

## EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL ESTADO DE MÉXICO

## POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN A FAMILY MEDICINE UNIT OF THE MEXICAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY IN THE STATE OF MEXICO

Bertha Trejo Mares <sup>1</sup>  
Jorge Trejo Mares <sup>2</sup>

### RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y longitudinal al total de pacientes que acudieron a calificar su accidente como riesgo de trabajo en una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en el estado de México, de enero a diciembre de 2010. El requisito de inclusión era que el accidente se calificara como profesional. Se aplicó un cuestionario recabando nombre, edad, diagnóstico y si, debido a su accidente, se envió al servicio de Psicología; también se preguntó al paciente si consideraba importante que se atendiera por un psicólogo. Se interrogó a los psicólogos de la unidad en cuanto a si atendieron pacientes derivados a su servicio a consecuencia de un accidente de trabajo, y la respuesta fue negativa. Los resultados obtenidos parecen indicar que el diagnóstico de estrés postraumático realizado no fue suficiente preciso y, por lo tanto, no se le otorgó un tratamiento adecuado y oportuno.

**Palabras clave:** estrés postraumático, teoría, tratamiento, accidente de trabajo

### ABSTRACT

An observational, descriptive, analytical and longitudinal study was conducted on all patients who visited an IMSS clinic located in the State of Mexico. This occurred during the months of January-December 2010 on patients who had experienced an accident and wanted it to be qualified as a work accident. The inclusion condition was the accident qualified as professional. A questionnaire was applied to gather name, age, diagnosis and if they were sent to the psychological service as a consequence of their accident; we also asked the patients if they considered being attended by a psychologist important. We interviewed the psychologists at the clinic and asked them if they have attended patients sent to their service because of a work accident. All answers were no. Results show that there is not an adequate and opportune treatment since the post-traumatic stress diagnosis is not determined after an accident.

**Keywords:** post-traumatic stress, theory, treatment, occupational accident

### INTRODUCCIÓN

El estrés postraumático se describió inicialmente en el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual), editado por la American Psychiatric Asociación (APA) en 1980, y se clasificó como un trastorno de ansiedad. Se consideraba que lo padecen personas que son víctimas de las guerras, agresiones sexuales, accidentes aéreos o catástrofes naturales y también las personas que son víctimas de un delito o de un accidente. Asimismo, en la actualidad se viven hechos sociales que amenazan la seguridad y la integridad física personal o de nuestros allegados, por lo que, obviamente, esta lista ha aumentado, pues las personas que sufren despidos laborales injustificados, secuestros, asaltos, acoso o extorsión, también pueden presentarlo. En 1980, en el DSM-III se daba importancia a la naturaleza del estímulo que debía ser una amenaza contra la vida o ser testigo del riesgo de que pierda la vida otra persona, y estas experiencias debían estar fuera del marco habitual de la vida diaria del paciente. Esta perspectiva se eliminó en el DSM-IV, publicado en 1994. En este manual se da más importancia a la respuesta de la víctima que al estímulo, ya que es subjetivo determinar qué es lo habitual en la vida diaria de una persona, pues existen poblaciones que lo habitual para ellas es vivir en guerra, por ejemplo, o en situaciones de tortura, ya sea como víctimas o como espectadores. El cuadro de estrés postraumático surge principalmente por las situaciones sociales. Las personas que padecen este síndrome perciben al mundo como peligroso y pierden su habilidad para modificar su conducta de modo apropiado en respuesta al estímulo. El factor crítico entonces puede no ser el suceso traumático en sí mismo, sino la capacidad individual para modular la respuesta de estrés y restaurar la homeostasis psicológica y biológica. Se han hecho estudios que reportan

<sup>1</sup> Especialista en Salud en el Trabajo, Psicóloga Clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social, Estado de México, México

<sup>2</sup> Especialista en Ginecología y Obstetricia. Instituto Mexicano del Seguro Social, Estado de México, México

#### Correspondencia:

Dra. Bertha Trejo Mares  
Valle de Cauca 173, Col. Valle de Aragón 1ª Secc.,  
Netzahualcóyotl, Estado de México, CP 57100, México  
Teléfono: 57127803  
E-mail: [betytan@yahoo.com](mailto:betytan@yahoo.com)

que las mujeres son más sensibles al estrés; se presenta con más frecuencia en niños, adolescentes y ancianos que en los adultos en general; investigaciones recientes muestran que las personas con este síndrome tienen alteraciones neurobiológicas tales como una disminución en el volumen del hipocampo. El hipocampo está relacionado con la regulación de la memoria e interviene en la extinción de los condicionamientos; la hipotrofia del hipocampo dejaría al sujeto con menor capacidad para la extinción de las respuestas condicionadas que hacen que cualquier estímulo asociado con el trauma desencadene el recuerdo del mismo. Después de sufrir un trauma, queda una sensibilización a nivel neurobiológico; así posteriormente, todo lo que se asocie con este evento o todo lo que lo evoque, generará el recuerdo de la situación traumática en forma de flashes (o fogonazos). Sustancias que actúan sobre los centros cerebrales también son capaces de producir estos flashazos. En casos de estrés, el cortisol aumenta, mientras que en el estrés postraumático se encuentra disminuido en sangre, saliva y orina. Este dato es útil para hacer un diagnóstico diferencial. Hay un aumento de hormona tiroidea sanguínea. Disminuye la captación de serotonina en las plaquetas. También se ha reportado que los pacientes con este síndrome presentan bajo nivel intelectual, lo cual interfiere con la habilidad de la persona para adaptarse. Se han desarrollado diferentes enfoques teóricos. Desde el punto de vista neurobiológico de la memoria en situaciones emocionalmente importantes, se destaca el estudio de Larry Cahill (Center for the Neurobiology of Learning and Memory, Universidad de California, <http://www.cnlm.uci.edu>). La tesis, que Cahill ha demostrado mediante estudios experimentales, es que las experiencias emocionalmente significativas están reguladas por un sistema neurobiológico endógeno que se activa en función de la importancia de las mismas, lo que parecería ser un mecanismo adaptativo generado a lo largo de la evolución: si se recuerdan más las situaciones de peligro, el sujeto está mejor preparado para evitarlas. El sistema de fijación de las memorias con significación afectiva tiene dos componentes: a) Las catecolaminas epinefrina (adrenalina) y norepinefrina (noradrenalina) favorecen la fijación del acontecimiento cargado afectivamente; b) el complejo anatómico de la amígdala cerebral. La inyección de adrenalina, inmediatamente después de una experiencia importante, afectivamente aumenta el recuerdo de la misma actuando, sobre todo, a nivel de la amígdala cerebral. Esto fue demostrado en estudios con animales en el laboratorio de McGaugh, en el que trabaja Cahill. El mérito de Cahill es haber diseñado experimentos que prueban que lo mismo sucede en los humanos, con particular relevancia para los sucesos traumáticos. Un aspecto a destacar es que no sólo la situación traumática específica (accidente, secuestro, violación, etc.) que precede a la emergencia del trastorno de estrés postraumático, interviene como causa del mismo, o que los traumas previos -especialmente los infantiles- preparan el camino para que el acontecimiento precipitante tenga poder patógeno,

sino que los "flashbacks", y la reexperiencia emocional de los recuerdos intrusivos que forman parte del cuadro refuerzan, a nivel psicológico y biológico, a los acontecimientos vividos en la realidad. Janet enfatizó que en la reacción postraumática había una interacción entre el afecto y la memoria, e introdujo el término de "fobia al recuerdo"; se impide la integración de la experiencia traumática y se separan los recuerdos de la conciencia. Esto hace que no se logre un correcto procesamiento de la información y altera su almacenamiento como recuerdo narrativo. Esta integración es lenta y la tendencia a persistir se conoce como "tendencia a la completación"; hasta que esto no se logre, los recuerdos se almacenarán en forma activa y tenderán a representarse en forma repetida. Cuando se logra la completación, se estructuran nuevos significados y finalmente los recuerdos pasan a la memoria a largo plazo. Desde un punto de vista psicodinámico, el estímulo traumático es tan intenso que dificulta su elaboración por el psiquismo. El estímulo provoca diferentes efectos: la alteración en el equilibrio entre el yo y el superyó hace que surja la culpa (incluso por haber sobrevivido) como un fenómeno concurrente en el efecto traumático. La víctima suprime, aun en forma temporal la carga moral del superyó. El trauma altera lo que es llamado "el principio de constancia", que a nivel intrapsíquico equilibraría la carga energética para permitir que los procesos mentales funcionen normalmente; la internalización de las energías provenientes de la relación del individuo con el exterior estaría regulada por una especie de barrera protectora con el fin de balancear el flujo energético, dado por descargas emocionales periódicas. Esta barrera protectora utilizaría el recurso de los procesos asociativos a los que el individuo puede utilizar a la hora de internalizar los eventos potencialmente traumáticos; esto es una concepción dinámica del psiquismo. El trauma se establece como un acontecimiento psíquico solo cuando es superada por la intensidad energética del evento y ha roto el principio de constancia, y bajo estas condiciones se presenta la sintomatología del síndrome. Freud propuso que la "compulsión de repetición" era una consecuencia del instinto de muerte; creía que esta compulsión podría ser necesaria como un intento de dominar el acontecimiento traumático. Se distinguen así dos formas de repetición compulsiva, la instintiva y la "yoica". La yoica representa un intento de elaboración de la experiencia traumática, que normalmente trata de completar la integración de nueva información de la realidad con la adquirida previamente y que está almacenada en forma de esquemas cognitivo-afectivos. De esta forma se piensa que el trauma deja al yo con una tarea incompleta y se considera que se tiende a recordar mejor una tarea incompleta que las completas con el objetivo de alcanzar la complitud, y se complica lograrlo por la relación con conflictos previos; además de que la elaboración de cualquier experiencia traumática depende de la idiosincrasia de cada persona. La teoría conductista explica que en el trastorno de estrés postraumático hay una alteración en las respuestas condicionadas, las respuestas autó-

nomas frente a estímulos inocuos y aversivos están elevadas y aparece una mayor respuesta frente a estímulos no emparejados y una menor extinción de las respuestas condicionadas. Se ha propuesto que estos pacientes tienen una mayor excitabilidad del sistema simpático en el momento del condicionamiento, de tal manera que son más "condicionables" y generalizan las respuestas condicionadas relacionadas con el miedo a diversos estímulos después de ser sensibilizados por el estrés, a diferencia de las personas que sufren un trauma y no desarrollan estrés postraumático. El trauma es un estímulo aversivo incondicionado que provoca un aumento en los niveles de ansiedad. Estímulos internos y externos, que inicialmente eran neutros al presentarse el trauma, adquieren características aversivas y se convierten en estímulos aversivos condicionados; los sujetos tratarán de evitar la exposición a estos estímulos y se esforzarán por aprender a evitar lo que provoque el recuerdo de la experiencia traumática. Desde el punto de vista cognitivo, se considera que el comportamiento de una persona está constantemente regulado por el conocimiento que tiene de sí mismo y de la forma en que percibe el mundo. Las distorsiones cognitivas pueden alterar la habilidad de la víctima para evaluar los factores personales y los del medio ambiente. La creencia más frecuentemente afectada en las víctimas es la sensación de invulnerabilidad y la de pérdida del control. La persona procesa el trauma de una manera que la hace sentir de forma mantenida una amenaza actual y grave, percibe sensaciones muy negativas debido al trauma o sus consecuencias y por los trastornos de la memoria que propician una contextualización deficiente y una intensa memoria asociativa que activan los sentimientos de miedo, pena, duelo, culpa, vergüenza y desesperanza, de falta de seguridad y significación del futuro y deseos de venganza, autoridad y control. Aunque los síntomas de las personas que sufren de trastorno de estrés postraumático pueden ser muy diferentes, por lo general se incluyen en las tres categorías siguientes:

1. Repetición de la vivencia: Las personas frecuentemente tienen recuerdos o pesadillas repetidas sobre el evento estresante. Algunos pueden tener "flashbacks", alucinaciones u otras emociones vívidas de que el evento está sucediendo o va a suceder nuevamente. Otros sufren de gran tensión psicológica o fisiológica cuando ciertos objetos o situaciones les recuerdan el evento traumático.
2. Evasión: Muchas personas con trastorno de estrés postraumático evitan sistemáticamente las cosas que les recuerdan el evento traumático. Esto puede llegar a causar evasión de todo tipo: pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el incidente y también actividades, lugares o personas que se los recuerden. Otras personas parecen no responder a las cosas o situaciones relacionadas con el evento y no recuerdan mucho sobre el trauma. Estas personas también podrían mostrar una falta de interés en las actividades que les eran importan-

tes antes del evento, se sienten alejadas de los demás, sienten una gama de emociones más limitada y no tienen esperanzas sobre el futuro.

3. Aumento de excitación emocional: El paciente puede tener dificultades en quedarse dormido o no poder despertar, irritabilidad o desplantes de ira, dificultad para concentrarse, volverse muy alertas o cautelosos sin una razón clara, nerviosismo o facilidad para asustarse.

### **Diagnóstico**

De acuerdo con el DSM IV, para realizar el diagnóstico del estrés postraumático se requiere que la persona haya experimentado o presenciado, o incluso les hayan platicado, uno o más acontecimientos caracterizados por muerte o amenazas a su integridad física o la de los demás, que haya respondido con temor, desesperanza u horror intensos, que el acontecimiento traumático sea reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas: recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas: esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, restricción de la vida afectiva, sensación de un futuro desolador, pesimismo. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas: insomnio de conciliación o de mantenimiento, irritabilidad, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, sobresaltos. Las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El trastorno es agudo si los síntomas persisten menos de tres meses. Su prolongación hará que se considere crónico.

### **Tratamiento**

Así pues, en este trastorno el paciente no solo se enferma por la violencia vivida, sino también por el recuerdo del terror que afecta su cotidianidad y provoca un sufrimiento permanente; cada recuerdo intrusivo, lejos de ser abreactivo, es retraumatizante, por esto las intervenciones catárticas pueden ser iatrogénicas y el tratamiento de elección es la resignificación del suceso en el contexto de un vínculo humano reasegurante.

El tratamiento psicoanalítico ha sido contraindicado por algunos autores como Valke y Nash; sin embargo, las psicoterapias dinámicas derivadas del psicoanálisis han dado buenos resultados; en ellas es importante lograr una alianza terapéutica por medio del encuadre y de la interpretación de las resistencias derivadas de transferencia negativa; la defensa hostil paranoide muestra una intensa fragilidad personal, el intenso sufrimiento del paciente es el principal motivador de su cambio interno. A nivel contratransferencial, es importante no actuar como un elemento mágico que es la fuente de todo bien, pues para algunos pacientes se propiciarían fantasías regresivas y la alta idealización del terapeuta impediría el desarrollo emocional de los pacientes que deben enfrentar la realidad. El terapeuta debe apoyar la autonomía y la asertividad del paciente y principalmente facilitar el desarrollo de su capacidad analítica, evitando que el paciente pierda el control presentando conductas de riesgo como son las adicciones, la promiscuidad sexual y las autolesiones.

Siguiendo la perspectiva psicodinámica de Janet, M. Horowitz plantea que el TEPT es un bloqueo de los procesos cognitivos y afectivos, impidiendo la integración del trauma a esquemas preexistentes. Esto puede ocurrir si el individuo tiene esquemas conflictivos que fueron nuevamente defendidos al enfrentar el acontecimiento traumático. Además, postula que el trauma produce un deterioro del autoconcepto, percibiéndose un yo dañado y extremadamente vulnerable. Por esto la terapia planteada por M. Horowitz tiene como objetivo que la persona recupere la sensación de competencia personal y propone una aproximación dinámica al tratamiento de estos pacientes, la "terapia psicodinámica orientada a la crisis" o "tratamiento orientado a la fase" de la enfermedad. Según este modelo conceptual, este autor destaca que en la experiencia traumática hay un exceso de información emocional que desborda las capacidades individuales de elaboración, por lo que el organismo sufre "ataques de emoción" como reexperiencias intensas del trauma, o bien se desorganiza y se bloquea, y con frecuencia oscila entre estos estados de forma alternativa. Por eso es esencial ayudar a facilitar y completar el procesamiento de la información de estos pacientes, que fluctúan entre estados de relativo descontrol y de control excesivo, y proteger al paciente del suceso traumático y ayudarlo a estabilizarse con reducción de la amplitud de las oscilaciones postraumáticas a nivel tolerable. Por esto es fundamental adecuar "la dosis" de experiencia emocional a la capacidad de elaboración mental que tiene cada paciente en cada momento, hasta que éste logre tener control sobre la percepción y les propone hablar de sus asociaciones para reforzar su capacidad de representación, a la vez que les ayuda a buscar otras soluciones a sus intolerables problemas. Si predomina el control excesivo y el bloqueo emocional, Horowitz propone preguntar a los pacientes sobre sus emociones y

sensaciones para ayudarles a reconocerlas y aprender a manejarlas.

La terapia conductual utiliza estrategias que reducen la ansiedad frente a claves traumáticamente condicionadas (descondicionamiento). Algunas técnicas específicas de este enfoque son: la desensibilización sistemática con exposición graduada a señales (tanto en la imaginación como en vivo), inundación, procedimientos de manejo del estrés como la relajación y técnicas de distracción.

En la terapia cognitiva se trata de cambiar la creencia irracional a través de la reestructuración cognitiva, se intenta restablecer estas sensaciones y reconstruir los esquemas cognitivos de sí mismo y del mundo.

Para un tratamiento farmacológico, inicialmente se utilizaron benzodiazepinas, pero no mostraron buen resultado; de hecho, se recomienda evitar su uso porque con la amnesia anterógrada que producen, tienen el riesgo de aumentar la negación y la no integración de la experiencia traumática. Con un poco de mejor resultado se utilizan los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO). Con mejor resultado, Kolb, en 1984, introdujo el empleo de betabloqueadores como el propanolol y la clonidina. Los resultados más satisfactorios se han logrado al utilizar fármacos como la clorimipramina o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Definitivamente, se recomienda combinar el tratamiento farmacológico con algún tipo de terapia para obtener mejores resultados.

En consecuencia, el objetivo principal de este trabajo es determinar si los pacientes que sufren un accidente profesional, ya sea de trayecto o de trabajo, reciben atención psicológica apropiada.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y longitudinal al total de pacientes que sufrieron un accidente calificado como profesional por los especialistas de Salud en el trabajo, en el periodo de enero a diciembre de 2010. Se interrogó al total de psicólogos que atendían en la unidad en relación a si habían atendido algún paciente que hubiera sufrido un accidente de trabajo.

Como procedimiento, se aplicó un cuestionario (anexo 1) al total de trabajadores, a los que se les calificó un accidente de trabajo o de trayecto como profesional. El análisis de los resultados se realizó mediante observación y método de paloteo.

## RESULTADOS

Se interrogó a 559 hombres y 206 mujeres, con edades de 17 a 67 años en los hombres, 35 años en promedio, y de 17 a 65 años en las mujeres, 37 años en promedio.

Los accidentes más frecuentes en los hombres fueron las heridas en los dedos de las manos, lumbalgias (incluyendo esguince lumbar), contusión en cráneo, contusión en tórax, conjuntivitis secundaria a cuerpo extraño en ojos, y esguinces y luxaciones de hombro y tobillo. En las mujeres fueron esguince cervical, esguince de tobillo, heridas en los dedos de las manos, contusión lumbar, esguince en pies y heridas en los dedos de las manos. Los accidentes más graves en los hombres fueron: amputación parcial de la mano, fractura de vértebras lumbares y fractura de pelvis. En las mujeres, las lesiones más graves fueron: amputación de mano, fractura de rótula y quemadura esofágica por químicos. En ningún caso se envió al paciente a recibir atención psicológica. El 26 % de los hombres contestó que sí era conveniente recibir atención psicológica, y el 24 % de las mujeres lo consideró conveniente. Algunas de las explicaciones de los hombres que contestaron no a la pregunta ¿cree conveniente recibir atención psicológica por este accidente?, son las siguientes: no, porque es algo físico; no, porque no me golpeé la cabeza; no, porque el asalto es rutinario; no, porque tomé conciencia del accidente y no quería perder los dedos; no, porque fue un asalto de los que se suscitan todos los días; no, porque no me asusté. Algunas explicaciones de las mujeres a la misma pregunta: no, porque no lo necesito; no, porque es algo que se puede superar; no, porque el golpe fue en la cadera; no, porque el médico dice que solo fue un golpe; no, porque no tendría lógica.

En conclusión, en nuestro país aún no existe la cultura necesaria de aceptar con agrado el envío del paciente con un psicólogo, ya que el mismo paciente rechaza acudir al mismo, argumentando “que no está loco”, y las mismas instituciones de salud no propician que se cambie la imagen de la entrevista psicológica, llegando a ser, incluso, más bajo el sueldo de un psicólogo (aun cuando cuentan con estudios a nivel de licenciatura) que el de un médico general o el de un especialista en medicina familiar. Si bien es cierto que la Ley Federal del Trabajo mexicana estipula en su artículo 514 (anexo 2) fracciones: 240 a 269 la valuación de secuelas por lesiones postraumáticas, se refiere específicamente a las lesiones anatómicas y fisiológicas producidas por traumatismos craneoencefálicos (cráneo y su contenido), como se expresa en el mismo título del capítulo: cabeza y cráneo, quedando sin legislación los padecimientos producidos por estrés postraumático, que si bien como mencionábamos, existe tratamiento para estos casos, podemos observar que no existe un diagnóstico temprano y, por lo tanto, se dificulta otorgar el tratamiento oportuno. Si posteriormente aparecen los síntomas, tal vez no se asocian, como debería de ser, con el accidente sufrido por el paciente. La importancia de esta revisión consiste precisamente en resaltar la importancia del estrés postraumático, esperando que sea un diagnóstico que se tenga en mente por cualquiera de sus múltiples causas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Astin MC, Resick PA. Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En: Caballo VE et al. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 1. México DF: Siglo XXI; 1996.
2. Bangasser DA, Curtis A, Reyes BA, Bethea TT, Parastatidis I, Ischiropoulos H, Van Bockstaele EJ, Valentino RJ. Sex differences in corticotropin-releasing factor receptor signaling and trafficking: potential role in female vulnerability to stress-related psychopathology. *Mol Psychiatry*. 2010;15(9):877, 896-904.
3. Baro Martin. Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología*. 1986;22:219-31 1986.
4. Bleichmar H. Biología del trastorno por estrés postraumático. *Revista Internacional de Psicoanálisis*. N° 006.
5. Carbonell CG. Trastorno por estrés postraumático: Clínica y psicoterapia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2002; 40 Supl. 2.
6. Echeburúa E, de Corral P. Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato domestico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1996;22(85): 628-54.
7. Hales E, Robert C, Yudofsky KS. *II Tratado de Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Ed. Mason; 2005. P. 110-3.
8. González R. Trastornos adaptativos y de estrés. El trastorno de estrés postraumático. Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de febrero al 15 de marzo de 2000 [Internet] [citado 31 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa25/conferencias/25>.
9. Intervención psicológica en desastres (número monográfico). *Papeles del psicólogo*. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. 1997; III(68).
10. Los pps de todos - groups Google. El trastorno de estrés postraumático (TEPT).
11. Lange JT, Lange CL, Cabaltica RBG. Primary care treatment of post-traumatic stress disorder [Tratamiento de atención primaria del trastorno de estrés postraumático]. *American Family Physician*. 2000; p. 1046-57. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20000901/1035.html>.
12. Madariaga C. Trauma psicosocial, trastornos de estrés postraumático y tortura. CINTRAS, Chile, 2002 [Internet] [citado 31 Oct 2010]. Disponible en: [http://www.cintras.org/textos/monografias/monog\\_trauma\\_psicosocial\\_espanol.pdf](http://www.cintras.org/textos/monografias/monog_trauma_psicosocial_espanol.pdf).
13. Manero R, Villamil R. El síndrome de estrés postraumático y las víctimas de violación. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
14. Mingote JC, Machón II, Perris A, Nieto I. Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Revista de Psicoanálisis*. 2001;8.

15. Ochotorena J. Trastorno por estrés postraumático. En: Caballo VE et al. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Volumen 1. México DF: Siglo XXI; 1995.
16. Plaza I. El trastorno por estrés postraumático [Internet]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>.
17. Puchol D. Trastorno por estrés postraumático: Conceptualización, evaluación y tratamiento. CIOPA, 2001 [Internet]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com>.
18. Valentino R. Stress hormone receptors less adaptive in female bBrain. Science Update. 2010:9.
19. Varela A, Pardo G, Pardo CG. Síndrome postraumático: lesión orgánica vs neurosis de renta. Rev Méx Neuroci 2007;8(4):367-71.
20. Ventura RE, Bravo TM, Hernández S. Trastorno de estrés postraumático en el contexto médico militar. Rev Cub Med Milit 2005;34(4).

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO

Nombre(s) y apellidos: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_ años. Sexo: M \_\_ F \_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 ¿Recibió atención psicológica por este accidente?: Sí \_\_ No \_\_  
 ¿En donde?: IMSS \_\_ Particular: \_\_  
 ¿Cree conveniente haberla recibido?: Sí \_\_ No \_\_  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### LEY FEDERAL DEL TRABAJO MEXICANA. ARTÍCULO 514

#### Cabeza cráneo

240	Síndrome cráneo-encefálico tardío post-conmocional discreto	De 10 a 20 %
241	Síndrome cráneo-encefálico tardío post-conmocional moderado	De 20 a 35 %
242	Síndrome cráneo-encefálico tardío post-conmocional acentuado	De 35 a 50 %
243	Escalpe o pérdida considerable del cuero cabelludo	De 20 a 35 %
244	Pérdida ósea del cráneo hasta de 5 centímetros de diámetro	De 10 a 20 %
245	Pérdida ósea más extensa	De 20 a 30 %
246	Epilepsia traumática no curable quirúrgicamente, cuando las crisis puedan ser controladas médicamente y permitan desempeñar algún trabajo	De 50 a 70 %
247	Por epilepsia traumática no curable quirúrgicamente, cuando las crisis no puedan ser controladas médicamente y no permitan el desempeño de ningún trabajo	100 %
248	Epilepsia jacksoniana	De 10 a 25 %
249	Anosmia por lesión del nervio olfativo	5 %
250	Por lesión del nervio trigémino	De 15 a 30 %
251	Por lesión del nervio facial	De 15 a 30 %
252	Por lesión del neumogástrico (según el grado de trastornos funcionales comprobados)	De 10 a 50 %
253	Por lesión del nervio espinal	De 10 a 40 %
254	Por lesión del nervio hipogloso, cuando es unilateral	15 %
255	Por lesión del nervio hipogloso, bilateral	60 %
256	Monoplejía superior	70 %
257	Monoparesia superior	De 20 a 40 %
258	Monoplejía inferior, marcha espasmódica	De 40 a 60 %
259	Monoparesia inferior, marcha posible	De 20 a 40 %
260	Paraplejía	100 %

261	Paraparesia, marcha posible	De 50 a 70 %
262	Hemiplejia	De 70 a 90 %
263	Hemiparesia	De 20 a 60 %
264	Diabetes azucarada o insípida	De 10 a 40 %
265	Afasia discreta	De 20 a 30 %
266	Afasia acentuada, aislada	De 40 a 80 %
267	Afasia con hemiplejia	100 %
268	Agrafia	De 20 a 30 %
269	Demencia crónica	100 %

**Recibido:** 3 de mayo de 2012

**Aprobado:** 8 de febrero de 2013