



FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN LA POBLACIÓN RURAL DEL CANTÓN
CUENCA 2018**

**Autor: María Dolores Serrano Pesántez, Roxana Patricia Ugalde
Monsalve.**

Director de tesis: Dr. Juan Aguilera Muñoz

Asesor Metodológico: Dr. Fray Martínez Reyes.

Lugar y fecha: Cuenca, 25 de septiembre de 2019.

Director de tesis

Juan Aguilera Muñoz ^{1, 4} +593 99774878 jaguilera@uazuay.edu.ec

Investigadores

- PhD. Yolanda Dávila Pontón ^{2, 4} + 593 995888021 ydavila@uazuay.edu.ec
- Md. Miriann Mora Verdugo ^{3, 4} + 593 989651399 mmora@uazuay.edu.ec
- María Dolores Serrano Pesántez ⁵ + 593 987974749
mado.serrano@hotmail.com
- Roxana Patricia Ugalde Monsalve ⁵ +593 998721434
roxanaum@hotmail.es

Asesor metodológico:

Fray Martínez Reyes ^{6, 4} +593 99886240 fraymartinezreyes@hotmail.com

1 Médico Psiquiatra

2 PhD. en Psicoterapia

3 Médico Familiar. Maestría en Gerencia de la salud

4 Profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay

5 Estudiante de Medicina de la Universidad del Azuay

6 Médico General. Maestría en Investigación en salud. Maestría en gerencia

Contenido

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Definición.....	3
Epidemiología	4
Predominio de la edad y el sexo	4
Síntomas	5
Criterios diagnósticos para el TEPT según el DSM-5.....	5
Fisiopatología TEPT	7
Métodos diagnósticos	8
Metodología	10
Resultados	11
Discusión	15
Debilidades	17
Fortalezas	18
Conclusiones	19
Agradecimiento	20
Bibliografía	21
Anexos	24
Anexo 1.- MINI mental de TEPT	24
Anexo 2.- Ficha Demográfica	25
Anexo 3.- Consentimiento informado	27
Anexo 4.- Distribución de la muestra según los sectores del área rural	27

Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la población rural del cantón Cuenca

Resumen

El trastorno de estrés postraumático se define por su etiología y no por su sintomatología, su inicio aparece después de la exposición a un evento traumático y suele acompañarse de otras patologías como depresión, ansiedad y abuso de sustancias, esta causa un impacto importante en la calidad de vida.

Objetivo fue identificar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la población de las parroquias rurales del cantón Cuenca y sus factores asociados. **Material y métodos:** El estudio que se realizó fue de tipo analítico transversal en un universo conformado por 199506 habitantes, del cual se obtuvo una muestra de 984. El instrumento que se aplicó fue el MINI Mental y la encuesta sociodemográfica, previo a la firma del consentimiento informado.

Resultados: 50 personas presentaron trastorno de estrés postraumático, representando un 5.10 % de prevalencia. En cuanto a las variables estudiadas predomina el sexo femenino con una prevalencia de 6,40%, con una edad promedio de 42 años, además se estudiaron comorbilidades que se presentaron conjuntamente con TEPT como: depresión, ansiedad, abuso de sustancias y riesgo suicidio; por otra parte se estudió también la asociación de TEPT con variables como: migración, tipo de familia y estructura de familia, funcionalidad familiar y edad, sin embargo, no se obtuvo una asociación estadística significativa **conclusión:** en este estudio el TEPT se encuentra con una prevalencia mayor a la bibliografía mencionada, además el sistema de salud subestima su presencia y por lo que no hay un tamizaje adecuado en la atención de salud primaria.

Palabras claves: *trastorno por estrés post traumático, depresión, ansiedad, abuso de sustancias.*

Prevalence of posttraumatic stress disorder in the rural population of Cuenca

Abstract

Posttraumatic stress disorder is defined by its etiology and not by its symptomatology. It appears after the exposure to a traumatic event and is usually accompanied by other pathologies such as depression, anxiety and substance abuse, this causes an important impact on the quality of life.

Objective: Identify the prevalence of posttraumatic stress disorder in the population of the rural parishes of Cuenca and its associated factors. **Materials**

and methods: The study was analytical and cross-sectional with a universe made up of 199506 inhabitants, from which a sample of 984 was obtained. The instruments applied were the MINI Mental and the sociodemographic survey, prior to the signing of an informed consent. **Results:** 50 people presented Posttraumatic Stress Disorder, representing a 5.10% prevalence. As for the studied variables, the female sex predominated with a prevalence of 6.40% and an average age of 42 years. The comorbidities that were presented together with PTSD such as depression, anxiety, substance abuse and suicide risk were studied. On the other hand, the association of PTSD with variables such as: migration, type of family, family structure, family functionality and age was also studied. However, no significant statistical association was obtained.

Conclusion: PTSD is found in this study with a higher prevalence than the literature mentioned. The health system underestimates its presence, so there is no adequate screening in primary health care.

Keywords: *Posttraumatic Stress Disorder, depression, anxiety, substance abuse.*




Translated by
Ing. Paul Arpi

Introducción

Según la OMS la salud mental es un estado de bienestar, en donde el individuo es consciente de sus propias actitudes, se siente y es capaz de afrontar la vida, puede desarrollarse y desenvolverse en su trabajo y actividades cotidianas de manera óptima, manteniendo relaciones y vida social adecuada, la OMS afirma que sin salud mental no hay salud¹.

Al no existir datos acerca de la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático, se subestima su importancia y se desconoce acerca de las consecuencias que conlleva un diagnóstico y tratamiento tardío.

Definición

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) ha sido descrito como “todos los efectos somáticos, cognitivos, afectivos, y conductuales de un trauma marcado”. Apareció descrito por primera vez por Oppenheim como *neurosis Traumática* tras los enfrentamientos bélicos en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual). Se define más por su etiología que por su sintomatología, su inicio radica en la exposición única o repetida a un acontecimiento traumático. Suele aparecer a cualquier edad incluso en la niñez y existe evidencia de ser de carácter genético. Este trastorno a menudo se acompaña con depresión, abuso de sustancias y uno o más trastornos de ansiedad. En los casos más graves la persona puede desarrollar problemas sociales o laborales pudiendo establecerse de manera legal a la incapacidad total o parcial. Los tipos de traumas más comunes son: agresión personal violenta, desastres naturales, violación, combate militar, accidente de tránsito, abuso en la infancia, diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales y hospitalizaciones^{2,3,4,5}.

Epidemiología

DSM-V muestra una prevalencia del 0,5 al 3%. En estudios realizados en 13 países con 24.000 personas, la prevalencia de TEPT fue del 3,3% según el DSM-IV, de 4,4% según la CIE-10. En un estudio realizado por la OMS en 21 países, el 21.8% de los encuestados fueron testigos de actos de violencia, el 18.8% sufrieron violencia interpersonal, el 17.7% accidentes de diversa índole, conflictos bélicos en un 16.2% y eventos relacionados con seres queridos en un 12.5%; estos datos nos muestran claramente la alta prevalencia de Estrés Postraumático a nivel mundial^{6,7,8,9}.

Predominio de la edad y el sexo

El TEPT puede comenzar a cualquier edad, incluso en la infancia. En el metaanálisis realizado por American Journal of Geriatric Psychiatry reporta una edad prevalente entre 35 a 64 años¹⁰.

En estudios epidemiológicos, la edad mediana de inicio ha sido 23 años en Estados Unidos y 26 años en Australia; y la edad media, entre 24 y 28 años en Europa⁶.

La prevalencia del TEPT es más frecuente en las mujeres, debido a que las mujeres tienen un mayor riesgo de exposición a traumas como la violación, la agresión sexual y el abuso sexual infantil; otros factores que pueden explicar el que las mujeres tengan una mayor probabilidad de desarrollar TEPT una vez expuestas son una mayor percepción de amenaza y pérdida de control ante el trauma, mayor reacción emocional y disociación peritraumática, menor apoyo social, estilos de afrontamiento más centrados en la evitación y emoción, mayor desregulación del sistema hipotalámico-hipofisarioadrenal y mayor probabilidad de beber alcohol para manejar los síntomas. En los varones: accidentes, asaltos y observación de muertes o actos muy violentos⁶.

Síntomas

Según el DSM-IV el TEPT se caracteriza por un grupo de síntomas que siguen tras una experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos traumáticos. Cumple varios criterios, A1: la persona respondió con miedo, horror o impotencia. A2: dentro de los síntomas existe la reexperimentación del evento B: evitación de los estímulos asociados al trauma y disminución de la capacidad de reacción C: síntomas persistentes de actividad aumentada^{6,8,11}.

Los síntomas suelen comenzar dentro de los 3 primeros meses, el 80% de las personas que desarrollan trastorno de estrés agudo tras un trauma cumplen criterios de TEPT 6 meses más tarde; y el 63-80% sufren TEPT 2 años después del trauma⁶.

El TEPT se clasifica según su duración, en agudo si los síntomas duran menos de tres meses y en crónico y los síntomas duran tres meses o más; existe la clasificación como de inicio demorado cuando los síntomas aparecen seis meses después⁸.

Aparecen síntomas como: desequilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y síntomas disociativos; sentimientos de inutilidad, vergüenza, sensación de perjuicio permanente y alejamiento social. Así mismo puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno de abuso de sustancias⁶.

Criterios diagnósticos para el TEPT según el DSM-5

El trastorno de estrés post traumático está incluido dentro de la categoría de trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Actualmente, el diagnóstico de TEPT se basa en 8 criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5)^{12,8}.

Criterio A (se requiere uno):

La persona estuvo expuesta a: muerte, amenaza de muerte, lesión grave o amenazada o violencia sexual real o amenazada de la siguiente manera:

- Exposición directa
- Testigo del trauma
- Familiar o amigo cercano expuesto a trauma
- Exposición directa a detalles aversivos del trauma (primeros respondedores, médicos)

Criterio B (uno requerido)

El evento traumático es re-experimentado de la siguiente manera:

- Pesadillas
- Flashbacks
- Sentimiento emocional tras recuerdos del evento
- Reactividad física tras recuerdos del evento

Criterio C (uno requerido)

Evitar estímulos relacionados con el trauma, después del trauma

- Pensamientos o sentimientos relacionadas con el trauma
- Recuerdos relacionados con el trauma

Criterio D (dos requeridos)

Pensamientos negativos o sentimientos que comenzaron o empeoraron después del trauma

- Incapacidad para recordar características claves del trauma
- Pensamientos excesivamente negativos sobre uno mismo o sobre el mundo
- Culpa exagerada de uno mismo o de otros
- Efecto negativo
- Disminución del interés por realizar actividades de la vida cotidiana
- Sensación de aislamiento
- Dificultad para experimentar afecto positivo

Criterio E (dos requeridos)

Reactividad relacionada con el trauma que comenzó o empeoró después del trauma de la siguiente manera

- Irritabilidad o agresión
- Comportamiento arriesgado o destructivo
- Hipervigilancia
- Reacciones de sobresalto
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para dormir

Criterio F (requerido)

Los síntomas duran más de 1 mes.

Criterio G (requerido)

Los síntomas generan dificultad o deterioro funcional (social, ocupacional).

Criterio H (requerido):

Los síntomas no se deben a medicamentos, uso de sustancias u otras enfermedades.

Especificaciones: El individuo experimenta cualquiera de los siguientes:

1. Despersonalización, experiencia de ser un observador externo o separado de sí mismo,
2. Desrealización, experiencia de irrealidad, distancia o distorsión.

Fisiopatología TEPT

El sistema límbico regula la conducta de supervivencia y la expresión emocional (alimentarse, respuesta sexual, reacción de lucha-huida), se encarga básicamente de la activación del organismo ante una situación de emergencia e influencia en la memoria, sin la intervención del procesamiento cognitivo. Actúa junto con el sistema nervioso autónomo (SNA) regulando la tensión muscular, el sistema cardiovascular, los pulmones, sistema gastrointestinal, reacción pupilar entre otras funciones. La rama simpática (SNS) se activa en momentos de estrés

mientras que la rama parasimpática (SNP), en momentos de descanso y relajación¹³.

En las personas con TEPT tienen problemas de regulación de las manifestaciones somáticas, ya que la glándula adrenal no libera cortisol en cantidades suficientes para detener la reacción de alarma del organismo. En estos casos el sistema Límbico activa el SNS y SNP provocando un estado de parálisis ante las situaciones de estrés¹³.

La amígdala actúa en el procesamiento y almacenamiento de memorias con emociones muy intensas mientras que el hipocampo le da la cronología y sentido a un evento dentro de la línea de tiempo¹³.

Durante una experiencia traumática la actividad del hipocampo es suprimida y por tanto la víctima no percibe al evento como culminado, pero se mantienen las sensaciones físicas y emocionales. La amígdala está madura en el nacimiento, mientras que el hipocampo madura posteriormente, esto explica las experiencias infantiles sin contexto o secuencia. Además, existe recuerdos de estados dependientes; cuando el estado interno replica el estado de ánimo, información y actitud vivida durante un evento traumático se da el recuerdo espontáneo. Se puede asociar a una condición interna (frecuencia cardiaca, aumento de consumo de oxígeno) o estímulos externos como un olor, un sabor, una imagen o una posición (las víctimas de violación cuando se tumban hacia arriba o si alguien se acerca de improvisto)¹³.

Métodos diagnósticos

CAPS Escala del Trastorno de Estrés Postraumático elaborado por el Centro Nacional de TEPT consiste en una entrevista con 30 ítems que busca el diagnóstico del trastorno y a su vez permite un rango de gravedad de los síntomas más que un resultado dicotómico (si-no); el CAPS-5 permite detectar los cambios mínimos, actualmente existe dos versiones, una que evalúa cambios mínimos en la última semana y el otro que evalúa cambios mínimos durante el último mes⁹.

PSSI-5 Symptom Scale-Interview for DSM-5. Es una entrevista estructurada de 24 ítems que evalúa los síntomas del TEPT en el último mes y busca el

diagnóstico basado en los criterios del DSM-5. Los 20 primeros ítems incluyen los cuatro núcleos sintomáticos del DSM-5; los 4 últimos hacen referencia al malestar emocional y como afecta con la vida cotidiana, así como el posible TEPT de inicio tardío¹⁴.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo transversal analítico.

Población y muestra

El universo está conformado por 199.506 habitantes de parroquias representativas del área rural del cantón Cuenca. Se obtuvo una muestra polietápica aleatoria, distribuida porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada parroquia. (Anexo 4) Se incluyeron individuos a partir de 18 años en adelante que manifiesten voluntad de participar en la entrevista y firmar consentimiento informado. (Anexo 3) Se excluyeron individuos que tenga dificultad para comprender la encuesta y que presenten alteraciones cognitivas y conductuales graves.

Instrumentos

La evaluación de la psicopatología de los pacientes se realizó a través del MINI-Mental test (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos). (Anexo 1) El cuestionario FF-SIL identificó la funcionalidad familiar y el tipo de familia a la que pertenecen los individuos del estudio. Se utilizó una ficha de identificación con las variables demográficas: género, edad, estado civil, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro de la familia y residencia. (Anexo 2)

Análisis de datos

Se procedió con el análisis descriptivo de las variables en estudio utilizando el paquete estadístico SPSS 15, determinando las prevalencias de trastorno por estrés post traumático, al igual que se analizó la proporción correspondiente y sus respectivos intervalos de confianza (IC). La asociación entre variables se identificó con chi-cuadrado y el valor de p de acuerdo al tipo de muestra, mientras que se utilizó odds ratio (OR) para definir el riesgo de presentar el desenlace posterior a la exposición. El nivel de confianza fue del 96% con una p de 0.04.

Resultados

De un total de 984 personas, 50 presentaron trastorno de estrés postraumático que implica una prevalencia del 5,10% de los cuales, 12 (1,22%), reportaron a este trastorno como único. Entre los trastornos de angustia que afectaron a 185 individuos, el TEPT solo, representó el 6,49%.

Tabla No. 1. Trastorno por estrés postraumático en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según parroquia estudiada y sexo. Cuenca, 2018.

Sector	Sexo	TEPT	
		No.	%
Chilcapamba	Mujer	21	42
	Hombre	7	14
Checa	Mujer	3	6
	Hombre	2	4
Tarqui	Mujer	11	22
	Hombre	6	12
Total	Mujer	35	70
	Hombre	15	30
	Total	50	100

En las parroquias estudiadas en el cantón de Cuenca, en Chilcapamba se encontró el 56% de los casos, seguida de Tarqui y Checa. De los 50 habitantes con TEPT, el 70% se presentó en el sexo femenino

De acuerdo a las variables investigadas, la distribución de la siguiente manera:

Tabla No. 2. Trastorno por estrés postraumático en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

Variables		No.	%
Sexo	Mujeres	35	70%
	Hombres	15	30%
Convivencia de pareja	No convive	21	42%
	Si convive	29	58%
Situación laboral	Sin remuneración	25	50%
	Con remuneración	25	50%
Migración familiar	Si	28	56%
	No	22	44%
Tipo de familia	No tradiciones	9	18%
	Tradicional	40	80%
	Vive solo	1	2%
Funcionalidad familiar	Disfuncionalidad	3	6%
	Funcional	46	94%
Edad por ciclo de vida	De 18 a 20 años	7	14%
	De 21 a 40 años	17	34%
	De 41 a 65 años	18	36%
	De 65 años y mas	8	16%

En la tabla 2 se evidencia que el TEPT se presenta con una relación 2-1 mujeres-hombres

En la variable de convivencia de pareja (58% convive, 42% no convive), situación laboral (50% con y 50% sin remuneración), migración familiar (56% con migración, 44% sin migración). Tipo de familia (tradicional 80%, no tradicional 18%, vive solo 2%), funcionalidad familiar (funcional 94%, disfuncional 6%). Edad por ciclo de vida (41-65 años 36%, 21-40 años 34%, 65 años y más 16%, 18-20 años 14%).

La media de la edad en las mujeres fue 42.29 (IC 36.34-48,23; SW 0.931, p 0.03) años; en los hombres fue 41.93 (IC 30.62-53.25; SW 0.918, p 0.182).

En base la distribución que se presenta en la tabla No. 2, se procedió a explorar la asociación y la significancia de la misma.

Tabla No. 3. Trastorno por estrés postraumático y variables relacionadas como factores de riesgo, en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

Variables	Chi cuadrado	p	OR	IC
Sexo mujer	4,85	0,03	2,02	1,68 3,80
No convive con pareja	1,65	0,20	1,47	0,82 2,64
Situación laboral sin remuneración	0,44	0,51	1,21	0,68 2,16
Migración familiar	0,00	0,99	1,00	0,56 1,79
Migración en el núcleo primario	0,05	0,83	1,07	0,60 1,90
Tipo de familia no tradicional	0,74	0,39	1,39	0,66 2,93
Familia disfuncional	0,18	0,69	1,30	0,39 4,37
Edad en hombres 50 años y mas	0,08	0,78	0,86	0,29 2,55
Edad en mujeres 43 años y mas	0,00	0,96	0,98	0,48 2,96

El factor de riesgo con mayor fuerza de asociación fue de sexo femenino: chi cuadrado de 4.85 (p 0.03; IC 1.68-3.80), quiere decir que ser mujer aumenta el riesgo 2 veces para desarrollar trastorno de estrés post traumático.

En torno a las comorbilidades, la distribución se presenta en la tabla siguiente.

Tabla No. 4. Comorbilidad del trastorno por estrés postraumático con otras condiciones mentales en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, 2018.

Comorbilidad	TEPT	
	No.	%
Depresión	31	62%
Riesgo de suicidio leve	11	22%
Riesgo de suicidio moderado	3	6%
Riesgo de suicidio alto	5	10%
Trastorno de ansiedad	50	100%
Dependencia y abuso de alcohol y sustancias	7	14%

Se encontró concomitante con TEPT, a la ansiedad en 100%, seguido de depresión en un 62%, riesgo de suicidio leve 22%, dependencia y abuso de alcohol y sustancias 14%.

Tabla No. 5. Prevalencia actual de trastornos mentales (únicos) en la población rural del cantón Cuenca, Ecuador, 2018

Trastorno	No.	%
EDM	95	9,65
Distimia	6	0,61
Bipolar	14	1,42
Angustia actual	11	1,12
Agorafobia	9	0,91
Fobia social	11	1,12
Obsesivo compulsivo	5	0,51
Estrés post traumático	12	1,22
Dependencia al alcohol	13	1,32
Abuso de sustancias	0	0
Psicótico actual	10	1,02
Ansiedad generalizada	9	0,91
Total	204	20,73

Se puede observar que la enfermedad depresiva mayor ocupa el primer lugar con 9.65% y el TEPT se encuentra en una prevalencia de 1,22% como un trastorno único.

Discusión

El objetivo fue identificar la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en la población de las parroquias rurales del cantón Cuenca y sus factores asociados.

Dentro del estudio se evidenció una prevalencia de 5,10% siendo más alta que los estudios mencionados a continuación, el DSM-V reportan una prevalencia para TEPT del 0,5%-3% y datos del CIE-10 que reporta un 4,4%^{6,9}. El DSM-IV refiere un aumento de casos en zonas de conflicto social (migración, delincuencia, bajo nivel socioeconómico y educativo), por lo que probablemente nuestra población al ser una zona con estos riesgos la prevalencia es mayor.
6,9,15.

La migración en Ecuador ha aumentado en estas dos últimas décadas, desde el inicio de la crisis financiera de 1999, como consecuencia de este desplazamiento muchas familias sintieron ausencia del núcleo familiar; el desplazamiento forzado y eventos potencialmente traumáticos mostraron una mayor prevalencia de problemas de salud mental como es el estrés postraumático entre otros¹⁶. En el estudio realizado por Chen W, et al. (2017), que incluyó 2399 participantes que han migrado o con familia cercana que abandonan su región, una prevalencia de 31% de TEPT y 16% con enfermedad mental severa como angustia y adicción a sustancias, esto debido a pobre integración social, problemas económicos, preocupación por su familia o amigos y soledad¹⁰, en nuestro estudio 28 habitantes con TEPT presentaron algún tipo de migración familiar, sin embargo, a pesar de lo mencionado en la bibliografía, la asociación de migración con TEPT no tuvo significancia estadística¹⁰.

Como ya mencionamos, el trastorno de estrés postraumático se presenta a cualquier edad, predominan los adultos jóvenes y de mediana edad tanto por su exposición a violencia de cualquier índole y su facilidad para reportar los casos, a diferencia de los adultos mayores, quienes presentan trastornos de trauma de varios años de evolución sin diagnóstico a causa de su aislamiento y falta de comunicación¹⁷. Nuestro estudio evidencia mayor prevalencia entre las edades

de 41- 65 años; la media de la edad en las mujeres es de 42,2 años y en los hombres es de 41,9 años; estos datos se correlacionan con el metaanálisis realizado por el Reynolds K, et al. (2016) publicado en American Journal of Geriatric Psychiatry en el que reporta una edad prevalente entre 35 a 64 años (5,2%), siendo la media de 40.4 años en ambos sexos¹⁷.

En cuanto al sexo la prevalencia del TEPT es más frecuente en las mujeres según el estudio de Olf M, et al. (2017) en el European Journal of Psychotraumatology el cual menciona que la prevalencia de por vida del TEPT es de aproximadamente 10-12% en mujeres y de 5-6% en hombres¹⁸, patrón que es consistente con los hallazgos de nuestra investigación, encontrándose una relación 2-1 entre mujeres y hombres. Estudios evidencian al sexo femenino como un factor de riesgo para presentar mayor exposición a traumas como: violación, agresión sexual y el abuso sexual infantil, mientras que, en el sexo masculino se presenta con más frecuencia: accidentes, asaltos y observación de actos de violencia. Fisiológicamente el sexo femenino presenta ya un factor de vulnerabilidad hormonal siendo mayor así la sensibilización de la pituitaria, provocando una respuesta más lenta del sistema nervioso simpático, por lo que se presenta una reacción de miedo excesivo; al hablar de tratamiento tienen mejor respuesta a la psicoterapia que el sexo opuesto^{13,18,19}.

La investigación epidemiológica ha demostrado que el TEPT es particularmente susceptible de ser acompañada por otras enfermedades psiquiátricas como depresión, ansiedad y abuso de sustancias²⁰. En nuestro estudio se evidencia que el TEPT se encuentra concomitante con ansiedad en un 100%, de manera análoga el estudio de Smith S, et al. (2016) observó una fuerza de asociación significativa entre TEPT y ansiedad: reportando un OR de 9.6 (p 0.03, IC 95%)^{20,21}.

Además, de la ansiedad en la bibliografía se ha estudiado el TEPT relacionado con otros trastornos, en el cual se observó que alrededor del 49% de la muestra estudiada tuvieron depresión mayor y el 52% abuso o dependencia del alcohol(Kynzye J, et al. 2015)²². En nuestro estudio encontramos TEPT con el

trastorno de depresión mayor en un 62%, compatible con varios estudios como el publicado por D. Flory J, et al. (2015). Quienes encontraron una prevalencia entre el 4 al 51%, este rango es amplio debido a que depende del tipo de personalidad, ya sea afectividad baja o impulsividad para desarrollar depresión o abuso de sustancias respectivamente^{19,23}. Por otra parte, el consumo perjudicial de alcohol se da de forma progresiva y produce trastornos mentales y somáticos, probablemente es más frecuente en zona rural por el fácil acceso a este tipo de sustancias²⁴. Dentro del resultado encontrado en nuestro estudio, se obtuvo una prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias de 14%, el cual se comparó con el estudio realizado por Rivas V, et al. (2016) que reporta una prevalencia similar del trastorno por consumo de alcohol de 46.8% en sexo masculino en la zona rural en pacientes con TEPT^{19,23,24}.

Finalmente, la última variable estudiada con impacto en pacientes con TEPT es el riesgo de ideación suicida, son pocos los estudios que han analizado estas dos variables juntas por lo que dificulta su comparación. En nuestro estudio en la zona rural de la ciudad de Cuenca se evidencio que un 11% de los casos con TEPT presentaron riesgo suicida leve, por lo que, la necesidad de estudiar estas dos variables y su asociación son importantes y deberían ser tomadas en cuenta en el momento del diagnóstico y adecuado tratamiento oportuno.

Debilidades

Dentro de las debilidades del estudio encontramos un déficit en el test MINI mental, el cual busca identificar los principales trastornos mentales, sin embargo los resultados varían de acuerdo a la edad, la educación, antecedentes culturales y socioeconómicos, por lo que esto llevaría a un sesgo considerable del puntaje y así un nivel alto de casos subdiagnosticados, a diferencia de las herramientas diseñadas específicamente para este trastorno como son las mencionadas anteriormente “Escala de diagnóstico Postraumático PDS” o “entrevista diagnóstica de escala de TEPT CAPS” que presentan una especificidad de 80-100%. Pocos estudios mencionan al MINI mental como una herramienta ideal para el diagnóstico, de este modo el estudio realizado por Shim Y, et al. (2017), publicado por el BMC Neurology que evidencia una mayor capacidad del PDS para diagnosticar y acercarse a los resultados verdaderos en comparación con

el CAPS²⁵. Así mismo el instrumento ya mencionado con el que se valoró el TEPT, no registra el factor asociado al trauma, siendo necesarias futuras investigaciones, con un instrumento diagnóstico que analice la causa principal del TEPT en nuestro medio⁹.

Además, en el estudio realizado se ignora los trastornos mentales en la población de menores de 18 años por criterios de inclusión mencionados previamente, por lo que lo consideramos como una debilidad importante.

Fortalezas

La fortaleza del estudio se enfoca principalmente en los valores obtenidos de la prevalencia, a pesar de que la herramienta aplicada no fue la mejor para el tamizaje de TEPT nos dio un resultado más alto de lo esperado, además de ser el primer estudio realizado a nivel de la zona rural de Cuenca, puede ser la base para tomar acciones por parte del nivel de salud a favor del diagnóstico y tratamiento oportuno. Es importante, además, mencionar que este estudio pertenece al proyecto de trastornos mentales realizado en la zona de rural de la ciudad de Cuenca, en donde además del estrés postraumático se analizó: depresión, distimia, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de pánico y entre otros.

Conclusiones

- 1) El trastorno de estrés post traumático presentó una de 5,10% en la zona rural de la ciudad de Cuenca.
- 2) Se vio asociada al sexo femenino con una prevalencia de 6,14%, y un riesgo de 2 veces más para presentar TEPT.
- 3) Se identificaron comorbilidades que coexistieron con el TEPT como la ansiedad, la depresión, riesgo suicidio y trastorno por abuso de sustancias.
- 4) Finalmente, el estudio utilizó la herramienta MINI mental para el tamizaje y a pesar de no ser el mejor método para obtener datos, la prevalencia mostró valores altos en la población rural de Cuenca, por tanto, este estudio además de ser la base para estudios subsiguientes hace un llamado al grupo de la salud de atención primaria para evitar el subdiagnóstico.

Agradecimiento

Las autoras expresan su agradecimiento a:

El presente trabajo de investigación lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y el apoyo en aquellos momentos de dificultad y de debilidad, y ser el promotor para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijas.

Agradecemos a nuestros docentes de la facultad de medicina de la Universidad del Azuay, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a quienes estuvieron presentes en la elaboración de esta tesis:

Dr. Juan Aguilera Muñoz: Especialista en Psiquiatría del Hospital Universitario del Río y docente de la facultad de medicina.

Dr. Fray Martínez Reyes: Especialista en Epidemiología de SOLCA y docente de la facultad de medicina.

Dra. Yolanda Dávila: Especialista en Psicología y docente de la facultad de medicina.

Dra. Miriam Mora: Especialista en Medicina Familiar y docente de la Universidad del Azuay.

Bibliografía

1. OMS. Salud mental: fortalecer nuestra repuesta. *Organ. Mund. la Salud* (2018).
2. Navarro Ovando, L. *Trastornos somatomorfos. Revista Mexicana de Neurociencia* **10**, (2009).
3. Diaconu, A. EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) DE ORIGEN LABORAL Estudio de un caso clínico Autor : Aniela Diaconu , Master Salud Laboral UPF-UD “ Mateu Orfila ” 2009-2010 Director : Maribel Pérez Llorca Tutor : Jordi Delclós Clanchet. 1–46 (2010).
4. van der Kolk, B., Pelcovitz, D. & Roth, S. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *PubMed* (2017). Available at: <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis/abstract/1>.
5. D'avanzato, C. Posttraumatic Stress Disorder. *Elsevier* (2019).
6. Benítez, C. I. P. *et al.* Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Ment.* **32**, 145–153 (2009).
7. Bados López, A. Trastorno por estrés postraumático: naturaleza, evaluación y tratamiento (2015). 1–131 (2015).
8. Bailey, C. R., Cordell, E., Sobin, S. M. & Neumeister, A. Recent Progress in Understanding the Pathophysiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *CNS Drugs* **27**, 221–232 (2013).
9. Echeburúa, E. *et al.* Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Ter. Psicol.* **34**, 111–128 (2016).
10. Chen, W., Hall, B. J., Ling, L. & Renzaho, A. M. Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants

- in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *The Lancet Psychiatry* **4**, 218–229 (2017).
11. Allen, T. Posttraumatic Stress Disorder. *Medscape* (2018).
 12. U.S. Department of Veterans Affairs. PTSD and DSM-5. *PTSD: National Center for PTSD* (2013).
 13. Blake, D. *et al.* INSTRUCTION MANUAL National Center for PTSD CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE (CAPS) Content. 1–50 (2000).
 14. Foa, E. B. *et al.* Psychometric properties of the posttraumatic stress disorder symptom scale interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychol. Assess.* **28**, 1159–1165 (2016).
 15. Shalev, A., Liberzon, I. & Marmar, C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N. Engl. J. Med.* **376**, 2459–2469 (2017).
 16. FLACSO. *La migración ecuatoriana transnacionalismo , redes. Ecuador Debate* (2005).
 17. Reynolds, K., Pietrzak, R. H., Mackenzie, C. S., Chou, K. L. & Sareen, J. Post-Traumatic Stress Disorder Across the Adult Lifespan: Findings From a Nationally Representative Survey. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* **24**, 81–93 (2016).
 18. Olf, M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *Eur. J. Psychotraumatol.* **8**, 1351204 (2017).
 19. Flory, J. D. & Yehuda, R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: Alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin. Neurosci.* **17**, 141–150 (2015).
 20. Campos, M. R. Revista Medica De Costa Rica Y Centroamerica Lxxiii (619) 233-240, 2016. *Rev. Médica Costa Rica y Centroamérica* 233–240 (2016).

21. Smith, S. M., Goldstein, R. B. & Grant, B. F. The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *J. Psychiatr. Res.* **82**, 16–22 (2016).
22. Kinzie, J. D. *Post-Traumatic Stress Disorder. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition* **17**, (Elsevier, 2015).
23. Spinhoven, P., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., de Rooij, M. & Elzinga, B. M. Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abus. Negl.* **38**, 1320–1330 (2014).
24. Rivas Acuña, V. *et al.* Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investig. y Cienc. la Univ. Autónoma Aguascalientes* 71–77 (2016).
25. Shim, Y. S., Yang, D. W., Kim, H. J., Park, Y. H. & Kim, S. Y. Characteristic differences in the mini-mental state examination used in Asian countries. *BMC Neurol.* **17**, (2017).

Anexos

Anexo 1.- MINI mental de TEPT

I. Estado por estrés postraumático (opcional)			
(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)			
11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCAÑO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL.	NO	SÍ 1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SÍ 2
13	En el último mes:		
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ 3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ 4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ 5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ 6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ 7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ 8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ
14	Durante el último mes:		
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ 9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ 10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ 11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ 12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ 13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ 14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL.**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Anexo 2.- Ficha Demográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Número de formulario

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Nombre del entrevistador.....

Fecha de la entrevista

Parroquia.....

Género

1 masculino

2 femenino

Edad: _____ **años cumplidos**

Nivel de estudio que alcanzó el entrevistado

1 educación básica incompleta

2 educación básica completa

3 bachillerato incompleto

4 bachillerato completo

5 nivel tecnológico

6 nivel superior

7 nivel postgrado

Años de estudio aprobados en el nivel correspondiente _____

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral

(con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

1 laboralmente activo (jornada completa)

2 laboralmente activo (media jornada)

3 laboralmente activo (ocasionalmente)

4 dueña de casa (sin actividad laboral)

6 en formación/cambio de actividad

7 servicio militar

8 cesante

9 jubilado/a

1 Vive solo

2 Vive con amigos (a)

2 Vive con esposo (a) parejas

3 Vive suegro/suegra

4 Vive con abuelos

5 Vive con otros familiares

Estado civil actual:

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> soltero/a | 4 <input type="checkbox"/> separado/a |
| 2 <input type="checkbox"/> unión de hecho | 5 <input type="checkbox"/> divorciado/a |
| 3 <input type="checkbox"/> casado/a | 6 <input type="checkbox"/> viudo/a |

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral

(Con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa) | 6 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad |
| 2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada) | 7 <input type="checkbox"/> servicio militar |
| 3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente) | 8 <input type="checkbox"/> cesante |
| 4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral) | 9 <input type="checkbox"/> jubilado/a |

¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Migración interna <input type="checkbox"/> | Migración externa <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|-----------------------------|--|--|

Identifique quien migro y el tiempo

- | |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> padre |
| 2 <input type="checkbox"/> madre |
| 3 <input type="checkbox"/> ambos padres |
| 6 <input type="checkbox"/> esposo (a) pareja |
| 7 <input type="checkbox"/> hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.) |

Tiempo de migración

- | |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> < de un año |
| 2 <input type="checkbox"/> 1 a 5 años |
| 3 <input type="checkbox"/> 6 a 10 años |
| 4 <input type="checkbox"/> > de 10 años |

Anexo 3.- Consentimiento informado

Consentimiento Informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el Dr. Juan Aguilera profesor de la facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomara aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Juan Aguilera. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.

Me han indicado también que tendré que responder a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Juan Aguilera director de la investigación a al teléfono 0999774878.

Nombre del Participante Firma del Participante Fecha

Fanny Nolas *Fanny Nolas* 13 Enero 2018

Anexo 4.- Distribución de la muestra según los sectores del área rural

EDAD GRUPOS	CHECA		TARQUI		VALLE		TOTAL PARCIAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	
20 - 29	9	11	38	40	91	90	138	141	279
30 - 39	6	8	26	30	61	68	92	106	198
40 - 49	5	7	19	24	44	53	68	84	151
50 - 59	3	5	14	17	33	39	50	60	110
60 - 69	2	3	9	12	22	26	34	41	74
70 - 79	1	2	5	7	12	16	19	24	43
80 y mas	1	1	3	4	7	10	11	15	26
TOTAL	28	37	114	133	270	301	411	471	882