



Aspectos clínicos y factores asociados al estrés postraumático en pacientes adultos de tres ciudades de la sierra peruana.

Clinical aspects and factors associated with post-traumatic stress in adult patients from three cities in the Peruvian highlands.

Jimena Contreras-Rodríguez ¹, Angela Quintana-Cadillo ¹, Ayko Yacchi-Sarmiento ¹, Javier Saavedra-Castillo ^{1,2,a}

RESUMEN

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es una condición psiquiátrica que surge como respuesta a eventos traumáticos y puede afectar significativamente la funcionalidad del paciente. La sierra andina es una región cuya población ha estado expuesta a eventos altamente estresantes; sin embargo, existe escasa información sobre factores asociados a la ocurrencia de TEPT en la región. **Objetivo:** Determinar los factores sociodemográficos y clínicos (comorbilidad y funcionalidad) asociados al TEPT. **Material y métodos:** Se trata de un estudio secundario que utilizó la base de datos del adulto del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra – 2017. Instrumentos: Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) en la versión en español de CIE-10, Cuestionario de Salud Mental de Colombia, Escala de Discapacidad y una ficha de datos demográficos e indicadores de pobreza. **Resultados:** Se encontraron asociaciones significativas entre TEPT y grupos de personas casadas y carentes de instrucción escolarizada. El episodio depresivo fue la comorbilidad más frecuente. Los principales estresores fueron la violencia política y los accidentes graves. Asimismo, hubo asociación de TEPT con pensamientos suicidas y dificultad para planificar, organizar y ejecutar diversas actividades. **Conclusiones:** Existe asociación relevante entre TEPT y algunos factores sociodemográficos, eventos traumáticos y trastornos clínicos. Los programas de intervención deben brindar atención inmediata a personas expuestas a eventos traumáticos y disminuir la presencia y el impacto de factores estresantes presentes en la región andina.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de Estrés Postraumático, comorbilidad, trauma psicológico, salud mental.

SUMMARY

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a psychiatric condition that occurs in response to traumatic events and can significantly affect the patient's functional capacities. The Peruvian highlands is a region whose population has been exposed to highly stressful events; however, there is limited information on the factors associated with PTSD in the region. **Objective:** To determine sociodemographic and clinical factors (comorbidity and functionality) associated with PTSD. **Material and methods:** A secondary study was conducted using the adult database of the Epidemiological Study of Mental Health in the Peruvian Highlands - 2017. Instruments: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Spanish version ICD-10, Mental Health Questionnaire of Colombia, Disability Scale, and an intake form with demographic data and poverty indicators. **Results:** Significant associations were found between PTSD and groups of married people and those who had no school education. Depressive episode was the most frequent comorbidity. The main stressors were political violence and serious accidents. Likewise, there was an association of PTSD with suicidal thinking and difficulties in planning, organizing and executing a variety

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

^a Médico Psiquiatra.

of activities. **Conclusions:** PTSD was associated with some sociodemographic factors, traumatic events and clinical disorders. Intervention programs should be aimed at providing immediate care to people exposed to traumatic events and at reducing the presence and impact of such stressors in the Andean region.

KEYWORDS: Post-traumatic stress disorder, comorbidity, psychological trauma, mental health.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una condición psiquiátrica crónica que surge como respuesta a la demanda del organismo frente a eventos traumáticos, cuyas manifestaciones afectan la funcionalidad del paciente (1,2). La mayoría de las personas expuestas a dichos eventos no va a requerir manejo clínico; sin embargo, una minoría sí lo va a necesitar, y aquel evento lo va a afectar significativamente en el ámbito social y/o funcional (1).

La prevalencia del TEPT en estudios epidemiológicos mundiales reporta tasas entre 13% y 20,4% en el sexo femenino y, para los varones, entre 6,2% y 8,2% (3). En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”), a partir de estudios epidemiológicos, ha reportado prevalencias de 12,8% en la sierra en el año 2003; 8,9%, en la selva, en 2004; y 3,7%, en la costa, en 2006. Las prevalencias más altas se muestran en la sierra, lo cual se explica por la exposición a diferentes traumas y distintos factores contextuales (4,5,6).

Los principales efectos del TEPT son a nivel social, académico, laboral e interpersonal (7,8). Otros datos demuestran que los pacientes con este diagnóstico tienen mayor carga financiera y económica, en comparación con otros trastornos mentales (9).

Los factores de riesgo para el desarrollo del TEPT dependen de las características de la persona involucrada y del estresor. Asimismo, comparte factores de riesgo con otros trastornos psiquiátricos, tales como el sexo, antecedentes de trastornos mentales, indicadores sociodemográficos bajos y haber vivido una infancia traumática (3).

En una revisión sistemática de 27 estudios de tipo transversal y prospectivo en EE.UU., Israel y Sudáfrica, Greene et al., encontraron un rango de prevalencia entre 2% y 39,1%. En la mayoría de estos estudios los factores asociados fueron características sociodemográficas: el género, el nivel socioeconómico,

el grado de instrucción escolarizada; asimismo, comorbilidades psiquiátricas tales como depresión, distimia, trastorno de pánico y ansiedad (10).

Son pocos los estudios en Latinoamérica que han abordado los factores asociados al TEPT a nivel poblacional. En Chile, un estudio epidemiológico reportó que la mayor asociación del TEPT fue con la violencia sexual. Las personas con trauma o trastorno psiquiátrico previo mostraron mayor probabilidad a presentar TEPT (11).

Respecto a los estudios realizados sobre factores asociados al TEPT en Perú, cabe señalar que en el estudio de Herrera-López et al., realizado en habitantes de una comunidad campesina expuesta a violencia política, encontró que el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tuvo asociación estadísticamente significativa con el TEPT (12).

La importancia de investigar sobre el TEPT en la Sierra se debe a que esta región ha sido de las más afectadas por el conflicto armado interno, durante el cual hubo graves violaciones a los derechos humanos (13). Asimismo, durante las últimas décadas, la Sierra ha sido una región altamente afectada por desastres naturales, además, cuenta con niveles altos de pobreza (13).

En virtud de lo expuesto, y debido a la alta prevalencia de este trastorno en la Sierra y la influencia del contexto socioeconómico y cultural, se torna importante investigar y ampliar el conocimiento de este trastorno en la región. Además, no se han realizado investigaciones epidemiológicas sobre factores asociados al TEPT en esta región.

El objetivo del presente estudio fue conocer los factores sociodemográficos y clínicos que se asocian al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en tres ciudades de la sierra peruana.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio secundario de tipo transversal, correlacional. Se basa en datos del Estudio

Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz de 2017. La muestra fue seleccionada en forma trietápica por conglomerados en base al marco muestral del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La encuesta presencial fue realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM “HD-HN”) entre septiembre y diciembre de 2017, por profesionales de la salud, en su mayoría psicólogos, quienes realizaron 70 horas de entrenamiento. El presente estudio se basa en la unidad de análisis del adulto.

La población del presente estudio fueron personas de 18 años o más, residentes habituales de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz durante el año 2017. Se incluyeron a personas con por lo menos un mes de residencia en las viviendas seleccionadas. Se excluyeron a personas con problemas que impiden la comunicación, como enfermedades físicas graves o trastornos mentales en situación de emergencia. La muestra final estuvo compuesta por 3 881 personas adultas.

La definición operacional de variables principales se muestra en la tabla 1 y los instrumentos, en la tabla 2.

El protocolo del estudio original fue aprobado tanto por el Comité de Investigación como por el Comité de Ética Institucional del INSM “HD-HN”. Se solicitó un consentimiento informado antes del inicio de la encuesta en cada una de las unidades de análisis. Las fuentes de financiamiento del estudio original han provenido de recursos ordinarios y recursos directamente recaudados por el INSM “HD-HN”. La investigación no produce riesgos en los participantes, dado que se usó una base de datos la cual fue anonimizada y no se podrá identificar a las personas participantes.

Plan de análisis del estudio original

Todos los análisis se realizarán considerando las ponderaciones correspondientes a devolver la distribución poblacional, en términos de edad y sexo, para la representatividad de los resultados. En primer lugar, se analizarán las características generales de la muestra: edad, grupos etarios, sexo, educación, estado civil y nivel de pobreza en relación a sus necesidades básicas insatisfechas (NBI). En el presente estudio se realizaron análisis estadísticos descriptivos, como medidas de tendencia central y frecuencias, y se estimaron proporciones.

1. El análisis bivariado dependerá de la variable independiente. Si esta es nominal, se realizarán pruebas chi cuadrado convertidas al estadístico F para considerar el diseño de la encuesta (a través del paquete estadístico SPSS V20 para muestras complejas), considerando un nivel de significancia de $<0,05$. En el caso de que la variable sea continua se utilizará el modelo lineal general.
2. Para los análisis multivariados se utilizará la regresión logística multinomial para muestras complejas controladas por el mismo consolidado correspondiente de variable. Con las variables identificadas se realizará el modelo final controlado con variables sociodemográficas (sexo, edad y nivel de pobreza). En la variable de indicadores suicidas, el modelo fue ajustado por variables sociodemográficas (sexo, edad y nivel de pobreza) y episodio depresivo.

RESULTADOS

Un total de 3 881 adultos fue entrevistado en el estudio original. La prevalencia del TEPT fue de 9,7% (IC95% 8,5-11) (7). La muestra fue distribuida en un 52,57% de participantes mujeres y 47,43% de varones. La edad promedio fue de $40,42 \pm 16,99$ años. La edad con mayor porcentaje de participantes (42,20%) estuvo comprendida entre los 25 y 44 años.

Respecto a las prevalencias del TEPT, según las variables sociodemográficas, para la edad en el grupo de 45 a 64 años, se encontró una prevalencia de 15,34% (IC95% 12,68-18,43). El sexo femenino presentó una prevalencia del 11,16% (IC95% 9,63-12,91); mayor con respecto a la del sexo masculino, que fue de 8,09% (IC95% 6,47-10,08). Se encontró en el grupo sin instrucción escolarizada una prevalencia de TEPT de 21,41% (IC95% 14,97-29,67); asimismo, el estado civil de separado(a)/divorciado(a)/viudo(a) presentó una prevalencia de 14,38% (IC95% 11,39-17,99) seguido del estado civil casado(a) con una prevalencia de 14,11% (IC95% 11,50-17,19) (tabla 3).

En la tabla 3 se observa, que la mayor asociación significativa en el análisis bivariado con la variable edad (45 a 64 años), sexo (femenino), estado civil (separado/divorciado/viudo), nivel educativo (sin instrucción escolarizada), además se encontró que el sexo femenino tiene 1,42 veces (IC95% 1,08-1,89, $p < 0,01$) más probabilidad de presentar TEPT en comparación con el sexo masculino.

En la tabla 4 se presenta la comorbilidad de trastornos mentales en la vida de pacientes con TEPT. La comorbilidad más frecuente fue la del episodio depresivo con 48,32% (IC95% 42,23-54,46).

En la tabla 5 se muestra la frecuencia de eventos traumáticos, donde se observa que los eventos más frecuentes según la prevalencia de vida de TEPT fueron la violencia política con 38,51% (IC95% 31,57-45,94) y los accidentes graves con 29,52% (IC95% 24,17-35,51). Asimismo, al considerar la prevalencia anual del TEPT, los más frecuentes fueron los accidentes graves con 50,42% (IC95% 33,43-67,32).

En la tabla 6 se observa la prevalencia del TEPT según los eventos traumáticos experimentados en los participantes. Se muestra que 65,47% (IC95% 48,79-79,05) de las personas que experimentaron violación sexual presentaron TEPT, con un OR ajustado de 38,20 (IC95% 15,82-92,24, $p < 0,001$) en comparación con quienes no experimentaron dicho evento. En personas afectadas por la violencia política, el 48,57% (IC95% 40,84-56,37) presentó TEPT con un OR ajustado de 25,91 (IC95% 15,47-43,40, $p < 0,001$).

En cuanto a los indicadores suicidas, se encontró que, de las personas que tuvieron TEPT, el 43% (IC95% 37,1-49,0) tuvo deseo de morir alguna vez en la vida, siendo este el indicador más frecuente. En los análisis bivariados, todos los indicadores suicidas se asocian significativamente con el TEPT, mientras que, según los multivariados controlados por factores sociodemográficos y depresivos, el presentar pensamiento suicida alguna vez en la vida, a diferencia de los otros indicadores, fue el único que mantuvo asociación significativa ($p = 0,014$) (tabla 7).

Respecto al funcionamiento psicosocial, se encontró que, de las personas que tenían TEPT alguna vez en su vida, un 13,55% (IC95% 9,94-18,22) tuvo la presencia de al menos alguna discapacidad; y la alteración más frecuente fue con 9,92% (IC95% 6,76-14,34) el grupo que presentó limitaciones para planificar sus actividades, organizarlas luego y ejecutarlas. Encontrándose solo asociación significativa ($p < 0,032$) en el análisis multivariado, con el grupo que tenía dificultades o limitaciones para planificar sus actividades, organizarlas y ejecutarlas (tabla 8).

Tabla 1. Definición operacional de variables principales.

Variable	Tipo y escala de variable	Definición operacional	Codificación
Indicador de trastorno psiquiátrico			
TEPT de por vida	Categórica nominal	Uso de encuesta MINI en el que se incluyen criterios para TEPT de acuerdo a definición de CIE-10, y que además sintomatología persista más de un año después del trauma hasta la actualidad	0: No 1: Sí
TEPT anual	Categórica nominal	Uso de encuesta MINI en el que se incluyen criterios para TEPT de acuerdo a definición de CIE-10, y que además sintomatología se encuentre presente en los últimos 12 meses de realizada la evaluación.	0: No 1: Sí

Variable	Tipo y escala de variable	Definición operacional	Codificación	
Variables sociodemográficas				
Sexo	Cualitativa dicotómica	Describe el género de una persona 1: Masculino	0: Femenino	
Edad	Cuantitativo discreto ordinal	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	1: 18 – 24 años 2: 25 - 44 años 3: 45 – 64 años 4: 65 o más	
Estado civil	Cualitativa discreta nominal	Conjunto de condiciones o cualidades jurídicamente relevantes que tiene una persona frente a una familia determinada	0: Soltero 1: Casado 2: Conviviente 3: Separado(a) / divorciado(a) / viudo(a)	
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Grado de instrucción o educación media	0: Sin nivel 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior no universitario 4: Superior universitario	
Estado socioeconómico				
Nivel de pobreza	Cualitativa ordinal. Medida a través de las Necesidades básicas insatisfechas	Es pobre aquel hogar que, dadas sus fuentes de bienestar, no puede satisfacer sus necesidades, por más eficientemente que las use.	0: No pobre 1: Pobre 2: Pobre extremo	
Trastornos clínicos				
Trastornos de ansiedad	Cualitativa nominal	Corresponden a todos los trastornos de ansiedad clínicamente diagnosticables, como el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés post-traumático, según criterios CIE10	Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno de pánico Fobia social Agorafobia	0: No, 1: Sí 0: No, 1: Sí 0: No, 1: Sí 0: No, 1: Sí
		Corresponde a los episodios depresivos, distimia y episodios maníacos.	Trastorno obsesivo compulsivo	0: No, 1: Sí
			Episodio depresivo Distimia	0: No, 1: Sí 0: No, 1: Sí
		Trastornos afectivos	Cualitativa nominal	Corresponde al trastorno en la cual hay una inadecuada interacción entre el participante y el entorno.

Indicadores suicidas				
Indicadores suicidas	Cualitativa nominal	Corresponde a los diferentes aspectos del espectro suicida considerándose: pensamientos o ideación suicida, deseos imperiosos de morir, planeamiento o intento suicida.	Deseo de morir	0: No, 1: Sí
			Ideación suicida	0: No, 1: Sí
			Planeamiento suicida	0: No, 1: Sí
			Intento suicida	0: No, 1: Sí
Eventos traumáticos				
Eventos traumáticos	Cualitativa nominal	Evento a la que ha estado expuesto el participante y que lo considera como desencadenante de situaciones de angustia al momento de la recolección de datos.	Accidente grave	0: No, 1: Sí
			Agresión	0: No, 1: Sí
			Violación	0: No, 1: Sí
			Atentado ^b	0: No, 1: Sí
			Terremoto	0: No, 1: Sí
			Violencia política ^c	0: No, 1: Sí
			Otros	0: No, 1: Sí
Funcionamiento psicosocial				
Funcionamiento psicosocial/ Inhabilidad	Cualitativa Nominal	Refiere al uso completo de las habilidades y capacidades en las funciones habituales, ya sean en el cuidado personal, laboral, familiar y social.	Presencia actual de por lo menos alguna discapacidad	0: No, 1: Sí
			Tiene dificultades o limitaciones para mantener regularmente el aseo de su cuerpo, su aliño o arreglo personal	0: Ninguna 1: Algún grado de severidad
			Tiene dificultades o limitaciones para desempeñar eficientemente sus ocupaciones (estudios, trabajos, o casa)	0: Ninguna 1: Algún grado de severidad
			Tiene dificultades o limitaciones para asumir y desempeñar satisfactoriamente sus funciones como madre, padre, esposo(a) o hijo(a)	0: Ninguna 1: Algún grado de severidad
			Tiene dificultades o limitaciones para relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y personas en general	0: Ninguna 1: Algún grado de severidad
			Tiene dificultades o limitaciones para planificar sus actividades, luego organizarlas y ejecutarlas	0: Ninguna 1: Algún grado de severidad

^a Presencia de al menos un síntoma psicótico de mínimo un mes de duración.

^b Agresión contra la vida o la integridad física de una persona o comunidad.

^c Evento que abarca a las experiencias traumáticas por sufrir o ser testigo de sucesos en el que han muerto o desaparecido personas, algún familiar detenido o en prisión, alguna pérdida personal o de bienes y cambio de residencia durante el conflicto armado interno.

Tabla 2. Instrumentos.

INSTRUMENTOS	DEFINICIÓN
Cuestionario de Salud Mental	<p>Adaptado por el INSM “HD-HN” de un estudio original Colombiano busca evaluar el nivel de salud mental en poblaciones grandes y pequeñas donde se obtiene información sobre abuso de sustancias, soporte social, síntomas de estrés, conductas auto lesivas.³⁹</p> <p>Dentro de las preguntas utilizadas para el estudio abarcan algunos estados del espectro suicida tales como: deseo de morir, pensamientos suicidas, planeamiento e intento suicida.</p>
<p>MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10 Modificada^{5,39}</p>	<p>Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores. Este es un instrumento realizado según la CIE-10, el cual proporciona información acerca de los principales trastornos psiquiátricos. Una de sus principales ventajas es que su aplicación demora 15 minutos y no necesita un riguroso entrenamiento para poder realizarla.</p> <p>El análisis psicométrico de los síntomas de los trastornos mentales estudiados se realizará en base al alfa de Chronbach: trastorno de ansiedad generalizada 0,888; agorafobia 0,794; trastorno de pánico 0,835; trastorno de estrés postraumático 0,842; fobia social 0,874; episodio depresivo 0,665; distimia 0,874; episodio psicótico 0,735; dependencia al alcohol 0,748.³⁹</p>
<p>Escala de Discapacidad / Inhabilidad</p>	<p>Cuestionario elaborado por el INSM “HD-HN”, evalúa cinco áreas relacionadas al funcionamiento o discapacidad: funcionamiento familiar, social y ocupacional y organizativo o autodirección además del autocuidado.⁵</p> <p>El análisis psicométrico de este instrumento, según el alfa de Chronbach es de 0,898.³⁹</p>
<p>Datos demográficos y socioeconómicos</p>	<p>Este instrumento permite incluir datos demográficos, además se añaden preguntas acerca de la vivienda, empleo e ingreso y nivel de educación de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0), el cual fue realizado por INEI en el año 2000.⁵</p>

Tabla 3. Características Sociodemográficas Asociado a presencia de Estrés Post Traumático en población adulta de tres ciudades de la sierra peruana.

Características	n (3881)	%	Con TEPT		Sin TEPT		Análisis Bivariado		Análisis multivariado b/	
			% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	p valor a/	OR crudo (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)	
Edad (años)										
<i>De 25 a 44</i>	1809	42,20	6,88 (5,54 - 8,52)	93,12 (91,48 - 94,46)	0,000	1,21 (0,81 - 1,81)	0,323	0,71 (0,45 - 1,13)		
<i>De 45 a 64</i>	881	26,45	15,34 (12,68 - 18,43)	84,66 (81,57 - 87,32)	0,000	2,97 (1,98 - 4,44)	0,160	1,27 (0,78 - 2,08)		
<i>De 65 a más</i>	443	10,15	15,05 (11,19 - 19,94)	84,95 (80,06 - 88,81)	0,000	2,90 (1,79 - 4,70)	0,937	1,03 (0,54 - 1,94)		
<i>De 18 a 24</i>	748	21,19	5,75 (4,20 - 7,83)	94,25 (92,17 - 95,80)						
Sexo										
<i>Femenino</i>	2331	52,57	11,16 (9,63 - 12,91)	88,84 (87,09 - 90,37)	0,013	1,42 (1,08 - 1,89)	0,235	1,20 (0,89 - 1,63)		
<i>Masculino</i>	1550	47,43	8,09 (6,47 - 10,08)	91,91 (89,92 - 93,53)						
Nivel educativo										
<i>Sin Nivel</i>	188	4,63	21,41 (14,97 - 29,67)	78,59 (70,33 - 85,03)	0,000	3,57 (2,17 - 5,87)	0,032	1,91 (1,06 - 3,44)		
<i>Primaria</i>	613	15,08	15,62 (12,21 - 19,77)	84,38 (80,23 - 87,79)	0,000	2,42 (1,65 - 3,55)	0,054	1,55 (0,99 - 2,42)		
<i>Secundaria</i>	1172	29,22	8,83 (7,05 - 11,00)	91,17 (89,00 - 92,95)	0,196	1,27 (0,89 - 1,82)	0,656	1,09 (0,75 - 1,58)		
<i>Superior no Universitaria</i>	593	14,53	8,19 (5,63 - 11,77)	91,81 (88,23 - 94,37)	0,517	1,17 (0,73 - 1,87)	0,909	1,03 (0,64 - 1,66)		
<i>Superior Universitaria</i>	1315	36,54	7,09 (5,55 - 9,03)	92,91 (90,97 - 94,459)						
Estado Civil										
<i>Conviviente</i>	1183	28,55	8,27 (6,61 - 10,30)	91,73 (89,70 - 93,39)	0,001	2,05 (1,34 - 3,12)	0,008	1,92 (1,19 - 3,11)		
<i>Separado(a)/divorciado(a)/viudo(a)</i>	705	13,64	14,38 (11,39 - 17,99)	85,62 (82,01 - 88,61)	0,000	3,82 (2,43 - 5,99)	0,001	2,62 (1,51 - 4,56)		
<i>Casada</i>	1031	29,81	14,11 (11,50 - 17,19)	85,89 (82,81 - 88,50)	0,000	3,73 (2,43 - 5,74)	0,000	2,87 (1,71 - 4,84)		
<i>Soltera</i>	962	27,99	4,22 (2,99 - 5,91)	95,78 (94,09 - 97,01)						
Niveles de pobreza										
<i>Pobre extremo</i>	141	3,38	9,29 (5,49 - 15,30)	90,71 (84,70 - 94,51)	0,954	0,98 (0,55 - 1,76)	0,540	0,83 (0,45 - 1,52)		
<i>Pobre</i>	772	19,55	10,84 (8,59 - 13,59)	89,16 (86,41 - 91,41)	0,328	1,17 (0,86 - 1,59)	0,382	1,15 (0,84 - 1,59)		
<i>No Pobre</i>	2968	77,07	9,44 (8,07 - 11,01)	90,56 (88,99 - 91,93)						

a/: Significancia obtenida con la prueba F corregida para muestras complejas.
 b/: Modelo ajustado por edad, sexo, nivel educativo, estado civil y nivel de pobreza

Tabla 4. Trastornos Mentales Asociados a presencia de Estrés Post Traumático en población adulta de tres ciudades de la sierra peruana.

Trastornos	n	%	Con TEPT		Sin TEPT		Análisis Bivariado		Análisis Multivariado ^{b/}	
			% (IC95%)	% (IC95%)	p valor ^{a/}	OR crudo (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)		
Episodio Depresivo										
Si	987	23,33	48,32 (42,23 - 54,46)	20,77 (19,05 - 22,61)	0,000	3,59 (2,76 - 4,68)	0,000	3,11 (2,37 - 4,07)		
No	2894	76,67	51,68 (45,54 - 57,77)	79,23 (77,39 - 80,95)						
Distimia										
Si	51	1,2	3,95 (2,26 - 6,81)	0,90 (0,61 - 1,32)	0,000	4,52 (2,28 - 8,96)	0,038	2,08 (1,04 - 4,17)		
No	3830	98,8	96,05 (93,19 - 97,74)	99,10 (98,68 - 99,39)						
TAG										
Si	173	4,32	5,43 (3,41 - 8,53)	1,40 (1,00 - 1,97)	0,000	4,43 (3,03 - 6,49)	0,000	2,94 (1,91 - 4,53)		
No	3708	95,68	94,57 (91,47 - 96,59)	98,60 (98,03 - 99,00)						
Trastorno de Pánico										
Si	25	0,74	2,81 (1,336 - 5,71)	0,51 (0,28 - 0,95)	0,000	5,58 (2,13 - 14,58)	0,098	3,20 (0,81 - 12,70)		
No	3856	99,26	97,19 (94,29 - 98,64)	99,49 (99,05 - 99,72)						
Fobia social										
Si	90	2,03	4,99 (3,07 - 8,00)	1,70 (1,30 - 2,24)	0,000	3,02 (1,73 - 5,29)	0,034	1,96 (1,05 - 3,64)		
No	3791	97,97	95,01 (92,00 - 96,93)	98,30 (97,76 - 98,70)						
Agorafobia										
Si	68	1,77	3,57 (2,04 - 6,16)	1,57 (1,12 - 2,21)	0,016	2,31 (1,17 - 4,55)	0,086	1,90 (0,91 - 3,98)		
No	3813	98,23	96,43 (93,84 - 97,96)	98,43 (97,79 - 98,88)						
TOC										
Si	16	0,32	0,90 (0,26 - 3,13)	0,26 (0,15 - 0,46)	0,048	3,49 (1,01 - 12,08)	0,393	1,79 (0,47 - 6,84)		
No	3865	99,68	99,10 (96,87 - 99,74)	99,74 (99,54 - 99,85)						
Síntomas Psicóticos										
Si	56	1,57	4,13 (2,29 - 7,33)	1,29 (0,91 - 1,83)	0,001	3,29 (1,63 - 6,64)	0,000	3,52 (1,75 - 7,07)		
No	3825	98,43	95,87 (92,67 - 97,71)	98,71 (98,17 - 99,09)						

a/: Significancia obtenida con la prueba F corregida para muestras complejas b/: Modelo ajustado por edad, sexo y nivel de pobreza

Tabla 5. Frecuencia de Eventos Traumáticos según la presencia de Estrés Post Traumático en población adulta de tres ciudades de la sierra peruana. (Prevalencia de vida y anual)

Eventos Traumáticos	N	%	Con TEPT		Sin TEPT		Con TEPT ^{b/}		Sin TEPT ^{b/}		p valor ^{a/}
			% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)			
Accidente Grave											
<i>Si</i>	699	18,27	29,52 (24,17 - 35,51)	17,05 (15,34 - 18,92)	0,000	50,42 (33,43 - 67,32)	17,92 (16,23 - 19,74)	0,000			
<i>No</i>	3182	81,73	70,48 (64,49 - 75,83)	82,95 (81,08 - 84,66)		49,58 (32,68 - 66,57)	82,08 (80,26 - 83,77)				
Agresión											
<i>Si</i>	197	4,93	11,90 (8,59 - 16,25)	4,18 (3,42 - 5,10)	0,000	22,30 (10,68 - 40,80)	4,74 (3,99 - 5,63)	0,000			
<i>No</i>	3684	95,07	88,10 (83,75 - 91,41)	95,82 (94,90 - 96,58)		77,70 (59,20 - 89,32)	95,26 (94,37 - 96,01)				
Violación											
<i>Si</i>	49	1,13	7,63 (4,92 - 11,64)	0,43 (0,25 - 0,74)	0,000	8,06 (3,04 - 19,66)	1,06 (0,72 - 1,54)	0,000			
<i>No</i>	3832	98,87	92,37 (88,36 - 95,08)	99,57 (99,26 - 99,75)		91,94 (80,34 - 96,96)	98,94 (98,46 - 99,28)				
Atentado											
<i>Si</i>	53	1,55	6,45 (3,83 - 10,66)	1,02 (0,68 - 1,53)	0,000	0	1,57 (1,09 - 2,25)	0,528			
<i>No</i>	3828	98,45	93,55 (89,34 - 96,17)	98,98 (98,47 - 99,32)		100	98,43 (97,75 - 98,91)				
Terremoto											
<i>Si</i>	200	4,29	13,11 (9,32 - 18,12)	3,34 (2,66 - 4,18)	0,000	1,30 (0,18 - 8,89)	4,32 (3,50 - 5,31)	0,197			
<i>No</i>	3681	95,71	86,89 (81,88 - 90,68)	96,66 (95,82 - 97,34)		98,70 (91,11 - 99,82)	95,68 (94,69 - 96,50)				
Violencia política											
<i>Si</i>	268	7,70	38,51 (31,57 - 45,94)	4,38 (3,48 - 5,50)	0,000	14,48 (5,73 - 32,06)	7,62 (6,33 - 9,15)	0,166			
<i>No</i>	3613	92,30	61,49 (54,06 - 68,43)	95,62 (94,50 - 96,52)		85,52 (67,94 - 94,27)	92,38 (90,85 - 93,67)				
Otro											
<i>Si</i>	195	5,29	13,79 (9,75 - 19,16)	4,38 (3,48 - 5,50)	0,000	11,56 (4,98 - 24,57)	5,22 (4,41 - 6,18)	0,059			
<i>No</i>	3686	94,71	86,21 (80,84 - 90,25)	95,62 (94,50 - 96,52)		88,44 (75,43 - 95,02)	94,78 (93,82 - 95,59)				

a/: Significancia obtenida con la prueba F corregida para muestras complejas

b/: Prevalencia anual de TEPT

Tabla 6. Eventos Traumáticos Asociados a presencia de Estrés Post Traumático en población adulta de tres ciudades de la sierra peruana.

Eventos Traumáticos	n	%	Con TEPT		Sin TEPT		Análisis Bivariado		Análisis Multivariado ^{b/}	
			% (IC95%)	% (IC95%)	p valor ^{a/}	OR crudo (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)		
Accidente Grave										
<i>Si</i>	699	18,27	15,69 (12,76 - 19,15)	84,31 (80,85 - 87,24)	0,000	2,037 (1,53 - 2,72)	0,000	5,60 (3,81 - 8,22)		
<i>No</i>	3182	81,73	8,37 (7,13 - 9,81)	91,63 (90,19 - 92,87)						
Agresión										
<i>Si</i>	197	4,93	23,43 (17,12 - 31,19)	76,57 (68,81 - 82,88)	0,000	3,10 (2,03 - 4,71)	0,000	4,63 (2,40 - 8,94)		
<i>No</i>	3684	95,07	9,00 (7,82 - 10,33)	91,00 (89,67 - 92,18)						
Violación										
<i>Si</i>	49	1,13	65,47 (48,79 - 79,05)	34,53 (20,95 - 51,21)	0,000	19,00 (9,42 - 38,36)	0,000	38,20 (15,82 - 92,24)		
<i>No</i>	3832	98,87	9,07 (7,92 - 10,37)	90,93 (89,63 - 92,08)						
Atentado										
<i>Si</i>	53	1,55	40,43 (27,56 - 54,77)	59,57 (45,23 - 72,44)	0,000	6,68 (3,67 - 12,14)	0,127	3,28 (0,71 - 15,08)		
<i>No</i>	3828	98,45	9,22 (8,07 - 10,53)	90,78 (89,47 - 91,93)						
Terremoto										
<i>Si</i>	200	4,29	29,69 (22,70 - 37,78)	70,31 (62,22 - 77,309)	0,000	4,37 (2,95 - 6,48)	0,000	6,32 (3,10 - 12,92)		
<i>No</i>	3681	95,71	8,81 (7,63 - 10,16)	91,19 (89,84 - 92,37)						
Violencia política										
<i>Si</i>	268	7,7	48,57 (40,84 - 56,37)	51,43 (43,63 - 59,16)	0,000	13,66 (9,56 - 19,52)	0,000	25,91 (15,47 - 43,40)		
<i>No</i>	3613	92,3	6,47 (5,54 - 7,53)	93,53 (92,47 - 94,46)						
Otro										
<i>Si</i>	195	5,29	25,30 (18,24 - 33,95)	74,70 (66,05 - 81,76)	0,000	3,49 (2,25 - 5,42)	0,000	8,14 (4,25 - 15,59)		
<i>No</i>	3686	94,71	8,84 (7,68 - 10,14)	91,16 (89,86 - 92,32)						

a/: Significancia obtenida con la prueba F corregida para muestras complejas

b/: Modelo ajustado por edad, sexo y nivel de pobreza

Tabla 7. Indicadores Suicidas Asociados a presencia de Estrés Post Traumático en población adulta de tres ciudades de la sierra peruana.

Indicadores Suicidas	n	%	Con TEPT		Sin TEPT		Análisis Bivariado		Análisis Multivariado ^{b/}	
			% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	p valor ^{a/}	OR crudo (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)	
Deseo de Morir (Prev. Vida)										
<i>Si</i>	1062	25,76	43,0 (37,1 - 49,0)	23,9 (22,1 - 25,8)	0,000	2,40 (1,85 - 3,10)	0,169	1,28 (0,90 - 1,83)		
<i>No</i>	2819	74,24	57,0 (51,0 - 62,9)	76,1 (74,2 - 77,9)						
Deseo de Morir (Prev. anual)										
<i>Si</i>	209	5,15	9,6 (6,8 - 13,5)	4,7 (3,9 - 5,6)	0,000	2,17 (1,42 - 3,31)	0,996	0,99 (0,59 - 1,69)		
<i>No</i>	3671	94,85	90,4 (86,5 - 93,2)	95,3 (94,4 - 96,1)						
Pensamiento suicida (Prev. de vida)										
<i>Si</i>	366	9,4	21,8 (17,3 - 27,1)	8,1 (7,0 - 9,3)	0,000	3,18 (2,28 - 4,43)	0,014	1,96 (1,15 - 3,35)		
<i>No</i>	3515	90,6	78,2 (72,9 - 82,7)	91,9 (90,7 - 93,0)						
Pensamiento suicida (Prev. anual)										
<i>Si</i>	59	1,52	3,4 (1,9 - 6,0)	1,3 (0,9 - 1,9)	0,010	2,59 (1,26 - 5,33)	0,995	0,99 (0,34 - 2,93)		
<i>No</i>	3822	98,48	96,6 (94,0 - 98,1)	98,7 (98,1 - 99,1)						
Planeamiento Suicida (Prev. de vida)										
<i>Si</i>	151	3,96	11,3 (7,8 - 16,0)	3,2 (2,5 - 4,0)	0,000	3,87 (2,40 - 6,26)	0,217	1,71 (0,73 - 4,02)		
<i>No</i>	3730	96,04	88,7 (84,0 - 92,2)	96,8 (96,0 - 97,5)						
Planeamiento Suicida (Prev. anual)										
<i>Si</i>	16	0,52	1,2 (0,5 - 3,1)	0,4 (0,2 - 0,9)	0,115	2,68 (0,79 - 9,11)	0,741	0,74 (0,12 - 4,51)		
<i>No</i>	3862	99,48	98,8 (96,9 - 99,5)	99,6 (99,1 - 99,8)						
Intento suicida (Prev. de vida)										
<i>Si</i>	87	2,26	5,3 (3,3 - 8,4)	1,9 (1,4 - 2,6)	0,001	2,82 (1,58 - 5,04)	0,43	0,70 (0,29 - 1,69)		
<i>No</i>	3794	97,74	94,7 (91,6 - 96,7)	98,1 (97,4 - 98,6)						

a/: Significancia obtenida con la prueba F corregida para muestras complejas

b/: Modelo ajustado por edad, sexo, nivel de pobreza y depresión

Tabla 8. Funcionamiento Psicosocial Asociado a presencia de Estrés Post Traumático en población adulta de tres ciudades de la sierra peruana.

Funcionamiento Psicosocial	n	%	Con TEPT		Sin TEPT		Análisis Bivariado		Análisis Multivariado ^{b/}	
			% (IC95%)	% (IC95%)	p valor ^{a/}	OR crudo (IC95%)	p valor	OR ajustado (IC95%)		
Presencia actual de por lo menos alguna discapacidad										
<i>Si</i>	317	8,83	13,55 (9,94 - 18,22)	8,32 (7,07 - 9,77)	0,004	1,73 (1,20 - 2,49)	0,644	1,22 (0,53 - 2,80)		
<i>No</i>	3564	91,17	86,45 (81,78 - 90,06)	91,68 (90,23 - 92,93)						
Tiene dificultades o limitaciones para mantener regularmente el aseo de su cuerpo, su aliño o arreglo personal										
<i>Algún grado de severidad</i>	97	2,85	5,31 (3,08 - 9,00)	2,58 (1,96 - 3,40)	0,019	2,11 (1,13 - 3,94)	0,835	1,10 (0,44 - 2,80)		
<i>Ninguna</i>	3784	97,15	94,69 (91,00 - 96,92)	97,42 (96,60 - 98,04)						
Tiene dificultades o limitaciones para desempeñar eficientemente sus ocupaciones (estudios, trabajos, o casa)										
<i>Algún grado de severidad</i>	212	5,69	8,29 (5,48 - 12,35)	5,41 (4,44 - 6,57)	0,048	1,58 (1,00 - 2,49)	0,261	0,62 (0,27 - 1,44)		
<i>Ninguna</i>	3669	94,31	91,71 (87,65 - 94,52)	94,59 (93,43 - 95,56)						
Tiene dificultades o limitaciones para asumir y desempeñar satisfactoriamente sus funciones como madre, padre, esposo(a) o hijo(a)										
<i>Algún grado de severidad</i>	119	3,59	4,69 (2,75 - 7,87)	3,47 (2,68 - 4,50)	0,3	1,37 (0,76 - 2,47)	0,218	0,62 (0,29 - 1,33)		
<i>Ninguna</i>	3762	96,41	95,31 (92,13 - 97,25)	96,53 (95,50 - 97,32)						

Tiene dificultades o limitaciones para relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y personas en general									
<i>Algún grado de severidad</i>	83	2,3	3,95 (2,30 - 6,72)	2,12 (1,61 - 2,79)	0,049	1,90 (1,00 - 3,59)	0,655	1,22 (0,52 - 2,86)	
<i>Ninguna</i>	3798	97,7	96,05 (93,28 - 97,70)	97,88 (97,21 - 98,39)					
Tiene dificultades o limitaciones para planificar sus actividades, luego organizarlas y ejecutarlas									
<i>Algún grado de severidad</i>	165	4,98	9,92 (6,76 - 14,34)	4,45 (3,59 - 5,52)	0,000	2,36 (1,52 - 3,68)	0,032	2,47 (1,08 - 5,66)	
<i>Ninguna</i>	3716	95,02	90,08 (85,66 - 93,24)	95,55 (94,48 - 96,41)					

a/: Significancia obtenida con la prueba F corregida para muestras emparejadas

b/: Modelo ajustado por edad, sexo y nivel de pobreza

DISCUSIÓN

La prevalencia de vida del TEPT fue de 9,7%, la cual es menor en comparación con el estudio realizado en las mismas ciudades en el año 2003, donde la prevalencia fue de 12,8%, siendo compatible con la época reciente de violencia política (4,7). Así también, otros estudios epidemiológicos han reportado prevalencias de 9,2%, en Canadá (14); 11,2%, en México (15); y 4,4%, en Chile, este último estudio utilizó los criterios del DSM III, los cuales son más restrictivos y, además, refiere que la población estuvo poco afectada por crímenes y pobreza (11).

Dentro de los aspectos sociodemográficos, en el bivariado la asociación es significativa con los tres grupos de estado civil, pero tiene mayor OR con “separado/divorciado/viudo”. En el multivariado, la asociación sigue siendo significativa con los mismos, pero ahora el OR es mayor en los casados. Si evaluamos estos resultados con otros estudios, según Van Ameringen et al. encontró asociación significativa entre la presencia de TEPT y los grupos separados/divorciados/viudos, solteros o nunca casados. Si bien, en el presente estudio, el sexo femenino presentó mayor prevalencia de vida de TEPT en comparación con el sexo masculino, su asociación con TEPT en el análisis bivariado no se corroboró en el análisis multivariado. Un escenario similar fue reportado por Herrera-López et al. (12), donde la prevalencia de TEPT fue mayor en el sexo femenino, pero no se encontró diferencia significativa ($p > 0,05$) entre ambos sexos.

En cuanto a las comorbilidades psiquiátricas, similar a nuestros hallazgos, Magruder et al., (16) encontraron que la comorbilidad más frecuente fue la depresión mayor; además, el TEPT se asoció significativamente con la depresión mayor, el TAG y el trastorno de pánico, en un grupo de veteranos con TEPT evaluados en la atención primaria. Por otro lado, Herrera-López et al., (12) reportaron al TAG como principal comorbilidad y, en segundo lugar, depresión, pero solo asociaron la presencia de TAG significativamente con el TEPT. Así también, Scott et al., (17) hallaron asociación significativa entre las experiencias psicóticas, como las delusiones, y el TEPT. Además, Sareen et al., (18) encontraron asociación significativa entre TEPT y síntomas psicóticos, lo cual se atribuyó a una posible relación causal indirecta entre ambos.

El único indicador suicida que se asoció a TEPT fue el tener pensamiento suicida alguna vez en la vida.

Con todo, en un estudio realizado en Estados Unidos en una muestra representativa de mujeres, se encontró asociación significativa ($p < 0,001$) entre el TEPT y las ideas e intentos suicidas; además, el TEPT fue un predictor significativo de ideación suicida a largo plazo (19).

Respecto a los eventos traumáticos, se observó que durante el último año, los accidentes graves pasaron a primer lugar desplazando a la violencia política. Se debe tener en cuenta que, en el año en el cual se realizó la encuesta, el impacto de la violencia política había disminuido considerablemente. Asimismo, el Ministerio de Salud, en 2013, incluye a las ciudades estudiadas como zonas vulnerables a los accidentes de tránsito (20).

Se observó que violación y violencia política mostraron mayor asociación significativa con el TEPT. Así también, Frans et al., (21) encontraron que la violencia sexual tuvo más asociación con el TEPT; también reportaron asociación con la agresión física, robo, muerte trágica de un ser querido y experiencia de guerra. Knipscheer et al., (22) y Pérez et al., (11) también describen la violencia sexual como el evento más asociado al TEPT; además, este último reporta otros sucesos como accidentes, resultar herido de manera repentina o recibir noticias de muerte.

Respecto a la violencia política, la prevalencia de vida de TEPT encontrada fue mayor que los reportados en otros estudios peruanos. Herrera-López et al. (12) encontraron 25,6% de prevalencia en una comunidad campesina de Huancavelica, Pedersen et al. (23) reportaron, además, una prevalencia de 24,8% en comunidades altoandinas de la provincia de Huanta; Suárez EB (24) encontró una prevalencia de 9,3% en mujeres quechuahablantes de la ciudad de Ayacucho, y lo atribuyen a la resiliencia experimentada por las afectadas. Es importante mencionar que el departamento de Ayacucho, donde se inició la violencia, pertenece a la región Sierra Sur Central, la cual presentó el mayor porcentaje de fallecidos y desaparecidos durante los primeros 12 años de la violencia (13). Así también, en 2017, el 43,7% de la población de la ciudad de Ayacucho reportó alguna pérdida familiar como consecuencia de la violencia política. En la ciudad de Cajamarca este valor fue de 2,2% y, en Huaraz, de 4,9%; además, la prevalencia de vida de algún trastorno psiquiátrico fue mayor en quienes tuvieron dicha pérdida en comparación con quienes no la presentaron (7).

Respecto a la situación de los accidentes de tránsito en el Perú, se ha reportado que entre el 16,6% y el 22,9% del total corresponde a accidentes graves (20). En la Sierra, los accidentes se dan mayormente en carretera (20). A diferencia de los accidentes que ocurren en la urbe, los de zonas rurales suceden comúnmente en buses interprovinciales, y se han relacionado con las condiciones climáticas, somnolencia y el servicio de transporte informal (25). En cuanto a este evento, Bedaso et al. (26), encontraron una prevalencia de 15,4% en sobrevivientes de accidentes de tránsito; dicho valor fue considerado elevado y se atribuyó al inadecuado cuidado psicológico en el servicio, grado de severidad, demora con los seguros y posible escasez financiera. Cabe mencionar un estudio de Yohannes et al., (27), reportaron un valor de 22,8% en sobrevivientes que acudían a hospitales públicos en la capital de Etiopía.

Por último, se determinó el nivel de discapacidad que genera el TEPT. En nuestro estudio, se encontró con mayor significancia tener dificultades o limitaciones para planificar sus actividades, organizarlas y ejecutarlas, lo cual implica un deterioro funcional. De igual forma, Nería et al. (30) señalaron que este trastorno estaba asociado con un importante deterioro de la vida social y familiar, así como con la pérdida de trabajo a largo plazo en pacientes con el TEPT de atención primaria.

Es importante tener presentes las limitaciones del estudio; en primer lugar, al ser un estudio de tipo transversal, no es posible establecer relaciones de causa-efecto entre las variables. En segundo lugar, el diagnóstico del TEPT se realizó a través de una encuesta, por lo que las respuestas son subjetivas y no fueron corroboradas por un psiquiatra. En tercer lugar, se debe considerar la validez del diagnóstico del TEPT en las poblaciones rurales, ya que se puede patologizar la manera en la que estas afrontan las experiencias traumáticas según sus creencias culturales (31).

En conclusión, se requiere implementar políticas públicas con el fin de velar por la integridad mental que pudo verse afectada por los estresores vivenciados y para facilitar el acceso a servicios de salud mental de manera temprana a personas que han estado expuestas a eventos traumáticos. De esa manera se podrá brindar una atención oportuna y disminuir las secuelas y el impacto que puedan tener dichos eventos a nivel social, económico y laboral.

Por último, se recomienda a las autoridades aplicar mayor rigurosidad a la normativa de tránsito con la finalidad de prevenir accidentes, ya que actualmente estos son los eventos más frecuentes en nuestra población con TEPT.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de TEPT fue mayor en el sexo femenino, edades comprendidas entre 45 y 64 años, estado civil separado/viudo/divorciado, nivel educativo y nivel socioeconómico bajo. El TEPT se asoció con el grupo de personas casadas, separadas/divorciadas/viudas, convivientes y que no habían tenido instrucción escolarizada.
2. El episodio depresivo fue la comorbilidad más frecuente en personas con TEPT. Hubo asociación entre TEPT y el episodio depresivo, distimia, TAG, fobia social y trastorno psicótico.
3. El principal estresor según prevalencia de vida de TEPT fue la violencia política; y según la prevalencia anual, los accidentes graves. El evento más asociado a TEPT fue violación.
4. El indicador suicida que se asoció con TEPT fue el presentar pensamiento suicida alguna vez en la vida.
5. El 13,55% de los participantes con TEPT tuvo alguna discapacidad en algún momento de su vida.
6. A partir de los hallazgos obtenidos, se recomienda implementar políticas públicas para facilitar el acceso a servicios de salud mental de manera temprana a personas que han estado expuestas a eventos traumáticos.

Declaración de financiamiento: Autofinanciado

Conflicto de intereses: Los autores declaran no presentar conflictos de interés en la concepción, desarrollo y publicación del presente estudio.

Correspondencia:

Jimena Rocío Contreras Rodríguez
Dirección: Jr.Rodolfo Rutte 667 – Magdalena del Mar, Lima, Peru
Correo electrónico: jimena.contreras.r@upch.pe
Celular: 51989371083

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2002; 40(supl 2):20-34.
2. Miao XR, Chen QB, Wei K, Tao KM, Lu ZJ. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res.* 2018; 5(1):32.
3. Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry.* 2019; 18(3):259-269.
4. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2004; 19 (1-2):1-216.
5. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. *Anales de Salud Mental.* 2005; 21 (1-2): 1-212.
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2007; 23 (1-2):1-226.
7. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2019; 35 (2):1-297.
8. Lino P, Gerardo H. Trastorno por estrés post traumático: Una revisión del tema. *Salud Mental.* 2002; 25(3):19-26.
9. Tim B, Josephine J, Cristoph K, Jochen W. How expensive are post-traumatic stress disorders? Estimating incremental health care and economic costs on anonymised claims data. *Eur J Health Econ.* 2020; 21:917–930.
10. Greene T, Neria Y, Gross R. Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *J Clin Psychol Med Settings.* 2016; 23(2):160-180.
11. Pérez C, Vicente B, Zlotnick C, Kohn R, Johnson J, Valdivia S, et al. Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental.* 2009; 32(2):145–153.
12. Herrera-Lopez V, Cruzado L. Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013. *Rev Neuropsiquiatr.* 2014; 77(3):144-159.
13. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe final. Lima: Comisión de la Verdad y Reconciliación (Perú); 2003. (Citado el 15 de octubre de 2021). Recuperado a partir de: [http://www.cverdad.org.pe/ ifinal](http://www.cverdad.org.pe/ifinal)
14. Van-Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Posttraumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther.* 2008; 14(3):171-81.
15. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez JG. Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol.* 2003; 112(4):646–656.
16. Magruder KM, Frueh BC, Knapp RG, Davis L, Hamner MB, Martin RH, et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in veterans affairs primary care clinics. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005; 27(3):169–179.
17. Scott J, Chant D, Andrews G, Martin G, McGrath J. Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *Br J Psychiatry.* 2007; 190:339-43.
18. Sareen J, Cox BJ, Goodwin RD, J G Asmundson G. Co-occurrence of posttraumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a nationally representative sample. *J Trauma Stress.* 2005; 18(4): 313-322.
19. Cogle JR, Resnick H, Kilpatrick DG. PTSD, depression, and their comorbidity in relation to suicidality: cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women. *Depress Anxiety.* 2009; 26(12):1151-1157.
20. Ministerio de Salud. Análisis epidemiológico de lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú, 2013. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; 2013.
21. Frans O, Rimmo PA, Aberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 111(4):291-9.
22. Knipscheer J, Sleijpen M, Frank L, de Graff R, Kleber R, Ten Have M, et al. Prevalence of Potentially Traumatic Events, Other Life Events and Subsequent Reactions indicative for Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands: A General Population Study Based on the Trauma Screening Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(5):1725.
23. Pedersen D, Gamarra J, Planas ME, Errázuriz C. Violencia Política y salud en las comunidades altoandinas de Ayacucho, Perú. En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenás S, editores. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina.* Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.p.289-307.
24. Suarez EB. The association between post-traumatic stress-related symptoms, resilience, current stress and past exposure to violence: a cross sectional study of the survival of Quechua women in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Confl Health.* 2013; 7(21).
25. Rey de Castro J, Rosales-Mayor E. Cansancio y somnolencia durante el desempeño laboral de los

- conductores interprovinciales: experiencia peruana y planteamiento de propuestas. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(2): 237-242.
26. Bedaso A, Kediro G, Ebrahim J, Tadesse F, Mekonnen S, Gobena N, et al. Prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder among road traffic accident survivors: a prospective survey at selected hospitals in southern Ethiopia. *BMC Emerg Med*. 2020; 20(1):1-10.
27. Yohannes K, Gebeyehu A, Adera T, Ayano G, Fekadu W. Prevalence and correlates of post-traumatic stress disorder among survivors of road traffic accidents in Ethiopia. *Int J Ment Health Syst*. 2018; 12(1):1-8.
28. Cairo JB, Dutta S, Nawaz H, Hashmi S, Kasl S, Bellido E. The prevalence of Posttraumatic Stress Disorder Among Adult Earthquake Survivors in Peru. *Disaster Med Public Health Prep*. 2010; 4(1):39-46.
29. Flores EC, Carnero AM, Bayer AM. Social capital and chronic post-traumatic stress disorder among survivors of the 2007 earthquake in Pisco, Peru. *Soc Sci Med*. 2014; January (101):9-17.
30. Neria, Y, Gross R, Olfson M, Gameroff MJ, Wickramaratne P, Das A, et al. Posttraumatic stress disorder in primary care one year after the 9/11 attacks. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28(3):213–222.
31. Theidon K. Entre prójimos: El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú. Perú: IEP Ediciones; 2004. p.40-47.

Recibido: 08/03/2022

Aceptado: 12/09/2022