

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Sede Regional Rosario

Cátedra de Psiquiatría



[“Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en
pacientes asistidos en un consultorio del distrito centro de
Rosario, durante los años 2017-2019.”]

Autora: **Lersía Arcando, Agustina.**

E-mail: agustinalersia@gmail.com

Tutor: **Prof. Dr. Daniele, Alejandro.**

Resumen

Introducción: La relevancia de este trabajo de investigación se basó en el hecho de que este trastorno no solo afecta la calidad de vida del paciente, sino, además, su entorno social, laboral y afectivo, y dada la importancia y carácter de su sintomatología, es importante efectuar su diagnóstico y terapéutica precoz. **Objetivos:** determinar la prevalencia de TEPT en la consulta, y la influencia que este tiene en el desarrollo orgánico y/o subjetivo del paciente. **Materiales y Métodos:** El trabajo de investigación se realizó en el consultorio particular del Dr. Alejandro Daniele, ubicado en el distrito centro de la ciudad de Rosario. El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, y de fuentes secundarias. Se utilizaron historias clínicas de pacientes que fueron asistidos durante los años 2017-2019. **Resultados:** Prevalencia del 21,07%, a su vez fue más frecuente en el rango etario de 35-49 años y el 70,91% fueron mujeres. Los hechos desencadenantes más frecuentes fueron Abuso Sexual en mujeres (30,77%) y muerte de un familiar en hombres (37,50%). El 54,55% recibió tratamiento psicofarmacológico y de ellos, el 80% tuvo respuesta positiva, y un 16,67% respuesta parcial. El 54,55% presentó comorbilidades al momento del diagnóstico, la depresión y el abuso de sustancias fueron las más prevalentes. Un 41,82% refirió tener antecedentes de sucesos traumáticos familiares. **Conclusiones:** el TEPT fue prevalente en la población estudiada. Las mujeres tienen casi tres veces más riesgo de presentarlo. El abuso sexual parece estar relacionado con el desarrollo de TEPT. El tratamiento más efectivo y eficaz es el psicofarmacológico. La mayoría de los pacientes con TEPT tiene al menos una comorbilidad asociada. El porcentaje de pacientes con intento de suicidio fue más alto de lo esperado.

Palabras Clave: estrés postraumático, abuso sexual, terapia, psicofármacos, comorbilidades.

Contenido

AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
BREVE RESEÑA HISTÓRICA	6
FISIOPATOLOGÍA Y CUADRO CLÍNICO	6
PREVALENCIA.....	9
FACTORES PSICOLÓGICOS DE PROTECCIÓN Y AFRONTACIÓN	10
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	10
EVOLUCIÓN	13
CLASIFICACIÓN.....	14
COMORBILIDADES MÁS FRECUENTES	14
IMPLICANCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL ABUSO SEXUAL EN EL TEPT	16
PAUTAS Y MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN TEPT.....	18
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL DISTRITO CENTRO DE ROSARIO	21
PROBLEMA.....	23
OBJETIVOS	24
MATERIALES Y MÉTODOS	25
VARIABLES ANALIZADAS.....	26
ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	28
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS	46
ANEXO I.....	55

Agradecimientos

*A mi familia, por acompañarme a lo largo de este proceso de formación con su incentivo, y su sacrificio, siempre brindándome el cariño y enseñanzas más invaluables.
Este logro también es de ustedes.*

A Julieta y Valentina, por ser amigas incondicionales, que me trajo esta carrera y que se transformaron en hermanas de la vida, por todo lo que compartimos y por estar en cada momento.

A los profesores y profesoras que con tanto amor y dedicación se encargaron de trasmitirme sus conocimientos y valores no solo como médicos sino también como humanos.

A mi tutor, Alejandro, por su compromiso, buena predisposición, por acompañarme y brindarme las herramientas necesarias para que este trabajo se realice.

A la Psicóloga Cecilia Sbrascini, por el tiempo y la ayuda prestada, por la contención y por los valores profesionales transmitidos.

¡Y a todos los que formaron parte del camino, infinitamente GRACIAS!

Introducción

El término TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) fue adoptado por primera vez en el año 1980, específicamente en la tercera edición del Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM III, 1980). Dicha incorporación se realizó en base a la revisión bibliográfica retrospectiva donde se describían signos y síntomas que coincidían con diferentes causales en común, como catástrofes naturales, abuso sexual, accidentes de tránsito, guerras, entre otros.

“Se define al trastorno de estrés postraumático como un conjunto de síntomas que un individuo desarrolla en consecuencia de haber sufrido, sido testigo, participado o escuchado, un suceso traumático, extremadamente estresante para dicho individuo.” (DSM IV, 2002).

La relevancia de este trabajo de investigación se basa en el hecho de que este trastorno no solo afecta la calidad de vida del paciente, sino además su entorno social, laboral y afectivo, y dada la importancia y carácter de su sintomatología, es importante que el médico tenga las herramientas y conocimientos necesarios para efectuar su diagnóstico y terapéutica de manera precoz. (Echeburúa, E., & Corral, P. D., 2007)

En el mismo, se intentó demostrar la prevalencia de aparición del TEPT, en pacientes que fueron asistidos en un consultorio particular del distrito centro de la ciudad de Rosario durante los años 2017 a 2019, cuáles fueron los sucesos traumáticos desencadenantes más prevalentes en cada sexo, qué importancia que tiene un adecuado diagnóstico y tratamiento para su adecuada evolución, en contraposición a las consecuencias que pueden presentar los mismos, al no ser abordados de manera adecuada.

Marco Teórico

Breve reseña histórica

En 1980 la denominación “trauma” (proveniente del griego, herida) se le atribuyó a una entidad psíquica que se bautizó como: trastorno de estrés postraumático (TEPT). A su vez, la característica más importante del TEPT es que requiere de la presencia de un hecho traumático como desencadenante de los síntomas propios que componen al cuadro clínico, y que podemos diferenciarlos en tres grupos de los cuales se hablará en detalle más adelante: fenómenos invasores, estados de hiper alerta y conductas de evitación (Oleas & Zúñiga, 2000).

Sin embargo, las primeras descripciones de pacientes con sintomatología concordante con este cuadro, datan de griegos como Heródoto e Hipócrates, que notaron que algunos soldados padecían estos síntomas incluso varios años después de finalizado el acto bélico. Varios conflictos bélicos dieron origen a entidades como "corazón de soldado", neurosis de guerra o neurosis traumática. La II Guerra Mundial y en especial la Guerra de Vietnam permitieron la inclusión del TEPT en la tercera versión de la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III) (Carvajal, 2002).

En esta descripción inicial (1980) fueron catalogados como estresores: sucesos bélicos, desastres naturales o provocados, situaciones de abuso/violación, violencia física y psicológica, tanto en niños como en adultos. Posteriormente a estos se le sumaron los accidentes de tránsito y laborales, la violencia en el hogar, los robos con armas de fuego o el haber experimentado situaciones de carácter médico como IAM (Infarto Agudo de Miocardio), complicaciones quirúrgicas, diagnósticos de enfermedad terminal, etc. (Ríos-Martínez, Huitrón-Cervantes, & Rangel-Rodríguez, 2009). Pero más allá que el individuo haya experimentado una situación directa contra su persona, también se tiene en cuenta que haya presenciado o que le hayan relatado una experiencia traumática (sobre todo si existe un vínculo afectivo de importancia con la víctima) (Shin, et al., 1997).

Fisiopatología y cuadro clínico

El TEPT se caracteriza por una tríada sintomática conformada por fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta, siempre en respuesta a un hecho traumático, que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad. Este diagnóstico constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia, por afectar

de preferencia a población activa, por presentarse tanto en la población general, por la incapacidad que genera y por los elevados costos en salud que acarrea. Es un cuadro que, en general, es subestimado, subdiagnosticado y por ende subtratado.

En frecuencia descendente las situaciones que provocan más TEPT son: el recuperar la conciencia durante alguna cirugía (56%), la violación en mujeres (48,4%) y el presenciar muertes o graves lesiones entre los hombres (10,7%) (Caravajal, 2002).

Como afirman los autores Echeburúa et al. (2016) la situación traumática o estresor genera en el individuo un sentimiento de miedo profundo e indefensión ante dicha amenaza, entonces se pone en peligro la integridad física o psíquica de la persona, dejándolo así en un complejo estado emocional donde el individuo se siente incapaz de afrontar las situaciones que se le presentan. Podemos decir entonces, que cualquiera de estas situaciones supone un quiebre profundo en la construcción psicológica de seguridad propia (Godoy, et al., 2008).

Esto ocurre solamente cuando el hecho supera el umbral que tiene el individuo para soportar el trauma e interfiere en su vida cotidiana. Es decir, el trauma es definido por las herramientas que tenga el individuo para afrontarlo, no por el suceso en sí. A su vez, el alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad del suceso, el estado de vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y escolar/laboral, por ejemplo) y del pasado (victimización), el apoyo social existente y como se nombró anteriormente, las herramientas psicológicas que este posea (Astesiano-Andreoletti, 2017).

Los individuos con trastorno por estrés postraumático pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En otras ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p. ej., abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las

relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas. En este trastorno 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 relacionado con sustancias. También queda por aclarar hasta qué punto estos trastornos preceden o siguen al inicio del trastorno por estrés postraumático.

En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado; de hecho, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo. Puesto que para un niño puede ser difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, estos síntomas deben ser objeto de una cuidadosa valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores (DSM V, 2013, p. 435).

Ante la amenaza contra la vida, como ocurre, por ejemplo, en una violación, un robo armado, o un abuso infantil, el individuo muy probablemente experimentará una respuesta de miedo intenso, de gran desamparo y sensación de indefensión. La víctima muchas veces evitará el relatar lo sucedido, justamente, por la reacción emocional extrema que le provoca el recordar el hecho. Asimismo, el paciente en ocasiones evita contar los detalles que más horror le causaron en dicho trauma, este aspecto debe ser abordado por el profesional de salud, procurando que el paciente adquiera la confianza suficiente para relatar los hechos sin que la respuesta emocional del facultativo demuestre sorpresa. También los sentimientos de vergüenza y desamparo pueden inundar a la víctima, lo que es más frecuente de encontrar en los niños, especialmente en aquellos que sufrieron abuso de cualquier tipo. En sujetos que han sido torturados se puede perder absolutamente la confianza en otras personas y por lo tanto dificultarse mucho el tratamiento.

El temor, generalmente, se acompaña de síntomas somáticos como temblor de piernas, palpitaciones, dificultad para mantenerse de pie o para hablar (fenómenos invasores). En ciertas oportunidades el paciente presenta síntomas disociativos como

amnesia total o parcial del episodio, con lo que atenúa los efectos emocionales del trauma (Breslau & Kessler, 2001).

Como una estrategia del paciente para reducir o intentar eliminar la aparición de los fenómenos invasores surgen conductas de evitación. Muchas veces deben investigarse en profundidad estas conductas ya que el paciente las ha adoptado activamente y a él no le extraña que ya prácticamente no sale de su casa por temor a volver a presentar, por ejemplo, que cambió el trayecto que hacía desde su casa al trabajo para así no pasar por la esquina donde fue asaltado. También evita mirar la televisión o escuchar noticias relacionadas con el trauma. El paciente comienza a aislarse socialmente y evade conversaciones en torno a su situación traumática o temas relacionados.

La respuesta ante los estímulos está reducida, al igual que la capacidad de expresar emociones (embotamiento emocional) y en ocasiones puede confundirse con un desinterés o desmotivación que lleve a sospechar en un cuadro depresivo. El recuerdo específico del episodio traumático conviene precisarlo para así determinar la existencia de algún tipo de amnesia que pueda traducir una manifestación disociativa (Shemesh, Rudnick, Kaluski, et al., 2001).

Prevalencia

La tasa de prevalencia puede variar entre el 0.5% y el 3.5% de la población adulta, según el DSM-V publicado en el año 2013. Específicamente, el TEPT se encuentra presente en un 15%-30% de quienes sufren un hecho traumático, con una incidencia más baja en los supervivientes de un desastre ambiental o accidente de tránsito, y más alta en el caso de las víctimas de violencia o agresiones sexuales, donde pueden alcanzar hasta el 50%-80% de las personas afectadas (Rincón, et al., 2010).

Un hecho a destacar es que cada vez más estudios ponen en evidencia la importancia de las variables cognitivas en relación con la violencia contra las mujeres en general (Pérez, et al., 2006) y, más en particular, como factor que contribuye al mantenimiento del TEPT en el tiempo.

“Los accidentes de tráfico también tienen un gran impacto psicológico en las víctimas, con la característica diferencial de que son situaciones que van acompañadas de una mezcla de consecuencias psicológicas, médicas y legales” (Ayala, & de Paúl Ochotorena, 2004).

Cabe mencionar otro tipo de suceso traumático que también deja una gran huella psicológica en las víctimas, como, por ejemplo, los incendios. Algunos investigadores (Famularo, et al., 1994) han indicado que un elevado porcentaje de las víctimas (35.3%)

mostraba síntomas para ser diagnosticadas de TEPT a los dos meses del suceso traumático, aumentando la frecuencia a los seis (40.0%) y a los doce meses (45.2%).

Figura Nro. 1. “Factores de Riesgo”

Factores pretraumáticos
• <i>Antecedentes psicológicos de relevancia.</i> Antecedentes de problemas emocionales en la infancia (a partir de los 6 años) y antecedentes de trastornos de ansiedad y depresión • <i>Ambientales.</i> Bajo nivel socio-económico-educativo, estrategias de afrontamiento evitativas y centradas en la emoción • <i>Genéticos y fisiológicos.</i> Prevalece más en pacientes del sexo femenino jóvenes en el momento de la exposición al trauma
Factores peritraumáticos
• <i>Ambientales.</i> Gravedad del estímulo traumático (a mayor magnitud mayor probabilidad de presentar el trastorno), lesiones personales, ser autor o testigo de alguna atrocidad
Factores postraumáticos
• <i>Historia de afrontamiento.</i> Estrategias de enfrentamiento inadecuadas y el desarrollo de un trastorno de estrés agudo • <i>Ambientales.</i> Exposición a recuerdos, acontecimientos adversos posteriores y déficit en redes de apoyo funcionales

Fuente: McBride, et al., 2018.

Factores psicológicos de protección y afrontación

Los mecanismos de defensa son una forma de expresión de impulsos que no crea conflictos con la sociedad o el superyó. Estas posibilitan la autoprotección reduciendo la consciencia de pensamientos, deseos, miedos, sentimientos displacenteros que se originan debido a los conflictos internos (Freud, 1937).

Estos propician medios para atravesar un evento traumático (Lazarus, 1993) y permiten al individuo ir comprendiendo gradualmente y manejar la experiencia traumática en la medida en que sea cómodo y no demasiado abrumador. Para poder evaluar si estas son adaptativas o no, uno debe considerar el contexto en que son activadas y la frecuencia con que se utilizan (Cramer, 2000).

Criterios Diagnósticos

Basados en lo expuesto en el DSM V (2013), los criterios se dividirán en diferentes secciones y apartados que deberán seguirse metódicamente para lograr el adecuado diagnóstico del TEPT. A modo organizativo, se exponen en la siguiente tabla.

Tabla Nro.1: “Criterios diagnósticos para TEPT.”

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s): 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s). 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, etc.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Fuente: DSM-V, 2013.

Evolución

La duración de los síntomas es de carácter variable; el 50% de los casos suele remitir completamente en los primeros tres meses; en otras ocasiones pueden persistir algunos síntomas más allá de los doce meses posteriores al acontecimiento traumático (Mingote, et al., 2001).

“La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno.” (DSM V, 2013. p. 438). Se piensa que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias de la infancia, la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición de este, aunque también puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, más frecuentemente cuando el suceso es extremadamente traumático (Bamba, et al., 2017).

Además, se ha señalado que estas experiencias afectan las creencias de las víctimas, las cuales tienen un efecto en el manejo emocional del trauma (Jaycox, Zoellner, & Foa, 2002). Esta construcción ha sido descrita como la “capacidad percibida para gestionar el funcionamiento personal” en relación a las exigencias provenientes de las secuelas instauradas por situaciones tales como la violencia, los accidentes y los desastres (Benight, & Bandura, 2004). Esta sensación de control y dominio parece haber demostrado ser un predictor relevante en la disminución de la sintomatología del TEPT (Benigh, Ruzek, & Waldrep, 2008; Luszczynska, Benight & Cieslak, 2009), no obstante, “al tratarse de un proceso bidireccional, también la intensidad y/o cronicidad del TEPT podría disminuir la percepción de autoeficacia” (Bosmans, & van der Velden, 2015).

Por último, el apoyo social en las respuestas frente a estas vulneraciones ha demostrado tener una fuerte implicancia. Este se refiere a la percepción de un individuo respecto a que su red de apoyo se preocupa y mantiene velando por el bienestar del individuo, permitiéndole así modificar la interpretación de la experiencia traumática y “facilitando su recuperación a través de las interacciones con personas de su red interpersonal” (Dubow, & Tisak, 1989)

Clasificación

Según el DSM IV (2002), existen tres tipos de TEPT, clasificados teniendo en cuenta la duración y presentación de los síntomas:

- *Agudo*: los síntomas duran menos de tres meses.
- *Crónico*: si los síntomas duran más de tres meses.
- *De inicio demorado*: cuando entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado al menos seis meses.

Comorbilidades más frecuentes

De acuerdo con Kessler, Sonnega, et al. (1995), quienes realizaron un exhaustivo trabajo de investigación al respecto, el TEPT se asocia con otro diagnóstico en el 17% de las mujeres y en el 12% de los hombres. Más específicamente, y en orden decreciente con respecto a frecuencia, podemos encontrarlo asociado a abuso de alcohol, depresión mayor, trastornos de conducta, fobia simple, fobia social, abuso de sustancias ilícitas, agorafobia.

- Abuso de alcohol y sustancias:

Los trastornos por abuso de sustancias, particularmente el abuso y dependencia de depresores del sistema nervioso central, son comunes en pacientes con TEPT, se ha informado que entre el 60% y 80% de los pacientes presentaban un abuso o adicción a drogas, o al alcohol, mostrando cómo la dependencia de estas sustancias es la comorbilidad más prevalente en estos pacientes (Jacobsen, Southwick, Kosten. 2001).

Estos individuos tienden a sufrir síntomas más severos, particularmente en las categorías de evitación e hiperalerta que otros pacientes con TEPT sin comorbilidades. Algunos pacientes recurren al abuso y dependencia de sustancias como una forma de auto terapia para controlar ciertos síntomas, como trastornos de ansiedad, del sueño, y crisis de angustia (Zoricic, Buljan, Thaller, & Karlovic, 2001).

- Depresión mayor:

Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras (DSM-IV, 2002).

Aunque los síntomas difieran en características o intensidad de los mismos en cada sujeto, con frecuencia se observan: sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, ausencia de sentimientos, además de, molestias físicas que no se alivian ni siquiera con tratamiento, como sensación de falta de aire, dolores de cabeza o problemas digestivos. Lo más característico para el diagnóstico adecuado y precoz de esta enfermedad, es la pérdida de interés y la sensación de una constante “infelicidad” o “vacío” (Li, Friedman, Conwell, & Fiscella, 2007).

Los trastornos de ansiedad –como el TEPT– acompañan frecuentemente a la depresión. Las personas que padecen TEPT están especialmente predisuestas a tener depresión concurrente, ya que suelen “revivir” el suceso traumático con escenas retrospectivas (retroceso al pasado), ya sea en recuerdos o pesadillas. Otros síntomas incluyen irritabilidad, problemas en el manejo de la ira, sentimientos persistentes y profundos de culpa, evasión de conversaciones y/o lugares que tengan concordancia con la experiencia traumática (Regier, et al., 1998; Devane, Chiao, Franklin, & Kruep, 2005).

En un estudio financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), realizado en 1997, los investigadores descubrieron que más del 40% de estos individuos estudiados sufrieron de depresión, en intervalos de uno a cuatro meses luego de la experiencia traumática.

- Fobia simple y Fobia Social:

Fobia simple/específica: el miedo en este caso es ante un estímulo concreto o una situación objetiva, por ejemplo, a los aviones, a las alturas, a las tormentas, a los perros, etc. La presencia del objeto fóbico desencadena con frecuencia, ansiedad e incluso crisis de angustia. Normalmente, por este motivo suele evitarse. Los pacientes que presentan esta fobia reconocen que su miedo es excesivo. La mayoría de las veces su origen está firmemente relacionado con la presencia de un acontecimiento traumático vivido por el propio paciente (ataque de un animal, encierro en un ascensor, vivir un accidente de aviación, etc.) o que es relatado por otras personas (advertencias repetidas sobre determinados peligros, relatos de accidentes, etc.). Se distinguen los siguientes subtipos de fobia específica: 1) tipo animal, 2) tipo ambiental (tormentas, agua, precipicios), 3) tipo sangre-inyecciones-daño, 4) tipo situacional (ascensores, transportes públicos, aviones, túneles, etc.), 5) otros tipos (al atragantamiento, al vomito, a una enfermedad, etc.) (DSM V, 2013).

Fobia Social: suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a

diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Algunas son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del entorno familiar. El temor a vomitar en público suele ser una de las fobias más frecuentes.

Suelen ir acompañadas de baja autoestima y miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Estos pensamientos suelen desembocar en crisis de angustia. La conducta de evitación es muy intensa y puede llevar al paciente a un aislamiento social casi absoluto (Murillo, & Rodríguez., 2016).

- Agorafobia:

Es el temor a quedar atrapado en situaciones o en lugares en los que no hay una vía de escape fácil o en las que podría no disponerse de ayuda si se desarrolla una crisis de angustia. Comúnmente referido por el paciente como el “miedo al miedo”, algunas situaciones que lo desencadenan fácilmente son: encontrarse en la cola de un banco o la caja de un supermercado, sentarse en el medio en una larga fila en el teatro o en clase y utilizar el transporte público, como un autobús o un avión.

Algunas personas desarrollan agorafobia después de una crisis de angustia en situaciones agorafóbicas típicas. Otras empiezan a sentirse incómodos en estas situaciones y desarrollan su primera crisis de angustia en ese momento. La agorafobia, así como la fobia social, también puede producir un alto grado de discapacidad y aislamiento en el paciente, ya que las conductas evitativas son muy significativas (DSM V, 2013).

Implicancias de la violencia de género y el abuso sexual en el TEPT

La violencia de género es una problemática social y de salud que afecta gravemente a la integridad de quien la padece. Irónicamente, el hogar representa el espacio donde las mujeres experimentan el mayor riesgo de situaciones violentas, particularmente por parte de sus parejas o ex parejas, aunque también en algunos casos, esta es ejercida por sus familiares, y se conoce comúnmente como “violencia doméstica” (Larraín, 2008).

Las secuelas físicas y psicológicas de la violencia doméstica son múltiples, dentro del plano psicológico, genera problemas de autoestima, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de diversos trastornos, entre ellos el TEPT; también depresión, abuso de sustancias, trastornos disociativos, trastornos de la actividad sexual, de la conducta, entre otros. Varias investigaciones refieren que el TEPT es el más frecuentemente desarrollado por las víctimas de violencia doméstica. Se estima que la prevalencia de en estas personas oscila cerca del 60%, aunque prácticamente el 100% de ellas presenta algún tipo de sintomatología compatible con este trastorno (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

Existen características individuales ligadas al evento traumático que predisponen a desarrollarlo. Entre ellos: la intensidad, duración y proximidad de la exposición al trauma parecieran ser los de mayor riesgo a la hora de desencadenar el TEPT. Otro factor que está relacionado a peores resultados terapéuticos es la falta de apoyo social, ya sea familiar o de cualquier entorno cercano de la víctima, como se nombró anteriormente, este factor es fundamental para la adecuada recuperación del paciente (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009).

Los antecedentes familiares, experiencias vividas en la etapa infantil, rasgos de personalidad y trastornos mentales preexistentes pueden también influir en su aparición (Labrador, Rincón, De Luis & Fernández-Velasco, 2004). Al aplicar estos datos a las situaciones de violencia de género, cabe suponer que se podría “predecir” la aparición de estrés postraumático, teniendo en cuenta, por ejemplo, la duración del abuso, las lesiones y amenazas en la vida de la mujer y en la de sus hijos, el bajo apoyo social percibido, etc.

La gravedad del TEPT en estas pacientes se puede relacionar con conductas de evitación, esfuerzos personales por tratar de suprimir los pensamientos intrusos, aumentando así la reexperimentación traumática (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009).

Si bien cualquier persona puede ser víctima de una agresión sexual, las mujeres padecen en mayor medida esta conducta violenta. Cerca de un 15% de la población femenina sufrirá a lo largo de su vida este tipo de suceso (Vickerman, & Margolin, 2009).

Se estima que cerca del 50% de las víctimas sufre TEPT (Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua, 1997; Foa, Zoellner, & Feeny, 2006), además de conductas de evitación sexual, incluso si la agresión sucedió meses o años atrás. Así, las víctimas de abuso sexual infantil pueden experimentar en la vida adulta una tasa de trastornos mentales casi 3 veces mayor que las personas que no fueron expuestas a este evento (Resick, Williams, Suvak, Monson & Gradus, 2012).

Como sucede con las víctimas de violencia de género, el impacto psicológico que tengan estas personas va a depender de las características del trauma, y el apoyo social que pudo recibir el individuo, tanto, así como sus propias herramientas psicológicas (Briere & Elliott, 2003). Además, “las circunstancias de la agresión sexual, la historia de victimización, la denuncia, y la reacción judicial existente pueden agravar o amortiguar, según los casos, las reacciones emocionales de las víctimas” (Echeburúa, & Corral, 2007; Echeburúa, Corral, & Amor, 2002).

En el abuso sexual infantil, el padre biológico, padrastro, hermano, tíos y abuelos se describen en el 80% de los casos como los principales abusadores (Araújo, 2002). En estas situaciones, existe confusión entre roles y funciones, porque el incesto implica escenas de seducción, afecto y violencia con una persona cercana al niño/a, lo que conlleva la traición de la confianza de las figuras parentales y/o solidarias, que, se supone, deben promover la seguridad, el confort y el bienestar psicológico del sujeto (De Antoni, & Koller, 2002).

Según el autor Furniss (1993), el abuso sexual intrafamiliar puede entenderse como un "Síndrome Conector de Secreto y Adición". El síndrome del secreto se produce por medio de amenazas, o promesas de recompensas si se garantiza el silencio de la víctima, todas ellas introducidas por el abusador, así como por la negación de la familia en "escuchar" los intentos del niño/a de denunciar abusos. El síndrome de adición, implica la mutación de los actos ejercidos por el abusador, siendo en un principio más “ligeros” y convirtiéndose luego en un abuso sexual completo. Por lo tanto, con el objetivo de cumplir sus demandas y deseos siniestros, el abusador incrementa no solo la frecuencia sino también la intensidad de sus actos, factor que posteriormente influenciara marcadamente el desarrollo del TEPT. Del mismo modo, el estudio de Ruggiero, et al. (2000) señaló que la edad de inicio del abuso, la presencia de penetración y la primera persona a la que el individuo reveló el abuso, son factores de gran implicancia para el desarrollo subjetivo del paciente.

Pautas y medidas terapéuticas en TEPT

El tratamiento recomendado actualmente para el TEPT incluye tres aspectos fundamentales: psicoeducación, tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico, llevados a cabo por los especialistas adecuados.

En los casos leves de TEPT se recomienda el uso de psicoterapia, y en los casos moderados o graves se considera más efectiva la combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, durante al menos un periodo de doce meses, y llevando

a cabo el seguimiento de la evolución de cada caso en particular (Bobes, Bousoño, Calcedo, & González, 2000).

➤ **Psicoterapia**

La terapia y tratamiento enfocado en la modificación de respuestas relacionadas al TEPT debe incluir estrategias dirigidas a la identificación y modificación de mecanismos asociados al evento traumático, así como al control de respuestas fisiológicas que impiden el cese del miedo desencadenado por los recuerdos del mismo (Astin, & Resick, 2006). Si bien cada paciente tendrá su propio desarrollo de la sintomatología implicada, el cumplimiento de los criterios patognomónicos es similar en la mayoría, porque también cabe destacar el uso de la terapia grupal como opción terapéutica (Vargas, & Coria, 2017).

Dentro de las técnicas cognitivo-conductuales podemos nombrar: 1) técnicas de relajación (activa o pasiva); 2) técnicas de exposición; 3) técnicas de autocontrol; 4) entrenamiento para la resolución de problemas; 5) técnicas para la modificación de cogniciones; 6) psicoeducación a lo largo del proceso terapéutico (Astin, & Resick, 2006).

Dichas estrategias presentarán como objetivos finales:

- a) disminución de la activación fisiológica
- b) modificar la respuesta cognitiva de la valoración de la amenaza
- c) desensibilizar a los desencadenantes relacionados con el evento traumático
- d) mejorar las estrategias de afrontamiento (Nezu, & Nezu, 2008).

Cabe destacar otro pilar dentro del proceso psicoterapéutico denominado “prevención de recaídas”, que puede ser comprendido, de acuerdo con Marlatt, como “un proceso que facilita cambios en los hábitos personales y en el estilo de vida y de esta forma reduce el riesgo de estrés”. Se basa en la sensación de control en la que el individuo percibe que ha cumplido –momentáneamente– su meta. Esta precepción continúa hasta que la persona se encuentra con una situación de alto riesgo (situación que amenace la sensación de control de la persona e incrementa la probabilidad de recaída). Marlatt identificó tres categorías principales:

- 1) estados emocionales negativos: situaciones en las que la persona experimenta un estado emocional negativo o no placentero como frustración, enojo, ansiedad o depresión

- 2) conflicto interpersonal, que implica la dificultad en una relación interpersonal (entre amigos, familiares, o relaciones empleado-empleador)
- 3) presión social: situaciones en las que la persona responde a la influencia de otra persona o grupo que ejerce presión (directa o indirecta) sobre él (Marlatt, & Donovan, 2005).

Se puede afirmar entonces, que el objetivo primordial de este tipo de terapia es favorecer una reinterpretación del evento traumático; para básicamente, identificar pensamientos disfuncionales, valorarlos, modificarlos y reemplazarlos por otros (Clark & Beck, 2012).

➤ **Tratamiento Farmacológico**

A lo largo de los años, se han realizado numerosos trabajos de investigación respecto al tratamiento farmacológico del TEPT, pero en la mayoría se llevaron a cabo con excombatientes con afectación crónica (una muestra poco representativa en términos generales). Sin nombrar que los estudios en niños, niñas y adolescentes son casi nulos (Stein, Ipser, & McAnda, 2009).

Entre los antidepresivos tricíclicos, la amitriptilina resultó conveniente y eficaz para aquellos pacientes con depresión o ansiedad, pero en los que presentaban TEPT la mejoría fue escasa. La Imipramina, resultó mejor que el placebo respecto a los síntomas de evitación, pero no tuvo efecto en el resto de los síntomas (Steckler, & Risbrough, 2012).

Con respecto a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, la sertralina (50-200 mg/día) tomada durante 3 meses ha sido más eficaz que el placebo, además, la continuación de este tratamiento durante seis meses más reduce las recaídas. En menores de edad, la sertralina no ha sido más eficaz que el placebo (Robb, et al., 2010). En un estudio realizado en conjunto por Estados Unidos y Canadá, la paroxetina (20-50 mg/día) mostró tener eficacia en la mayoría de los pacientes, reduciendo la sintomatología, por lo que es una buena opción de tratamiento farmacológico (Watts, et al., 2013).

Con referencia a las benzodiazepinas, el alprazolam solo mejora los síntomas compatibles con ansiedad, pero no tiene efecto en las conductas de evitación y reexperimentación, que son las principales en el TEPT. El clonazepam “mejoró el sueño, las pesadillas, reviviscencias y ataques de pánico en un estudio no controlado” según los autores. Por lo tanto, los autores afirman que no tienen gran utilidad para

este trastorno y, que, además, el empleo prolongado de estos psicofármacos en víctimas recientes o que tenga mala adhesión al tratamiento podrían empeorar los síntomas, desencadenar síndrome de abstinencia o hasta generar comorbilidades (Feldner, Monson, y Friedman, 2007).

Las guías clínicas y los informes de consenso recomiendan limitar el empleo de benzodiacepinas como ansiolíticos a 2-3 meses, con un mes destinado a su retirada gradual, a fin de prevenir el riesgo de dependencia. Si este periodo se prolonga puede ser contraproducente y exacerbar e incluso empeorar el TEPT y sus comorbilidades (Forbes, et al., 2010).

Para síntomas relacionados a alteraciones del sueño se suelen utilizar fármacos como: buspirona, trazodona, nefazodona, y zolpiden (Gabbard, 2008).

En resumen, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son los fármacos de primera elección para el tratamiento farmacológico (DSM-V, 2013), dado que:

- a) mejoran el abanico de síntomas presentes en el TEPT, y contribuyen a la disminución de comorbilidades como ansiedad y depresión.
- b) tienen menor riesgo en caso de que el paciente tenga una sobredosis, y son más seguros para pacientes con comorbilidades cardíacas y con otras patologías.
- c) Tienen menores efectos secundarios, algunos de los que pueden presentar son: fatiga, molestias gástricas, náuseas, diarrea, inquietud, alteraciones del sueño, disfunción sexual, sudoración.

Características sociodemográficas del distrito centro de Rosario

La superficie de la zona centro de Rosario (también conocido como distrito centro) es de 20,66 km² lo que representa el 11,56% del total del municipio, uno de los más pequeños de los distritos, junto con zona sur. A pesar de esto, presenta la densidad poblacional más alta de la ciudad (11.793,33 habitantes/km²), y un total de 243.650 habitantes, lo que representa el 25,69% del total.

Su urbanización es la más alta, con 142.823 viviendas, y un total de 2 km² de espacios verdes, podemos decir entonces que en términos de vivienda y acceso a servicios esenciales es la más avanzada.

Tabla Nro. 2. “Porcentaje de superficie urbanizada según distrito”:

DISTRITO	SUPERFICIE URBANIZADA (%)
Centro	100%
Noroeste	58%
Norte	75%
Oeste	32,2%
Sudoeste	70,5%
Sur	96,5%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Municipalidad de Rosario, año 2010

Según estimación propia, en base a datos del año 2010 elaborados por el Observatorio Social de la Municipalidad de Rosario, la población actual de niños y adolescentes en este territorio, alcanzaría los 47.379. Considerando como indicadores de vulnerabilidad social a las necesidades básicas insatisfechas (NBI), y viviendas precarias por distrito, la zona centro de Rosario se encuentra dentro de los índices más bajos, contrariamente a lo que sucede en zona oeste donde se estima que el porcentaje de población infantil que se encontraría en situación de vulnerabilidad supera el 50%.

Tabla Nro. 3. “Indicadores de vulnerabilidad; por distrito”

DISTRITO	Mortalidad Infantil (%)	NBI (%)	Hacinamiento (%)	Viviendas Precarias (%)
Centro	10.24	3.43	0.38	1.07
Noroeste	10.66	14.29	5.13	13.97
Norte	12.34	9.06	2.59	9.12
Oeste	15.32	21.06	7.61	22.67
Sudoeste	11.34	15.81	5.09	17.55
Sur	10.23	11.61	2.88	11.76

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos del Observatorio Social de la Municipalidad de Rosario, año 2010.

Problema

¿Cuál es la prevalencia de TEPT en los pacientes que fueron asistidos en dicho consultorio durante los años 2017 a 2019, como también qué complicaciones y/o comorbilidades presentaron los mismos?

Objetivos

Objetivo General:

El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de TEPT en la consulta, como también la influencia que este tiene en el desarrollo orgánico y/o subjetivo del paciente.

Objetivos Específicos:

- Identificar, de acuerdo a la sintomatología, la frecuencia de presentación del TEPT.
- Reconocer y analizar los hechos desencadenantes más prevalentes según el sexo.
- Remarcar la importancia que tiene un diagnóstico precoz para el adecuado tratamiento y recuperación del paciente.
- Mencionar qué tipo de tratamiento (farmacológico, psicológico o combinado) se les indicó a dichos pacientes y conocer cómo respondieron a los mismos, determinado a través de la respuesta terapéutica.

Materiales y Métodos

El trabajo de investigación se realizó en el consultorio particular del Dr. Daniele, ubicado en Montevideo 1840 en la ciudad de Rosario. El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, y de fuentes secundarias.

Se utilizaron historias clínicas de pacientes que fueron asistidos durante los años 2017-2019, en dicho consultorio, que cumplieron con los criterios de inclusión.

(*) **Aclaración importante:** en función al aislamiento obligatorio decretado por la Presidencia de la Nación debido a la pandemia de COVID19, se tuvo que modificar el lugar de recolección de datos que se había planteado en el anteproyecto del presente estudio.

Con respecto al tercer objetivo específico, la importancia de un adecuado diagnóstico, será plasmada a través del seguimiento del paciente en las historias clínicas, es decir con las variables de tratamiento, respuesta terapéutica y comorbilidades, comparando estos resultados con los de otros autores, ya que la muestra no es apta para realizar otros test estadísticos.

Criterios de inclusión:

- Presencia de síntomas compatibles con TEPT, tomando como referencia los mencionados en los criterios diagnósticos del DSM-V (2013) que se encuentran en el marco teórico del presente trabajo.
- Pacientes diagnosticados con TEPT o que tengan antecedentes del mismo.

Criterios de exclusión:

- Falta de los datos necesarios para las variables, como: edad, sexo, hecho desencadenante, fecha de consulta, tratamiento indicado, etc.

Variables analizadas

➤ Frecuencia de presentación

- Clasificación: Variable cuantitativa continua.
- Definición conceptual: cantidad de pacientes compatibles con TEPT.
- Definición operacional: en porcentaje.

➤ Edad

- Clasificación: Variable cuantitativa discreta.
- Definición conceptual: edad cronológica cumplida en años.
- Definición operacional: en años.

➤ Sexo

- Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Definición conceptual: según sexo biológico.
- Definición operacional: Masculino o Femenino.

➤ Factores Desencadenantes

- Clasificación: Variable cualitativa nominal politómica.
- Definición conceptual: suceso traumático
- Definición operacional: abuso, violencia doméstica, violencia de género, accidente de tránsito, robo, otros.

➤ Tratamiento

- Clasificación: Variable cualitativa nominal politómica.
- Definición conceptual: tipo de tratamiento recibido
- Definición operacional: Farmacológico, psicológico, ambos, otros.

➤ Antecedentes familiares

- Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Definición conceptual: presencia de sucesos traumáticos en la familia del consultante.
- Definición operacional: SI o NO.

➤ **Respuesta terapéutica**

- Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Definición conceptual: según la remisión de los síntomas.
- Definición operacional: SI o NO.

➤ **Comorbilidades**

- Clasificación: Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Definición conceptual: consecuencias físicas, psíquicas y/o sociales.
- Definición operacional: SI o NO.

➤ **Comorbilidad presentada**

- Clasificación: Variable cualitativa nominal politómica.
- Definición conceptual: comorbilidad presentada.
- Definición operacional: aplanamiento emocional, ideas suicidas, agorafobia, intento de suicidio, abuso de sustancias, depresión.

Análisis y procesamiento de datos

La información fue transcrita a una hoja de cálculo de Microsoft Excel, en la cual se confeccionó una planilla donde se representó a cada historia clínica con un número para resguardar la confidencialidad del paciente.

El análisis de los datos se realizó mediante técnicas estadísticas descriptivas. Las variables cuantitativas fueron resumidas mediante sus valores mínimos y máximos, media $\pm$ desvío estándar y mediana. Las variables cualitativas se presentaron mediante las frecuencias absolutas y relativas porcentuales (%) correspondientes a cada categoría. Estos valores fueron representados mediante tablas y gráficos circulares o de barra.

Consideraciones éticas y legales

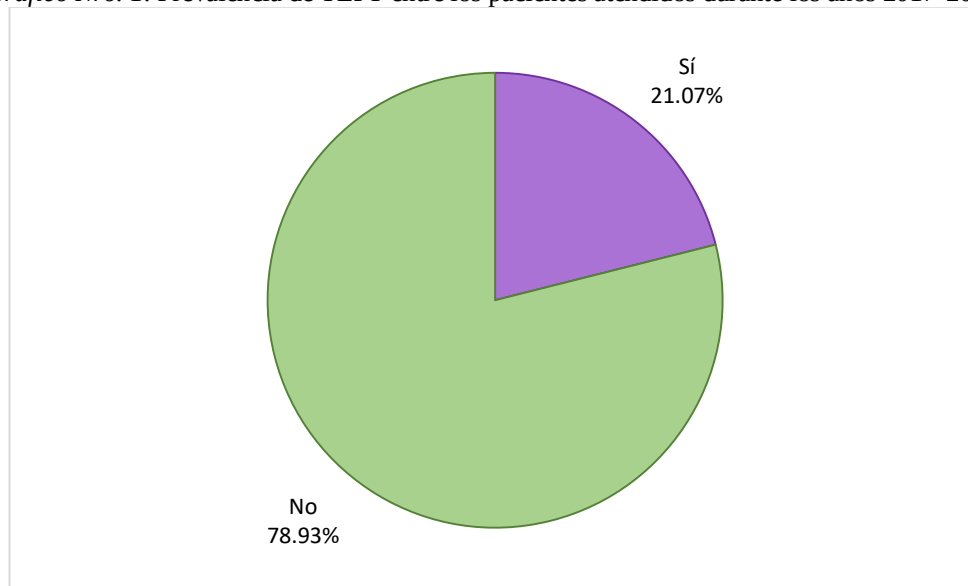
Los datos obtenidos fueron volcados en una planilla, identificándose con un número, de modo tal que la filiación del paciente y su derecho a la confidencialidad quedaron resguardados, acorde con lo dispuesto por la ley N° 26.529.

Como autora de este trabajo me comprometo a mantener la confidencialidad de los datos personales de los pacientes y a no revelarlos bajo ninguna circunstancia, acorde a la Ley Nacional de protección de datos personales N° 25.326.

Resultados

Se analizaron 1470 historias clínicas del consultorio del Dr. Daniele ubicado en Montevideo 1840 en la ciudad de Rosario, de estas, 261 correspondieron a pacientes que fueron atendidos integralmente entre los años 2017 y 2019. A su vez, de ellos, 55 presentaron sintomatología compatible con TEPT y cumplieron los criterios de inclusión. (Gráfico Nro. 1).

Gráfico Nro. 1: Prevalencia de TEPT entre los pacientes atendidos durante los años 2017-2019.



La edad promedio de los individuos que presentaron TEPT era de 41,05 +/- 14,20 años, con valores entre 15 y 77 años. La mitad de ellos tenía 40 años o más (Gráfico Nro. 2). Además, 39 eran de sexo femenino (Gráfico Nro. 3).

Gráfico Nro. 2: Distribución de los pacientes con TEPT, según edad (en años).

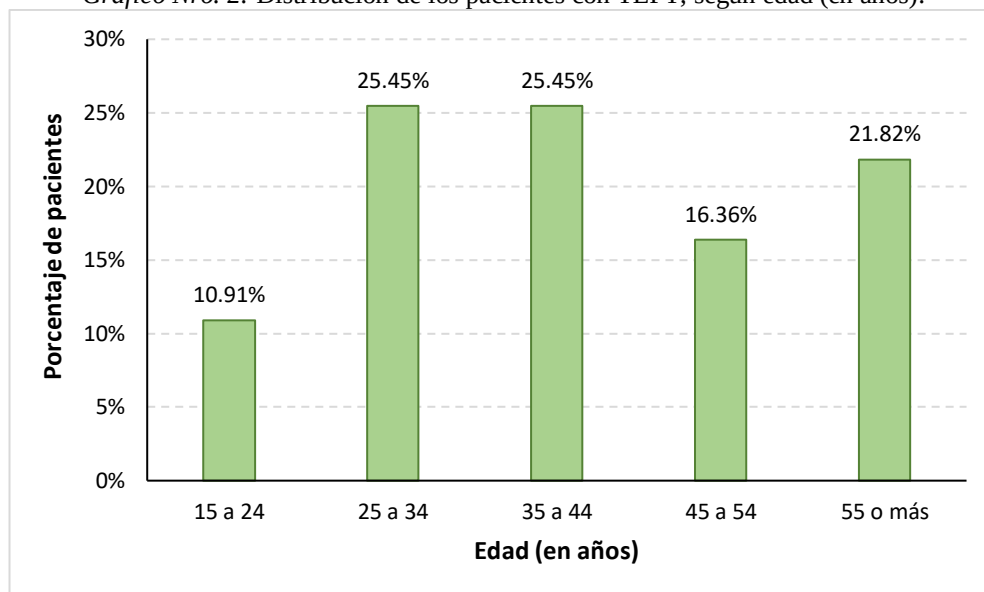
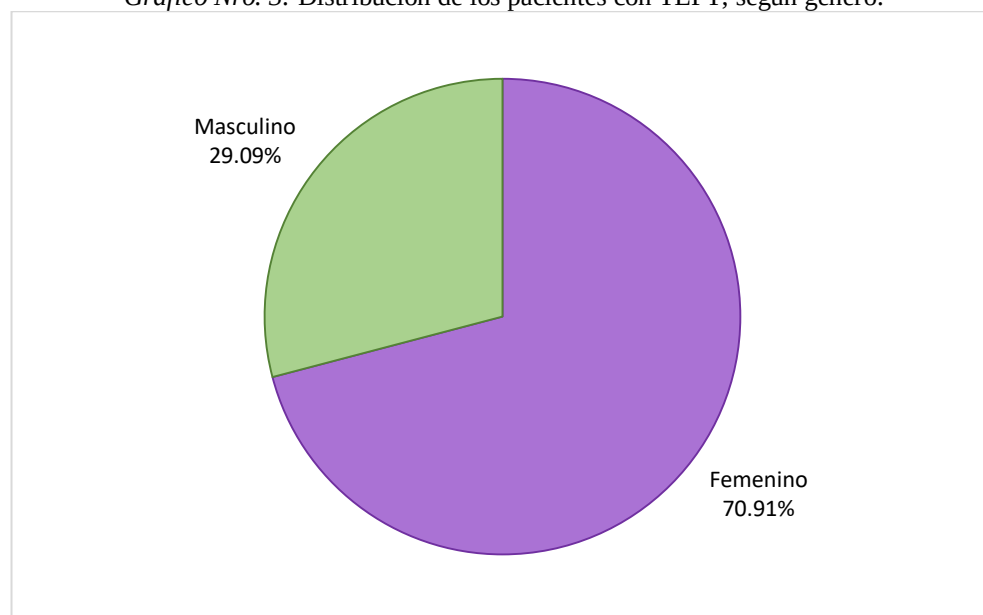


Gráfico Nro. 3: Distribución de los pacientes con TEPT, según género.



En la Tabla Nro. 4 se muestran los factores desencadenantes de TEPT según género del paciente. Se observa que, para las mujeres, los factores más frecuentes fueron abuso sexual, muerte de un familiar y robo. En el caso de los hombres, los factores más frecuentes fueron muerte de un familiar, divorcio o separación y enfermedad de un familiar. En forma global, el abuso sexual, la muerte de un familiar y el divorcio o separación resultaron ser los hechos desencadenantes de TEPT observados con mayor frecuencia.

Tabla Nro. 4: Hechos desencadenantes de TEPT, según género.

Hecho desencadenante	Femenino	Masculino	Total
Abuso sexual (ASI, AI, AS) *	12 (30.77%)	-	12 (21.82%)
Muerte de familiar	6 (15.38%)	6 (37.50%)	12 (21.82%)
Divorcio/Separación	2 (5.13%)	3 (18.75%)	5 (9.09%)
Robo	4 (10.26%)	-	4 (7.27%)
Accidente de tránsito	2 (5.13%)	1 (6.25%)	3 (5.45%)
Diagnóstico de enfermedad de familiar	1 (2.56%)	2 (12.50%)	3 (5.45%)
Suicidio de persona de entorno cercano	2 (5.13%)	1 (6.25%)	3 (5.45%)
Violencia de género	3 (7.69%)	-	3 (5.45%)
Aborto	2 (5.13%)	-	2 (3.64%)
Diagnóstico de enfermedad (propia)	1 (2.56%)	1 (6.25%)	2 (3.64%)
Violencia familiar	2 (5.13%)	-	2 (3.64%)
Accidente laboral	-	1 (6.25%)	1 (1.82%)
Bullying	-	1 (6.25%)	1 (1.82%)
Intento de suicidio	1 (2.56%)	-	1 (1.82%)
Separación	1 (2.56%)	-	1 (1.82%)

*ASI: Abuso Sexual en la Infancia

AI: Abuso Sexual Intrafamiliar

AS: Abuso Sexual (no especificado)

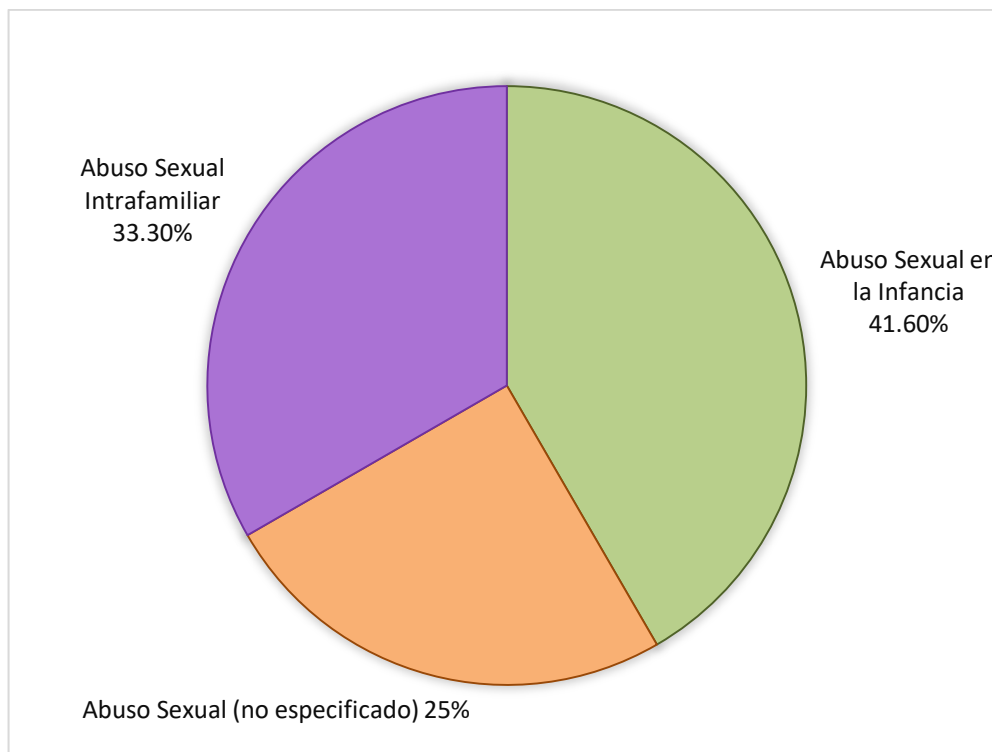
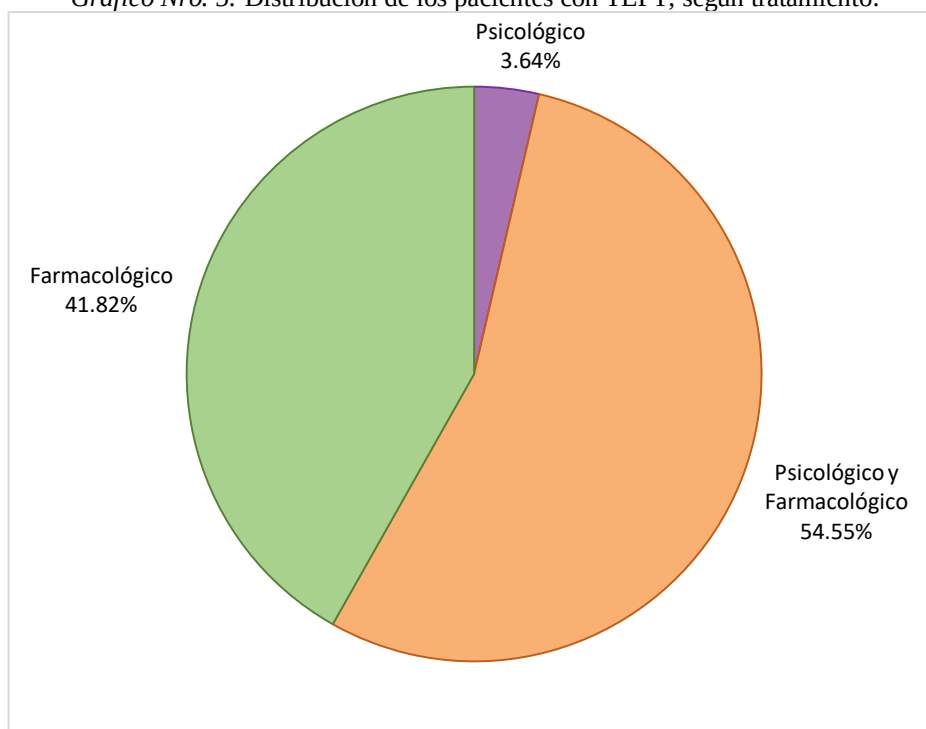


Gráfico Nro. 4: Distribución de casos de abuso sexual.

Entre los 55 pacientes con sintomatología de TEPT, 30 recibieron tratamiento psicológico y farmacológico en forma concomitante, 23 recibieron solo tratamiento farmacológico y 2, solo tratamiento psicológico (Gráfico Nro. 5)

Gráfico Nro. 5: Distribución de los pacientes con TEPT, según tratamiento.



Según el seguimiento y evolución de cada paciente, de los 30 pacientes con tratamiento psicológico y farmacológico, 24 presentaron respuesta terapéutica, es decir remisión de los síntomas, mientras que 5 lo hicieron en forma parcial. Entre quienes recibieron solo tratamiento farmacológico, 24 presentaron respuesta terapéutica, al igual que los 2 individuos tratados solo psicológicamente (Gráfico Nro. 6).

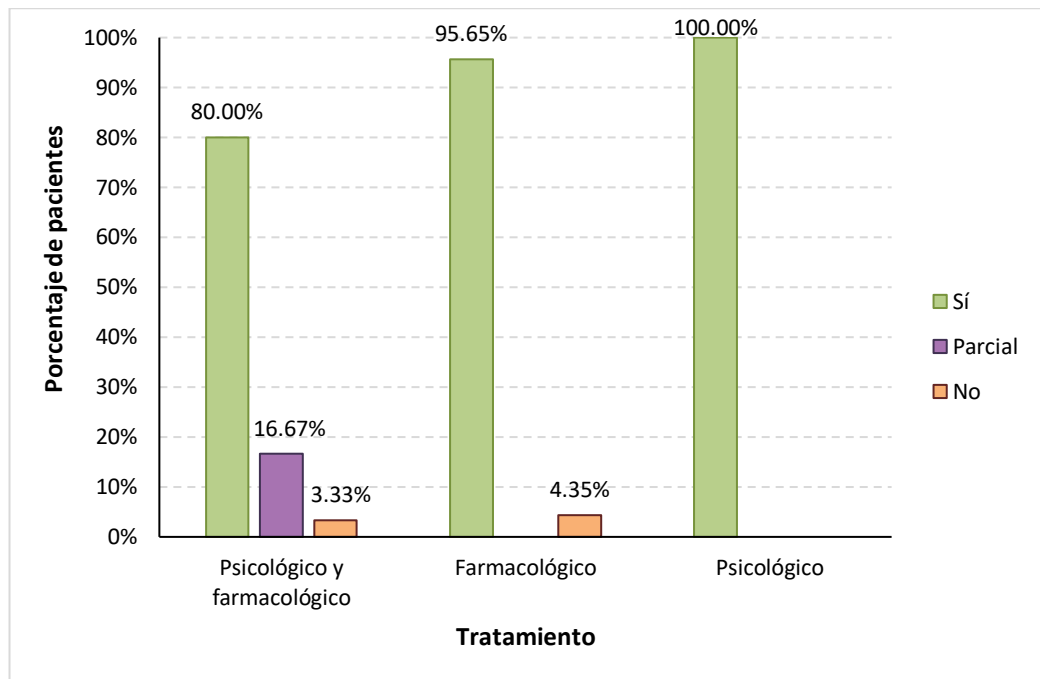


Gráfico Nro. 6: Respuesta terapéutica de los pacientes con TEPT, según tratamiento.

Se encontraron 30 pacientes con comorbilidades, es decir, con consecuencias físicas, psíquicas y/o sociales debidas al TEPT, cabe aclarar que las comorbilidades fueron presentadas antes de iniciar tratamiento. La depresión y el abuso de sustancias fueron las detectadas con mayor frecuencia. Se observó que en las mujeres fue más frecuente la depresión, seguida del intento de suicidio, y en los hombres lo fue el abuso de sustancias (Tabla Nro. 4).

Gráfico Nro. 7: Distribución de los pacientes con TEPT, según presentación de comorbilidades.

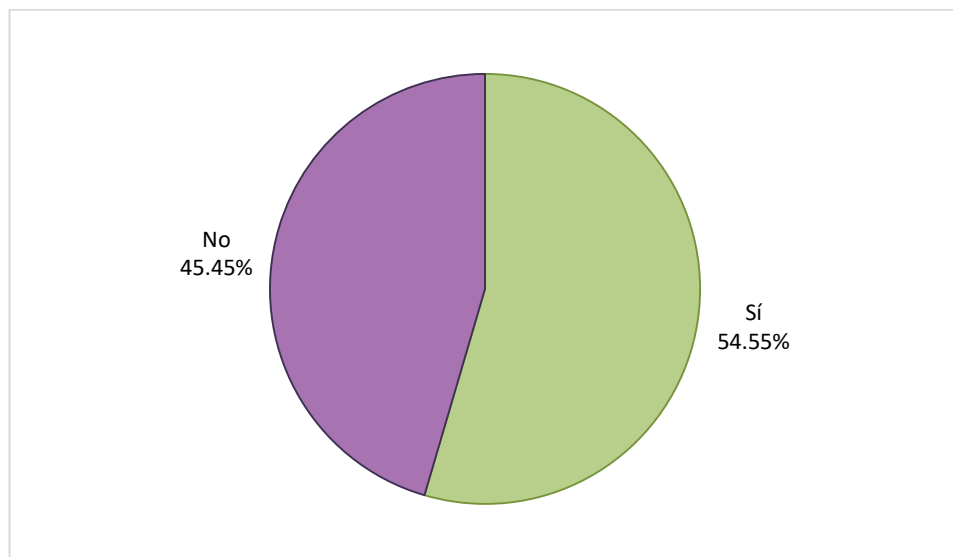


Gráfico Nro. 8: Distribución de los pacientes con TEPT, según comorbilidades presentadas.

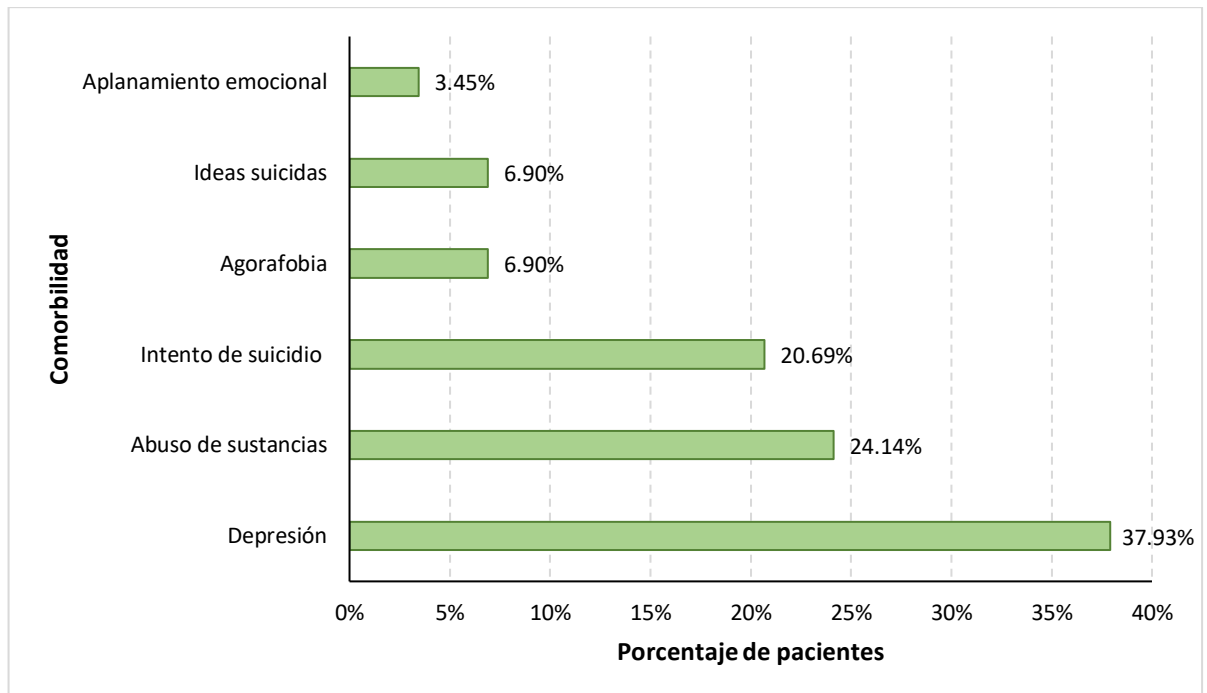
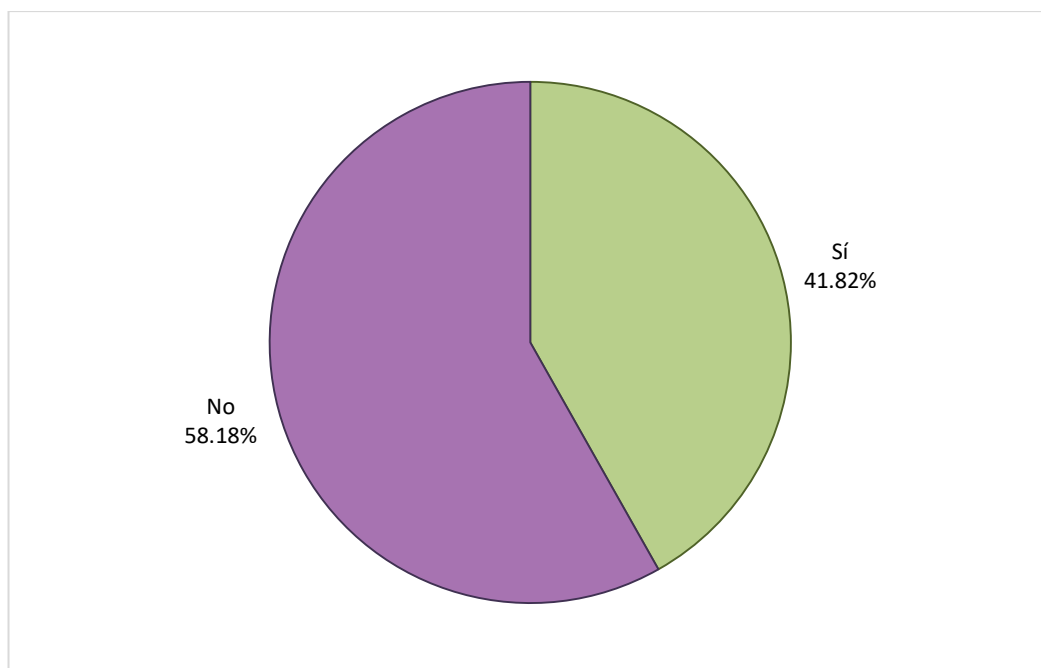


Tabla Nro. 5.: Distribución de comorbilidades según el sexo.

Comorbilidades	Recuento (Nro.)		Total
	Femenino	Masculino	
Abuso de sustancias	2	5	7
Agorafobia	2	-	2
Aplanamiento emocional	1	-	1
Depresión	8	4	12
Ideas suicidas	1	1	2
Intento de suicidio	5	1	6
Total	19	11	30

Se registró, además, que 23 de los pacientes con TEPT presentaban antecedentes familiares de situación traumática (Gráfico Nro. 9).

Gráfico Nro. 9: Distribución de los pacientes con TEPT, según antecedentes familiares de situación traumática.



Discusión

En el presente estudio se analizaron 1470 historias clínicas del consultorio del Dr. Alejandro Daniele en la ciudad de Rosario, de las cuales 261 correspondieron a pacientes que fueron atendidos integralmente entre los años 2017 y 2019, y a su vez, entre ellas, 55 presentaron sintomatología compatible con TEPT y cumplieron los criterios de inclusión.

Estos 55 pacientes representaron el 21,07% del total de pacientes que consultaron durante dichos años. Analizando dos estudios donde también se tuvo en cuenta la prevalencia del TEPT en poblaciones de características similares, se observó que en México en el año 2005 la tasa de prevalencia de TEPT era del 11.2% (Medina Mores, et al., 2005) y que en Chile en el año 2009 fue del 8.7% (Pérez, et al., 2009), mostrando una amplia diferencia en contraposición a lo expuesto en nuestra investigación, lo cual refleja que el TEPT fue prevalente en la población estudiada. Esta información es de relevancia a tener en cuenta a la hora de evaluar al paciente que acude a la consulta, realizando una exhaustiva anamnesis con el fin de recabar los datos necesarios para el diagnóstico temprano del TEPT.

La edad promedio de los individuos era de 41,05 +/- 14,20 años, con valores entre 15 y 77 años. La mitad de ellos tenía 40 años o más y el rango etario de menor presentación fue el de 14 a 25 años. En comparación con un estudio realizado en España en el año 2004, la edad promedio de diagnóstico del TEPT fue más baja, de 21,08 años con una desviación típica de +/- 3,13 años, respectivamente (Ayala & Ochotorena, 2004)., lo que difiere con nuestros datos.

Con respecto al sexo, se observó que la mayoría eran mujeres, un 70,91% específicamente, mientras que solo el 29,09 % fueron varones, resultado muy similar al obtenido en el estudio de Cuenca 2018, donde se evidenció que el 70% de los pacientes diagnosticados con TEPT correspondía al sexo femenino y el 30% al masculino (Serrano Pesántez, & Ugalde Monsalve, 2019), al igual que el trabajo de campo realizado en Colombia por el autor Suarez, donde la relación de frecuencia de presentación era de 3:1 a predominio del sexo femenino (Suarez, 2016). En otra investigación, realizada en Caracas, también en el año 2016, se encontró una leve diferencia con respecto a los resultados, siendo que el porcentaje de hombres era mayor (46,92%) pero aun así la mayoría de los casos eran femeninos (53,07%) (Torres, 2016).

Se puede afirmar entonces, según los datos y estudios analizados, que se manifiesta una fuerte relación del sexo femenino con el desarrollo del TEPT, en casi tres veces más que en los hombres.

Analizando los factores o hechos desencadenantes más frecuentes se observa que en las mujeres el abuso sexual representó el 30,77%, y, tomando en cuenta el total de los pacientes, el abuso sexual (que incluye además al abuso sexual en la infancia y el abuso sexual intrafamiliar) conformó el 21,82% de los casos. Las autoras Santandreu y Ferrer, que realizaron en España en el año 2014, una investigación sobre TEPT y como este se desarrolla en mujeres que son o fueron víctimas de violencia de género, encontraron que el 40% de las mujeres que habían sufrido abuso desarrollaron un TEPT de carácter moderado, mientras que otro 23% lo hacía de forma grave, es decir, que el 73% de las víctimas desarrolló TEPT, lo cual nos hace pensar que estas dos variables posiblemente estén relacionadas.

En base al abuso sexual infantil (ASI), el cual conformó el 41,6% del total de los casos de abuso sexual recopilados en este trabajo, se hizo revisión de dos estudios realizados en Estados Unidos. Uno de ellos examinó la relación entre el ASI y la subsiguiente aparición de trastornos psiquiátricos, mediante una encuesta, Molnar, Buka y Kessler (2001), tomaron una muestra de 934 víctimas de ASI (793 mujeres y 141 hombres) y observaron que las mujeres presentaban mayor diversificación psicopatológica que los hombres, es decir, no solo que tenían mayor riesgo de desarrollar TEPT sino también mayor riesgo de presentar comorbilidades como ansiedad, depresión, agorafobia, abuso de sustancias e incluso intentos de suicidio, dependientemente de la perpetración del abuso y de las herramientas de apoyo social que estas presentaban, ambos elementos que han sido explicados en el marco teórico del presente trabajo como factores de suma relevancia para la evolución de los pacientes.

El otro estudio norteamericano (Chaffin, Silovsky & Vaughn, 2005), recabó información de diversos centros de día donde se encontraban niños, niñas, adolescentes y mujeres (118 mujeres y 40 varones específicamente), y tuvo como objetivo relacionar el tiempo de inicio de los síntomas compatibles con TEPT luego de que finalizaran los abusos. Encontraron que el 65% cumplía los criterios del TEPT, y que este porcentaje lo relacionaba con el hecho de haber sufrido conjuntamente coacción, violencia, o amenazas para mantener el silencio por parte de su abusador. Además, hallaron que el 87% desarrolló como comorbilidad trastornos de ansiedad de diferentes tipos (generalizada, agorafobia, crisis angustia, etc.)

En Paraguay, Rodríguez, Aguiar y García (2012) analizaron las consecuencias del ASI, estudiando a niñas en un centro de protección. Un 70% mostró alteraciones compatibles con TEPT, así también como con depresión y trastornos de la conducta.

También en un estudio ruso del autor Badmaeva (2011) con la determinación de

comparar las características clínicas y psicológicas en menores víctimas de ASI, se analizó a 90 niños, niñas y adolescentes (61 femeninos y 29 masculinos) y demostró que el 14% desarrolló TEPT y que este mismo fue de peor evolución y características clínicas cuando el abusador ejercía coerción física y perpetraba el abuso en el tiempo, así como también en aquellos donde el abuso se dio de manera repentina.

El trabajo de más reciente data que se pudo encontrar es en Turquía, donde Yüce et al. (2015) evaluaron a 590 víctimas (507 mujeres y 83 varones), mediante instrumentos psicométricos. De ellos, un 31,7% fue diagnosticado con TEPT. También pudieron confirmar a través de diferentes pruebas que la conexión familiar con el abusador y la demora en poder hablar sobre el trauma son predictivos de una mayor afectación psicológica, siendo mayor aún si se ejerce coacción u otro tipo de violencia, al igual que lo observado en otros estudios.

Se sostiene entonces, y dada la gran cantidad de investigaciones que ponen en evidencia la íntima relación del abuso sexual con el TEPT, que estamos ante una problemática no solo médica sino también social que nos interpela, y que se debe brindar el soporte y atención necesaria a estos casos. Teniendo en cuenta que, además, la mayoría son abusos sexuales que suceden la infancia, y que, según los trabajos analizados y la información disponible, esto podría tener consecuencias de altísimo impacto en el desarrollo subjetivo y psicosocial de estos pacientes, por lo que se debe asegurar la toma de medidas necesarias tanto en la salud pública como en el ámbito privado, para asegurar el correcto bienestar físico, psíquico y social de los pacientes.

Respecto al sexo masculino, el hecho desencadenante más frecuente fue la muerte de un familiar, con el 37,50% de los casos, y tomando en cuenta el total de la muestra, este factor tuvo la misma frecuencia que el abuso sexual, con un 21,82%.

Una investigación realizada en el 2019 en México por los autores Roldán-Anzures et al., comparó el desarrollo del TEPT en personas que habían afrontado la muerte de un familiar de forma esperada versus aquellos que lo hicieron de manera inesperada, tomaron en cuenta a 60 personas, de las cuales 22 componían el grupo de muerte inesperada (accidente, suicidio, muerte súbita, homicidio) y 38 el de muerte esperada (enfermedad crónica, enfermedades degenerativas, etc.) Cabe destacar, que en nuestro estudio la mayoría de las muertes referidas como un suceso traumático correspondían a la categoría de esperadas, ya que se trataban predominantemente de muertes por enfermedades, a excepción de 3 casos (5.45% del total, ver tabla nro. 4) que fueron suicidios.

La determinación de la prevalencia de TEPT en el estudio nombrado anteriormente fue de 63.6% en el grupo de “muerte inesperada” (14.28% hombres y 85.71%

mujeres) y de 52.63% en el grupo de “muerte esperada” (30% hombres, 70% mujeres), discrepando así con los resultados de nuestra muestra.

Contrariamente a lo expuesto en el presente estudio, en un artículo los autores Duval et al. (2010) hacen diferencias neurobiológicas en referencia al sexo y exponen que, ante un estresor, el hombre principalmente hace uso del área prefrontal del cerebro, mientras que en las mujeres se activa mayormente el sistema límbico, la amígdala en particular, estructura cerebral que forma parte de las tareas cognitivas y es la “efectora de las conductas de miedo”. Por esto, señalan que las mujeres parecen afrontar el duelo con mayor sensibilidad que los varones, y, por lo tanto, estarían más propensas al desarrollo del TEPT ante la muerte de un ser querido.

Para hablar de que factores se tienen en cuenta a la hora de medir el riesgo de desarrollar TEPT ante la frotación del duelo, Azoulay et al. (2005), expusieron que aquellos miembros de la familia que habían pasado más tiempo cuidando a sus familiares, fueron más propensos a desarrollar TEPT que los miembros de la familia que no tuvieron que estar para ayudarlos mientras se encontraban enfermos.

Se puede decir entonces que a pesar de que en nuestra muestra los resultados hablen de que en los hombres fue más frecuente el desarrollo de TEPT por este hecho, las evidencias muestran que en la mayoría de los estudios es más predisponente encontrarlo en el sexo femenino. De igual manera, es un suceso desencadenante prevalente y es importante que en aquellos pacientes que tengan que atravesar un duelo se les brinden las herramientas correspondientes y necesarias para generar los mecanismos de afrontación adecuados y así, evitar el progreso del TEPT.

Con lo que respecta al tercer y cuarto objetivo específico de este trabajo, resulta importante comparar no solo el tipo de tratamiento aplicado -o la falta del mismo- y la respuesta terapéutica obtenida, sino también, la presencia de las distintas comorbilidades y la remisión de las mismas.

Entre los 55 pacientes de nuestra muestra, 30 (54,55%) recibieron tratamiento psicológico y farmacológico de forma conjunta, 23 (41,82%) fueron tratados solo farmacológicamente y 2 (3,64%) recibieron únicamente tratamiento psicológico.

De los 30 pacientes con tratamiento psicofarmacológico, el 80% presentó respuesta terapéutica positiva, es decir, remisión de los síntomas de TEPT y disminución de las comorbilidades, mientras que el 16,67% lo hizo en forma parcial, aunque este resultado probablemente se deba al incumplimiento o abandono del tratamiento.

En Estados Unidos, Schneier et al., en el año 2012 realizaron un estudio en el cual compararon a dos grupos de personas diagnosticadas con TEPT, dividieron la muestra

total (37 individuos) en dos grupos, al grupo A se le indicó un tratamiento mixto, compuesto por psicoterapia cognitivo-conductual de exposición, bajo las pautas de Foa que se revisaron en nuestro marco teórico, y la administración de Paroxetina (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina - ISRS). El grupo B a su vez, recibió solo el tratamiento psicológico y un placebo. Los grupos estaban conformados por 19 y 18 personas respectivamente. Esta prueba duró un total de 10 semanas donde al grupo A se le administró Paroxetina vía oral en las siguientes dosis:

- 12, 5 mg /día durante la primera semana
- 25 mg/día durante tres semanas
- 50 mg/día durante cinco semanas

A su vez, al grupo B se le administraron pastillas de placebo con la misma frecuencia, y ambos grupos asistieron a terapias individuales de 90 minutos de duración por sesión una vez a la semana durante las 10 semanas.

Se realizaron dos mediciones con escalas psicométricas, la primera fue en la semana número 5 de iniciada la prueba y mostró que el 42,1% del grupo A había presentado una disminución importante en la sintomatología no solo del TEPT que presentaron al momento de iniciar el estudio sino también de sus comorbilidades (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta, etc.), mientras que solo el 16,7% del grupo B presentó mejorías en esta instancia. Cumplidas las 10 semanas, el grupo A había alcanzado el 63,2% de respuesta con el tratamiento psicofarmacológico, y el grupo B alcanzó el 38,9% con el tratamiento solo psicológico.

Por lo tanto, llegaron a la conclusión de que, si bien la terapia cognitiva conductual funcionó en la mayoría de los pacientes del total de la muestra, el efecto sinérgico de la Paroxetina hizo que los pacientes del grupo A tuvieran mejores resultados en menos tiempo. Este fue el único trabajo actualizado donde se estudió el uso concomitante de psicoterapia y psicofármacos, en base a esto y de acuerdo a nuestros resultados podemos asegurar que la terapia combinada parece ser la mejor opción de tratamiento hasta ahora, ya que debemos recordar que el TEPT y sus manifestaciones tienen un gran impacto en la calidad de vida del paciente por lo que este requiere una solución efectiva en el menor tiempo posible, y que para ello los psicofármacos y sobre todo los IRSS, servirían para generar este efecto sinérgico y así obtener mejores resultados; no obstante la terapia psicológica debería continuarse hasta poder resolver complementemente el trauma desencadenante.

Entre los pacientes que solo recibieron tratamiento farmacológico el 95,65% tuvo respuesta terapéutica, y de los que solo recibieron el tratamiento psicológico el 100%

respondió positivamente.

En España, Gesteira, García-Vera y Sanz (2018), demostraron que el uso de la terapia cognitivo-conductual en el TEPT es efectivo incluso después de muchos años de sucedido el hecho desencadenante. Para ello reclutaron a 120 personas de distintas edades y géneros, diagnosticadas desde hace años con TEPT, y aleatoriamente pusieron a 60 en lista de espera y a otras 60 en terapia, con 16 sesiones de 90 minutos de duración, de carácter semanal e individual.

Un 78.3% de las víctimas del grupo de tratamiento disminuyó sus síntomas. En la misma línea, un 56.5%, de los pacientes que habían finalizado el tratamiento habrían mejorado su TEPT según los índices psicométricos que utilizaron para hacer las mediciones, porcentaje que fue significativamente mayor que el del grupo de control que fue del 31%.

También en España, pero en el 2010, Alonso y Labrador, realizaron una investigación similar a la anterior y pudieron observar que del 100% de la muestra que presentaban TEPT grave o moderado en el pretratamiento, un 70% tuvo remisión completa de los síntomas en la medición postratamiento. Solo 5 pacientes continuaron siendo compatibles con el diagnóstico de TEPT luego del mismo. Todos los sujetos de la muestra presentaban comorbilidades a causa del TEPT, pero una vez finalizadas las sesiones de terapia el 40% ya no presentaba signos de depresión o ansiedad.

Ambos trabajos respaldan los datos obtenidos en nuestra investigación, por lo que sostenemos que el tratamiento psicológico es altamente efectivo para el TEPT, ya que brinda las herramientas psicológicas necesarias para afrontar las situaciones que ponen en jaque al paciente y permite así, su psicoeducación, la cual es fundamental para el adecuado desarrollo subjetivo del mismo, ayudándolo a recuperar una calidad de vida adecuada tanto en el aspecto psico-físico como en el social, con la particularidad de que se trata de un tratamiento más largo y que requiere mayor compromiso y colaboración del paciente.

Si hacemos referencia a las comorbilidades, estaban presentes en el 54,55% antes de comenzar el tratamiento. Dentro de estas pudimos observar que el 37,93% tenía depresión, el 24,14% cometía abuso de sustancias, el 20,69% había intentado suicidarse, el 6,9% presentaba agorafobia, otro 6,9% ideas suicidas y, por último, el 3,45% refería aplanamiento emocional.

Comparando varios estudios previos se notó que una considerable cantidad de pacientes diagnosticados con TEPT, presentaban al mismo tiempo depresión en un rango que oscilaba entre el 21% al 94% y, un 39% a 97% sufrían como comorbilidad trastornos

de ansiedad variados. Asimismo, se describía que hasta el 67% de los individuos estudiados en dichos trabajos presentaba una segunda comorbilidad añadida. (Anckermann, 2005; Kimhi & Shamai, 2004; Zayfert, Becker, Unger, & Shearer, 2002). En nuestros resultados, más de la mitad de los pacientes presentaron comorbilidades, por lo que se reafirma el hecho de que el TEPT está sumamente ligado al desarrollo de las mismas.

En el trabajo de investigación en Chile de Pérez et al. 2009 la comorbilidad del trastorno depresivo mayor y de consumo de sustancias fue especialmente alta, al igual que en nuestro estudio, sin embargo, en este se encontraron cifras más elevadas de pacientes que habían desarrollado agorafobia.

En dicho análisis se tomaron como muestra a 2978 adultos de diferentes edades, y se consideraron varios parámetros, entre ellos el desarrollo de comorbilidades y los compararon con personas que no tenían diagnóstico de TEPT. Como resultados obtuvieron que:

- El 28% de los hombres presentó depresión, contra el 6,5% en aquellos que no tenían TEPT.
- El 50% de los hombres presentaba trastornos relacionados al abuso de sustancias (principalmente alcoholismo), contra el 15% en los que no tenían TEPT.
- Un 23% de los hombres desarrolló agorafobia, mientras que los que no tenían TEPT solo lo hicieron en el 5,8% de los casos.
- El 18% de las mujeres desarrollaron depresión, contra el 11,3% de aquellas que no tenían TEPT.
- El 15,9% de las mujeres presentó trastornos por abuso de sustancias, contra el 2,7% en las que no presentaban TEPT.
- Un 36,5% de las mujeres desarrolló agorafobia, mientras que en las que no tenían TEPT se dio en el 15,7% de los casos.

La autora Cuesta-Fajardo (2018) realizó un trabajo de investigación en Ecuador, donde analizó 73 pacientes con diagnóstico de TEPT en un instituto de neurociencias. Obtuvo como resultado que los intentos de suicidio se presentaron en el 35,6% de los casos y que, de ese porcentaje, el 76,9% eran mujeres, esto concuerda con los resultados presentados en nuestro trabajo donde fue más frecuente en dicho sexo (ver tabla Nro. 4). A su vez, el 46,2% había sufrido pérdidas familiares recientes, el 84,6% presentaba conjuntamente trastornos por abuso de sustancias y, el 76,9% presentaba concomitante depresión. Gradus (2013), refiere que el 23% de los pacientes de su estudio presentaban más factores de riesgo, es decir, que el intento de suicidio no se daba como una situación

aislada en dichos casos, sino que se acompañaba de otros elementos, siendo los más comunes el sexo femenino (39,7%), la depresión (34%), el desempleo (21%) y el consumo problemático de alcohol (18%). Esto nos sugiere que el intento de suicidio parece presentarse más frecuentemente como una tercera comorbilidad, y vuelve a reafirmar el hecho de que debemos brindarle suma importancia al diagnóstico precoz del TEPT y a su adecuado tratamiento multidisciplinario, para evitar la aparición de comorbilidades, y sobre todo evitar bajo cualquier circunstancia poner en riesgo la vida o la integridad física y emocional del paciente.

Por último, se registró que un 41,82% de los pacientes de la muestra tomada para el presente trabajo, presentaban antecedentes familiares de situación traumática, es decir haber experimentado de alguna forma, por parte de algún miembro de su familia un hecho que los afecte psicológica y emocionalmente, ya sea de forma individual o como grupo familiar.

Alonso y Labrador (2010) encontraron que de los pacientes con TEPT, el 78% refería haber sufrido violencia en su familia en la infancia o haber presenciado maltratos, violencia física o verbal de parte de sus padres, mientras que en los pacientes que no tenían TEPT solo el 33% refirió tener antecedentes traumáticos familiares.

Widom (1999) hizo un exhaustivo e interesante trabajo de tipo de cohorte prospectivo. Su propósito fue “describir la dimensión en la cual niños víctimas de abuso y abandono padecían mayor riesgo de desarrollar TEPT por traumas posteriores y determinar si la correlación con TEPT persistía a pesar de controlar variables familiares e individuales”. Para ello, se recopilaron datos desde 1967 a 1971 en un área metropolitana de niños y niñas que habían sido abandonados o abusados por sus familias, siendo comparados con niños y niñas sin estas características y con condiciones sociodemográficas, etarias y de género similares, y fueron seguidos hasta pasada su adolescencia. Después de 20 años, se localizaron a 1.196 de los individuos (676 casos y 520 controles) y se encontró que la victimización infantil se asoció a mayor riesgo de TEPT, y mayor riesgo de intentos de suicidio. Alrededor de 37,5% de las víctimas de abuso sexual infantil y del 30,6% de los abandonados cumplieron criterios diagnósticos del DSM V para TEPT alguna vez en su vida, comparado con un 20,4% del grupo control, lo cual resultó estadísticamente significativo.

Basándonos en esto, podríamos decir que este 41,82% obtenido de nuestra muestra, que presentaba antecedentes, podría tener más riesgo de presentar TEPT, aunque la muestra no resulta apropiada o suficiente para realizar las determinaciones estadísticas correspondientes.

Conclusiones

Si bien según el último estudio de referencia (Stagnaro, et al., 2018), que analizó a una muestra de consideración en el territorio argentino y fue avalado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), determinó que solo el 10,7% de la población estudiada presentaba TEPT (tomando en cuenta todos los rangos etarios), en nuestro medio fue el doble. Además, en el trabajo de Stagnaro et al. se obtuvo que si bien la prevalencia de este trastorno era baja en comparación a otros, de ese porcentaje antes nombrado, el 41,9% fueron casos severos, con comorbilidades graves.

Teniendo en cuenta esto, los resultados de nuestra investigación y, lo anteriormente discutido, podemos concluir que:

- Obtener un 21,07% de pacientes que, SI presentaron TEPT en la consulta, sumado a las comparaciones que hicimos con otros resultados con poblaciones similares, es un número adecuado para hablar de que el TEPT es prevalente en la población estudiada.
- Las edades con mayor riesgo a presentar síntomas de TEPT varían entre los 35-49 años (25,45%).
- El hecho de ser mujer conlleva a tener casi tres veces más riesgo de padecer TEPT en comparación a los varones (70,91% - 29,09% respectivamente)
- El abuso sexual, y sobre todo el abuso sexual en la infancia, es un hecho desencadenante con altísima prevalencia en mujeres, no solo en nuestra muestra, que correspondió al 30,77% (21,82% del total de los casos), sino también en otras partes del mundo. Por lo que debemos tenerlo en cuenta en la consulta, como un problema que interpela a la salud, ya que estas pacientes presentan altos porcentajes de comorbilidad.
- La muerte de un familiar fue el hecho desencadenante más frecuente en los hombres de nuestra muestra con un 37,50% (21,82% del total de los casos) aunque no se encontraron evidencias que relacionen significativamente estos elementos.
- El tratamiento concomitante con terapia cognitiva-conductual y psicofármacos es efectivo y eficaz. El tratamiento solo psicológico es efectivo, pero requiere mayor duración y mayor compromiso del paciente. No hay estudios que comprueben la efectividad del tratamiento solo farmacológico. Por esto, es importante manejar al paciente de una manera integral y multidisciplinaria, para que su recuperación sea optima y pueda retomar sus hábitos y calidad de vida en el menor tiempo posible.

- Mas de la mitad (54,55%) de los pacientes presentó comorbilidades al momento del diagnóstico, las más frecuentes fueron depresión con 37,93% y trastorno por abuso de sustancias con 24,14%, esto reafirma lo ya planteado por otros autores acerca del alto riesgo que existe para los pacientes con TEPT de presentar otro trastorno asociado en consecuencia a la falta de diagnóstico precoz y tratamiento adecuado del mismo.
- El porcentaje de pacientes que presentaron como comorbilidad intentos de suicidio fue mayor a lo esperado, siendo así la tercera más frecuente (20,69%).
- Aunque el 41,82% refirió haber tenido antecedentes familiares de sucesos traumáticos, y varios autores afirman que presentarlos aumenta el riesgo de padecer TEPT, la muestra de nuestro estudio no es suficiente para demostrar dicha correlación.

Debido a los argumentos previamente mencionados, y a la escasez de trabajos realizados en esta temática dentro de nuestro país, estudiarla resulta de relevancia. En este sentido, se destaca la importancia de continuar este trabajo, ampliando la población y teniendo en cuenta que además por la situación de la pandemia de COVID19 no se pudo realizar la recolección de datos en la población que se había propuesto en principio, por lo cual sería interesante ampliar esta investigación, sumando factores sociodemográficos y variables, para hacer un estudio más exhaustivo en nuestra ciudad.

Finalmente, cabe destacar la importancia que tiene la salud mental en la preservación de la salud como tal, y que en muchas ocasiones la calidad de vida de un individuo se ve duramente afectada y atravesada por situaciones que lo desbordan y, que, con frecuencia, no obtiene la ayuda necesaria para su recuperación. Por este motivo, es importante reconocer los síntomas del TEPT, identificarlos, indagar sobre la vida del paciente, no solo centrándose en lo físico, ya que nuestro objetivo como médicos es conseguir el estado de completo bienestar psíquico, físico y social.

Referencias

- Alonso, E., & Labrador, F. (2010). Eficacia de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres inmigrantes víctimas de violencia de pareja: un estudio piloto. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 547-559.
- American Psychiatric Association (APA) (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ªed.) (DSM-III). Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V-TR). España, Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anckermann, S., Dominguez, M., Soto, N., Kjaerulf, F., Berliner, P., & Naima Mikkelsen, E. (2005). Psycho-social support to large numbers of traumatized people in post-conflict societies: an approach to community development in Guatemala. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15(2), 136-152.
- Astesiano Andreoletti, C. (2017). Trauma: posibilidades que se abren para un cambio positivo. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/10956>
- Astin, M., & Resick, P. (2006). Tratamiento Cognitivo Conductual del Trastorno por estrés
- Ayala, J. L. M., & de Paúl Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49.
- Azoulay, E., et al. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 171(9), 987-994.
- Badmaeva, M.V. (2011). Consequences of sexual abuse in children and adolescents. *Neuroscience and behavioural physiology*, 41(3), 34-37.
- Bamba, B. M., Gómez, R. A., Beltrán, M. O., Hinojosa, A. J., Linares, J. L., Pérez, L. E. B., ...

- & Allue, J. O. (2017). Redes. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*.
- Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42(10), 1129-48.
- Benight, Ch., Ruzek, J., Waldrep, E. (2008). Internet interventions for traumatic stress: A review and theoretically based example. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 513-20.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A., González, M. (2000). *Trastorno de estrés postraumático*. Editorial MASSON. Barcelona, España. 2000.
- Bosmans, M., & van der Velden, P. (2015). Longitudinal interplay between posttraumatic stress symptoms and coping self-efficacy: A four-wave prospective study. *Social Science & Medicine*, 134, 23-9.
- Breslau N, Kessler RC. (2001). The stressor criterion in DSM IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry*, 50, 699-704.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20-34.
- Chaffin, M., Silovsky, J.F. & Vaughn, C. (2005). Temporal concordance of anxiety disorders and child sexual abuse: implications for direct versus artifactual effects of sexual abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 210-222.
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2012). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solutions*. New York: The Guilford Press.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55(6), 637.
- Cuesta Fajardo, M. L. (2018). *Correlación del trastorno de estrés postraumático y suicidio en víctimas del terremoto del 16 de abril del 2016 atendidos en consulta externa del Instituto Neurociencias*. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas.
- De Antoni, C. & Koller, S. H. (2002). Violencia doméstica y comunitaria. *Adolescencia y*

- Devane, C.L., Chiao, E., Franklin, M. y Kruep, E.J., (2005). Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. *American Journal of Managed Care*, 11, 344-353.
- Dubow, E., & Tisak, J. (1989). The relation between stressful life events and adjustment in elementary school children: The role of social support and social problem solving skills. *Child Development*, 60(6), 1412-23.
- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 307-318.
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, ¿cómo y para qué? *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456. España: Ars Medica
- Famularo, R., & Fenton, T. (1994). Early developmental history and pediatric posttraumatic stress disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 148(10), 1032-1038.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., Ayoub, C. y Barnum, R. (1994). Maternal and child posttraumatic stress disorder in cases of child maltreatment. *Child Abuse y Neglect*, 18, 27-36.
- Feldner, M.T., Monson, C.M. y Friedman, M.J. (2007). A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention. *Behavior Modification*, 31, 80-116.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. y Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for*

- posttraumatic stress disorder: practice guidelines from the international society for traumatic stress disorder (2ª ed.)*. Nueva York: Guilford.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., & Feeny, N.C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 29-43.
- Forbes, D., et al. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 537-552
- Freud, S. (1937). Construcciones en psicoanálisis. *Obras completas*, 3, 3365-3373.
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual infantil: un enfoque multidisciplinario: manejo integrado, terapia e intervención legal*. Porto Alegre: ArtMed
- Gabbard, G. (2008). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona.
- Gesteira, C., García-Vera, M. P., & Sanz, J. (2018). Porque el Tiempo no lo Cura Todo: Eficacia de la Terapia Cognitivo-conductual Centrada en el Trauma para el Estrés postraumático a muy Largo Plazo en Víctimas de Terrorismo. *Clínica y Salud*, 29(1), 9-13.
- Godoy, D. I., Godoy, J. G., López-Chicheri, I. G., Martínez, A. D., Gutiérrez, S. J., & Vázquez, L. V. (2008). Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20(1), 155-165.
- Gradus, J. (2013). Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide. *American Journal of Epidemiology*, 171(6), 721-7.
- Jacobsen L, Southwick S, Kosten T. (2001) Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.
- Jaycox, L., Zoellner, L., & Foa, E. (2002). Cognitive-behavior therapy for PTSD in rape survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 891-906.
- Kessler RC., Sonnega A., et al. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. General Psychiatry Archive. 52, 48-60.
- Kimhi, S., & Shamai, M. (2004). Community resilience and the impact of stress: Adult response

- to Israel's withdrawal from Lebanon. *Journal of community psychology*, 32(4), 439-451.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid. Pirámide.
- Larraín S. (2008). *Violencia de género: Un debate pendiente*. Santiago de Chile: Editorial Catalonia.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22.
- Li, M.M, Friedman, B., Conwell, Y. y Fiscella, K., (2007). Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identify in major depression in older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 55, 596-602.
- Luszczynska, A., Benight, Ch., & Cieslak, R. (2009). *Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review*. *European Psychologist*, 14(1), 51-62.
- Marlatt, G.A., & Donovan, D.M. (2005). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press
- Martín Ayala, Juan Luis; Paúl Ochotorena, Joaquín de Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 2004, 45-49.
- McBride, D., et al. (2018). Risk and protective factors for the course of post-traumatic stress disorder in frontline workers after the Christchurch, New Zealand earthquake. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 27(2), 193-206.
- Medina-Mora ME, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, et al. (2005) *Prevalence of violent events and post-traumatic stress disorder in the Mexican population*. Salud Pública México.
- Mingote, J. C., Machón, B., Isla, I., Perris, A., & Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas psicoanalíticas*, 8.
- Molnar, B., Buka, S.L. & Kessler, R.C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the national comorbidity survey. *American journal of*

public health, 91(5), 753-760.

Municipalidad de Rosario, 2010.

Murillo, J. P. M., & Rodríguez, D. A. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista cúpula*, 30(1), 40-47.

National Institute of Mental Health, Department of Health and Human Services of the United States (NIMH), (2009).

Nezu, A.M., & Nezu, C.M. (2008). Entrenamiento en solución de problemas. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. 327-553. España: Siglo XXI.

Observatorio Social de la Ciudad de Rosario, 2010.

Oleas, H., & Zúñiga, J. (2000). Trastorno de estrés postraumático. *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*, 141.

Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Género y Salud. (2004). *Modelo de Leyes y Políticas sobre Violencia Intrafamiliar contra las Mujeres*. Recuperado de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/LeyModelo.pdf+oms+prevalencia+VIF+mujeres>

Pérez, C, Vicente, B., Zlotnick, C, Kohn, R., Johnson, J., Saldivia, S., & Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental*, 32, 145-153.

Pérez, V. A. F., Fiol, E. B., Palmer, M. C. R., & Guzmán, C. N. (2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 22(2), 251-259.
postraumático. *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. 171-209

Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., Kessler, C.T. y Schatzberg, A.F., 1998. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 24-28.

- Resick, P.A., Williams, L.F., Suvak, M.K., Monson, C.M., & Gradus, J.L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for PTSD among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 201-210
- Rincón, P., Cova, F., Bustos, P., Aedo, J., & Valdivia, M. (2010). Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revista chilena de pediatría*, 81(3), 234-240.
- Robb, A. S., Cueva, J. E., Sporn, J., Yang, R. y Vanderburg, D. G. (2010). Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(6), 463-471
- Rodríguez, Y., Aguiar, B. y García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka: Asunción (Paraguay)*, 9(1), 58-68.
- Rojas Campos, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 73(619), 233-240.
- Roldán Anzures, M. I. E., et al. (2019). Estudio Comparativo del Trastorno de Estrés Postraumático en Familiares de Fallecidos por muerte esperada vs Muerte Inesperada. *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, 2(2), 23-35.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V. & Dixon, J. F. (2000). Características de abuso sexual asociadas con la psicopatología de sobrevivientes. *Abuso y negligencia infantil*, 24(7), 951-964.
- Saaren, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors
- Santandreu, M., & Ferrer, V. A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología conductual*, 22(2), 239.
- Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Suh, E. J., Amsel, L., & Marshall, R. D. (2012). Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 80-88.
- Serrano Pesántez, M. D., & Ugalde Monsalve, R. P. (2019). *Prevalencia del trastorno de estrés*

postraumático en la población rural del cantón Cuenca 2018.

- Shemesh E, Rudnick A, Kaluski E, et al. (2001). A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction (MI). *General Hospital Psychiatry*, 23, 215-22.
- Shin, L. M., Kosslyn, S. M., McNally, R. J., Alpert, N. M., Thompson, W. L., Rauch, S. L., ... & Pitman, R. K. (1997). Visual imagery and perception in posttraumatic stress disorder: A positron emission tomographic investigation. *Archives of General Psychiatry*, 54(3), 233-241.
- Stagnaro, J. C., et al. (2017). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *V Xerte*, 275.
- Steckler, T., & Risbrough, V. (2012). Pharmacological treatment of PTSD—established and new approaches. *Neuropharmacology*, 62(2), 617-627.
- Stein, D. J., Ipser, J., & McAnda, N. (2009). Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: a review of meta-analyses and treatment guidelines. *Cns spectr*, 14(1), 25-31.
- Suárez, R. S. (2016). Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión en Adolescentes y Adultos expuestos al conflicto armado en Colombia 2005-2008. *Medicina*, 38(2), 134-156.
- Torres, A. M. (2016). *Influencia del Sexo, la Edad y la Alexitimia sobre la Aparición de Síntomas Postraumáticos Originados por la Exposición a Hechos de Violencia Urbana en Estudiantes Universitarios.*
- Vargas, A.N., & Coria, K. (2017). *Estrés postraumático. Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso.* México: Manual Moderno.
- Vickerman, K.A., & Margolin, G. (2009). Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, 29, 431-448.
- Watts, B. V., Schnurr, P.P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W.B. y Friedman, M.J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of*

Clinical Psychiatry, 74, 541-550.

Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229.

Yüce, M. et al. (2015). The psychiatric consequences of child and adolescent sexual abuse. *Archives of Neuropsychiatry*, 52, 393-399.

Zayfert, C., Becker, C. B., Unger, D. L., & Shearer, D. K. (2002). Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 31-38.

Zoricic Z, Buljan D, Thaller V, Karlovic D. (2001). Agresión en el Trastorno de Estrés Postraumático comórbido con Dependencia Alcohólica. *The European Journal of Psychiatry*. 17(4), 231-235.

Anexo I

Rosario, 18 de Julio de 2019

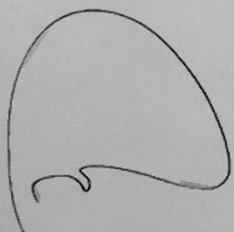
Sr. director de la Carrera de Medicina, Sede Rosario

Dr. Guillermo Weisburd

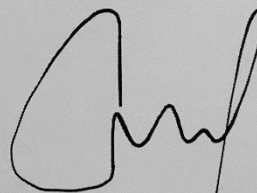
Universidad Abierta Interamericana

Por la presente me dirijo a Usted con la finalidad de comunicarle que el Dr. Daniele Alejandro, docente de la cátedra de Psiquiatría, acepta ser tutor de mi trabajo final de carrera, titulado "Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes que fueron asistidos por el área de salud mental en dos centros de salud de zona Oeste de la ciudad de Rosario durante los años 2017-2019". Comprometiéndose a guiarme y acompañarme durante todo el proceso de investigación y en estar presente en el momento de la defensa.

Sin más nada que agregar, lo saludo cordialmente.



Daniele, Alejandro



Lersia Arcando, Agustina

Rosario, Julio de 2019

Centros de Salud "Che Guevara"

Dr. Daniele, Alejandro

S / D

Me dirijo a Usted con la finalidad de expresarle mi deseo de realizar un proyecto de investigación en el Centro de Salud Che Guev ", de la ciudad de Rosario.

Este proyecto corresponde a la tesis final de carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, sede regional Rosario.

Se trata de un estudio estadístico de tipo descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo y de fuentes secundarias. El objetivo de este trabajo es poner en evidencia la importancia clínica, y la frecuencia que tiene el trastorno de estrés postraumático en la consulta médica y, corroborar si, un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento, influyen en la remisión de este trastorno. Además, de demostrar la relevancia que tiene el mismo en la vida del paciente, dado que lo afectará en su conjunto: físico, psíquico y social.

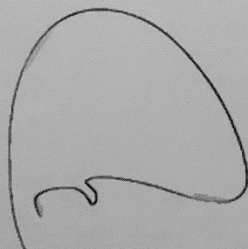
Por ello solicito por este medio, su autorización para acceder a las historias clínicas que correspondan a la temática del trabajo.

Los datos obtenidos serán volcados en una planilla, identificándose con un número, de modo tal que la filiación del paciente y su derecho a la confidencialidad están resguardados, acorde con lo dispuesto por la ley N° 26.529.

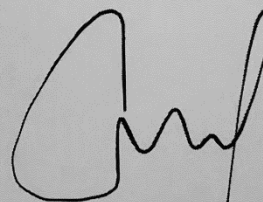
Como autora de este trabajo me comprometo a mantener la confidencialidad de los datos personales de los pacientes y a no revelarlos bajo ninguna circunstancia, acorde a la Ley Nacional de protección de datos personales N° 25.326.

A la espera de su respuesta, agradezco de antemano su atención,

Un cordial saludo



Dr. Daniele, Alejandro



Lersia Arcando, Agustina

Rosario, Julio de 2019

Centros de Salud "Libertad"

Dr. Daniele, Alejandro

S / D

Me dirijo a Usted con la finalidad de expresarle mi deseo de realizar un proyecto de investigación en el Centro de Salud "Libertad", de la ciudad de Rosario.

Este proyecto corresponde a la tesis final de carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, sede regional Rosario.

Se trata de un estudio estadístico de tipo descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo y de fuentes secundarias. El objetivo de este trabajo es poner en evidencia la importancia clínica, y la frecuencia que tiene el trastorno de estrés postraumático en la consulta médica y, corroborar si, un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento, influyen en la remisión de este trastorno. Además, de demostrar la relevancia que tiene el mismo en la vida del paciente, dado que lo afectará en su conjunto: físico, psíquico y social.

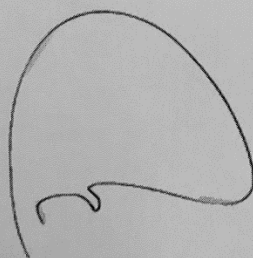
Por ello solicito por este medio, su autorización para acceder a las historias clínicas que correspondan a la temática del trabajo.

Los datos obtenidos serán volcados en una planilla, identificándose con un número, de modo tal que la filiación del paciente y su derecho a la confidencialidad están resguardados, acorde con lo dispuesto por la ley N° 26.529.

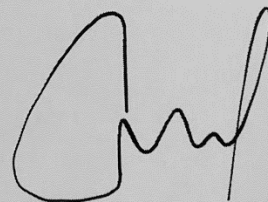
Como autora de este trabajo me comprometo a mantener la confidencialidad de los datos personales de los pacientes y a no revelarlos bajo ninguna circunstancia, acorde a la Ley Nacional de protección de datos personales N° 25.326.

A la espera de su respuesta, agradezco de antemano su atención,

Un cordial saludo



Dr. Daniele, Alejandro



Lersia Arcando, Agustina

Consultorio Particular Dr. Daniele

Rosario, marzo de 2020

Dr. Daniele, Alejandro

S / D

Me dirijo a Usted con la finalidad de expresarle mi deseo de realizar la obtención de los datos para mi trabajo final de carrera en su consultorio ubicado en Montevideo 1840 en la ciudad de Rosario, ya que debido a la pandemia de COVID19, los mismos no pudieron ser recolectados en los lugares pactados anteriormente.

Este proyecto corresponde a la tesis final de carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, sede regional Rosario.

Se trata de un estudio estadístico de tipo descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo y de fuentes secundarias. El objetivo de este trabajo poner en evidencia la importancia clínica, y la frecuencia que tiene el trastorno de estrés postraumático en la consulta médica y, corroborar si, un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento, influyen en la remisión de este trastorno. Además, de demostrar la relevancia que tiene el mismo en la vida del paciente, dado que lo afectará en su conjunto: físico, psíquico y social.

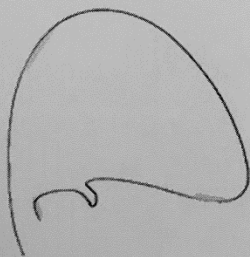
Por ello solicito por este medio, su autorización para acceder a las historias clínicas que correspondan a la temática del trabajo.

Los datos obtenidos serán volcados en una planilla, identificándose con un número, de modo tal que la filiación del paciente y su derecho a la confidencialidad están resguardados, acorde con lo dispuesto por la ley N° 26.529.

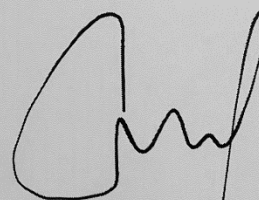
Como autora de este trabajo me comprometo a mantener la confidencialidad de los datos personales de los pacientes y a no revelarlos bajo ninguna circunstancia, acorde a la Ley Nacional de protección de datos personales (N° 25.326).

A la espera de su respuesta, agradezco de antemano su atención,

Un cordial saludo



Dr. Daniele, Alejandro



Lersia Arcando, Agustina