáticos.
2. Evidenciando en persona el evento ocurriéndole a otros.
3. Enterarse que un evento traumático le ha ocurrido a un miembro cercano de la familia o amigo. En caso de exposición o amenaza de muerte a familiares o amigos cercanos, el evento debe haber sido violento o accidental.
4. Repetidas experiencias o exposición extrema a detalles aversivos de un evento traumático.

Nota importante: Los criterios A-4 no son válidos a la exposición por medios electrónicos, televisión, películas o fotografías a no ser que sean relacionados con trabajo.

B. La presencia de uno o más de los siguientes síntomas intrusivos asociados con el evento traumático, iniciando después que el evento ha ocurrido:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes, involuntarios e intrusivos
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican uno o ambos de los siguientes:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 2. Ideas distorsionadas persistentes sobre la causa o consecuencias del evento traumáticos que llevan al individuo a culparse o culpar a otros.
 3. Pensamientos negativos persistentes y exagerados sobre sí mismo, otros o el mundo.
 4. Estado emocional negativo persistente
 5. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 6. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 7. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- E. Marcada alteración en síntomas de exaltación y reacciones exageradas asociado a eventos traumáticos, que empeora luego de que el evento traumático ha ocurrido, evidenciado por dos o más de los siguientes:
1. Irritabilidad o ataques de ira
 2. Conductas auto agresivas
 3. Hipervigilancia
 4. Respuestas exageradas de sobresalto
 5. Problemas para concentrarse
 6. Cambios en el patrón del sueño
- F. La duración de los criterios B, C,D y E duran más de un mes
- G. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

H. Estos cambios no se atribuyen a efectos fisiológicos de sustancias u otra condición medica

Especificar si:

Con sintomatología disociativa: en conjunto con llenar criterios para trastorno de estrés postraumático experimenta cualquiera de los siguientes:

1. Despersonalización: alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos
2. Desrealización: es una alteración de la percepción o de la experiencia del mundo exterior del individuo de forma que aquel se presenta como extraño o irreal. Entre otros síntomas se incluyen las sensaciones de que el entorno del sujeto carece de espontaneidad, de profundidad o de matices emocionales.

Especificar si:

De expresión demorada: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

ii. *Presentación clínica*

La presentación clínica del TEPT (trastorno de estrés postraumático) varía según el individuo. En algunos predominan los sentimientos de miedo, reexperimentación de los hechos trauma, síntomas emocionales y conductuales; En otros son predominantes los síntomas de sobreexcitación; Otros pueden tener síntomas disociativos y algunos presentan síntomas mixtos.

Una enfermedad crónica que pone en riesgo la vida o una enfermedad debilitante médica no son considerados necesariamente un evento traumático. Los incidentes médicos que sí califican como eventos traumáticos son eventos catastróficos tales como despertar durante una cirugía o experimentar un shock anafiláctico.

Se incluyen también eventos en donde la persona es testigo de situaciones traumáticas como abuso físico o sexual de otra persona secundaria a un asalto violento, violencia doméstica, accidentes, desastres naturales o guerras, o catástrofe médica en el hijo.

En cuanto a la exposición indirecta al obtener conocimiento de un evento traumático se limita a familiares y amigos cercanos; Tales eventos deben incluir asaltos violentos, suicidio, accidentes graves o traumatismos serios.

El evento traumático puede re-experimentarse de múltiples formas. Comúnmente el individuo tiene ideas recurrentes e intrusivas del evento. Una forma importante de re-experimentar las ideas traumáticas es a través de los sueños. Puede experimentar episodios disociativos que duran de segundos a horas y hasta podrían durar días en donde el individuo revive la experiencia y lo personifica como que ocurriera en ese momento. Estos episodios comúnmente se denominan "flash backs".

Los estímulos asociados al trauma comúnmente son evadidos por el individuo, recuerdos, sentimientos y evita hablar del tema. Hace intentos importantes por evitar a individuos y objetos que le recuerdan al evento.

Existen también alteraciones cognitivas negativas asociadas al ánimo. Estas alteraciones negativas pueden experimentarse de varias formas incluyendo la inhabilidad para recordar un aspecto importante del evento traumático, como la amnesia disociativa, expectativas negativas exageradas acerca del futuro personal y sentimientos de culpa.

iii. *Prevalencia*

En Los Estados Unidos, el riesgo de padecer de TEPT usando criterios DSM-IV a la edad de 75 años es de 8.7%. La prevalencia anual de adultos en Los Estados Unidos es de 3.5%. Se han evidenciado menores cifras en Europa, Asia, África y Latino América variando alrededor de 0.5%-1%. Esto indica que existen variaciones culturales en los diferentes grupos estudiados. Aumenta el riesgo en veteranos de guerra, policías, bomberos, personal de urgencias médicas. Los riesgos más altos son en víctimas de abuso sexual, militares de combate, secuestros motivados política y étnicamente y genocidio.

iv. *Curso y desarrollo de la enfermedad*

Puede ocurrir a cualquier edad iniciando con el primer año de vida. Los síntomas comúnmente inician dentro de los primeros 3 meses transcurridos el evento traumático, aunque su inicio puede retrasarse por meses o incluso años. Se denomina de expresión tardía, cuando algunos síntomas se expresan de inmediato sin embargo tardan años para cumplir los criterios por completo.

La duración de los síntomas varia, evidenciando una recuperación completa luego de 3 meses en aproximadamente 50% de los adultos, mientras otros permanecen sintomáticos por un tiempo mayor a 12 meses y otros permanecen sintomáticos por un tiempo mayor a 50 años. En los individuos mayores existe una relación entre aislamiento social, empeoramiento de la función cognitiva y exacerbación de síntomas de TEPT. En los adultos mayores este desorden se asocia a percepciones negativas de salud, y resistencia a tratamiento médico acompañado de ideación suicida.

v. *Factores de riesgo y pronóstico*

Se dividen en diferentes clases:

- Factores pretraumáticos:
 - Temperamentales: incluyen desórdenes mentales previos como ataques de pánico, episodios depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo.
 - Ambientales: estatus socioeconómico bajo, nivel educativo bajo, exposición a trauma previo, inteligencia menor, antecedentes psiquiátricos familiares.
 - Genéticos y fisiológicos: sexo femenino, menor edad en el momento de la exposición traumática (para adultos), algunos genotipos aumentan el riesgo de padecer TEPT luego de la exposición a un evento traumático.
- Factores peritraumáticos
 - Ambientales: toma en cuenta la severidad y la magnitud del evento traumático, amenaza a la integridad o vida de la persona, violencia interpersonal, asesinar al enemigo, testigo de una atrocidad.
- Factores postraumáticos
 - Temperamentales: formas inapropiadas de cómo lidiar con la situación traumática y el desarrollo de trastorno por estrés agudo.
 - Ambientales: exposición repetida a recuerdos del evento traumático, pérdidas económicas y otras pérdidas traumáticas.

vi. *Diferencias diagnósticas relacionados a género*

TEPT es más prevalente en el sexo femenino que en el masculino. También las mujeres experimentan un tiempo más prolongado de síntomas activos que los hombres. Se estima es debido a que las mujeres presentan una vulnerabilidad mayor a tales eventos traumáticos como violaciones y otras formas de violencia interpersonal.

vii. *Riesgo suicida*

Los eventos traumáticos como abuso en la infancia aumenta el riesgo suicida de una persona. El TEPT se asocia con ideación suicida e intentos suicidas, y la presencia de este trastorno puede aumentar el riesgo de suicidio consumado.

viii. *Consecuencias en funcionalidad del trastorno de estrés postraumático*

El TEPT se relaciona con niveles elevados de disfuncionalidad social, ocupacional y física, aumenta también el costo económico y la utilización de servicios médicos de forma significativa.

Se asocia también con malas relaciones sociales y familiares, ausentismo en trabajo, menores ingresos económicos y menor éxito profesional y ocupacional.

ix. *Diagnósticos diferenciales*

- Trastornos de adaptación
- Otros desordenes postraumáticos
- Trastorno por estrés agudo
- Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno depresivo mayor
- Trastornos de la personalidad
- Trastorno disociativos
- Trastornos conversivos
- Trastornos psicóticos
- Lesiones cerebrales secundario a trauma

x. *Comorbilidad*

Los individuos con TEPT son 80% más propensos a tener síntomas que llenen criterios diagnósticos de otra enfermedad mental (episodios depresivos, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, uso de sustancias). El uso comórbido de sustancias y trastornos conductuales son más comunes entre el sexo masculino que el femenino.

2.2.2 Trastorno por estrés agudo

i. *Criterios diagnósticos*

A. Exposición actual o amenaza de muerte, danos severos o violencia sexual en una o más de las formas siguientes:

1. Experimentando directamente los eventos traumáticos.
2. Evidenciando en persona el evento ocurriéndole a otros.
3. Enterarse que un evento traumático le ha ocurrido a un miembro cercano de la familia o amigo. En caso de exposición o amenaza de muerte a familiares o amigos cercanos, el evento debe haber sido violento o accidental.

4. Repetidas experiencias o exposición extrema a detalles aversivos de un evento traumático.

Nota: no aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías al no ser que sean relacionados con trabajo.

- B. Presencia de nueve o más de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías de intrusión, afecto negativo, disociación, evitación, exaltación, iniciando o empeorando luego de que ocurre el evento traumático.

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos involuntarios, perturbadores e intrusivos del evento traumático
2. Pesadillas recurrentes relacionados al evento traumático
3. Reacciones disociativas (‘‘Flashbacks’’) en donde el individuo siente o actúa como que si el evento traumático estuviera ocurriendo nuevamente.
4. Estrés fisiológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas marcadas en respuesta a factores internos o externos que simbolizan características del evento traumático.

Afecto negativo

5. Inhabilidad persistente de experimentar sensaciones placenteras.

Síntomas disociativos

6. Alteración sobre la valoración de la realidad externa o de uno mismo.
7. Inhabilidad para recordar aspectos importantes del evento traumático.

Síntomas de evitación

8. Esfuerzo para evitar recuerdos estresantes, pensamientos o sentimientos asociados al evento traumático
9. Esfuerzo para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que activan recuerdos estresantes, pensamientos o sentimientos asociados al evento traumático

Síntomas de exaltación

10. Cambios en el patrón del sueño (dificultad para conciliar el sueño, sueño superficial).
11. Comportamiento irritable y ataques de ira.
12. Hipervigilancia.
13. Problemas de concentración.
14. Respuestas exageradas de sobresalto.

C. Duración del disturbio (síntomas del criterio B) es de 3 días a 1 mes después de ocurrido el evento traumático.

Nota: los síntomas generalmente inician de inmediato después del evento traumático, pero deben de persistir por 3 días a 1 mes para llenar criterios de este trastorno.

D. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. Estos cambios no se atribuyen a efectos fisiológicos de sustancias u otra condición médica.

ii. *Presentación clínica*

La característica más importante de este desorden es la presencia de síntomas descritos de que duren de 3 días a 1 mes secundario a la exposición del evento traumático.

La presentación clínica de este trastorno puede variar según el individuo, pero frecuentemente involucra una respuesta ansiosa que incluye una forma de re-experimentación o de reactivación del evento traumático. En otros individuos persisten síntomas disociativos relacionados con síntomas afectivos. Otros reaccionan de forma agresiva o violenta.

Es muy frecuente que los individuos que poseen este trastorno debuten con problemas del inicio del sueño o del mantenimiento del mismo. Puede estar asociado con síntomas ansiosos importantes que previenen el inicio del sueño o pesadillas persistentes. Pueden encontrarse más irritables y desarrollar conductas agresivas e impulsivas. Se han evidenciado problemas a nivel cognitivo en individuos que padecen de este trastorno.

iii. *Prevalencia*

La prevalencia del trastorno por estrés agudo en la población con exposición reciente a eventos traumáticos varía según la naturaleza del evento traumático y el contexto sobre el que se da la situación. Tanto en poblaciones en Estados Unidos y fuera del mismo, el trastorno por estrés agudo se identifica en menos del 20% de los casos en donde ha existido una exposición a un evento traumático que no involucra un ataque ofensivo interpersonal; 13%-21% secundario a accidentes automovilísticos, 14% trauma cerebral moderado, 19% ataques ofensivos, 10% quemaduras severas, 6%-12% accidentes industriales. Las tasas más elevadas corresponden a individuos que han presenciado eventos traumáticos interpersonales tales como violación, asaltos, testigo de un tiroteo.

iv. *Curso y desarrollo de la enfermedad*

No se puede hacer diagnóstico de este trastorno hasta que cumplir 3 días del evento traumático. Aun cuando este diagnóstico puede evolucionar a un trastorno de estrés postraumático luego de transcurrir un mes, puede también resolver y ser transitorio. Es frecuente que ocurra un empeoramiento de los síntomas durante el mes inicial.

v. *Factores de riesgo y pronóstico*

- **Temperamentales**

Un desorden mental previo, niveles elevados de afectividad negativa (neuroticismo), percepción exagerada de los hechos traumáticos.

- **Ambientales**

Historia de trauma previo.

- **Genéticos y fisiológicos**

Sexo femenino se encuentra en mayor riesgo de desarrollar trastorno por estrés agudo.

vi. *Características diagnósticas relacionadas a género*

El trastorno por estrés agudo es más prevalente en el sexo femenino. Diferencias neurobiológicas ligadas a sexo, en respuesta al estrés puede contribuir a esta afirmación acompañado de la vulnerabilidad que presentan las mujeres a actos delictivos violentos.

vii. *Diagnósticos diferenciales*

- Trastornos de adaptación
- Trastorno de pánico
- Trastornos disociativos
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastornos psicóticos
- Lesiones cerebrales secundario a trauma

2.2.3 Trastornos de adaptación

i. *Criterios diagnósticos*

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente de la siguiente o siguientes formas:
 - 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 - 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

ii. *Características diagnósticas*

El evento estresante puede ser solo uno (ruptura de pareja) o pueden ser varios. Los eventos estresantes pueden ser recurrentes o continuos. Puede afectar a un solo individuo, una familia o a una comunidad completa.

Puede ser diagnosticado durante el duelo o pérdida de una persona amada, cuando la intensidad, calidad o persistencia de síntomas excede lo normalmente esperado, tomando en cuenta creencias culturales, edad y creencias religiosas.

iii. *Prevalencia*

Los trastornos adaptativos son comunes. El porcentaje de individuos quienes tienen tratamiento psiquiátrico ambulatorio y que tienen como diagnóstico principal trastorno de adaptación varía de 5% a 20%. En un hospital psiquiátrico en consulta externa, es uno de los diagnósticos más comunes, frecuentemente alcanza un 50%.

iv. *Curso y desarrollo de la enfermedad*

Por definición la afección en los trastornos de adaptación inician durante los primeros 3 meses en donde el estresor está presente y no dura más de 6 meses luego que el estresor ha

desaparecido o resuelto. Si el estresor es agudo (despido laboral) el inicio de los síntomas es inmediato y la duración es relativamente breve.

v. *Factores de riesgo y pronóstico*

- Ambiental: individuos con circunstancias de vida desventajosas que experimentan estresores intensos tienen mayor riesgo de desarrollar problemas adaptativos.

vi. *Diagnósticos diferenciales*

- Episodio depresivo mayor.
- Trastorno de estrés postraumático y trastorno por estrés agudo.
- Trastornos de la personalidad.
- Factores psicológicos que afectan otras condiciones médicas.
- Reacciones normativas al estrés.

vii. *Comorbilidad*

Los trastornos adaptativos pueden acompañarse de la mayoría de trastornos mentales y desórdenes de enfermedad médica.

2.3 Trauma y Trastornos Relacionados con el Estrés: Criterios Diagnósticos CIE 10 (2)

2.3.1 Reacción a estrés agudo

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la

conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

i. *Pautas para el diagnóstico*

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye:

- Crisis aguda de nervios.
- Reacción aguda de crisis.
- Fatiga del combate.
- "Shock" psíquico.

2.3.2 Trastorno de estrés post-traumático

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

i. *Pautas para el diagnóstico*

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas

vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye:

- Neurosis traumática.

2.3.3 Trastornos de adaptación

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

i. Pautas para el diagnóstico

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los antecedentes y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye:

- ii. "Shock cultural".
- iii. Reacciones de duelo.

iv. Hospitalismo en niños.

2.4 Factores de riesgo para desarrollar trastornos relacionados a trauma y estrés

Hay factores de riesgo que pueden justificar el desarrollo de uno de los trastornos relacionados a trauma y estrés, o bien puede ser que la persona no cuente con los mecanismos de resiliencia apropiados para adaptarse a una situación determinada. Los factores de riesgo dependen tanto de la persona que padece o experimenta dicha situación así como de la naturaleza del hecho que provoca esta reacción. (3)

Las características de un evento traumático determinan la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno relacionado a trauma y estrés. En el caso del estrés postraumático, en la encuesta nacional de comorbilidad de Estados Unidos, se evaluaron las experiencias traumáticas más frecuentes en la población, hallando un aumento en la incidencia de estrés postraumático máximo en los casos de violaciones, siendo menores los casos asociados a desastres naturales, accidentes y abusos (según la encuesta más del 50% de las personas afectadas por una violación desarrollaron estrés postraumático) (4)

Dependiente de la severidad del evento estresor se asocia la intensidad de presentación en los síntomas (5) aunque su severidad no necesariamente se asocie a un determinado tipo de evento. Generalmente, el hecho traumático es más severo cuando es producto de la violencia interpersonal y menos severo cuando se debe a situaciones accidentales o a desastres naturales. (3)

Los factores que contribuyen a dimensionar la intensidad con la cual la persona reacciona al evento traumático son la capacidad para controlar la misma situación por parte de la persona, la capacidad que tiene para adelantarse a la ocurrencia del hecho y la amenaza percibida (6). Hay circunstancias especiales que pueden acentuar la intensidad de la respuesta emocional ante el evento estresor, como cuando dicho evento se acompaña de una pérdida, cuando aparecen sentimientos de humillación o culpa, o cuando la persona siente que ha sido incapaz de minimizar el daño sufrido por otras personas (7)

Existen factores propios del individuo que no se pueden considerar exclusivos para los trastornos relacionados a trauma y estrés, entre los cuales está el sexo; las mujeres en general presentan el doble de riesgo de desarrollar uno de dichos trastornos en comparación a los hombres (8). Factores de personalidad como neuroticismo o historia de alteraciones de

conducta en la preadolescencia (conductas asociadas a vandalismo) aumentan el riesgo de padecer estrés postraumático.

2.5 Tratamiento. Trastornos relacionados a trauma y estrés

Uno de los errores más frecuentes en atención primaria es intentar iniciar un tratamiento farmacológico a trastornos basados en reacciones no patológicas al estrés. (9)

Las benzodiazepinas son fármacos que entre otras indicaciones se utiliza para reducir los niveles de ansiedad. No se aconseja su uso para el tratamiento de síntomas de estrés agudo consecuencia de una situación traumática reciente, según las nuevas directivas mundiales sobre la salud.

De acuerdo con recientes recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las benzodiazepinas no deben ser prescritas en el primer mes de una situación potencialmente traumática, indicación que va contra la actual práctica rutinaria. Las benzodiazepinas pueden incluso ser contraproducentes y retardar la recuperación de un evento potencialmente traumático. Otro riesgo es que el paciente desarrolle tolerancia a los efectos de este fármaco lo que a su vez puede generar una dependencia al mismo.

Para el tratamiento de traumas recientes se recomienda la terapia cognitivo conductual, que vinculan el pensamiento y la conducta del individuo. Otro tratamiento sugerido por la OMS es la terapia de movimiento ocular, para desensibilizar al sujeto de los eventos traumáticos y reprocesarlos.

El trastorno adaptativo es un diagnóstico fronterizo con la normalidad (procesos de adaptación constante relacionados con cambios de la vida personal) y con otras patologías (ansiedad, depresión, etc.), el clínico debe realizar una valoración puntual y precisa de la situación individual para realizar un buen diagnóstico diferencial y ofrecer al paciente un abordaje correcto. (9)

La psicoterapia breve o focal ha demostrado eficacia para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastornos de adaptación, siendo el tratamiento de elección por su brevedad y relación costo beneficio. Se estima que la mediana de duración de la psicoterapia ambulatoria oscila entre las 5 y 8 sesiones. Y que el 75% de los pacientes que mejoran en psicoterapia lo hacen durante los primeros seis meses y en el transcurso de las primeras 5 sesiones. También las estrategias desarrolladas por las escuelas cognitivo-conductuales demuestran efectividad y eficiencia frente a pacientes con diagnóstico de trastornos de adaptación. La terapia de grupo

centrada en la resolución de problemas y como mecanismos de ayuda mutua ha mostrado eficacia para estos trastornos. (9)

Se conoce poco sobre los fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia para trastorno de estrés postraumático (TEPT), estudios han demostrado que TEPT se asocia con una alteración en el procesamiento de amenazas y estímulos aversivos. La terapia de exposición narrativa ocasiona un aumento en la actividad asociada con la regulación descendente cortical de la atención hacia imágenes aversivas. El aumento de la asignación de atención a posibles señales de amenaza podría permitir que los pacientes tratados puedan reevaluar el peligro real de la situación actual y así mostrar una disminución de la intensidad de los síntomas del TEPT. (10)

La terapia de la estimulación cerebral está aún en estudio para asegurar la seguridad, tolerabilidad y eficacia en el tratamiento de trastorno de estrés postraumático. Sin embargo estudios revelan que aunque existen otros métodos terapéuticos eficaces para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático, algunos pacientes también se beneficiarían de terapias alternativas. Terapias farmacológicas se asocian a la mejoría de síntomas depresivos y ansiosos, sin embargo se dejan a un lado la causa profunda, en donde se localizan las respuestas como el miedo y la hiperexcitación. Con un refinamiento metodológico se cree que la estimulación cerebral puede ser una herramienta adicional para alterar la actividad de regiones cerebrales específicas; De esta forma contribuir a la mejoría sintomática de los pacientes. Adicionalmente al alivio de síntomas, la estimulación cerebral puede proveer insight adicional de los procesos de la enfermedad a través de su influencia sobre la función neuronal, desde la plasticidad sináptica hasta oscilaciones en los niveles de circuitos. Sin embargo como indicado previamente la potencial relevancia de la estimulación cerebral en el tratamiento de TEPT queda por determinarse. (11)

2.6. Enfermedad médica y relación con enfermedad psiquiátrica

La comorbilidad de enfermedades médicas y las condiciones psiquiátricas es un hecho común que se ha demostrado por distintos estudios. Uno de ellos es la encuesta nacional de comorbilidad estadounidense, que para los años de 2001 a 2003 encontraron que más del 68% de los adultos con un trastorno mental reportaron tener al menos un trastorno médico general (12). Asimismo, 29% de las personas diagnosticadas con una enfermedad médica también tenían una condición de salud mental simultáneamente.

Los estudios que examinan la asociación entre enfermedades médicas específicas y trastornos mentales han encontrado altas tasas de comorbilidad. En 1996 en la Medical

Expenditure Panel Survey, el riesgo de depresión en personas diabéticas fue dos veces mayor que en personas no diabéticas (13). En la encuesta de factores de riesgo conductuales de 2006, las personas que presentaban diagnóstico de asma eran dos veces más propensas a presentar pruebas positivas para depresión en comparación con las personas sin asma (14). Las personas que reportaban enfermedad cardiovascular en la Encuesta Epidemiológica Nacional de 2002 se encontraron con un riesgo 1.4 veces más elevado de padecer un trastorno de ansiedad durante la vida (15).

Además de la alta prevalencia de lo anteriormente expuesto, existe evidencia que demuestra que tener cada tipo de trastorno es un factor de riesgo para desarrollar el otro. En la encuesta nacional de salud de 1999 en estados unidos, la probabilidad de tener un diagnóstico de depresión mayor por medio de una prueba de detección incrementa con cada enfermedad médica crónica comórbida. La prevalencia a 12 meses para depresión mayor es de aproximadamente 5% en personas sin condiciones médicas, mientras que este porcentaje aumenta al 8% en personas con una enfermedad, 10% si tienen dos enfermedades y 12% si tienen tres o más enfermedades comórbidas (16). Además, otros estudios han encontrado que las personas tratadas por esquizofrenia (17) o trastorno bipolar (18) son de dos a tres veces más propensas a padecer de tres o más enfermedades crónicas en comparación con personas sin trastornos mentales.

La exposición a trauma o a estrés crónico puede ser riesgo para ambos tipos de enfermedad. En un estudio sobre experiencias adversas durante la niñez se encontró un alto grado de respuesta entre los niveles de exposición a abuso infantil o disfunción familiar con resultados adversos para la salud (19). Las personas que experimentaron más exposiciones adversas durante su niñez tienden a ser más susceptibles para reportar depresión, intentos suicidas y otras enfermedades médicas crónicas. Los estresores crónicos, como las dificultades económicas para suplir las necesidades básicas, las responsabilidades de cuidado, relaciones conflictivas, o el hecho de lidiar con enfermedades médicas a largo plazo, son predictores particularmente fuertes para depresión.

Con respecto al trastorno por estrés postraumático, los eventos traumáticos a lo largo de la vida, incluyendo violencia por parte de la pareja y experiencias de combate, pueden llevar a su desarrollo.

Uno de los mecanismos que pueden subyacer a la relación entre el estrés y las condiciones de salud es que la exposición a estresores se relaciona con un debilitamiento del sistema inmune y a un incremento en la respuesta inflamatoria, los cuales son factores de riesgo para enfermedad médica. Los trastornos mentales, como la depresión, ansiedad y reacciones al

estrés, se hallan vinculadas a alteraciones de la función inmunológica, incluyendo una producción aumentada de citoquinas. La respuesta inflamatoria es fundamental para combatir lesiones o infecciones, pero se convierte en un problema cuando se sostiene sobre un tiempo prolongado en respuesta al estrés crónico. Adicionalmente, las personas que experimentan estresores crónicos o eventos negativos durante su niñez pueden ser más propensos a involucrarse en conductas adversas para la salud.

Finalmente, muchos de los tratamientos comunes para las enfermedades pueden empeorar los problemas comórbidos mentales o médicos. En el caso de los psicotrópicos, particularmente los antipsicóticos, pueden causar ganancia de peso, obesidad y diabetes mellitus (20). Al mismo tiempo, muchos tratamientos para enfermedades médicas comunes pueden tener efectos secundarios fisiológicos que pueden exacerbar o complicar las condiciones psiquiátricas preexistentes (21).

La percepción en la relación entre trastornos físicos y mentales ha cambiado. Esta ha sido una evolución clave. Se reconoce de manera general que esta relación es compleja, recíproca y que actúa de modos muy diferentes. Los trastornos mentales no tratados tienen como consecuencia unos pobres resultados por comorbilidad física. Los individuos con trastornos mentales tienen un riesgo más elevado de sufrir una enfermedad física debido a la disminución de la función inmune, a conductas poco saludables, al no cumplimiento de las prescripciones médicas y a los obstáculos para obtener un tratamiento para dichas enfermedades físicas. Además, los individuos con enfermedades físicas crónicas tienen mayor probabilidad, que otras personas de sufrir trastornos mentales. (22)

2.7. Violencia social en Guatemala

La perpetración de hechos de violencia no solamente se constituye en un fenómeno creciente sino también sus modalidades han variado, teniendo estas una manifestación más lacerante contra la dignidad humana. (23)

El Estado de Guatemala carece de una visión adecuada de interpretación del fenómeno de la violencia. Una de las mayores dificultades encontradas, consiste en la inadecuada forma de percibirlo, abordarlo y conceptualizarlo por el Estado y sus instituciones. Es evidente la falta de una visión consistente y de un planteamiento multidimensional que dé cuenta de los orígenes, causas, factores de relacionamiento, manifestaciones y consecuencias del fenómeno. (23)

2.7.1 Historia de Guatemala 1980-1983

Tras el triunfo de la Revolución Sandinista en Nicaragua en 1979, la guerrilla guatemalteca precipitó sus planes de asalto al poder y a su vez, el Ejército desató amplias campañas de terror contra los movimientos populares en la ciudad y en el campo. Este período de tiempo en el país de Guatemala decide una suerte trágica de decenas de miles de guatemaltecos y marcó profundamente el curso de los acontecimientos durante las décadas siguientes. (24)

Es importante resaltar que durante esta época, Guatemala se convirtió en un país en América Latina caracterizado por la cantidad y calidad de terror que estaba dispuesto a realizar. Para mantener una determinada manera de organización de privilegios, jerarquías e injusticias. (24)

La historia del régimen político guatemalteco, en la segunda mitad del siglo XX, demuestra la falta absoluta de libertades (25)

En 1998, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) declara que el principal problema de Guatemala, después del hambre es la violencia. (26)

La historia de la violencia y de la criminalidad, por lo tanto, es una historia de las relaciones entre el poder, la sociedad y los sujetos a través de la mediación del derecho, como norma y como práctica (27)

2.7.2 El fenómeno de la violencia: violencia y transformación social

En el Umbral del siglo XXI la humanidad vive una situación paradójica: el repudio a la violencia es casi tan generalizada como el imperio de ella en la vida cotidiana de casi todo el planeta. Se abre paso de las maneras más diversas a través de guerras por fronteras entre países, de los conflictos religiosos, étnicos y raciales, de las confrontaciones que ha implicado la expansión del narcotráfico, de los millones de actos cotidianos de la delincuencia, de los actos que resulta de la política en su sentido estricto llevado al terreno de las armas y sobre todo de esa llamada ‘‘violencia estructural’’, ‘‘violencia indirecta’’ o como ‘‘modo de vida’’. (24)

A fines del Siglo XX esa violencia silenciosa mantiene durmiendo en las calles a 200 millones de niños, obliga a trabajar a otros 100 y prostituye a un millón más. Mantiene en la miseria a 800 millones de personas, en el alfabetismo a 1,000 millones, sin servicios de salud a 1,500 y finalmente mata diariamente de hambre a 35,000 personas. (26)

La violencia que observamos a fines del siglo XX, el siglo que en términos cuantitativos ha sido el más violento por la capacidad mortífera que ha alcanzado la tecnología militar, hace pensar que sea loable, y hasta cuestión de sobrevivencia, la búsqueda constante de la paz y de

soluciones negociadas a los conflictos. Hasta ahora la violencia es un factor insoslayable y casi siempre presente en la vida humana.

Millones de personas mueren cada año por causas atribuibles a la violencia, y la mortalidad representa solo la parte más visible, ya que por cada muerte violenta se producen decenas o cientos de lesiones de diversa gravedad. Cuando se ejerce presión psíquica o abuso de la fuerza contra una persona, con el propósito de obtener fines en contra la voluntad de la víctima, estamos en presencia de un acto de violencia. (28)

La violencia, en todas sus manifestaciones, es un problema de salud pública que involucra a todos los países en todos los continentes. Los números que reflejan el problema son contundentes. Según el Informe Mundial sobre Salud y Violencia, editado por la OMS, 1,6 millones de personas pierden la vida cada año por actos violentos, más de 199 000 tienen entre 10 y 29 años, y unos 57 000 niños de entre 0 y 4 años son asesinados en el mismo período. Globalmente la violencia es la principal causa de muerte entre los 15 y 44 años; son hombres el 14 % de estos muertos y mujeres el 7. También los datos indican que no hay país que tenga índice de violencia contra la mujer menor al 10 %, y que en algunos alcanza hasta el 69 %.(28)

2.7.3 Teorías explicativas acerca de la violencia

Existen teorías explicativas acerca de la violencia:

- La teoría del instinto agresivo (innato)
- La teoría de la frustración/agresión
- La teoría del aprendizaje social
- La teoría del condicionamiento operante de Skinner

Sin embargo, ninguna teoría por sí sola puede explicar la violencia, y caen entonces en un reduccionismo al intentar establecer relaciones lineales entre factores, tornándose en teorías abstractas. La violencia no es universal ni inevitable, ni es instintiva, de hecho hay individuos y grupos que muestran un alto grado de violencia, mientras otros individuos y grupos muestran muy poca.

Otros factores que pueden favorecerla son las condiciones de frustración. Así por ejemplo, se ha visto que los casos de violencia doméstica, aumentan con la presencia de la miseria, el desempleo y otras condiciones sociales desfavorables.

En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud, declaró que la violencia es un importante problema

de salud pública en todo el mundo, y pidió a la OMS que elaborara una tipología de la violencia para caracterizar los diferentes tipos y los vínculos entre ellos.

2.7.4 Tipos de violencia

La clasificación propuesta divide la violencia en 3 categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- La violencia autoinfligida.
- La violencia interpersonal.
- La violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos, y la violencia infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas (figura). Esta nos muestra una tipología de la violencia y la naturaleza de estos actos, en sentido horizontal quiénes son afectados, y en el vertical, de qué manera lo son. Estas 3 categorías generales se subdividen, a su vez, para reflejar tipos de violencia más específicos. (28)

i. La violencia autoinfligida

El comportamiento suicida, que incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio (también llamados "parasuicidio" o "intento deliberado de matarse") y suicidio consumado. - Las autolesiones o el automaltrato, que incluye actos como la automutilación.

ii. La violencia interpersonal

Violencia familiar o de pareja: es la que se produce, sobre todo, entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general sucede, aunque no siempre, en el hogar. Incluye el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores. Violencia comunitaria: es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede, por lo general, fuera del hogar. Abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

iii. La violencia colectiva.

Indica los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de personas o por el Estado, y se subdivide en:

- Violencia social: son los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas.
- Violencia política: incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del

Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes.

- Violencia económica: comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como, los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales, o crear división económica y fragmentación.

Evidentemente, los actos cometidos por grupos más grandes pueden tener motivos múltiples. (28)

2.7.5 Naturaleza de la violencia

La violencia no es únicamente un asunto de elección, sino algo que se impone a la voluntad de los actores sociales que se enfrentan. Aun cuando fuera certera la afirmación que Barrington Moore ha renunciado a comprobar, de que “una de las fuentes duraderas y seguras de satisfacción humana es hacer sufrir a otros hombres”, tal fuente de satisfacción tendría su explicación en lo social y no en lo individual. Santiago Genovés, parte correctamente del criterio que las raíces de la violencia no pueden buscarse en lo innato humano sino en lo cultural, considera que la transposición de lo animal a lo humano no es científicamente sustentable, puesto que la violencia no existe en el primer ámbito y sí en el segundo, los animales no atacan sino comen. Desde una perspectiva marxista Adolfo Sánchez Vázquez arriba a la misma conclusión: la violencia es un atributo humano cuyas condiciones surgen cuando el ser humano se va apartando de lo propiamente animal, es decir cuando empieza a surgir la cultura. (24)

La violencia se define en términos generales como la acción compulsiva que a menudo implica el uso abierto de la fuerza física para imponer la voluntad de quien la ejerce por encima de la de aquel sobre quien es ejercida. (24)

El término *violencia* proviene del latín *violentilla*, y es un comportamiento deliberado que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres humanos, y se lo asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas. (28)

La OMS la define como: el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Se excluyen de la definición los

incidentes no intencionales, como son, la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras. (28)

2.7.6 Causas de la violencia

Existe la violencia física, la psicológica y la sexual. Sus causas pueden variar, y dependen de diferentes condiciones, como las situaciones graves e insoportables en la vida de la persona, la falta de responsabilidad por parte de los padres, la presión del grupo al que pertenece (lo cual es muy común en las escuelas), así como el resultado de no poder distinguir entre la realidad y la fantasía, entre otras muchas causas. (28)

Los principales factores generadores de violencia se pueden agrupar en cuatro grandes categorías:

- Factores económicos, sociales y culturales
Estos están relacionados a los problemas estructurales como desempleo, pobreza, sub desarrollo, discriminación, desigualdad social, hacinamiento, violencia en los medios de comunicación, cultura de la violencia. (23)
- Factores de socialización
Estos se refieren sobre todo a la posición y situación familiar, a los valores familiares y sociales de las personas, así mismo al sexo, edad, educación, socialización, consumo de alcohol y drogas. (23)
- Factores de contexto
Estos están referidos más a las características del contexto social, principalmente a la caracterización de la sociedad como una sociedad de post-conflicto con secuelas del enfrentamiento armado, la no desaparición de hechos generadores de violencia. Otros elementos incluidos en ésta categoría son el narcotráfico, el alto índice de portación de armas de fuego. (23)
- Factores institucionales
Estos están relacionados con los altos niveles de impunidad, la ineficacia de las instituciones encargadas del combate al crimen y a la corrupción (Corte, Suprema de Justicia, Ministerio Público, Policía Nacional Civil y Sistema Penitenciario) lo que origina pérdida de confianza de la población hacia las instituciones.(23)

En términos generales es factible proponer que los altos índices de violencia e inseguridad que padece Guatemala están relacionados con dos grandes líneas causales: la exclusión social y la falta de aplicación de la ley. Estas dimensiones se relacionan y se refuerzan entre sí. (26)

Decenas de miles de jóvenes se integran cada año a la población económicamente activa, pero el mercado de trabajo no genera suficientes puestos para absorber el aumento de la oferta. El sistema educativo no brinda a los jóvenes adecuadas capacidades para integrarse al mundo laboral y se ven en la necesidad de buscar medios de vida en la economía informal. (26)

2.7.7 Consideraciones psicológicas sobre la violencia

La violencia es algo que está cotidianamente entre los seres humanos. Se tiende a identificarla con acciones físicas concretas: un puñetazo, un golpe, un balazo. Su expresión más elocuente es seguramente la guerra. Pero sin lugar a dudas hace parte de la vida social. (24)

La violencia no es solo la expresión física, adquiere otras formas, incluso puede ser refinada y sutil, sin necesidad de estar en guerra todos los días afecta a innumerable cantidad de seres humanos en hechos de violencia: sobredosis de droga, ser atropellado por un auto, chantajes, falsificaciones, ruido ensordecedor del radio del vecino, contaminación ambiental, descuartizar a un insecto, chistes morbosos, machismo, entre otros. (24)

La violencia es una construcción humana: ningún otro ser vivo tortura, maltrata a su pareja, delinque, hace chistes de humor negro o quema en la hoguera a quien no coincide con su punto de vista. (24)

La situación de inseguridad y violencia afecta la vida de las personas día a día. La gravedad y alta incidencia de crímenes como los homicidios, secuestros y violaciones hace que estos hechos tomen gran notoriedad en los medios de comunicación y afecten la tranquilidad con que viven las personas. (26)

2.7.8 El ciclo de la violencia

Se ha descrito una dinámica que se establece en el síndrome de maltrato reconociéndose tres fases que se repiten en forma continuada en la gran mayoría de las ocasiones. Este ciclo predecible es lo que se ha llamado el *ciclo de la violencia* (29)

La fase de *tensión* (ira, provocación, celos) pone de manifiesto la agresividad latente frente a la mujer y existen algunas conductas de agresión verbal y/o física de carácter leve y aislado, con un grado creciente de tensión (29)

La fase siguiente es de *agresión aguda* que implica una descarga sin control de las tensiones acumuladas (abuso sexual, amenazas, patadas, mordidas, golpes e incluso, uso de armas). La mayoría de las mujeres no buscan ayuda inmediatamente después de la agresión a menos

que, las lesiones sean tan graves que necesiten ayuda inmediata. Las mujeres que se encuentran en esta etapa generalmente se aíslan y se niegan a los hechos, tratando de minimizarlos (29)

El ciclo se cierra con la fase de reconciliación en la que, el abusador puede negar los actos de violencia, pedir perdón y prometer que nunca más repetirá tales acciones con actitud de arrepentimiento. El ciclo de la violencia tiene variados tipos de concomitantes asociados al círculo agresor-agredido. Estos concomitantes, que son físicos, psicológicos y sexuales, se traslapan entre sí junto con los costos sociales y económicos de la violencia.

2.7.9 Enfrentando las tragedias

Se habla de trauma como el choque emocional producido por una experiencia violenta y que deja una impresión duradera. Se caracteriza porque: 1) existe uno o varios hechos impactantes que representan un estrés negativo extremo, 2) produce un gran sentimiento de desamparo, de impotencia, 3) supone una ruptura en la propia existencia, una pérdida de seguridad.

Martín-Baró en 1989 describe el trauma psíquico, social y psicosocial. El trauma psíquico se refiere a un daño particular que es infligido a una persona, a través de una circunstancia difícil o excepcional. El trauma social se refiere a la huella que ciertos procesos históricos pueden dejar en poblaciones enteras afectadas. De esa manera intenta identificar la interrelación entre los individuos y lo histórico, proponiendo el término trauma psicosocial para representar la naturaleza dialéctica del fenómeno. (24)

2.7.10 Valor e impacto de los síntomas

A pesar del impacto traumático, las situaciones de grave catástrofe social no necesariamente llevan siempre a la generalización de importantes efectos negativos individuales a largo plazo. La mayoría de las víctimas de actos de violencia manifiestan algún tipo de efectos negativos pero muchas otras no. El impacto depende de la persona y de la intensidad de la situación. (24)

La gravedad de la experiencia violenta puede evaluarse valorando: la frecuencia de síntomas, la duración de los síntomas, cuanto sufrimiento o dificultades le provocan, el peligro que supongan a la vida o integridad de la persona.

2.7.11 Estrés: fuentes y consecuencias del impacto

Sabemos que el estrés psicológico tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos mentales. (30)

Clásicamente el estrés se define como una amenaza a la homeostasis, frente a la cual el organismo, para sobrevivir, reacciona con un gran número de respuestas adaptativas que implican la activación del sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal. (31)

Habitualmente se hace referencia al estrés tanto para describir efectos de las situaciones de catástrofe como las causas (estresores). El estrés consiste en un estado de tensión psicológica y física como resultado de una amenaza, un desafío o cambio en el propio ambiente que excede los recursos de la persona. Para ayudar a los sobrevivientes a manejar mejor las respuestas al estrés, disminuyendo las causas de tensión se debe tomar en cuenta el impacto, los factores protectores y el afrontamiento. También se pueden identificar las distintas experiencias que generan tensión o amenaza vital, y que pueden no estar ligadas a la experiencia traumática solamente. (24)

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- 3.1.1 Determinar los factores asociados a la evolución clínica de pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés que asisten a HDD.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés que asisten al programa de HDD
- 3.2.2 Establecer la relación entre antecedentes médicos, psiquiátricos y de violencia social y abuso en pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés y su evolución clínica.
- 3.2.3 Estimar el índice de mejoría en pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés.
- 3.2.4 Determinar la asociación entre los factores encontrados y la evolución clínica de los pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio de cohorte anidada

4.2 Unidad de análisis

Pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés que hayan ingresado al programa de HDD del CAISM del IGSS, que cumplan con criterios de inclusión, durante el periodo comprendido de julio 2011 a junio 2014.

4.3. Tamaño de la muestra

Todos los pacientes que asistieron al programa de HDD del IGSS con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés, que cumplan con los criterios de inclusión, en el periodo comprendido de julio 2011 a junio 2014.

4.4 Selección de sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de Inclusión

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés que hayan asistido a HDD de julio 2011 a junio 2014 que se tenga disposición de ficha clínica y expediente médico

4.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes cuya historia clínica esté incompleta
- Pacientes quienes hayan reiniciado tratamiento con un nuevo traslado al CAISM posteriormente por consulta externa a quienes se dio previamente caso concluido por mejoría clínica
- Pacientes quienes no hayan cumplido con el tiempo estipulado de asistencia por el equipo de HDD o se haya dado caso concluido por abandono de tratamiento
- Pacientes quienes hayan ingresado a servicio de Intensivo durante su estancia en programa de HDD.
-

4.4.3 Definición de Expuestos

Pacientes con diagnóstico de Trastorno de Adaptación

4.4.4 Definición de no Expuestos

Pacientes con otros diagnósticos del grupo de trastornos asociados a Trauma y Estrés

4.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de Clasificación
Edad	Tiempo en años que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta un momento determinado	Edad registrada por el sistema en el apartado de datos generales	Cualitativa	Ordinal	0-18 años 19-25 años 26-35 años 36-55 años >55 años
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Dato obtenido de la ficha clínica	Cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino Femenino
Estado Civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo. (DRAE)	Dato obtenido de la ficha clínica	Cualitativa	Nominal politómica	Soltero Casado Unido Divorciado Viudo Separado
Escolaridad	Ultimo grado académico aprobado por la persona	Dato obtenido de ficha clínica	Cualitativa	Ordinal	Ninguna Primaria Básico Diversificado Técnico Universitario Graduado de profesional
Hábitos	Consumo o práctica adquirida por frecuencia de repetición de un acto	Dato obtenido de ficha clínica	Cualitativa	Nominal politómica	Alcohol Otros Tabaco Cocaína Marihuana Estimulantes Opioides Alucinógenos Benzodiacepinas Inhalantes Ninguno
Dirección actual	Departamento de Guatemala en donde se habita	Dato obtenido de ficha clínica	Cualitativa	Nominal politómica	Departamento de Guatemala
Antecedente de Abuso	Supone usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o a alguien	Dato obtenido de ficha clínica	Cualitativa	Nominal politómica	Ninguna Físico Psicológico Sexual
Antecedentes Médicos	Enfermedades o padecimientos de salud que describa paciente al momento en la fecha de toma de datos	Cualquier enfermedad médica que se exprese en la papeleta	Cualitativa	Nominal politómica	Cardiovasculares Neurológicos Dermatológicos Ninguno Endocrinológicos Gastrointestinales Cardiovasculares y gastrointestinales autoinmunes urológicos neumológicos
Antecedentes Psiquiátricos	Enfermedades o padecimientos mentales que describa paciente al momento en la fecha de toma de datos	Dato obtenido de ficha clínica	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de Clasificación
Antecedente de Violencia social	Tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o delimitada provocan o amenazan con hacer un daño o sometimiento grave a un individuo o a una colectividad	Dato obtenido de ficha clínica	Cualitativa	Nominal politómica	Ninguna Intrafamiliar Intento suicidio Suicidio de parientes Adicción de pareja o familiar Alcoholismo de pareja o familiar Psicológica Física Sexual Pertenece a maras Víctima de extorsión Víctima de secuestro Homicidio de parientes Víctima de Maras
Psicotratamiento	Toma de medicamentos psicofarmacológicos	Toma de medicamentos recetados por médico especialista	Cualitativa	Nominal politómica	Medicamentos prescritos
Programa de HDD	Grupo dentro del programa de HDD al que asistió	Dato obtenido de la Ficha clínica y Evoluciones de Expediente Médico	Cualitativa	Nominal dicotómica	Interfase HDD
Tiempo de Tratamiento	Rango de tiempo calculado en meses que asistió al programa de HDD	Dato obtenido de la Ficha clínica	Cuantitativa	Razón	<1 mes 1-2 meses >2 meses
Efectividad de Tratamiento	La mejoría clínica o la No mejoría clínica	Dato obtenido del Expediente Médico	Cualitativa	Nominal dicotómica	Egreso y Caso concluido por orden médica y mejoría clínica Egreso y Continuidad de tratamiento por consulta externa

4.6 Instrumentos de recolección de datos

4.6.1 Fuente

Se procedió a revisar el expediente médico para obtener información acerca del paciente estudiado.

Se realizó una base de datos en Excel que incluye: número de afiliación, edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, preferencia sexual, hábitos, ocupación, lugar de residencia, abuso, antecedentes médicos, psiquiátricos, violencia social, tiempo de tratamiento, uso de psicofármacos, programa de HDD al que asistió, caso concluido por mejoría clínica.

4.6.2 Técnica

- Selección del paciente según criterios de inclusión y exclusión
- Revisión de expediente clínico para obtener información acerca de variables a correlacionar con efectividad de tratamiento
- Creación de base de datos en Excel
- Documentación e ingreso de resultados a programa

- Análisis posterior

4.6.3 Procedimiento

Paso 1: Selección de pacientes que asistieron a HDD **de julio 2011 a junio 2014** según libro de ingresos en la unidad.

Paso 2: Captación de la muestra conformada por pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Paso 3: Recolección de datos del expediente que califica y crear una base de datos en Excel

Paso 4: Correlación de datos con programa especializado EPI-INFO

Paso 5: Análisis estadístico

4.6.4 Análisis Estadístico

Se realizó un estudio tipo cohortes anidadas, donde la población estudiada corresponde al grupo de pacientes con diagnósticos de Trastornos relacionados a trauma y estrés que fueron agrupados de acuerdo a sus características demográficas y factores asociados.

Los resultados fueron tabulados en Microsoft Excel y posteriormente ingresados a un programa especializado EPI-INFO.

La efectividad del tratamiento se determinó según la mejoría del paciente, la cual se midió a través de la decisión de dar egreso y caso concluido por mejoría clínica. Determinada en conjunto por el Equipo Terapéutico conformado por El Coordinador del programa (Médico Psiquiatra), Residente en Psiquiatría, Psicólogo y Terapeuta Ocupacional; Basado en la revisión de criterios diagnósticos y mejoría clínica a través de la evaluación semanal de cada paciente según documentado en las evoluciones respecto a la respuesta terapéutica en terapia de grupo y terapias expresivas.

En el presente estudio se confrontaron las variables consideradas como factores asociados que podrían modificar el curso de la evolución clínica de los pacientes con trastornos relacionados a trauma y estrés, con el fin de determinar si su presencia tendría un impacto significativo en la resolución positiva del cuadro. De tal manera, la asociación evaluada se plantea con el fin de medir la probabilidad de mejoría del cuadro clínico y se construyeron tablas de contingencia para mostrar una asociación positiva por la mejoría, de la siguiente manera:

	Mejoría clínica (+) “Sí se dio caso concluido”	No mejoría clínica (-) “No se dio caso concluido”
Factor asociado presente		
Factor asociado ausente		

Considerando que el riesgo relativo mide la fuerza de asociación entre las dos variables sometidas al análisis de la tabla de contingencia, de manera que valores superiores a la unidad (1) demuestran una relación positiva y los valores inferiores a la unidad una relación negativa, los resultados del presente estudio se interpretaron como factores protectores a aquellos que superaron la unidad, es decir, aquellos factores que demostraron tener una relación positiva con respecto a la variable de resultado (“Sí se dio caso concluido”, resultado de mejoría clínica positivo), y por consiguiente, aquellos inferiores a la unidad se interpretan como factores negativos respecto a la mejoría del caso.

4.6.5 Alcances

El presente estudio exploró los factores asociados a la evolución clínica de pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés que asisten al programa de Hospital de Día del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La investigación abarcó únicamente a los pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés que hayan asistido a HDD de julio 2011 a junio 2014

4.6.6 Limitantes

A pesar de la cantidad de pacientes que asistieron a HDD durante el período indicado, la muestra pudo ser reducida por falta del expediente físico en el archivo de la unidad o que estuviera el expediente incompleto ya que las evoluciones de HDD se realizan en un formato especializado que no aparece de forma virtual.

4.6.7 Aspectos Éticos

El presente estudio es de riesgo mínimo (Categoría I), pues se utilizaron técnicas observacionales, con las que no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional

con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan de dicho estudio. Los resultados serán entregados al comité de investigación de la unidad hospitalaria.

V. RESULTADOS

Cuadro No. 1
Características Epidemiológicas de los pacientes con
diagnóstico de Trastornos relacionados a Trauma y
Estrés, Guatemala 2015

	Frecuencia	Porcentaje
EDAD		
<i>19 a 25 años</i>	9	16.07
<i>26 a 35 años</i>	25	44.64
<i>36 a 55 años</i>	19	33.93
<i>más de 55 años</i>	3	5.36
SEXO		
<i>Femenino</i>	44	78.57
<i>Masculino</i>	12	21.43
ESTADO CIVIL		
<i>Casado</i>	20	35.71
<i>Soltero</i>	16	28.57
<i>Unido</i>	14	25.00
<i>Separado</i>	4	7.14
<i>Viudo</i>	2	3.57
ESCOLARIDAD		
<i>Graduado Profesional</i>	26	46.43
<i>Primaria</i>	12	21.43
<i>Diversificado</i>	11	19.64
<i>Básicos</i>	3	5.36
<i>Técnico</i>	2	3.57
<i>Universitario</i>	2	3.57
RESIDENCIA		
<i>Guatemala</i>	49	87.50
<i>Sacatepéquez</i>	6	10.71
<i>Mazatenango</i>	1	1.79

Fuente: Boleta de recolección de datos

n: 56 casos

Cuadro No. 2
Hábitos y Antecedentes de los pacientes con
diagnóstico de Trastornos relacionados a Trauma y
Estrés

	Frecuencia	Porcentaje
HABITOS		
<i>Alcohol</i>	9	16.07
<i>Alcohol y Tabaco</i>	7	12.50
<i>Tabaco</i>	6	10.71
<i>Ninguno</i>	34	60.71
VIOLENCIA SOCIAL		
<i>Intrafamiliar</i>	7	12.50
<i>Psicológica</i>	6	10.71
<i>Sexual</i>	4	7.14
<i>Víctima de extorsión</i>	3	5.36
<i>Alcoholismo de pareja o familiar</i>	1	1.79
<i>Intento de suicidio</i>	1	1.79
<i>Víctima de secuestro</i>	1	1.79
<i>Ninguna</i>	33	58.93
ANTECEDENTE DE ABUSO		
<i>Físico, psicológico y sexual</i>	14	25.00
<i>Psicológico</i>	4	7.14
<i>Físico y psicológico</i>	2	3.57
<i>Sexual</i>	1	1.79
<i>Ninguna</i>	35	62.50
ANTECEDENTES MÉDICOS		
<i>Gastrointestinales</i>	12	21.43
<i>Cardiovasculares</i>	7	12.50
<i>Autoinmunes</i>	4	7.14
<i>Neurológicos</i>	3	5.36
<i>Endocrinológicos</i>	2	3.57
<i>Cardiovasculares y endocrinológicos</i>	1	1.79
<i>Cardiovasculares y gastrointestinales</i>	1	1.79
<i>Ninguno</i>	26	46.43
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS		
<i>no</i>	44	78.57
<i>si</i>	12	21.43

Fuente: Boleta de recolección de datos

n: 56 casos

Cuadro No. 3
Programa de HDD de los pacientes con diagnóstico de
Trastornos relacionados a Trauma y Estrés

	Frecuencia	Porcentaje
PROGRAMA DE HOSPITAL DE DIA		
HDD	32	57.14
Interfase	24	42.86
TIEMPO DE TRATAMIENTO EN HOSPITAL DE DIA		
< 1 mes	4	7.14
1 - 2 meses	40	71.43
> 2 meses	12	21.43
DIAGNÓSTICO		
Trastorno de adaptación	31	55.36
Trastorno de estrés postraumático	19	33.93
Reacción al estrés agudo	6	10.71
MEDICAMENTOS		
benzodiazepina	16	28.57
antidepresivos	8	14.29
antidepresivo y benzodiazepina	5	8.93
antipsicótico	5	8.93
estabilizador del ánimo y antidepresivo	3	5.36
antidepresivo y antipsicótico	1	1.79
Sin medicamento	18	32.14
CASO CONCLUIDO POR MEJORÍA CLÍNICA		
no	29	51.79
si	27	48.21
BUENA EVOLUCIÓN		
no	10	17.86
si	46	82.14

Fuente: Boleta de recolección de datos

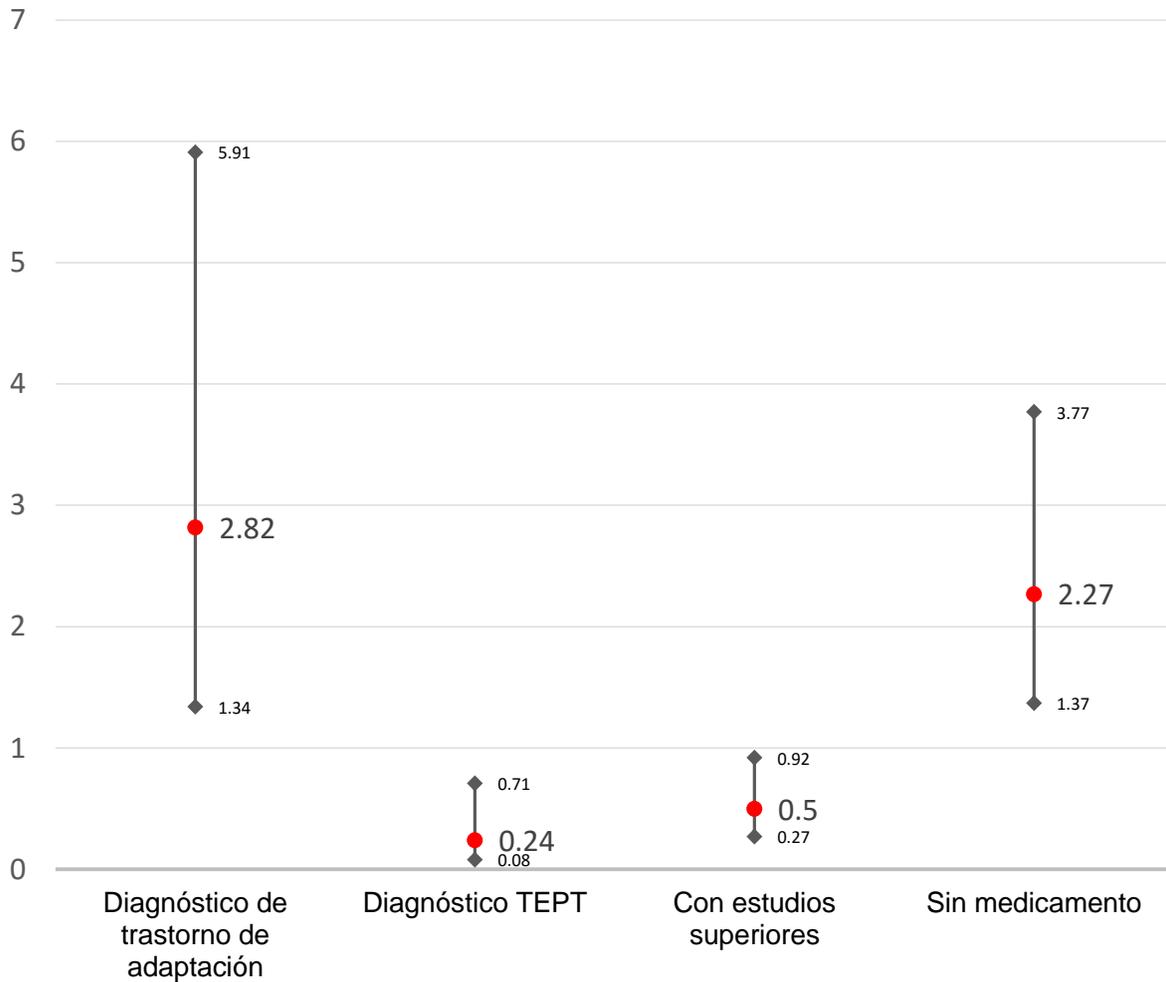
n: 56 casos

Cuadro No. 4
Factores relacionados a la mejoría clínica de los pacientes con diagnóstico de Trastornos
Relacionados a Trauma y Estrés

Factor asociado	No. de casos	RR	Intervalo de Confianza 95%	P
Diagnóstico: Trastorno de Adaptación	31	2.82	1.34 – 5.91	0.0007
Diagnóstico: Trastorno de Estrés Postraumático	19	0.24	0.08 – 0.071	0.0002
Escolaridad: con estudios superiores	28	0.92	0.27 – 0.50	0.009
Tratamiento: Sin medicamento	18	2.27	1.37 – 3.77	0.001

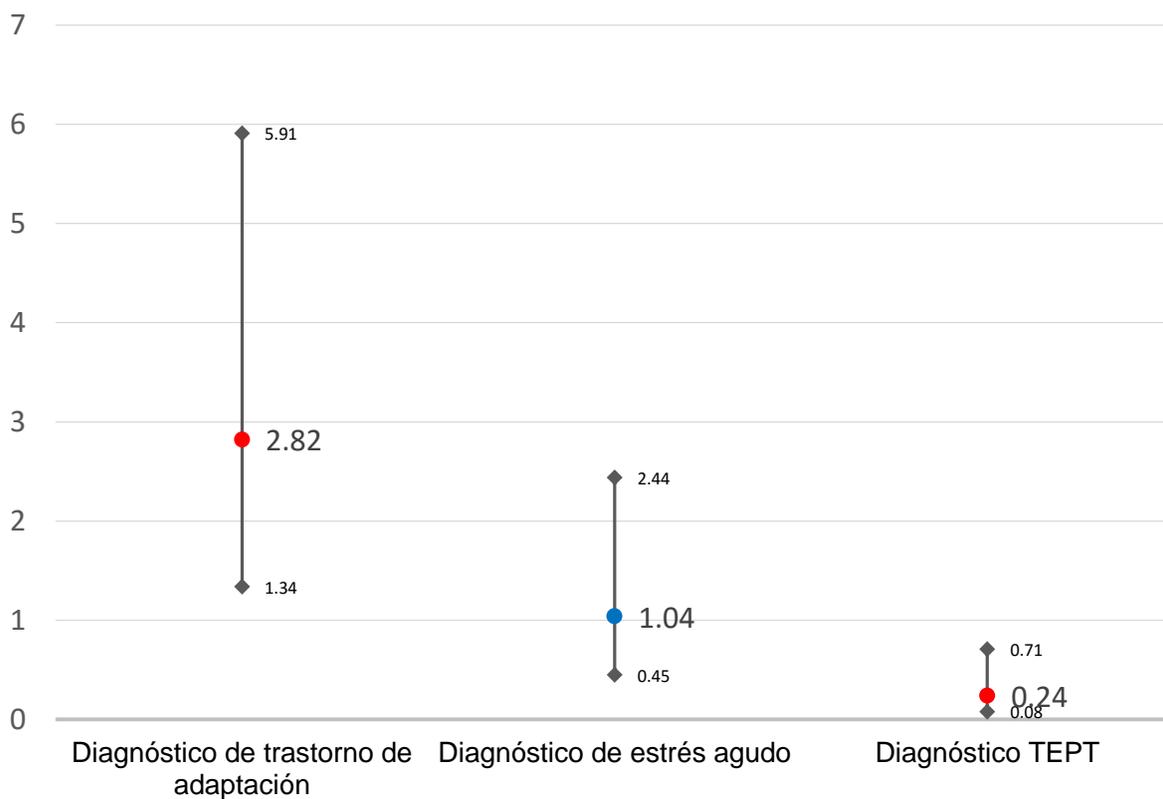
Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfico No. 1
Factores Generales relacionados a la mejoría clínica de los pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés



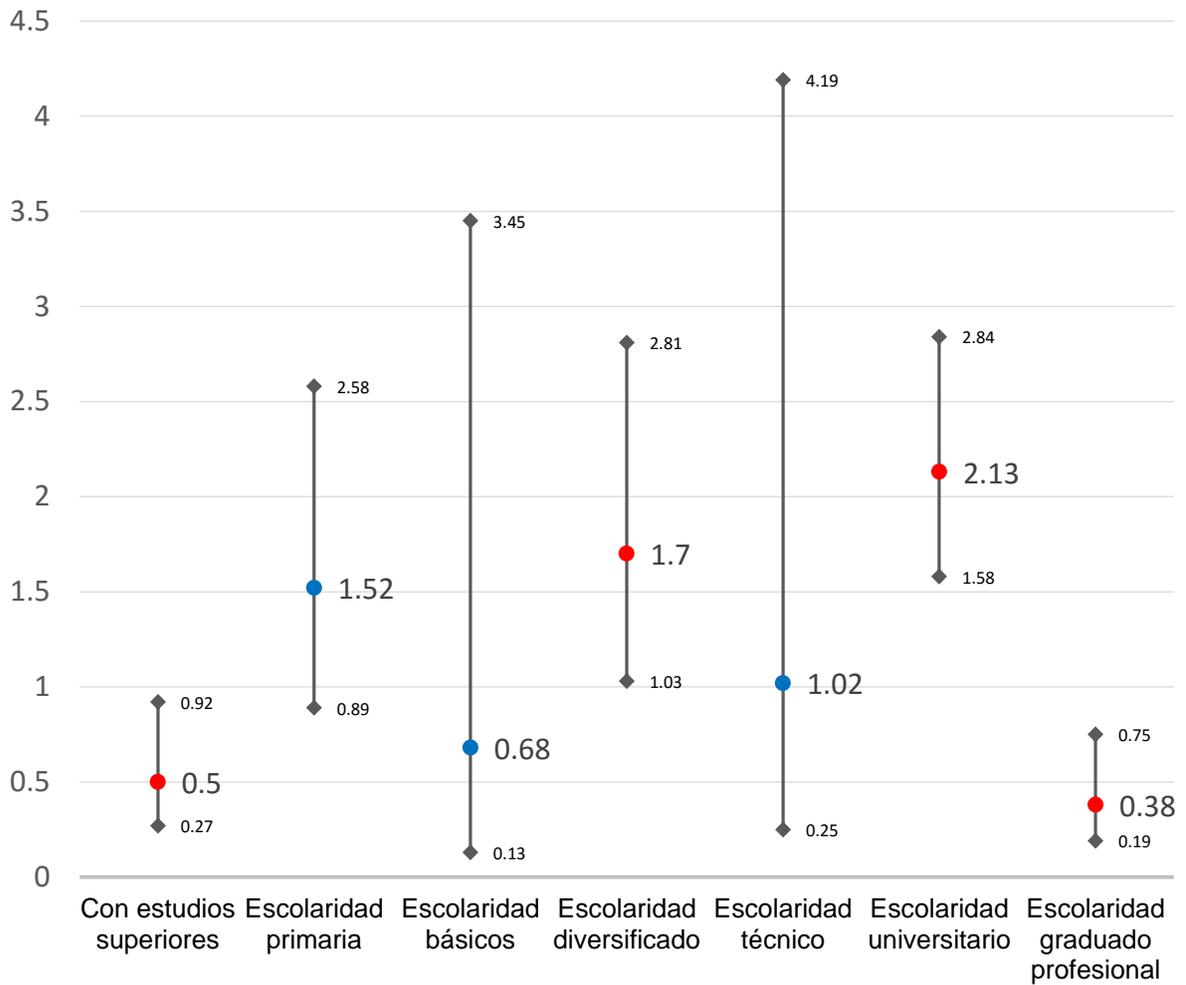
Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfico No. 2
Factores relacionados a la evolución clínica de los pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés.
Riesgos relativos por tipo de diagnóstico.



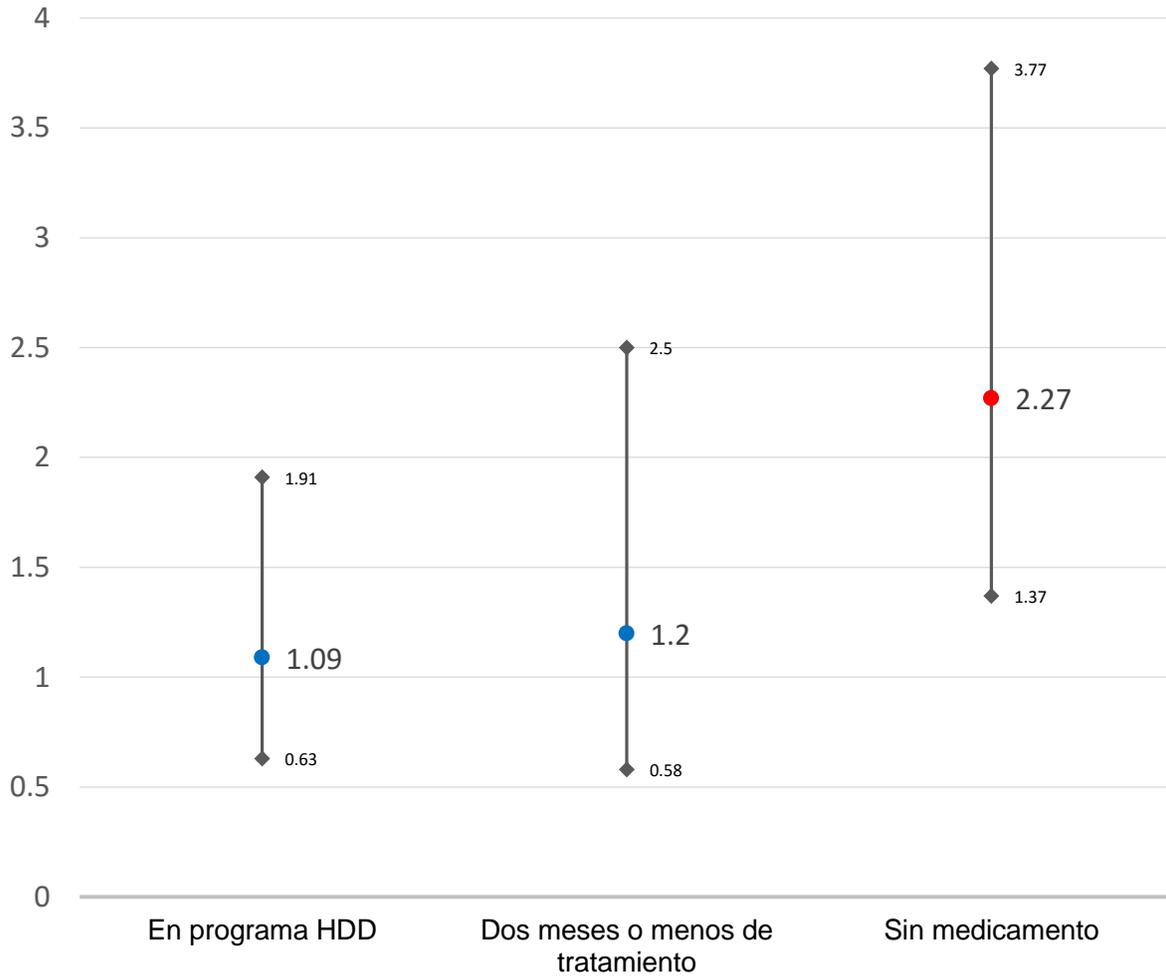
Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfico No. 3
Factores relacionados a la evolución clínica de los pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés.
Riesgo relativo según escolaridad.



Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfico No. 4
Factores relacionados a la evolución clínica de los pacientes con diagnóstico de Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés.
Riesgos relativos según tratamiento en Hospital de Día.



Fuente: Boleta de recolección de datos

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La finalidad del presente estudio buscaba determinar los factores asociados a la mejoría clínica de los pacientes que son tratados por Trastornos Relacionados a Trauma y Estrés en el programa de HDD del centro Integral de Atención en Salud Mental del Seguro Social guatemalteco. Para tal fin, se reunieron los casos que cumplían con los criterios de inclusión, y se encontró un grupo con características en general heterogéneas.

Se recolectaron los datos de una muestra de 56 personas, las cuales cumplieron los criterios de inclusión. De los 56 pacientes, la mayoría estuvieron comprendidos en los grupos de edad de 26 a 35 años (44.64%) y 36 a 55 años (33.93%). La mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino (78.57%). Más de la mitad (60.7%) de los pacientes tenían pareja al momento de ser incluidos en el estudio. (cuadro 1)

Gran parte de los individuos incluidos en la muestra estudiada pertenecen al sexo femenino, lo cual corresponde con la literatura. Una de las razones que se proponen para esta diferencia de género es la mayor vulnerabilidad que se observa en las mujeres ante eventos traumáticos como violaciones y variaciones de violencia interpersonal. Adicionalmente, se ha observado que ellas experimentan por un tiempo más prolongado los síntomas activos característicos de los trastornos relacionados a trauma y estrés que los hombres.

La población estudiada se compone por individuos jóvenes, con grados variables de formación académica, en general con estudios avanzados. Casi la mitad (46.43%) de los pacientes estudiados poseían un título universitario. Ninguno de ellos era analfabeta. (cuadro 1)

La mayoría de los pacientes fue proveniente de la ciudad capital (87.5%), lo cual se asocia a ambientes cargados de estrés psicológico y físico, altos grados de contaminación ambiental y niveles elevados de violencia, en comparación con otros lugares de residencia menos urbanizados.

La mayoría de los pacientes refirió no tener hábitos de consumo (60.71%) (cuadro 2). De los que sí lo tenían, el 28.57% eran consumidores de alcohol. En cuanto a los antecedentes, la mayoría reportaron no haber padecido de violencia social actual (58.93%), o historia de abusos (62.5%). Entre los pacientes que presentaron abusos de algún tipo, dos de cada tres pacientes referían haber padecido los tres tipos de abuso: abuso físico, psicológico y sexual.

Más de la mitad de los pacientes (53.57%) reportaron padecer de una enfermedad médica, además del trastorno por el cual eran tratados en el programa de HDD. Las patologías más comunes fueron las gastrointestinales, seguidas de las cardiovasculares. La mayoría de los

pacientes no habían consultado previamente con un psiquiatra ni tenían historia de trastornos mentales en esta unidad (78.57%).

Dos tercios de los participantes fueron incluidos en el programa de HDD, el resto provenía del programa de interfase (57% y 43% respectivamente) (cuadro 3). La mayoría de los pacientes (78.57%) recibieron tratamiento en el programa por un período de tiempo de 2 meses o menos, el promedio de tiempo para el tratamiento de estos pacientes está comprendido entre 51 y 60 días según las estadísticas del servicio.

El diagnóstico de mayor prevalencia fueron los trastornos de adaptación (55.36%). Además de dicho trastorno, se identificaron casos de Reacción al estrés agudo y Trastorno de Estrés postraumático. El 67.8% de los pacientes recibía tratamiento con medicamento para el manejo de su trastorno diagnosticado.

Los factores identificados con asociación a la evolución clínica del paciente fueron el diagnóstico de trastorno de adaptación, el diagnóstico de estrés postraumático, el nivel de escolaridad y el uso de medicamentos. (cuadro 4, gráfico 1)

Se encontró que los pacientes con diagnóstico de trastorno de adaptación presentaron mejor evolución clínica en comparación con los otros trastornos, de tal manera que aquellos que ingresaron al programa de HDD con diagnóstico de trastorno de adaptación tienen 2.82 veces más probabilidades que los demás pacientes de esta muestra de cerrar su caso por buena evolución (RR 2.82, IC 95% 1.34-5.91, $p=0.0007$). No sucedió lo mismo con los pacientes con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, quienes presentan una asociación negativa con respecto a la mejoría clínica medida por medio de los casos concluidos (RR 0.24, IC 95% 0.08-0.71, $p=0.0002$). (gráfico 2)

Con respecto al nivel de escolaridad de la muestra estudiada, los resultados indican que un mayor nivel de escolaridad no es un factor favorable para la evolución clínica de los pacientes. Se encontró que los pacientes con estudios superiores (es decir, los universitarios y graduados profesionales) tienen una probabilidad menor de tener un caso concluido por mejoría clínica (RR 0.50, IC 95% 0.27-0.92, $p=0.009$). Específicamente, los pacientes con escolaridad de graduado profesional tuvieron un riesgo 2.47 veces mayor que los demás de no tener caso concluido por no mostrar mejoría clínica (RR 2.47, IC 95% 1.32-4.61, $p=0.001$). Por otra parte, los pacientes con mayor probabilidad de mejoría clínica fueron los que tenían un nivel de escolaridad diversificado (RR 1.70, IC95% 1.03-2.81, $p=0.045$). (gráfico 3)

Finalmente, los pacientes que no necesitaron o no tuvieron tratamiento farmacológico durante su estancia en el programa tuvieron 2.27 veces más probabilidades que los que sí necesitaron

al menos un medicamento de tener una mejor evolución clínica (RR 2.27, IC 95% 1.37-3.77, $p=0.001$). Entre estos pacientes, los medicamentos más utilizados fueron las benzodiazepinas (uno de cada tres pacientes). (gráfico 4, cuadro 3)

Se realizaron otros cruces de variables, los cuales no evidenciaron relación significativa en la mejoría o no de la evolución clínica de los pacientes. Entre ellos se consideró el antecedente de abuso físico, sexual o psicológico (RR 0.75, IC 95% 0.44-1.28, $p=0.159$), antecedente de uso de sustancias (RR 0.95, IC 95% 0.53-1.71, $p=0.435$), diagnóstico de reacción al estrés agudo en comparación con otros diagnósticos (RR 1.04, IC 95% 0.45-2.44, $p=0.465$), antecedentes de violencia social (RR 0.75, IC 95% 0.44-1.28, $p=0.158$), edad menor de 35 años en comparación con los mayores de dicha edad (RR 1.20, IC 95% 0.62-1.94, $p=0.375$), tener pareja (casados o unidos) contra no tenerla (solteros, viudos, divorciados) (RR 1.10, IC 95% 0.62-1.94, $p=0.374$) y el tiempo de tratamiento en HDD de dos meses o menos en comparación a quienes permanecieron durante más de dos meses (RR 1.20, IC 95% 0.58-2.50, $p=0.315$). Aunque estas variables no demostraron tener una relación estadística de riesgo para los fines de la investigación, no se considera que dichos hallazgos deban descartarse. Se ha comprobado que la relación existente entre las enfermedades físicas y las mentales es prevalente, como se menciona en el apartado de antecedentes, por lo que se esperaría una relación de riesgo mayor entre los individuos con comorbilidades médicas. Sería prudente ampliar los resultados de este estudio e incluir otros trastornos mentales para conocer la situación actual de los mismos en la unidad.

Llama la atención que los antecedentes de violencia social, abuso físico, psicológico y sexual, y uso de sustancias tampoco presentaran una relación de riesgo significativa. Con respecto a las sustancias utilizadas, esto podría deberse al tipo de sustancias consumidas por los pacientes y a sus hábitos para consumirlas, pues en general la mayoría no consumía habitualmente las mismas, y los que lo hacían se limitaban a las drogas de uso socialmente aceptado.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Los factores asociados a mejoría de la evolución clínica de los pacientes fueron el diagnóstico de trastorno adaptativo (RR=2.82) y la falta de necesidad de fármacos (RR=2.27) para el tratamiento del trastorno actual de paciente.
- 6.1.2 Los factores asociados la no mejoría de la evolución clínica de los pacientes fueron el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (RR=0.24) y los niveles superiores de escolaridad (RR=0.50).
- 6.1.3 Las características epidemiológicas predominantes de pacientes quienes asisten al programa de HDD con diagnóstico de trastornos relacionados con trauma y estrés fueron: edad comprendida entre 26-35 años (44.64%), sexo femenino (78.57%), educación Graduado Profesional (46.43%) y provenientes de la Ciudad Capital (87.50%).
- 6.1.4 A la evaluación de riesgos de las variables de edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, antecedentes de violencia, abuso y enfermedades médicas, antecedentes psiquiátricos, uso de sustancias y tiempo de tratamiento en el programa de HDD como factores unitarios, no se encontró relación estadísticamente significativa con la mejoría o no de la evolución clínica de los pacientes.
- 6.1.5 El índice de casos concluidos por mejoría clínica fue de 48.21% en el grupo de pacientes diagnosticados con trastornos relacionados a trauma y estrés del programa de HDD en el período comprendido entre los meses de julio 2,011 a junio 2,014, aunque el 82.14% de los pacientes atendidos mostraron mejoría clínica, si bien no en todos los casos fue lo suficiente para dar caso concluido por buena evolución.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Habiendo identificado los factores de riesgo asociados al índice de no mejoría en pacientes con diagnóstico de trastornos relacionados con trauma y estrés, se sugiere evaluar estas características al ingreso del programa de HDD en pacientes que cursan con el mismo diagnóstico, con la finalidad de prestar atención más cercana a los mismos y así alcanzar un mejor pronóstico de la enfermedad.
- 6.2.2 Así mismo se considera importante extender los límites de este estudio para incluir otros trastornos psiquiátricos, caracterizarlos y de esta forma brindar los mismos beneficios en la atención a todos los pacientes.
- 6.2.3 A pesar de que se encontró que el índice de mejoría en pacientes con diagnóstico de trastornos relacionados con trauma y estrés fue del 48.21%, se evidenció una mejoría significativa respecto a sintomatología clínica en 82.14% de los casos aun cuando no se les indica caso concluido esto comprueba la efectividad del tratamiento brindado por el equipo del programa de HDD. Por consiguiente, se recomienda continuar el tratamiento de estos trastornos en dicho programa.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades, décima edición. Madrid, Méditor, Organización Mundial de la Salud, 1992.
3. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Rev chil neuropsiquiatr [en línea]. 2002 [accesado jun 2013], 40(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600003&script=sci_arttext#ref8
4. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry [en línea] 1995 [accesado jun 2013] 52. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=497313>
5. Blake D, Weathers F, Nagy D. A clinical administered PTSD scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-I. Behav Ther 1990. 18. P. 187-188
6. Foa EB, Zinbarg R, Rothbaum BO. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. Psychol Bull [en línea] 1992 [accesado jun 2013] Disponible en <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1993-04549-001>
7. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. N Engl J Med [en línea] 2002 [accesado jun 2013] Disponible en <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr012941>
8. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. Psychol Bull [en línea] 2006 [accesado jun 2013] 132(6) Disponible en <http://psycnet.apa.org/journals/bul/132/6/959/>
9. Camino A. Abordaje psicoterapéutico de los trastornos adaptativos. Adherencia a los tratamientos. En: Escudero C, Balanza P. Manual del Residente en Psicología Clínica. 46 ed. España. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. P. 473-482.
10. Adenauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M, Neuner F. Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli-evidence from a randomized controlled treatment trial. BMC Neuroscience [en línea] 2011 [accesado 15 ago 2013]. 12(127). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2202/12/127>

11. Novakovic V, Sher L, Lapidus K, Mindes J, Golier J, Yehuda R. Brain stimulation in posttraumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol* [en línea] 2011 [accesado 15 ago 2013]. 2(10). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402102/>

12. Alegria M, Jackson JS, Kessler RC, Takeuchi D. National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), 2001–2003. Ann Arbor: Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2003.

13. Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid Depression Is Associated with Increased Health Care Use and Expenditures in Individuals with Diabetes. *DIABETES CARE* [en línea]. 2002 [accesado jul 2013], 25(3). Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/25/3/464.long>

14. Strine TW, Mokdad AH, Balluz LS, Gonzalez O, Crider R, Berry JT, Kroenke K. Depression and Anxiety in the United States: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *PSYCHIATR SERV* [en línea]. 2008 [accesado jul 2013] 59(12). Disponible en <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=99983>

15. Goodwin RD, Davidson KW, Keyes K. Mental Disorders and Cardiovascular Disease among Adults in the United States. *J PSYCHIAT RES*. 2009; ene; 43(3): 239-246.

16. Egede LE. Major Depression in Individuals with Chronic Medical Disorders: Prevalence, Correlates and Association with Health Resource Utilization, Lost Productivity and Functional Disability. *GEN HOSP PSYCHIAT*. 2007; oct; 29(5): 409-416

17. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: A Population-Based Controlled Study. *J Gen Intern Med* [en línea]. 2006 [accesado ago 2013]. 21(11). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831667/>

18. Carney CP, Jones LE. Medical Comorbidity in Women and Men with Bipolar Disorders: A Population-Based Controlled Study. *Psychosom Med* [en línea]. 2006 [accesado ago 2013]. 68(5). Disponible en: <http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/pages/articleviewer.aspx?year=2006&issue=09000&article=00007>

19. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* [en línea]. 1998 [accesado jul 2013]. 14(4). Disponible en: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/fulltext)

20. Muench J, Hamer AM. "Adverse Effects of Antipsychotic Medications." *Am Fam Physician* [en línea] 2010 [accesado ago 2013]. 81(5). Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2010/0301/p617.html>

21. Kotlyar M, Dysken M, Adson DE. "Update on Drug-Induced Depression in the Elderly." *Am J Geriatr Pharmacother.* [en línea] 2005 [accesado ago 2013]. 3(4). Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1543594605000553>

22. Organización Mundial de la Salud. Conjuntos de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: El Contexto de la Salud Mental. Informe de un Grupo Científico de OMS; España: OMS; 2003. (Conjunto de Guías 84-95076-79-9)

23. Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos -CIIDH-. Informe: Violencia en Guatemala, factores de origen, formas de manifestación y posibles soluciones. Informe de CIIDH. Guatemala, CIIDH; 2006.

24. Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial. *Psicología Social y Violencia Política*. 1a ed. Guatemala, Guatemala, Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial; 1999.

25. Palma Lau E. *Guatemala, sociedad de violencia*. Guatemala: USAC, Dirección General de Investigación, Unidad de Publicaciones, 2009

26. Matute A, García I. Informe estadístico de la violencia en Guatemala. Programa de Seguridad Ciudadana y Prevención de la Violencia del PNUD Guatemala. Guatemala, PNUD; 2007.

27. Goicovic I. Consideraciones teóricas sobre la violencia social en Chile (1850-1930). Última décad. [en línea] 2004 [accesado jul 2013]. 12(21). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362004000200006&script=sci_arttext

28. Espín J, Valladares A, Abad J, Presno C, Gener N. La violencia, un problema de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [en línea] 2008 [accesado 12 jul 2012]. 24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000400009&script=sci_arttext

29. Aliaga P, Ahumada S, Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Rev.chil.obstet.ginecol.* [en línea] 2003 [accesado 12 jul 2012]. 68(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000100015&script=sci_arttext

30. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* [en línea] 2002. [accesado 20 jul 2013] 40(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272002000600002&script=sci_arttext

31. Duval F, Gonzalez F, Rabia H. Neurobiología del estrés. Rev. chil. Neuro-psiquiatr. [en línea] 2010. [accesado 20 jul 2013]. 48(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500006&script=sci_arttext

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo No. 1: Boleta de Recolección de Datos

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS NO: _____ NO. EXPEDIENTE: _____

Edad	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Sexo	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Estado Civil	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Escolaridad	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Hábitos	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Violencia Social	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> k <input type="checkbox"/> l <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>
		Antecedentes médicos	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>
Residencia	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Abuso	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
Medicamentos psiquiátricos	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>		
Tiempo de tratamiento	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Hospital de Día	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Caso concluido por mejoría clínica en el programa	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Mejoría clínica	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Codificación de la boleta de recolección de datos		
Variable	Categoría	código
Edad	0-18	1
	19-25	2
	26-35	3
	36-55	4
	>55	5
Sexo	Masculino	1
	Femenino	2
Estado Civil	Soltero	a
	Casado	b
	Unido	c
	Divorciado	d
	Viudo	e
	separado	f
Escolaridad	Ninguna	a
	Primaria	b
	Básicos	c
	Diversificado	d
	Técnico	e
	Universitario	f
	Graduado de profesional	g
Religión	Católico	1
	Evangélico	2
	Mormón	3
	Maya	4
	Otra	5
	Ninguna	6
	Testigo de Jehová	7
	Judío	8
Preferencia sexual	Heterosexual	1
	Homosexual	2
	Bisexual	3
Hábitos	Alcohol	a
	Otros	b
	Tabaco	c
	Cocaína	d
	Marihuana	e
	Estimulantes	f
	Opioides	g
	Alucinógenos	h
	Benzodiacepinas	i
	Inhalantes	j
	ninguno	k
	alcohol + tabaco	l
	alcohol + cocaína	m
	alcohol+ tabaco + sedantes	n
Ocupación	Ama de casa	1
	Otros oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	2
	Trabajadores de los servicios personales y de los servicios de protección y seguridad	3
	Profesionales del nivel medio del derecho y servicios legales o afines	4
	Oficinista/ secretario/ operaria telefónica	6
	Otros técnicos y profesionales del nivel medio	7
	Administrador	8
	profesionales de las ciencias físicas, químicas, matemáticas y de la ingeniería	9

	cocinera, camarero y azafatas	10
	Técnicos y profesionales del nivel medio de las ciencias biológicas, la medicina y la salud	11
	Empleados en trato directo con el público	12
	Maestros e instructores de nivel medio	13
	Operadora de instalaciones fijas y afines	14
	Conserje	15
	Personal doméstico	16
	Jubilada	17
	Maestro de nivel superior	18
	Otros profesionales científicos e intelectuales	19
Residencia	Ciudad de Guatemala	1
	Sacatepequez	2
	Escuintla	3
	Mazatenango	4
	Zacapa	5
	El Progreso	6
Abuso	Ninguna	1
	Físico	2
	Psicológico	3
	Sexual	4
	Físico y psicológico	5
	Físico y sexual	6
	Psicológico y sexual	7
	Físico psicológico y sexual	8
Antecedentes médicos	cardiovasculares	a
	neurológicos	b
	dermatológicos	c
	ninguno	d
	endocrinológicos	e
	gastrointestinales	f
	cardiovasculares y gastrointestinales	g
	autoinmunes	h
	urológicos	i
	neumológicos	j
	cardiovasculares + endocrinológicos	k
	ginecológicos	l
Antecedentes psiquiátricos	si	1
	no	2
Violencia social	Ninguna	a
	Intrafamiliar	b
	Intento suicidio	c
	Suicidio de parientes	d
	Adicción de pareja o familiar	e
	Alcoholismo de pareja o familiar	f
	Psicológica	g
	Física	h
	Sexual	i
	Pertenece a maras	j
	Víctima de extorsión	k
	Víctima de secuestro	l
	Homicidio de parientes	m
		n
Tiempo de tratamiento	<1 mes	1
	1-2 meses	2
	>2 meses	3
Medicamentos psiquiátricos	antidepresivos	1
	benzodiacepina	2

	antipsicótico	3
	antidepresivo + benzodiacepina	4
	antidepresivo + antipsicótico	5
	antipsicótico + benzodiacepina	6
	estabilizador del animo	7
	estabilizador del ánimo + antidepresivo	8
	ningún medicamento psiquiátrico	9
	estabilizador del ánimo + antipsicótico	10
	estabilizador del ánimo+ antidepresivo+ antipsicótico	11
Diagnostico	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	a
	Trastorno Mental Orgánico y del comportamiento	b
	Trastorno Afectivo Bipolar	c
	Trastornos Depresivos (distimia, Ep depresivo, Ep depresivo grave moderado y leve)	d
	Otros trastornos de ansiedad (tx pánico, toc, trastorno de ansiedad generalizada)	e
	Trastornos de ansiedad reactivos (TEP, REA, tx adaptativo)	f
	Trastornos de la personalidad	g
Hospital de Dia	Interfase	1
	HDD	2
Caso concluido por mejoría clínica en el programa	si	S
	no	n
mejoría clínica	si	1
	no	2

8.2 Anexo No. 2: Tablas 2x2 para factores asociados significativos

	Mejoría clínica (+)	No mejoría clínica (-)	Total
Diagnóstico: trastornos de adaptación	21	10	31
Otros diagnósticos	6	19	25
Total	27	29	56

	Estimado	Límite inferior	Límite superior
Risk ratio	2.8226	1.3485	5.9080
P	0.00069121		

	Mejoría clínica (+)	No mejoría clínica (-)	Total
Diagnóstico: trastorno de estrés postraumático	3	16	19
Otros diagnósticos	24	13	37
Total	27	29	56

	Estimado	Límite inferior	Límite superior
Risk ratio	0.2434	0.0839	0.7062
P	0.0002788		

	Mejoría clínica (+)	No mejoría clínica (-)	Total
Escolaridad: con estudios superiores	9	19	28
Otras escolaridades	18	10	28
Total	27	29	56

	Estimado	Límite inferior	Límite superior
Risk ratio	0.5000	0.2731	0.9155
P	0.0096077		

	Mejoría clínica (+)	No mejoría clínica (-)	Total
Tratamiento no farmacológico	14	4	18
Tratamiento farmacológico	13	25	38
Total	27	29	56

	Estimado	Límite inferior	Límite superior
Risk ratio	2.2735	1.3716	3.7685
P	0.00144712		

8.3 Anexo No. 3: Asociaciones de variables realizadas. Resumen de los riesgos relativos calculados

Diagnóstico de trastorno de adaptación	RR 2.82 , IC 95% 1.34-5.91, p=0.0007
Diagnóstico de estrés agudo	RR 1.04, IC 95% 0.45-2.44, p=0.465
Diagnóstico TSPT	RR 0.24 , IC 95% 0.08-0.71, p=0.0002
Antecedente de abuso	RR 0.75, IC 95% 0.44-1.28, p=0.159
Edad menor de 35 años	RR 1.20, IC 95% 0.62-1.94, p=0.375
Grupo de edad 19 a 25 años	RR 0.91, IC 95% 0.42-1.99, p=0.409
Grupo de edad 26 a 35 años	RR 1.15, IC 95% 0.67-1.98, p=0.312
Grupo de edad 36 a 55 años	RR 0.97, IC 95% 0.54-1.74, p=0.466
Grupo de edad mayor de 55 años	RR 0.68, IC 95% 0.13-3.44, p=0.329
Estado civil con pareja	RR 1.10, IC 95% 0.62-1.94, p=0.374
Estado civil soltero	RR 0.71, IC 95% 0.36-1.44, p=0.166
Estado civil separado	RR 1.63, IC 95% 0.86-3.07, p=0.163
Estado civil casado	RR 0.90, IC 95% 0.50-1.61, p=0.365
Estado civil unido	RR 1.26, IC 95% 0.72-2.22, p=0.231
Estado civil viudo	RR 1.04, IC 95% 0.25-4.27, p=0.482
Con estudios superiores	RR 0.50 , IC 95% 0.27-0.92, p=0.009
Escolaridad primaria	RR 1.52, IC 95% 0.89-2.58, p=0.093
Escolaridad básicos	RR 0.68, IC 95% 0.13-3.45, p=0.329
Escolaridad diversificado	RR 1.70, IC 95% 1.03-2.81, p=0.045
Escolaridad técnico	RR 1.02, IC 95% 0.25-4.19, p=0.491
Escolaridad universitario	RR 2.13, IC 95% 1.58-2.84, p=0.118
Escolaridad graduado profesional	RR 0.38 , IC 95% 0.19-0.75, p=0.001
Sin hábitos	RR 0.95, IC 95% 0.53-1.71, p=0.435
Habito alcoholismo	RR 1.19, IC 95% 0.61-2.29, p=0.326
Hábito alcoholismo y tabaquismo	RR 1.14, IC 95% 0.46-2.81, p=0.392
Hábito ninguno	RR 0.70, IC 95% 0.41-1.19, p=0.103
Hábito tabaquismo	RR 1.89, IC 95% 1.18-3.05, p=0.045
Sin medicamento	RR 2.27 , IC 95% 1.37-3.77, p=0.001

En programa HDD	RR 1.09, IC 95% 0.63-1.91, p=0.383
Sexo femenino	RR 0.95, IC 95% 0.50-1.82, p=0.447
Dos meses o menos de tratamiento	RR 1.20, IC 95% 0.58-2.50, p=0.315
Antecedente violencia	RR 0.75, IC 95% 0.44-1.28, p=0.158
Violencia social: alcoholismo de pareja	RR 2.12, IC 95% 1.60-2.79, p=0.241
Violencia social: extorsión	RR 1.41, IC 95% 0.61-3.31, p=0.289
Violencia social: intrafamiliar	RR 1.22, IC 95% 0.60-2.46, p=0.320
Violencia social: ninguna	RR 0.75, IC 95% 0.43-1.28, p=0.158
Violencia social: psicológica	RR 1.04, IC 95% 0.45-2.44, p=0.465
Violencia social: secuestro	RR 2.12, IC 95% 1.60-2.80, p=0.241
Violencia social: sexual	RR 1.04, IC 95% 0.38-2.88, p=0.473

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS RELACIONADOS A TRAUMA Y ESTRÉS", para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.