

Artículo original

Prevalencia de estrés postraumático en unidades de medicina familiar de seis ciudades de la frontera México-Estados Unidos de América

Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Family Medicine Units from Six Cities in the Mexico-United States Border
Prevalência de Estresse Pós Traumático em unidades de medicina familiar em seis cidades fronteiriças do México-Estados Unidos da América

Edylma Ileana Leal-Morales,* Víctor Hugo Vázquez-Martínez,** Olga Nelly Cantú-Solís***

Resumen

Objetivo: determinar la prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en unidades de medicina familiar (UMF) de seis ciudades fronterizas del norte del estado de Tamaulipas, México. **Material y métodos:** estudio descriptivo y transversal. Muestra no probabilística por cuotas. El estudio se realizó entre enero y diciembre de 2009. Se incluyó a 300 pacientes de las UMF no. 12, 17, 18, 19, 20, 33, 36, 40 y 79 del Instituto Mexicano del Seguro Social en las ciudades de Matamoros, Reynosa, Miguel Alemán, Díaz Ordaz, Río Bravo y Camargo del estado de Tamaulipas, México. De los pacientes, 53.7% correspondió al género femenino y 46.3% al masculino. Se incluyó a personas de ambos géneros y mayores de edad que tuvieran por lo menos un año de residencia en la zona fronteriza del estado de Tamaulipas, México. **Resultados:** 49.68% de las mujeres y 50.36% de los hombres presentaron TEPT. Los factores productores de estrés más comunes en esta zona fueron: desastres naturales, muerte violenta o repentina de un familiar cercano y violencia intrafamiliar. **Conclusiones:** el TEPT fue más frecuente en mujeres y los factores más comunes fueron el robo y la violación y/o abuso sexual. Los resultados de este estudio muestran que las condiciones de seguridad y de vida en general en pacientes que pertenecen a este grupo de UMF presentan diferencias con las del resto de México, donde se ha identificado que de 1 a 5% de la población ha estado expuesto a TEPT, en contraste con más de 49% identificado en esta investigación.

Summary

Objective: determine the prevalence of the post-traumatic stress disorder (PTSD) in Family Medicine Units (UMF) of six border cities of the North of the State of Tamaulipas, Mexico. **Material and methods:** descriptive and cross-sectional study. A not randomized sample by quota. The study was carried out between January and December 2009. 300 patients were included of the 12, 17, 18, 19, 20, 33, 36, 40 and 79 Family Medicine Units of the Mexican Institute of Social Security in the cities of Matamoros, Reynosa, Miguel Alemán, Díaz Ordaz, Río Bravo and Camargo of the State of Tamaulipas, Mexico. 53.7% patients were female and 46.3% were male. The study included people of both genders and adults who had at least one year of residence in the border area of the State of Tamaulipas, Mexico. **Results:** 49.68% women and 50.36% men had PTSD. The most common stress-producing factors in this area were: natural disasters, violent or sudden death of a close family and family violence. **Conclusions:** the PTSD was more frequent in women and the most common factors were theft and rape and/or sexual abuse. The results of this study show that

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático, síntomas de estrés postraumático, medicina familiar

Key Words: Post-traumatic Stress Disorder, Post-traumatic stress symptoms, Family Medicine

Palavras chave: transtorno de estresse pós-traumático, sintomas de estresse pós-traumático, medicina de família

Recibido: 11/5/12

Aceptado: 6/8/13

*Médico familiar, unidad de medicina familiar (UMF) no. 79, Matamoros, Tamaulipas. **Profesor titular de la Residencia de Medicina Familiar, UMF no. 33, Reynosa, Tamaulipas. ***Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, UMF no. 33, Reynosa, Tamaulipas

Correspondencia:
Víctor Hugo Vázquez-Martínez
frommvictor2000@gmail.com

Este artículo debe citarse: Leal-Morales EI, Vázquez-Martínez VH, Cantú-Solís ON. Prevalencia de estrés postraumático en unidades de medicina familiar de seis ciudades de la frontera México-Estados Unidos de América. Aten Fam. 2013;20(4):114-117.

conditions of security and life in general in patients who belong to this group of the UMF differ with those of the rest of Mexico; where it has been identified that from 1% to 5% of the population has been exposed to PTSD in contrast with more than 49% identified in this research.

Resumo

Objetivo: determinar a prevalência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), em unidades de medicina familiar (UMF) de seis cidades fronteiriças do norte do estado de Tamaulipas, no México. **Material e métodos:** estudo descritivo. Mostra não-probabilística por quotas. O estudo foi realizado entre janeiro e dezembro de 2009. O estudo incluiu 300 pacientes de UMF 12, 17, 18, 19, 20, 33, 36, 40 e 79 do Instituto Mexicano de Seguro Social, nas cidades de Matamoros, Reynosa, Miguel Aleman, Díaz Ordaz, Rio Bravo e Camargo do Estado de Tamaulipas, no México. 53.7% dos pacientes eram do sexo feminino e 46.3% do sexo masculino. Incluíram-se pessoas de ambos os sexos e maiores de idade que tinham pelo menos um ano de residência no estado fronteiriço de Tamaulipas, no México. Resultados: 49.68% das mulheres e 50.36% dos homens apresentavam fatores produtores de TEPT. Os fatores produtores de TEPT mais comuns nesta área foram: desastres naturais, morte violenta ou súbita morte de uma família unida e violência doméstica. **Conclusões:** o TEPT foi mais comum em mulheres e os mais comuns foram roubo e estupro e / ou abuso sexual. Os resultados deste estudo mostram que as condições de segurança em pacientes pertencentes a este grupo de UMF têm diferenças com o resto do México, onde foi identificado que 1-5% da população foi exposta ao TEPT em contraste com mais de 49% identificadas nesta pesquisa.

Introducción

La definición de trastorno por estrés postraumático (TEPT) se acuñó oficialmente en la terminología psiquiátrica en el año de 1980 en la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana en la tercera versión

(DSMIII). Desde entonces este cuadro clínico ha cobrado importancia hasta alcanzar su máximo con ocasión de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington, en Estados Unidos de América. El TEPT es una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad y constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia, que afecta mayormente a población económicamente activa, tanto en población general como en personas que pertenecen a grupos armados. Este trastorno puede generar incapacidad y altos costos en materia de salud; se puede decir que frecuentemente es subdiagnosticado y, en consecuencia, el tratamiento se retrasa o en ocasiones nunca se aplica.¹⁻⁷

El TEPT se origina tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, etc.), en el que está en juego la vida de las personas. Las imágenes de la situación traumática vuelven a experimentarse una y otra vez (*flashback*), con todo detalle, en contra de la propia voluntad y no obstante el paso del tiempo, acompañadas de intensas reacciones de ansiedad (preocupación, miedo, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.). Todo ello genera estrés, agotamiento, emociones fuertes y pensamientos irracionales que aumentan la intensidad del estrés, del agotamiento y de las emociones. Tras el trauma, el pensamiento, el diálogo interno del individuo, no sólo provoca más ansiedad, sino que tiende a producir sentimientos de culpa por aquello que se hizo, por lo que no se hizo, porque no se estuvo “al nivel de las circunstancias” o por haberse salvado; toda una serie de motivos poco realistas, bastante irracionales, por una excesiva autoexigencia. De esta manera se va tejiendo una red cada vez más elaborada en la que están relacionados todos estos elementos que cambian en la misma dirección: provocar más estrés. Sin embargo, es frecuente que las personas

que experimentan estrés agudo, y después estrés postraumático, no pueden y no quieren expresar sus emociones. Algunas tienen dificultades para experimentar estas emociones, y creen que deberían sentir las como las demás personas.⁸⁻¹²

Las víctimas de TEPT requieren apoyo de su familia y en general de las personas que las rodean; necesitan que vuelva a fluir la comunicación, ventilar sus pensamientos, imágenes y emociones; en otras palabras, necesitan reelaborar todo ese “material emocional”. En la medida en que se lleve a cabo bien o mal esta reelaboración, será la proporción de los efectos y la gravedad de los síntomas después del trauma emocional específico. En México, el fenómeno de globalización y apertura de las fronteras inevitablemente ofrece una perspectiva de aumento de oportunidades de empleo y mejor nivel de vida, pero, por otro lado, también favorece un ascenso de las actividades delictivas transnacionales en general y del narcotráfico en particular. Este incremento de la delincuencia puede explicarse por el elevado crecimiento demográfico de las ciudades fronterizas México-Estados Unidos de América que ha provocado un debilitamiento del tejido social y un sensible aumento de los índices de violencia y delincuencia, aunado a las constantes violaciones a los derechos humanos que padecen los indocumentados en la franja fronteriza.¹¹⁻¹⁴

El objetivo del presente estudio es identificar si la prevalencia de estrés postraumático en seis ciudades de la frontera de México-Estados Unidos de América del estado de Tamaulipas, México, es similar o mayor a la del interior de la República Mexicana, en virtud de que en las fronteras de los países se genera con mayor frecuencia violencia secundaria a la población flotante, narcotráfico, migración ilegal, contrabando, trata de personas y otros tipos de delincuencia organizada.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia, no comparativo, que se realizó entre enero y diciembre de 2009.

Se incluyó a 300 pacientes que acudieron a las unidades de medicina familiar (UMF) no. 12, 17, 18, 19, 20, 33, 36, 40 y 79 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tamaulipas, México. Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia. Previa autorización del comité local de investigación y de las autoridades de las UMF involucradas, se inició la selección de 300 participantes mayores de edad, los cuales residieran en la zona fronteriza del estado de Tamaulipas desde hace por lo menos un año, y fueran derechohabientes del IMSS. Se les solicitó participar en el estudio por medio de consentimiento informado; se les aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas e instrumentos de medición para valorar el estrés postraumático.

Para medir el estrés se utilizó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, basada en la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CIDI-15). Para valoración de depresión y ansiedad se utilizaron las escalas de Hamilton. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Epi Info 3.3.2.

Resultados

De las 300 encuestas realizadas se eliminaron cuatro: dos por encontrarse inconclusas y dos debido a que los pacientes manifestaron desear participar en el estudio pero no firmaron la carta de consentimiento informado. De los 296 pacientes que finalmente se integraron al estudio, 140 vivían en la ciudad de Matamoros, 90 en Reynosa, 21 en Miguel Alemán, 16 en Díaz Ordaz, 15 en Río Bravo y 14 en Ciudad Camargo; 53.7% fue del género femenino y 46.3% del masculino.

De las 159 personas del género femenino entrevistadas, 4.4% fue de Camargo, 2.5% de Díaz Ordaz, 51.6% de Matamoros, 4.4% de Miguel Alemán, 33.3% de Reynosa y 3.8% de Río Bravo. De las 137 personas del género masculino entrevistadas, siete vivían en Ciudad Camargo, 12 en Díaz Ordaz, 58 en Matamoros, 37 en Reynosa y nueve en Río Bravo. De los 296 pacientes encuestados, 17.9% presentaba

un diagnóstico previo de depresión, ansiedad o trastorno mixto. Del 81.8% que no presentaba diagnóstico previo de depresión, ansiedad o trastorno mixto, 42.9% era del género femenino y 38.17% del masculino.

Ninguno de los 14 encuestados de Camargo presentó diagnóstico previo de depresión, ansiedad o trastorno mixto. De los 16 encuestados de Díaz Ordaz, 14 no presentaron diagnóstico previo (cuatro del género femenino y 10 del masculino); dos personas del género masculino no especificaron si contaban o no con diagnóstico previo. De los 140 encuestados de Matamoros, 32 tenían un diagnóstico previo (20 del género femenino y 12 del masculino), mientras que 107 no lo tenían (61 del género femenino y 46 del masculino); una persona del género femenino no especificó si tenía o no un diagnóstico previo. De los 21 encuestados de Miguel Alemán, cinco del género masculino presentaron un diagnóstico previo y 16 personas no lo presentaron (siete del género femenino y nueve del masculino). De los 90 encuestados de Reynosa, 15 contaban con diagnóstico previo (11 del género femenino y cuatro del masculino) y 75 no contaban con él (42 del género femenino y 33 del masculino). De los 15 encuestados de Río Bravo, uno del género masculino presentó diagnóstico previo y 14 no lo presentaron (seis del género femenino y ocho del masculino).

De los 53 pacientes con diagnóstico previo de depresión, ansiedad o trastorno mixto, 9.43% estaba siendo manejado con psicotrópicos (todo este porcentaje era del sexo masculino y representaba 1.69% de los 296 pacientes en estudio). Uno de estos pacientes radicaba en Matamoros, dos en Miguel Alemán, uno en Reynosa y otro en Río Bravo.

Del total de pacientes entrevistados, 73.31% había estado expuesto a por lo menos un factor predisponente para TEPT (38.51% del género femenino y 34.79% del masculino), mientras que 26.68% no había estado expuesto a factores productores de TEPT (15.2% del género femenino y 11.48% del masculino). De las 159 mujeres, 114 habían estado expuestas a factores

asociados a producción de TEPT y 45 no lo habían estado.

Discusión

En el ámbito mundial, la literatura que se ocupa de la vulnerabilidad al estrés postraumático menciona tasas más altas en mujeres que en hombres, así como en las personas con ansiedad o depresión preexistente a diferencia de las previamente sanas. En México, Medina-Mora y cols.¹⁴ encontraron que 68% de la población mexicana ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida, variando esta exposición por género y edad; sin embargo, sólo 2.3% de las mujeres y 0.49% de los hombres han presentado TEPT, siendo la violación, el acoso, el secuestro y el abuso sexual los sucesos con mayor manifestación de este trastorno. Los resultados de la presente investigación refuerzan la necesidad de ampliar la cobertura de tratamiento para atender las secuelas de la violencia, considerando las importantes variaciones de género y estadios de desarrollo.

Desde 1987 se cuenta con cifras de TEPT en la población general con valores que oscilan entre 0.5 y 10.8% para los hombres y entre 1.3 y 18.3% para las mujeres. Estudios recientes¹⁵⁻¹⁹ en víctimas de situaciones de combate en países de bajos ingresos han encontrado prevalencias de TEPT de 15.8% en Etiopía, de 17.8% en Gaza, de 28.4% en Camboya y de 37.4% en Argelia. Las zonas fronterizas presentan situaciones estresantes y factores estresores, como ha quedado demostrado en el presente estudio: 73.31% de la población ha estado expuesta a factores favorecedores de TEPT y aproximadamente 50% de la población total encuestada presenta sintomatología compatible con TEPT; 71.69% de las mujeres se ha enfrentado a por lo menos un factor facilitador de estrés postraumático y 49.68% de ellas ha presentado TEPT; 75% de los hombres ha tenido alguna experiencia traumática y 50.36% de ellos presenta esta patología. Los factores productores de estrés más comunes fueron: desastres naturales, muerte violenta o repentina de un familiar cercano y violencia intrafamiliar.

Desde los tres niveles de atención médica, pero particularmente desde el primer nivel de atención, deberían realizarse acciones para detectar a los pacientes susceptibles de presentar TEPT y evitar mayores daños a la salud, así como el impacto que esta patología tiene en cuanto al gasto de recursos humanos y económicos, debido a que con frecuencia el TEPT se manifiesta en la población económicamente activa.

Agradecimientos

Un especial agradecimiento a las autoridades del IMSS de Tamaulipas, en particular a las doctoras Consuelo Cabrales Trejo, coordinadora delegacional de Planeación y Enlace Institucional, y Aracely Magdalena García Hernández, directora de la UMF no. 33 de Reynosa, por su cooperación en la realización de este proyecto.

Referencias

1. Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortés I. El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gac Sanit*. 2006;20(1):71-8.
2. Alonso J, Navarro E. El estrés. *Med Clin (Barc)*. 1993;100(1):26-8.
3. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *RIPCS/IJCHP*. 2003;3(1):141-57.
4. Echeburúa OE. Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Ediciones Pirámide; 2004.
5. La OMS y la sociedad civil: alianza para una salud mejor. WHO/CSI/2002/DP1. 6.-Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
6. Puchol EID. Trastorno por estrés postraumático: conceptualización, evaluación y tratamiento [Internet]. *Revista electrónica psicología.com*. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/16/>
7. Etienne GK. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud; 2008.
8. Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducasse JL, Charlet JP, Lauque D, et al. The Predictive Power of Peritraumatic Dissociation and Acute Stress Symptoms for Posttraumatic Stress Symptoms: A Three-Month Prospective Study. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1337-9.
9. Salvador BA. A vueltas con 1892: violencia y milenarismo en la frontera norte de México. *Revista de Indias*. 1999;59(216):455-66.
10. La gestión de la seguridad fronteriza en el TLCAN. *Justicia Penal Internacional*. 2005;15(1):5-37.
11. Muñoz AE. La migración, catalizador de violencia en ciudades fronterizas: Rodolfo Tuirán. *Jornada UNAM*, enero de 2006.
12. Magallón GMG. Los derechos humanos del indocumentado: su desconocimiento por la jurisprudencia estadounidense. *Revista de Derecho Privado*. 2002;2:67-88.
13. Shear MK. Building a Model of Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159:10.
14. Medina-Mora IME, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*. 2005;47(1):8-22.
15. Grinage BD. Diagnosis and Management of Post-traumatic Stress Disorder. *American Fam Physician*. 2003;68(12):2401-9.
16. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005;162:214-27.
17. Carvajal C. Posttraumatic stress disorder: clinical profile. *Rev chil neuro-psiquiatry*. 2002;40(2):20-34.
18. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: A 20-Year Longitudinal Study. *Am J Psychiatry*. 2006;163:659-66.
19. Rodríguez FN. Influencia de la violencia urbana sobre el nivel de estrés de los adultos mayores que viven solos. *Protocolos de investigación*. Buenos Aires: Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Instituto sobre Investigaciones Psicoantropológicas, USAL; 2006.