



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
MÉDICA

“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU
RELACIÓN A LA AUSENCIA DE LA RESPUESTA AL
TRATAMIENTO EN ESGUINCE CERVICAL GRADO I Y II”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta
Sun Granados García

Asesores:
Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano
Dr. José Luis Saavedra Escalona

Tijuana Baja California. Enero de 2019

ÍNDICE

Resumen	3
Marco Teórico	4
Antecedentes	8
Justificación	12
Planteamiento del problema	13
Objetivos	14
Hipótesis	15
Material y métodos	16
Método	17
Definición conceptual de variables	19
Operacionalización de las Variables	20
Plan de análisis	24
Aspectos éticos y normativos	25
Recursos, financiamiento y factibilidad	26
Resultados	27
Discusión	40
Conclusión	42
Referencias bibliográficas	44
Anexos	47

RESUMEN

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN A LA AUSENCIA DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ESGUINCE CERVICAL GRADO I Y II

Granados-García S, Vidal-Solórzano LC, Saavedra-Escalona JL.

Antecedentes: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica; presentando deterioro significativo del funcionamiento social, escolar, laboral y personal; el cual se desarrolla después de la exposición a un estresor amenazante en la que se recuerda el evento, que puede durar muchas semanas o meses después del trauma. El esguince cervical es una lesión combinada entre flexión/extensión de los tejidos blandos de la columna cervical por mecanismo de aceleración y desaceleración de energía transmitida al cuello. Los síntomas persistentes de estrés postraumático se relacionan con una recuperación funcional más pobre.

Objetivo: Determinar la relación del Trastorno del Estrés postraumático con la ausencia de respuesta al tratamiento en esguince cervical grado I y II

Material y métodos: Diseño de tipo descriptivo, observacional, transversal prospectivo; a pacientes obtenidos por censo con diagnóstico de esguince cervical grado I y II que se atienden en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación en los meses de septiembre a diciembre de 2018. Previas autorizaciones por el Comité Local de Investigación y Ética en salud (CLIEIS), el Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 y médico responsable del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación para la realización del estudio. Se clasificó en cuanto a la severidad del esguince cervical por parte del médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Se invitó a participar a pacientes que cumplan criterios de inclusión respetando la privacidad de los mismos. Se aplicó un formulario de recolección de datos de manera dirigida para determinar factores relacionados, así como un cuestionario para valorar criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático según DMS-V. Se utilizará análisis estadístico tipo descriptivo y prueba de ji cuadrada para análisis bivariado. Las diferencias estadísticamente significativas se consideraron con valores de $P < 0.05$. Se analizaron los resultados con programa estadístico IBM SPSS Statics versión 21.

Palabras clave: Esguince cervical, Trastorno de Estrés Postraumático.

MARCO TEÓRICO

Definición.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica; presentando deterioro significativo del funcionamiento social, escolar, laboral y personal; el cual se desarrolla después de la exposición a un estresor amenazante en la que se recuerda el evento, que puede durar muchas semanas o meses después del trauma¹.

Los criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-5 señalan cuatro núcleos de síntomas: reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, donde se especifican si se presentan adicionalmente síntomas disociativos, así mismo se indican los síntomas específicos en niños menores de 6 años y se elimina la distinción entre el TEPT agudo y crónico².

Según el DSM- 5, los criterios para el diagnóstico de TEPT son los siguientes:

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2: **1.** La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. **2.** La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas: **1.** Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **2.** Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **3.** El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **4.** Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. **5.** Respuestas fisiológicas al

exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas: **1.** Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. **2.** Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. **3.** Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. **4.** Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. **5.** Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. **6.** Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor). **7.** Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas: **1.** Dificultades para conciliar o mantener el sueño. **2.** Irritabilidad o ataques de ira. **3.** Dificultades para concentrarse. **4.** Hipervigilancia. **5.** Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si: **Agudo:** Si los síntomas duran menos de 3 meses. **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si: **De inicio demorado:** Entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses³.

El grado de severidad del esguince cervical es evaluado con la clasificación de Quebec, clasificado en: **I** Dolor de cuello y rigidez. **II** Dolor de cuello y síntomas músculo esqueléticos. **III** Dolor de cuello y síntomas neurológicos. **IV** Dolor de cuello y fractura o luxación, signos musculoesqueléticos. Disminución de la movilidad y espasmo, signos neurológicos. Disminución o ausencia de los reflejos tendinosos debilidad o alteración sensitiva⁴.

La principal etiología del esguince cervical son los accidentes automovilísticos, las caídas y las lesiones deportivas. El dolor de cuello se genera inmediatamente después del accidente y se puede incrementar en pico de 1 a 2 días después del evento. La inestabilidad emocional se presenta en 44% de los casos con grado I, en 20% con grado II y en 16% con grado III⁵.

Los síntomas de estrés postraumático se han asociado con la intensidad del dolor y la mala respuesta al tratamiento después de la lesión cervical⁶.

Los síntomas más comunes son dolor y rigidez en cuello, cefalea, vértigos, mareos, parestesias y dolor en los miembros superiores, dificultad para dormir, problemas de concentración y fatiga⁷.

Más de un tercio de los pacientes quienes tienen una lesión tipo latigazo desarrollan sensibilización central, definida como amplificación de la señal neural dentro del sistema nervioso central que desencadena hipersensibilidad al dolor. Se considera crónico al que comprende de 3 a 6 meses de duración⁸.

La exploración física valora el balance articular/arcos de movilidad. La flexo extensión de columna cervical rotación, rotaciones en extensión: segmentos inferiores, rotación en flexión: segmentos altos, donde el grado de afectación depende del porcentaje de los grados de arcos de movilidad⁹.

Los tratamientos incluyen terapia manual, ejercicios, consejos, y el reconocimiento de la ansiedad y los problemas psicológicos. Para el esguince cervical agudo (0-12 semanas) son ejercicios de estiramiento de los músculos del cuello y de la escápula, que son más efectivos que la inmovilización con collarín o reposo. Mientras que los tratamientos que se recomiendan para esguince cervical crónico (mayor a 12 semanas) son el ejercicio activo en combinación con estiramientos de cuello y músculos escapulares, estiramiento para los músculos profundos flexores del cuello, movilización pasiva de la articulación, rehabilitación vestibular, terapia multimodal para el proceso de recuperación¹⁰.

En el tratamiento del Estrés Postraumático se incluyen terapias cognitivas conductuales, terapias centradas en la regulación de la emoción y terapias psicodinámicas. Estas pueden ser individuales, grupales, familiares o matrimoniales. La terapia cognitiva conductual es más eficiente¹¹.

Pablo Santamaría define a la ausencia de respuesta al tratamiento como aquel que no cede el dolor con el tratamiento, no mejora con el tratamiento, sigue empeorando a pesar del tratamiento, mala respuesta a múltiples tratamientos, nunca está bien ni refiere mejoría¹²

ANTECEDENTES

La prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático varía de acuerdo a diferentes partes del mundo. En la población española de mayor de 18 años indica 0.5% de prevalencia en los últimos 12 meses y 1.95% a lo largo de la vida. En Estados Unidos se tienen cifras de entre 3.6% y 7.8% y de 2.2% a 4.6% en otras partes del mundo¹³.

La lesión del esguince cervical y los trastornos asociados al latigazo cervical después de un accidente de tránsito sugieren más de 300 personas por cada 100.000 habitantes en los departamentos de emergencia cada año en Europa y Norteamérica; y en Australia, estas lesiones representan el 75% de todos los casos¹⁴.

En un estudio de revisión hecho por Castillo Chávez menciona que, en el Instituto Mexicano del Seguro Social durante el 2010, se diagnosticaron un total de 313 981 esguinces cervicales, de los cuales 107 773 corresponden al sexo masculino y 206 208 al femenino; de éstos, 41 093 fueron calificados como riesgo de trabajo lo que corresponde a un 13% del total de los casos¹⁵.

Hernández-Sousa et al menciona que, durante el año 2000, en el mismo Instituto se reportaron más de 15 mil casos que se calificaron como accidentes de trabajo así mismo en la práctica de la medicina privada en México, el perfil del diagnóstico del esguince reportado por traumatólogos y ortopedistas indica una frecuencia de 118 034 casos anuales. Durante el periodo de enero a agosto del 2008, estos autores realizaron un estudio transversal observacional prospectivo y comparativo en la UMF No 73 de Torreón Coahuila para evaluar la incapacidad por esguince cervical grado I y II registrando un total de 378 pacientes, de los cuales 178 requirieron solo una consulta y 200 consultas subsecuentes¹⁶.

Según Juan García, la cervicalgia ocurre entre el 62%-100% de los pacientes y cerca de 97% de los mismos refieren cefalea de predominio suboccipital. Los mareos/Inestabilidad, la sensación vertiginosa o inestabilidad se ve casi en el 50% de los lesionados, mientras que la disfagia se encuentra en el 18%. Son muy frecuentes las parestesias de miembros superiores e inferiores. Los factores para tratar a un paciente con esta patología son el ángulo de colisión, velocidad y tamaño de los vehículos, condiciones de la carretera, posición del paciente, posición del reposacabezas y uso del cinturón de seguridad¹⁷.

Según Bovim et al. y Van der Donk et al. El dolor cervical supone una prevalencia en España del 13% y a lo largo de la vida del 70%, mientras que otros autores, como Westerling y Jonsson estiman que la prevalencia anual del dolor cervical oscila entre el 12,1% y el 45,8% de la población, sugiriendo que ésta elevada prevalencia pudiera ser debida al alto índice de recidivas que se producen¹⁸.

Según Regal Ramos, los factores pronósticos más importantes relacionados con una evolución desfavorable del esguince cervical son una historia de cefaleas pretraumáticas y dolores cervicales previos al accidente, el sexo femenino, edad avanzada, reclamaciones legales en curso, indemnizaciones pendientes, la baja laboral, antecedente de patología psiquiátrica, bajo nivel de educación, niveles de somatización y/o dificultades para conciliar el sueño, intensidad del dolor, cervicoartrosis previa y que el accidente haya ocurrido en la autopista¹⁹.

Sterling postula que el 50% de las personas que sufren una lesión de latigazo cervical no se recuperarán, sino que seguirán reportando el dolor y la discapacidad en curso un año después de la lesión. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas con trastornos asociados al latigazo persistente es de 25 % para el trastorno de estrés postraumático, 31% para el Trastorno Depresivo Mayor y 20% para el Trastorno de Ansiedad Generalizada²⁰.

Myrtveit menciona que los factores para una respuesta desfavorable son la ansiedad, personalidad, la creencia de estar enfermo, la negatividad sobre el curso futuro de la enfermedad y los acontecimientos estresantes²¹.

Buitenhuis J y colaboradores realizaron un estudio longitudinal prospectivo publicado en 2006 donde incluyeron 617 pacientes que fueron víctimas de accidentes de tráfico en los Países Bajos los cuales iniciaron procedimientos de reclamo de indemnización por lesiones personales de compañía de seguros. Los 240 participantes en la muestra final, tenían edades mayores a los 18 años y menores de 65 y contaban con diagnóstico de esguince cervical. La presencia del Trastorno de Estrés Postraumático se evaluó mediante la Escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (SRS-PTSD) que mide la presencia y gravedad de los síntomas. Incluyendo síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactividad. Fueron evaluados al mes, 6 meses y 12 meses después a sus accidentes. De los 79 pacientes evaluados 6 meses posterior al evento, 20 (25.3) tuvieron TEPT, 1.59 (1.581) presentaron síntomas de reexperimentación. 1.80 (1.409) presentaron síntomas de evitación y 1.95 (1.440) presentaron síntomas de hiperexcitación. Mientras que los 62 pacientes evaluados a los 12 meses posteriores al evento, 11(17.7) tuvieron TEPT, 1,44(1,543) presentaron síntomas de reexperimentación, 1,77(1.311) presentaron síntomas de evitación y 1.79 (1,332) presentaron síntomas de hiperexcitación²².

Mientras que Sterling M y colaboradores que realizaron un estudio de tipo longitudinal, prospectivo publicado en el 2010 con el objetivo de identificar trayectorias distintivas para dolor y discapacidad, así como los síntomas de TEPT después del esguince cervical, se incluyeron 150 pacientes que presentaron la lesión en menos de 1 mes, 3, 6 y 12 meses después del evento. Se encontró que el 40% de los individuos tienen resistencia psicológica a la lesión, mientras que el 43% presentaron síntomas moderados de TEPT en tres meses tras la lesión y 17% muestran síntomas persistentes moderados a los 12 meses²³.

Andersen TE y colaboradores examinaron la inseguridad del apego y los síntomas del TEPT como posibles factores de vulnerabilidad en relación con los altos niveles de dolor y somatización después de una lesión por latigazo subagudo mediante un estudio de cohorte transversal realizado en Dinamarca de julio de 2009 a diciembre de 2010, incluyeron a 327 pacientes (204 mujeres) con esguince cervical agudo grado I-III; después de un mes de la lesión, los pacientes respondieron cuestionarios con respecto a la somatización, depresión y síntomas del estrés postraumático. Se utilizó la lista de verificación de síntomas revisada de trauma para medir la somatización y el Harvard Trauma Questionnaire parte IV para medir la gravedad de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático resultando en un 15% cumplieron con los criterios diagnósticos de TEPT, 11.6% cumplió criterios de somatización⁶.

Según Dunne R, Los síntomas persistentes de estrés postraumático se asocian con una recuperación funcional más pobre en pacientes con esguince cervical crónico. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma ha demostrado una eficacia moderada en muestras de dolor crónico²⁴.

JUSTIFICACIÓN

El esguince cervical es el resultado de una lesión combinada entre extensión/flexión de los tejidos de la columna cervical, principalmente por accidentes de tráfico. Es una causa muy común de consulta en el servicio de Medicina Familiar tomando en cuenta que a nivel mundial 300 personas por cada 100.000 lo padecen. En México, a principios de este milenio la seguridad social reportó más de 15 mil casos de accidentes de trabajo en el contexto de luxaciones, desgarros y esguinces de cuello. Debido a que la incidencia y prevalencia del esguince cervical es alta, y a que no existe un consenso sobre las técnicas y métodos de tratamiento, con frecuencia los pacientes presentan una pobre respuesta al mismo o una recuperación parcial.

Aproximadamente un 20 % de los afectados estará curado en una semana, 50% lo estará en un mes, un 70% en 6 meses y el 80 % en dos años; la capacidad de identificar temprano la probabilidad de recuperación de un individuo puede ayudar a informar el desarrollo de intervenciones de salud dirigidas a prevenir la transición de la lesión aguda a crónica. La mala recuperación se ha asociado a síntomas de Estrés Postraumático, intensidad de dolor del cuello, que inicialmente es de moderada a alta intensidad, discapacidad relacionada con el cuello, depresión, ansiedad, baja autoeficacia entre otras. La identificación temprana del Trastorno de Estrés Postraumático facilitará la comprensión de recuperación y pronóstico del esguince cervical, creando estrategias de intervención oportuna y así mismo se disminuirían los envíos frecuentes al servicio de Medicina Física y Rehabilitación y por consiguiente evitaríamos prolongar el tiempo de incapacidades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cervicalgia es la principal secuela que refieren los pacientes tras el episodio agudo. La prevalencia de dolor crónico se reporta hasta el 50% de la población en los países industrializados. Se han identificado factores que se asocian a la mala respuesta al tratamiento. Dentro de los factores se han encontrado los síntomas de estrés postraumático, depresión, la intensidad de dolor del cuello, discapacidad relacionada con el cuello, ansiedad, baja autoeficacia, entre otros. Estudios realizados reportan que el Estrés Postraumático es una de las principales condiciones para que exista una mala recuperación a pesar de contar con tratamiento farmacológico y terapéutico adecuado.

Por lo cual se realiza la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación del Trastorno de Estrés Postraumático con la ausencia de respuesta al tratamiento en esguince cervical grado I y II?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el Trastorno de Estrés Postraumático y su relación a la ausencia de la respuesta al tratamiento en esguince cervical grado I y II en la UMF No.27

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar presencia Trastorno de Estrés Postraumático mediante criterios diagnóstico DSM-V y Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) en pacientes con diagnóstico previo de esguince cervical I y II.
- Conocer los datos sociodemográficos
- Evaluar factores asociados a respuesta de tratamiento como son: IMC (peso y talla), severidad del esguince según Clasificación de Quebec TaskForce para esguince cervical.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo: Existe relación del Trastorno de Estrés Postraumático y la ausencia de la respuesta al tratamiento en pacientes con esguince cervical grado I y II.

Hipótesis nula: No existe relación del Trastorno de Estrés Postraumático y la ausencia respuesta al tratamiento en pacientes con esguince cervical grado I y II.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

Lugar del estudio: IMSS Unidad de Medicina Familiar No. 27.

Población en estudio: Usuarios derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 IMSS.

Periodo de recolección de datos: septiembre – diciembre 2018.

Tipo de muestreo: Se realizará censo de pacientes que cumplan con criterio de inclusión, por lo cual no se seleccionará tamaño de muestra.

Criterios de Inclusión

- Pacientes en edades de 18 a 60 años con diagnóstico de esguince cervical grado I y II en un periodo mayor o igual a 30 días, atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación durante septiembre-diciembre 2018.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con antecedente de fractura o luxación cervical, cervicoartrosis previa o fibromialgia.

Criterios de Eliminación:

- Diagnóstico distinto a Esguince cervical como resultado de la evaluación fisiátrica.
- Información incompleta en cuestionario y consentimiento informado.

MÉTODO

Previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en salud (CLIEIS). Se solicitará autorización al Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 (Anexo 1) y médico responsable del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación para realizar el estudio en dicha unidad.

Con previa clasificación en cuanto a la severidad del esguince cervical por parte del médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, se invitará a participar a pacientes que cumplan criterios de inclusión.

Se solicitará la autorización a la paciente y se le pedirá firmar la carta de Consentimiento Informado (Anexo 2).

Se procederá a aplicar un Formulario de recolección de datos (Anexo 3), de manera dirigida para determinar factores relacionados y clínicos como escala visual análoga del dolor.

Se entrevistará a paciente para valorar criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés Postraumático según DMS-V.

Se informará a los pacientes sobre los objetivos del estudio y se les invitará a responder el cuestionario de escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático revisada (EGS-R) (ANEXO 4); Es una escala heteroaplicada que está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 21 ítems en correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-5: 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y 6 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Se considera un síntoma presente cuando se puntúa, al

menos, con dos puntos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos. Además de los síntomas nucleares del TEPT, se han añadido cuatro ítems destinados a evaluar de forma complementaria la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5 y seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático. Esta escala supone una versión modificada y actualizada de la EGS (Echeburúa et al., 1997), que mostraba unas buenas propiedades psicométricas. La EGS-R es una escala validada en población hispanohablante y cuenta con un coeficiente de alfa de cronbach de 0.91 y eficacia diagnóstica del 82.48% para discriminar el TEPT.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE

- **Ausencia de respuesta al tratamiento:** No cede el dolor con el tratamiento, no mejora con el tratamiento, sigue empeorando a pesar del tratamiento, mala respuesta a múltiples tratamientos, nunca está bien ni refiere mejoría.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- **Trastorno de Estrés postraumático:** Trastorno que aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.
- **Edad:** Medida del tiempo transcurrido desde el nacimiento
- **Género:** Roles o papeles sociales que la persona desarrolla desde su infancia y que definen a lo masculino y a lo femenino dentro de una sociedad
- **Peso:** Fuerza con la que la tierra atrae a un cuerpo por acción de la gravedad
- **Talla:** Estatura de una persona medida desde los pies a la cabeza
- **IMC:** Medida de asociación entre el peso y la talla de una persona
- **Escolaridad:** Periodo de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria
- **Ocupación:** Acción o función que se desempeña para obtener el sustento
- **Severidad del esguince:** Clasificación del esguince cervical en grados acorde a la clasificación de Quebec TaskForce.
- **Mecanismo de producción del esguince:** Mecanismo por el cual se produjo el esguince

- **Tratamiento recibido:** Conjunto de medios que se aplican para curar o aliviar una enfermedad a una persona.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Ausencia de respuesta al tratamiento	No cede el dolor con el tratamiento, no mejora con el tratamiento, sigue empeorando a pesar del tratamiento, mala respuesta a múltiples tratamientos, nunca está bien ni refiere mejoría. Se medirá de acuerdo a la Escala Visual Analógica del dolor.	Cualitativa nominal dicotómica	Se anotará de acuerdo a: A) Si B) No

<p>Trastorno de Estrés posttraumático</p>	<p>Trastorno que aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.</p>	<p>Cualitativa nominal politémica</p>	<p>De acuerdo a la Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Posttraumático Revisada (EGS-R), según el DSM-5:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Reexperimentación B) Evitación conductual/cognitiva C) Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo D) Síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica E) TEPT
<p>Edad</p>	<p>Medida de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad</p>	<p>Cualitativa nominal politémica</p>	<p>De acuerdo al rango de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 18-20 años b) 21-25 años c) 26-30 años d) 31-35 años e) 36-40 años f) 41-45 años g) 46-50 años h) 51-55 años i) 56-60 años

Género	Roles o papeles sociales que la persona desarrolla desde su infancia y que definen a lo masculino y a lo femenino dentro de una sociedad	Cualitativa nominal dicotómica	Se anotará de acuerdo a: A) Masculino B) Femenino
Peso	Fuerza con la que la tierra atrae a un cuerpo por acción de la gravedad	Cuantitativa discreta	Medida en kilogramos
Talla	Estatura de una persona medida desde los pies a la cabeza	Cuantitativa discreta	Medida en metros
IMC	Medida de asociación entre el peso y la talla de una persona	Cuantitativa discreta	Medida en Kg/m ²
Escolaridad	Periodo de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Cualitativa nominal politómica	A) Primaria B) Secundaria C) Preparatoria D) Universidad E) Posgrado F) Otro
Ocupación	Acción o función que se desempeña para obtener el sustento	Cualitativa nominal politómica	Se anotará de acuerdo a: A) Desempleado B) Estudiante C) Obrero D) Profesionista E) Otro
Mecanismo producción del esguince	Mecanismo por el cual se produjo el esguince	Cualitativa nominal politómica	Se anotará de acuerdo a: A) Colisión frontal

			<ul style="list-style-type: none"> B) Colisión trasera C) Colisión lateral D) Caída E) Lesión deportiva F) Otro
Severidad del Esguince.	Clasificación del esguince cervical en grados acorde a la clasificación de Quebec TaskForce.	Cualitativa Ordinal	<p>De acuerdo a la Clasificación de Quebec se anotarán en:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) G0. Asintomático. B) GI. Dolor de cuello y rigidez. C) GII. Dolor de cuello y signos musculoesqueléticos. D) GIII. Dolor de cuello y signos neurológicos. E) GIV. Dolor de cuello y fractura o luxación.

<p>Tratamiento recibido</p>	<p>Conjunto de medios que se aplican para curar o aliviar una enfermedad a una persona.</p>	<p>Cualitativa nominal politómica</p>	<p>Se anotará de acuerdo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Medicamento farmacológico B) Medicamento farmacológico y rehabilitación en domicilio C) Medicamento farmacológico y rehabilitación en la unidad de medicina familiar D) Medicamento farmacológico, rehabilitación en domicilio y en la unidad de medicina familiar E) Otro
-----------------------------	---	---------------------------------------	---

PLAN DE ANÁLISIS

Análisis estadístico

Se utilizará estadística descriptiva, medidas de tendencia central, además de medidas de dispersión. Se utilizará estadística con prueba de ji cuadrada para análisis bivariado. Se considerará estadísticamente significativa una $p < 0.05$. Los datos recopilados serán introducidos en una base de datos del programa estadístico IBM SPSS Statics versión 21

ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS

El presente estudio se elaboró, siguiendo los lineamientos de la declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea General en Brasil en 2013, tomando como principio básico el Artículo 8 que se basa en el respeto por el individuo, su derecho de autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, así como el lineamiento del Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; el cual participó en mi investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente estuvo siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5, y por último se respetó el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas se tomaron de acuerdo a las leyes y regulaciones.

Los documentos que conformaron la base de datos fueron manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tuvieron acceso a dichos documentos, los cuestionarios se enlazaron con un número de folio sin requerir el nombre del participante. Se obtuvo aprobación del estudio por la Comité Local de Investigación Científica del IMSS.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos utilizados

1. Humanos:

Investigador Principal: Sun Granados García. Médico Residente de Medicina Familiar.

temático: José Luis Saavedra Escalona. Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación adscrito a la UMF No. 27.

Asesor Metodológico: Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano. Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito a la UMF No. 27.

Pacientes derechohabientes de la UMF No. 27 que presenten esguince cervical grado I y II

2. Físicos:

Área física: se hará uso de las instalaciones del servicio de Medicina Física y Rehabilitación de la unidad de Medicina Familiar No. 27.

Formatos de recolección de la información: copias de formularios, copias de carta de consentimiento informado.

Papelería: Computadora personal, Impresora, programa estadístico IMB SPSS Statics versión 21, hojas blancas (3 resmas de hojas tamaño carta) y copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices (caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

3. Financieros:

Serán solventados por el investigador principal.

4. Factibilidad

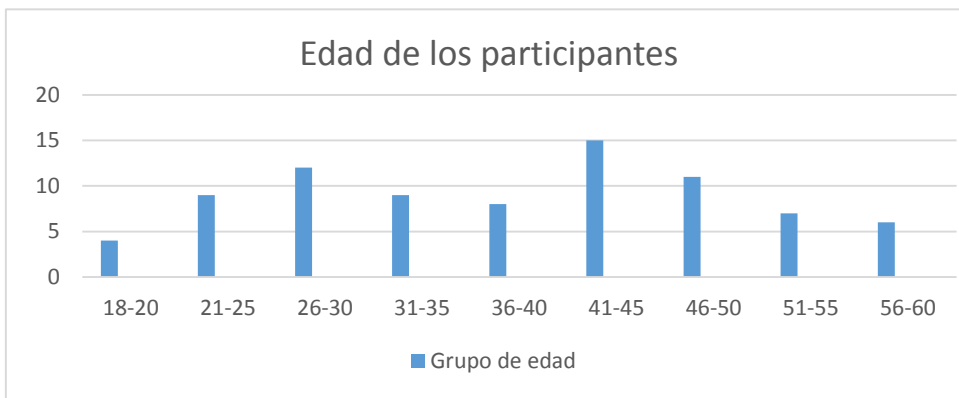
El presente estudio tuvo factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y con el universo de trabajo para su realización. Es menester informar que se tiene acceso a los

pacientes que se encuentran en las distintas áreas del servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

RESULTADOS

En esta sección se presentan los principales resultados obtenidos. Se entrevistaron a 81 pacientes con diagnóstico de esguince cervical grado I y II

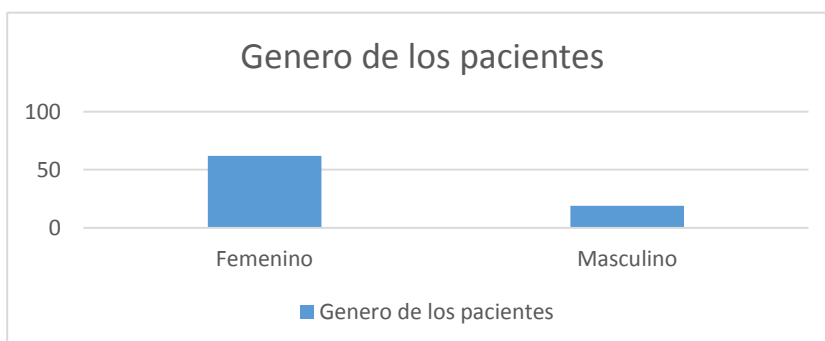
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-20	4	4.9	4.9	4.9
21-25	9	11.1	11.1	16.0
26-30	12	14.8	14.8	30.9
31-35	9	11.1	11.1	42.0
36-40	8	9.9	9.9	51.9
41-45	15	18.5	18.5	70.4
46-50	11	13.6	13.6	84.0
51-55	7	8.6	8.6	92.6
56-60	6	7.4	7.4	100.0
Total	81	100.0	100.0	



La mayoría de los pacientes del estudio se encontraron en el grupo de edad de 41 a 45 años (18.5%) y en menor frecuencia el grupo de 18-20 años (4.9%).

Genero de los pacientes

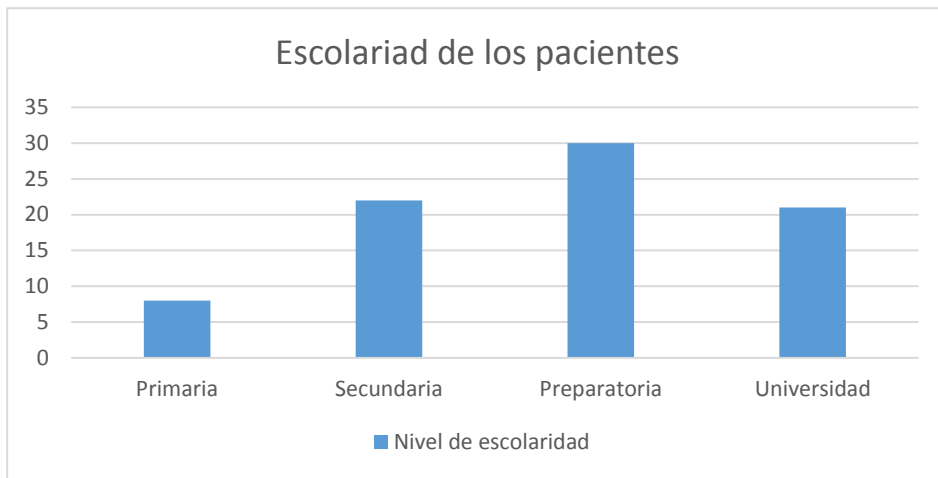
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid femenino	62	76.5	76.5	76.5
masculino	19	23.5	23.5	100.0
Total	81	100.0	100.0	



62 (76.5) pacientes correspondieron al sexo femenino y 19 (23.5) al sexo masculino con 19%.

Escolaridad de los pacientes

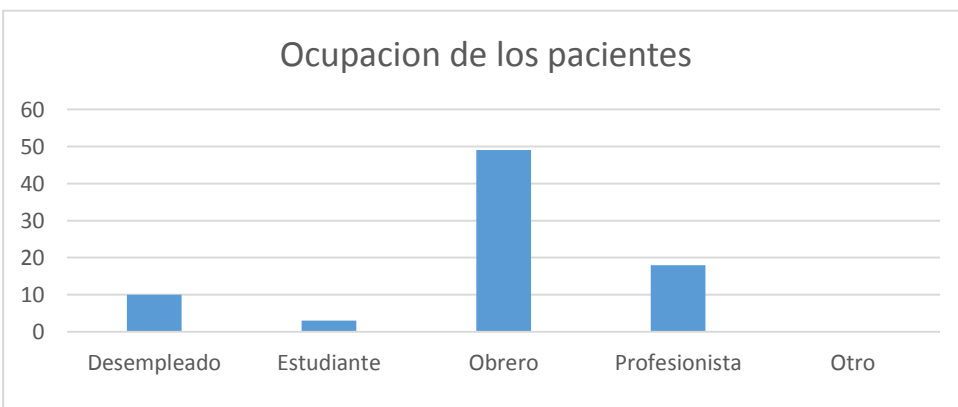
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
primaria	8	9.9	9.9	9.9
secundaria	22	27.2	27.2	37.0
Valid preparatoria	30	37.0	37.0	74.1
universidad	21	25.9	25.9	100.0
Total	81	100.0	100.0	



La escolaridad más frecuente de los pacientes fue preparatoria con 30 (37%), seguido de secundaria con 22 (22%), universidad con 21 (25.9%) y primaria con 8 (9.9%).

Ocupacion de los pacientes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
desempleado	10	12.3	12.3	12.3
estudiante	3	3.7	3.7	16.0
Valid obrero	49	60.5	60.5	76.5
profesionista	18	22.2	22.2	98.8
otro	1	1.2	1.2	100.0
Total	81	100.0	100.0	

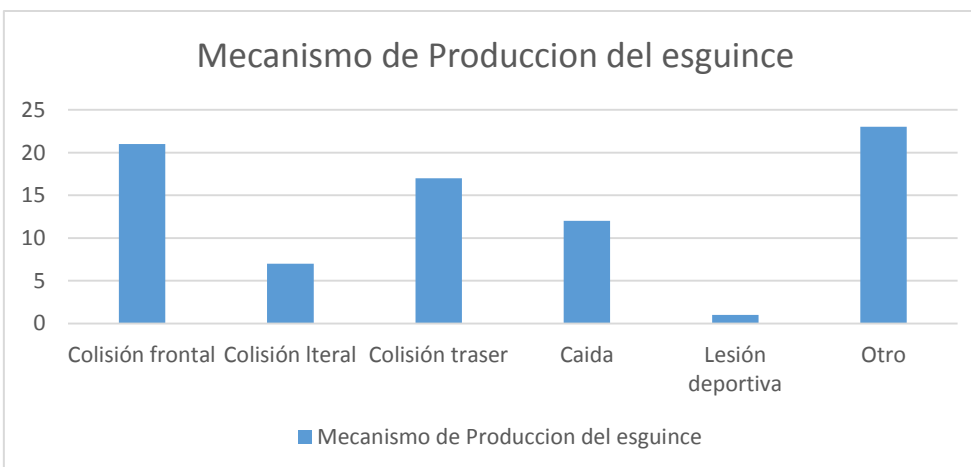


Referente a la ocupación, 49 (60.5%) pacientes fueron obreros, 18 (22.2%) fueron profesionistas, 10 (12.3%) desempleados, 3 (3.7%) estudiantes y un paciente se clasifico en otra ocupación.

En cuanto al índice de masa corporal, 21 pacientes se encontraron en normal, 28 con sobrepeso, 20 con obesidad I, 10 con obesidad II y 2 con obesidad III.

Mecanismo de producción del esguince

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid colision frontal	21	25.9	25.9	25.9
colision lateral	7	8.6	8.6	34.6
colision trasera	17	21.0	21.0	55.6
caida	12	14.8	14.8	70.4
lesion deportiva	1	1.2	1.2	71.6
otro	23	28.4	28.4	100.0
Total	81	100.0	100.0	

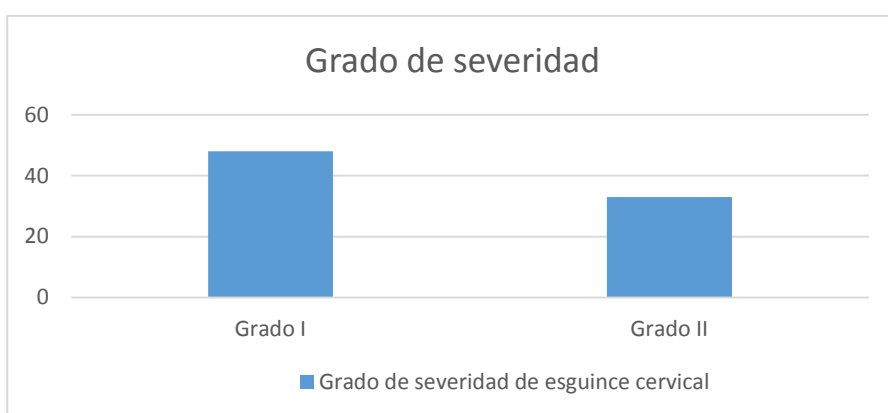


Las principales causas de esguince cervical reportadas fueron otros mecanismos como frenado precipitado de transporte de personal, sacudidas de cuello ocasionada en riñas y atropellamiento en la vía pública, se reportaron 23 eventos (28.4%). El segundo mecanismo de producción del esguince por frecuencia fue por accidente automovilístico mediante colisión frontal con 21 (25.9%) seguido de colisión trasera con 17 (21.0%). el esguince cervical producido por caídas fue del

14.8% y por accidente automovilístico mediante colisión lateral se obtuvo un 8.6%. se reportó solo un caso de esguince secundario a lesión deportiva.

Grado de severidad del esguince según clasificación de Quebec

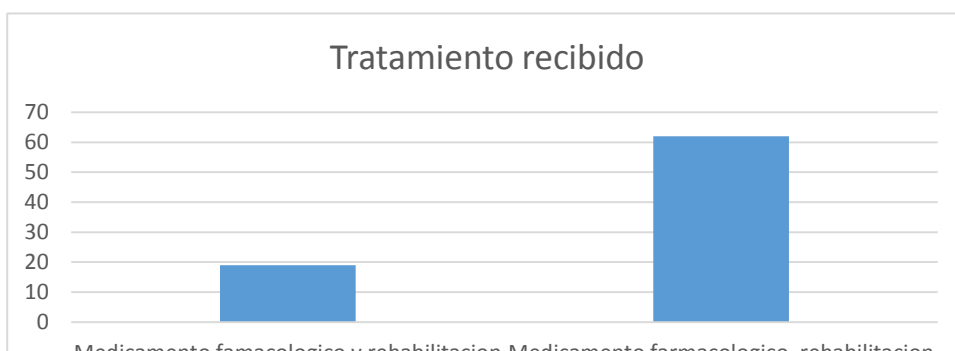
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	grado I	48	59.3	59.3
	grado II	33	40.7	100.0
	Total	81	100.0	100.0



El grado de severidad de esguince cervical según la clasificación de Quebec que reportó más frecuencia fue el grado I con 48 casos (59.3%) y el grado II con de 33 (40.7%). De los 81 pacientes que se incluyeron, 62 (76.5%) corresponden al sexo femenino y 19 (23.5%) al masculino. en el primer caso, 39 (62.9%) presentaron esguince cervical grado I y 23 (37.1%) grado II. mientras que en el género masculino 9 (47.4%) presentaron grado I y 10 (52.6%) grado II.

Tratamiento recibido

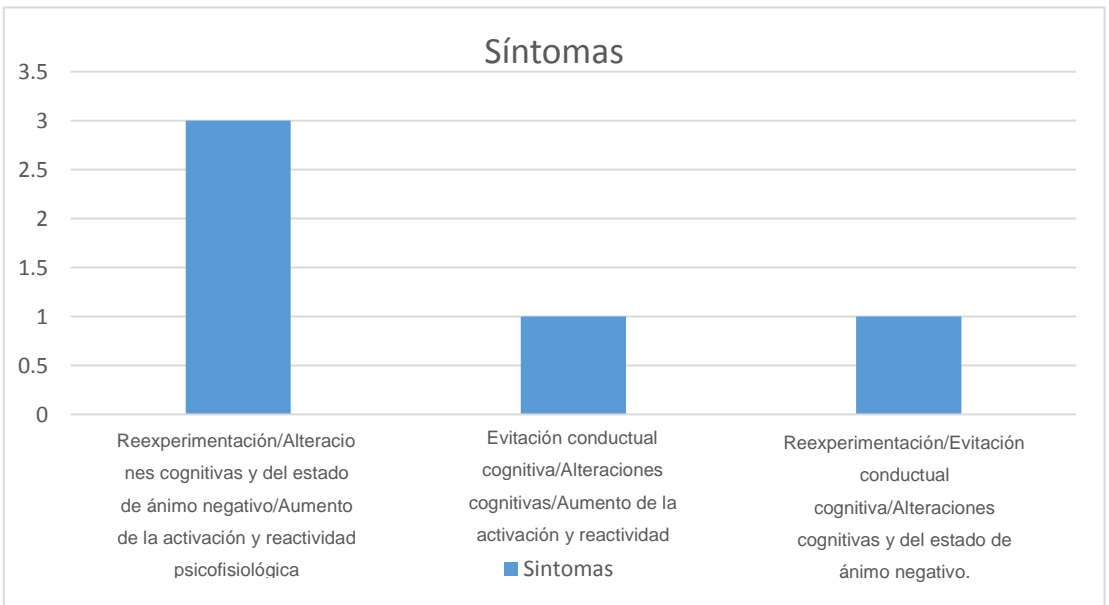
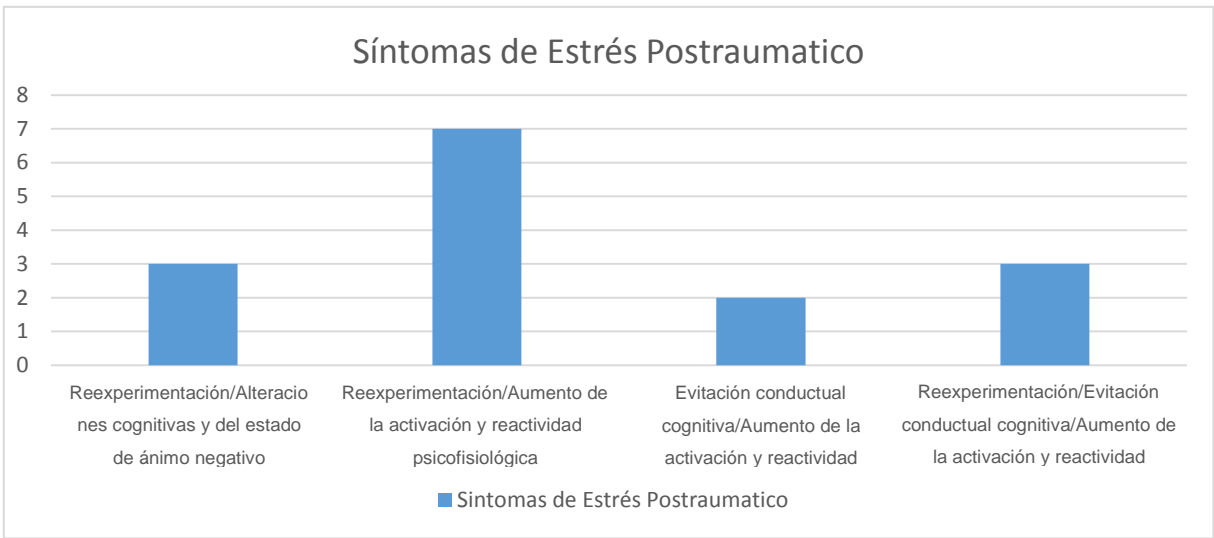
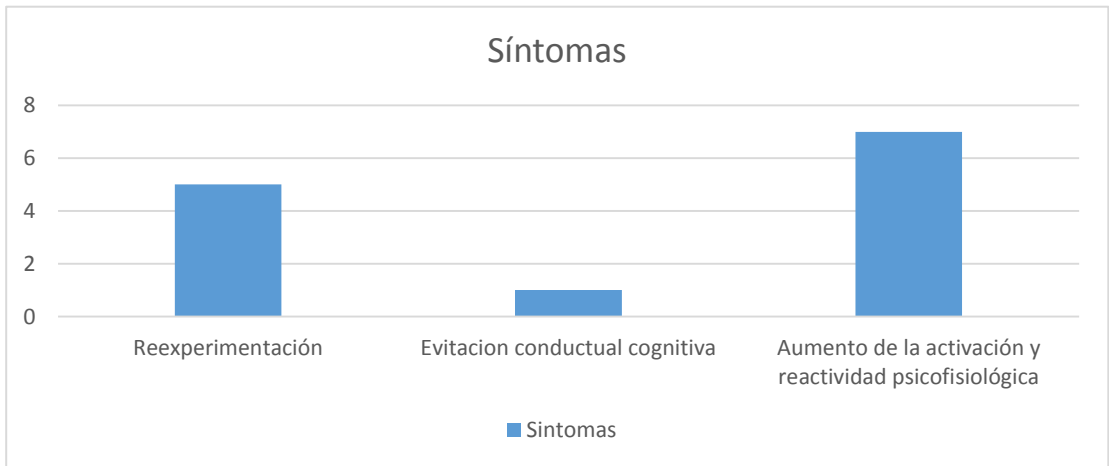
	Frecuen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medicamento farmacologico y rehabilitacion domiciliaria	19	23.5	23.5
	medicamentos farmacologico, rehabilitacion en la UMF y en domicilio	62	76.5	100.0
	Total	81	100.0	100.0

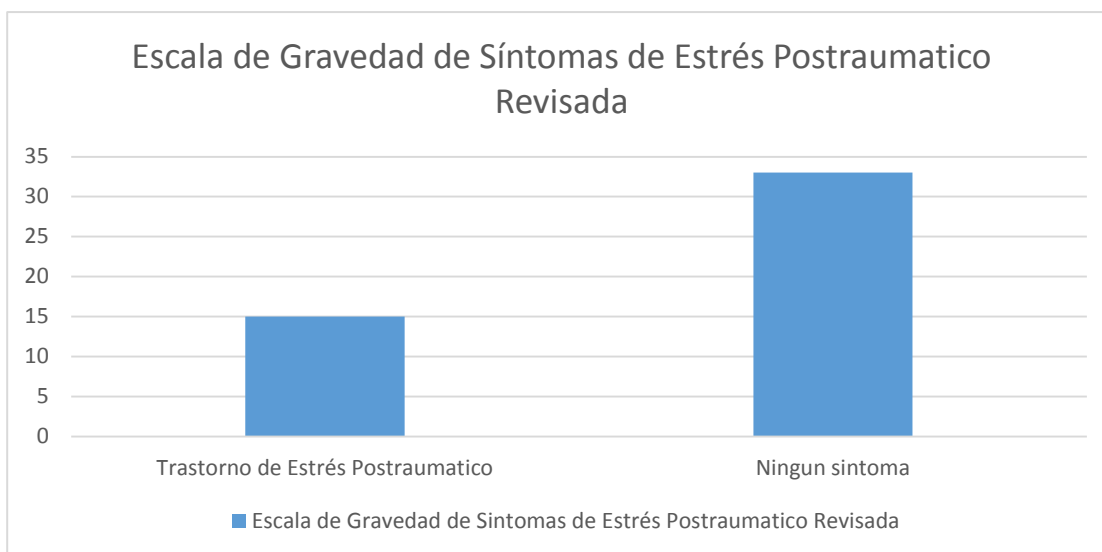


El tratamiento para el esguince cervical más frecuentemente recibido fue con medicamento farmacológico, rehabilitación en la UMF y domiciliaria con 76.5%. mientras que el 23.5% recibió medicamento farmacológico y rehabilitación domiciliaria.

Síntomas de Estrés Postraumático

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Reexperimentacion	5	6.2	6.2	6.2
Evitacion conductual cognitiva	1	1.2	1.2	7.4
Aumento de la activacion y reactividad psicofisiologica	7	8.6	8.6	16.0
Reexperimentacion/Alteraciones cognitivas y del estado de animo negativo	3	3.7	3.7	19.8
Reexperimentacion/Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	7	8.6	8.6	28.4
Evitación conductual cognitiva/Aumento de la activación y reactividad psicofisiologica	2	2.5	2.5	30.9
Reexperimentacion/Evitacion conductual cognitiva/Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	3	3.7	3.7	34.6
Reexperimentacion/Alteraciones cognitivas/Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	3	3.7	3.7	38.3
Evitación conductual cognitiva/Alteraciones cognitivas/Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	1	1.2	1.2	39.5
Reexperimentacion/Evitación conductual cognitiva/Alteraciones cognitivas y del estado de animo	1	1.2	1.2	40.7
TEPT	15	18.5	18.5	59.3
Ninguno	33	40.7	40.7	100.0
Total	81	100.0	100.0	



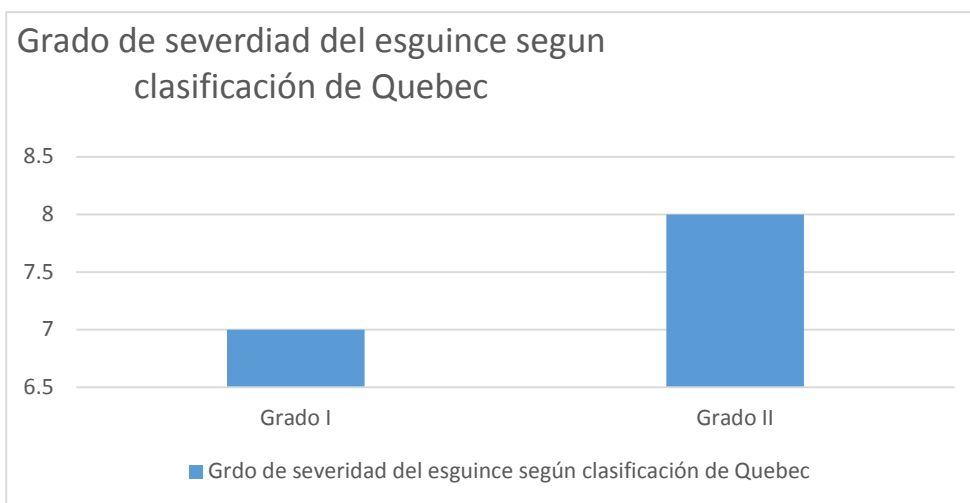


15 (18.5%) de los 81 pacientes presentaron Trastorno de Estrés Postraumático según criterios del DSM-V. los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica junto con síntomas de reexperimentación/aumento de la activación y reactividad electrofisiológica se presentaron con mayor frecuencia con 7 y 7 (8.6%) respectivamente. 33 pacientes no presentaron ningún síntoma según los ítems correspondientes a la escala de gravedad de síntomas de estrés postraumático revisada.

La mayoría de los pacientes del sexo femenino que presentaron trastorno de estrés postraumático se encontraron en el rango de edad de 41 a 45 años y de 46 a 50 años. mientras que en el sexo masculino tres de ellos tuvieron un rango de edad de 21 a 25 años, 26 a 30 años y 56 a 60 años respectivamente.

Grado de severidad del esguince según clasificación de Quebec * Trastorno de Estrés Postraumático Crosstabulation

Count	Trastorno de Estrés Postraumático		Total
	SI	NO	
Grado de severidad del grado I esguince segun clasificacion de Quebec	7 (46.6%)	41	48
grado II	8 (53.3%)	25	33



De los 15 (100%) pacientes que presentaron trastorno de estrés postraumático, 7 (46.6%) presentaron esguince grado I y 8 (53.3%) grado II.

El principal mecanismo de producción del esguince para presentar trastorno de estrés

postraumático fue por accidente automovilístico mediante colisión trasera con 5 (33.3%), seguido de accidente automovilístico mediante colisión frontal con 4 (26.6%). 3 (20%) lo presentaron por otros mecanismos. 2 (13.3%) eventos se presentaron mediante accidente automovilístico por colisión lateral. un paciente lo presentó por caída; mientras que la lesión deportiva no mostró ningún caso.

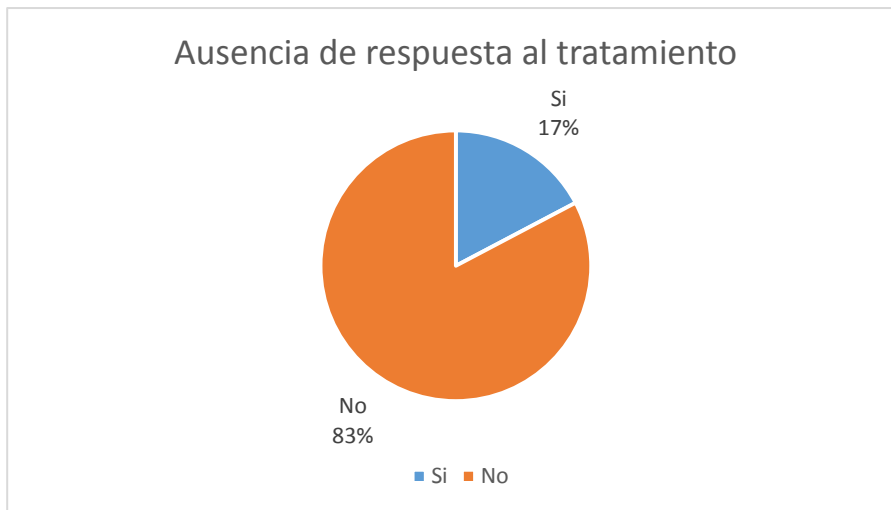
La escolaridad más frecuente en pacientes con trastorno de estrés postraumático fue la universitaria registrándose 6 (40%). 5 (33.3%) tienen preparatoria, 3 (20%) con secundaria y 1 (16.6%) primaria.

La ocupación más frecuente en pacientes con trastorno de Estrés Postraumático fue de obreros con 9 (60%) seguido de profesionistas con 4 (26.6%). Las menos frecuentes fueron de estudiante y desempleados con 1 (6.6%).

De los 15 pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático, 12 (80%) tuvieron tratamiento con medicamento farmacológico, rehabilitación en la UMF y en domicilio; mientras que 3 (20%) recibieron medicamento farmacológico y rehabilitación domiciliaria.

Ausencia de respuesta al tratamiento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	14	17.3	17.3	17.3
Valid no	67	82.7	82.7	100.0
Total	81	100.0	100.0	

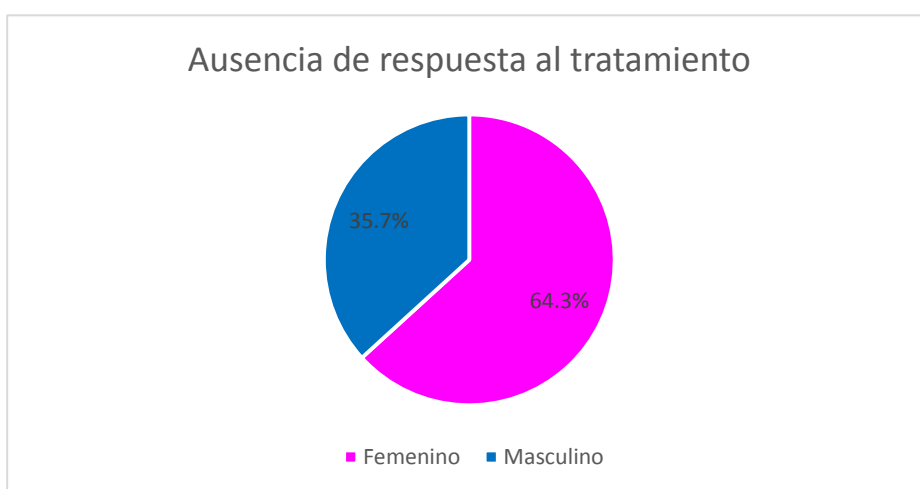


De los 81 pacientes que se entrevistaron 14 (17.3%) presentaron ausencia de respuesta al tratamiento y 67 (82.7%) no la presentaron.

De los pacientes que presentaron ausencia de respuesta al tratamiento, 2 se encontraron en rango de edad de 21-25 años, 1 en edades de 26-30, 2 en edades de 31-35, 2 en edades de 41-45, 2 en edades de 46-50, 1 en 51-55, y 2 en 56-60.

Ausencia de respuesta al tratamiento * Genero de los pacientes Crosstabulation

			Genero de los pacientes		Total
			femenino	masculino	
Ausencia de respuesta al tratamiento	si	Count	9	5	14
		% within Ausencia de respuesta al tratamiento	64.3%	35.7%	100.0%
Ausencia de respuesta al tratamiento	no	Count	53	14	67
		% within Ausencia de respuesta al tratamiento	79.1%	20.9%	100.0%
Total		Count	62	19	81
		% within Ausencia de respuesta al tratamiento	76.5%	23.5%	100.0%



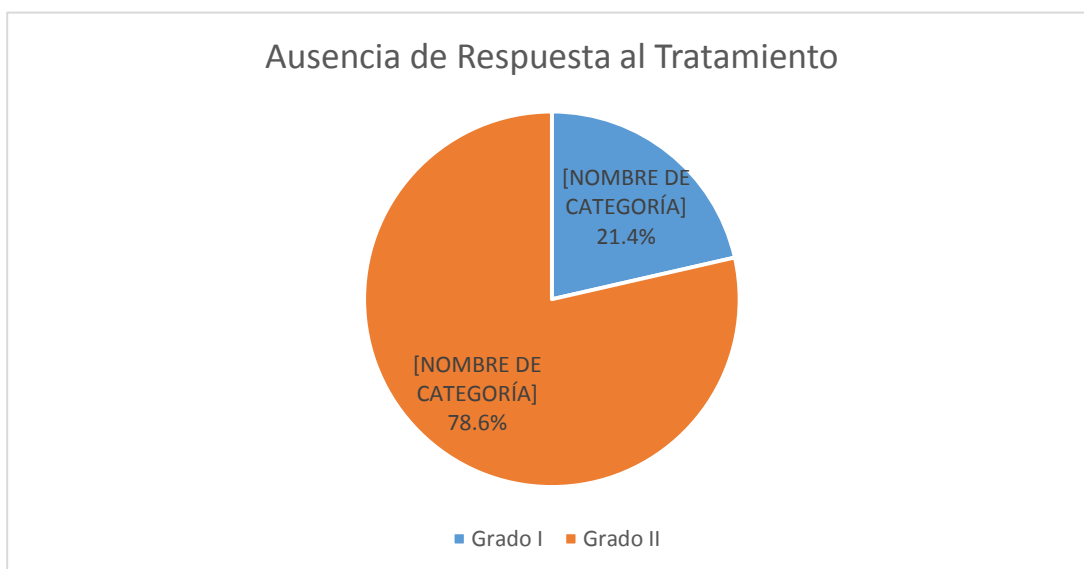
De los 14 pacientes que presentaron ausencia de respuesta al tratamiento, 9 fueron del sexo femenino y 5 del sexo masculino.

El principal mecanismo de producción del esguince cervical en pacientes que presentaron ausencia de respuesta al tratamiento fueron mediante accidente automovilístico por colisión frontal con 6 eventos, 3 mediante colisión trasera, 2 mediante colisión lateral, 1 mediante caída y no se presentaron casos por lesión deportiva.

Ausencia de respuesta al tratamiento * Grado de severidad del esguince según clasificación de Quebec Crosstabulation

		Grado de severidad del esguince según clasificación de Quebec		Total
		grado I	grado II	

Ausencia de respuesta al tratamiento	si	Count	3	11	14
		% within Ausencia de respuesta al tratamiento	21.4%	78.6%	100.0%
Total	no	Count	45	22	67
		% within Ausencia de respuesta al tratamiento	67.2%	32.8%	100.0%
		Count	48	33	81
		% within Ausencia de respuesta al tratamiento	59.3%	40.7%	100.0%



De los pacientes que presentaron ausencia de respuesta al tratamiento, se registraron 11 con esguince cervical grado II y 3 con grado I según la clasificación de Quebec.

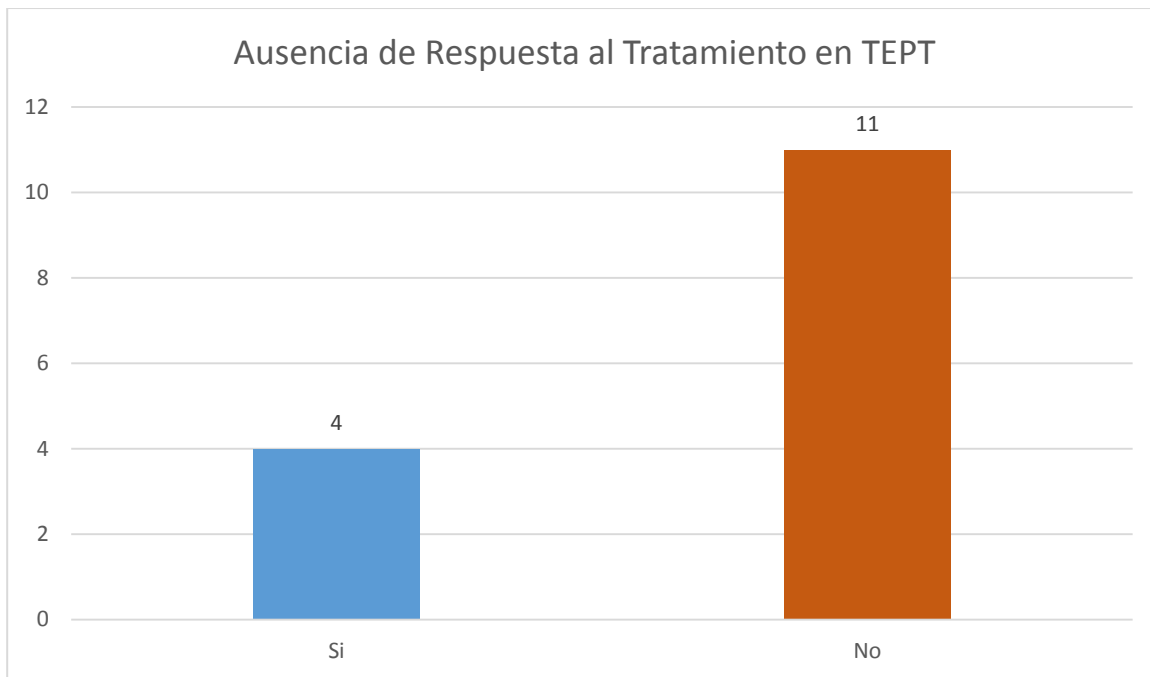
12 pacientes con ausencia de respuesta al tratamiento recibieron tratamiento farmacológico, rehabilitación en la UMF y domicilio; 2 pacientes recibieron fármacos y rehabilitación domiciliaria.

3 de los pacientes con ausencia de respuesta al tratamiento presentaron síntomas de reexperimentación/aumento de la activación/aumento de la reactividad

psicofisiológica. Se registró un paciente con aumento de la activación y reactividad psicofisiológica; otro con reexperimentación/alteraciones cognitivas y del estado de ánimo negativo. un paciente presento evitación conductual cognitiva/aumento de la activación y reactividad psicofisiológica. Uno más presentó reexperimentación/alteraciones cognitivas y del estado de ánimo negativo/aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y uno presentó reexperimentación/evitación conductual cognitiva/alteraciones cognitivas y del estado de ánimo negativo. Dos pacientes no presentaron síntomas de estrés postraumáticos.

Trastorno de Estrés Postraumático * Ausencia de respuesta al tratamiento Crosstabulation

		Ausencia de respuesta al tratamiento		Total	
		si	no		
Trastorno de Estrés Postraumático	si	Count	4	11	15
		% within Trastorno de Estres Postraumatico	26.7%	73.3%	100.0%
		% within Ausencia de respuesta al tratamiento	28.6%	16.4%	18.5%
		% of Total	4.9%	13.6%	18.5%
Trastorno de Estrés Postraumático	NO	Count	10	56	66
		% within Trastorno de Estres Postraumatico	15.2%	84.8%	100.0%
		% within Ausencia de respuesta al tratamiento	71.4%	83.6%	81.5%
		% of Total	12.3%	69.1%	81.5%
Total		Count	14	67	81
		% within Trastorno de Estres Postraumatico	17.3%	82.7%	100.0%
		% within Ausencia de respuesta al tratamiento	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	17.3%	82.7%	100.0%	



De los 15 (100%) pacientes con trastorno de estrés postraumático, 4 (26.7%) presentaron ausencia de respuesta al tratamiento y 11 (73.3%) refirieron mejoría clínica.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.134 ^a	1	.287		
Continuity Correction ^b	.471	1	.492		
Likelihood Ratio	1.038	1	.308		
Fisher's Exact Test				.280	.238
Linear-by-Linear Association	1.120	1	.290		
N of Valid Cases	81				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.59.

b. Computed only for a 2x2 table

Se realizó una tabla de contingencia con variables de interés mediante test de chi cuadrada de Pearson para identificar la relación que hay entre estas. Con respecto a las variables de Trastorno de Estrés Postraumático y Ausencia de Respuesta al Tratamiento se obtuvo una p de 0.287 por lo que se acepta la hipótesis nula.

DISCUSIÓN

En este estudio se evalúa el Trastorno de Estrés Postraumático y su relación a la ausencia de respuesta al tratamiento en pacientes con esguince cervical grado I y II atendidos en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Se encontró que el principal mecanismo de producción del esguince cervical fueron eventos como el frenado precipitado del transporte del personal, sacudidas de cuello ocasionada en riñas y atropellamiento en la vía pública; le siguen en frecuencia los accidentes automovilísticos por colisiones laterales, frontales, así como caídas y lesiones deportivas. Esto contrasta con lo mencionado en la guía de práctica clínica de atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel de atención ⁵, mencionando que la principal etiología son accidentes automovilísticos.

De la misma manera que menciona Baños V⁶., los principales síntomas reportados fueron el dolor de cuello y rigidez, parestesias y dolor en miembros superiores.

Al igual que lo encontrado por Castillo Chávez¹⁵; las mujeres reportan más prevalencia para el esguince cervical. Nuestro estudio muestra un 76.5% para las mujeres y 23.5 para los hombres. El esguince cervical grado I se presentó con mayor frecuencia que el grado II.

El rango de edad más frecuentemente presentado fue de 41 a 45 años, la ocupación fue obreros y la escolaridad preparatoria.

Existe similitud del tratamiento para el esguince cervical que menciona Lamb S¹⁰ con nuestro estudio. Propone el reconocimiento de problemas psicológicos, consejos y terapias manuales. Nuestro estudio muestra que el tratamiento ofrecido consistió en analgésicos antiinflamatorios vía oral y ejercicios de estiramiento y de los músculos del cuello y de la escapula, movilización pasiva de la articulación junto con terapia domiciliaria.

En base a lo mencionado por Pablo Santamaría¹², la ausencia de respuesta al tratamiento se evaluó mediante la escala visual analógica del dolor donde el paciente señala la intensidad del mismo al inicio de su evento y treinta días después. El 83% refiere haber presentado adecuada respuesta al tratamiento y 17% no. De los 15 pacientes con Trastorno de Estrés postraumático, 4 Presentaron ausencia de respuesta al tratamiento y 11 refirieron mejoría clínica.

Existe una similitud entre los estudios postulados por Sterling²⁰, Buitenhuis J²², Andersen T⁶ con el nuestro. Sterling menciona que el TEPT se presentó en un 25% en pacientes con esguince cervical, Buitenhuis menciona que se presentó en 17.7% y Andersen menciona que se presenta en un 15%. Nuestros resultados revelan un 18.5% de TEPT en pacientes con esguince cervical.

En otro estudio publicado por Sterling M²² evaluaron el TEPT y síntomas nucleares a los 6 y 12 meses posteriores al evento. Presentaron reexperimentación en 1.5%, 1.4% síntomas de evitación y 1.4% síntomas de aumento de la activación a los 6 meses. Nuestro estudio reporta síntomas de reexperimentación en 6.2%, evitación

en 1.2% y aumento de la activación en 8.6%. Sin embargo, se presentaron también combinación de síntomas como reexperimentación/aumento de la activación en 8.6% y Reexperimentación/Alteraciones cognitivas en 3.7%.

Se realizó una tabla de contingencia con variables de interés mediante test de chi cuadrada de Pearson para identificar la relación que hay entre estas. Con respecto a las variables de Trastorno de Estrés Postraumático y Ausencia de Respuesta al Tratamiento se obtuvo una P de 0.287 por lo que se acepta la hipótesis nula.

Se utilizó una escala validada en población hispanohablante fácil de responder en pocos minutos.

Una limitante del estudio fue la escasa evidencia de investigaciones sobre el tema a nivel nacional e internacional. No se contempló el tema de la simulación al dolor, enfermedades psiquiátricas como depresión y ansiedad.

CONCLUSIÓN

Una persona se enfrenta a diversos estímulos nocivos que pueden ser experimentados como catastróficos, estos causan un nivel excesivo de estrés y se convierten en eventos traumáticos, los cuales no son fácil de superar, por lo que tienen efectos negativos en el bienestar físico y mental. El estrés es un proceso en el cual las demandas del medio ambiente superan la capacidad de adaptación del individuo provocando cambios psicológicos y biológicos que aumentan el riesgo de enfermar.

Se estima que un 50% a un 90% de la población en general ha estado expuesta a eventos traumáticos alguna vez en su vida. Sin embargo, muchos de los sujetos expuestos no desarrollan Trastorno de Estrés Postraumático. De los lo desarrollan, la prevalencia es mayor en quienes han estado expuestos a violencia sexual o eventos relacionados con desastres naturales, siendo mayor en mujeres que en hombres.

El esguince cervical es el resultado de una lesión combinada entre la extensión/flexión de los tejidos blandos de la columna cervical, común en los accidentes automovilísticos, pero también puede ser producido por otros factores como traumatismos durante asaltos, lesiones generadas durante la práctica deportiva, al realizar saltos o sufrir caídas, este mecanismo es frecuente en adultos jóvenes. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres debido a que los músculos del cuello se encuentran menos desarrollados que en los hombres. Las lesiones cervicales pueden tener sintomatología similar a otras patologías más graves por lo que los médicos de primer nivel debemos establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías como fractura de vértebras cervicales, hernia discal cervical, radiculopatía, hemorragia subaracnoidea o meningitis. Los tratamientos más aceptados para el esguince cervical incluyen reducir el dolor con tratamiento farmacológico, incrementar actividad del paciente mediante ejercicio físico supervisado y de estiramiento, manejo de cargas en forma gradual.

El objetivo descrito en el presente estudio se cumplió. De los 81 pacientes que ingresaron al estudio se identificaron 15 pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático de los cuales 4 de ellos presentaron ausencia de respuesta al tratamiento. Se utilizó la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada para determinar la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-V en pacientes con esguince cervical grado I y II. La mayoría de estos pacientes corresponden a género femenino, son obreros, cuentan con estudios medio superior y se encuentran en un rango de edad de 41 a 45 años. De los pacientes que presentaron ausencia de respuesta al tratamiento, se registraron 11 con esguince cervical grado II y 3 con grado I según la clasificación de Quebec. Se presentó con mayor frecuencia la obesidad grado I.

No existe una relación entre el Trastorno de Estrés Postraumático y la persistencia de sintomatología en pacientes con esguince cervical grado I y II, sin embargo, para el manejo de los pacientes con esta patología se debe considerar una evaluación psicológica detallada con el fin de identificar síntomas como reexperimentación, evitación conductual cognitiva, y aumento de la activación y reactividad

psicofisiológica. Siendo importante considerar que el tratamiento psicológico consiste en una serie de estrategias terapéuticas que requieren capacitación y entrenamiento para su aplicación. Se considera que la terapia conductual es la estrategia que ha probado ser más efectiva para reducir la sintomatología y prevenir la recurrencia. Los programas en donde se incorpora la terapia conductual cognitiva se clasifican en tres grupos: enfocado al trauma, enfocado al estrés y terapia de grupo.

Se identificó una discreta mejora clínica en la mayoría de los pacientes, esto puede mejorar ofreciendo mayor información sobre la importancia del apego al manejo establecido por el personal de salud.

Con el presente estudio se abren nuevas líneas de investigación para identificar posibles causas que conllevan a continuar con discreta mejoría clínica o ausencia de la misma en pacientes con diagnóstico de esguince cervical y que son referidos al servicio de Medicina física y rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y manejo del Estrés Postraumático. México: Instituto Mexicano del Seguro social 2011.
2. Echeburúa E. Amor P. Sarasua B, et al. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*. 2016;34(2):111-128.
3. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
4. Martínez-Cruz F, Hernández-Romero LA, García-Torres JL, et al. Espasmo muscular del cuello en el esguince cervical y su correlación con la severidad de la lesión. *Acta Ortop Mex*. 2003 17(4): 173-178.
5. Guía de Práctica Clínica. Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 27/Marzo/2014.

6. Andersen TE, Elklit A, Brink O. PTSD Symptoms Mediate the Effect of Attachment on Pain and Somatisation after Whiplash Injury. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. CP&EMH. 2013 9:75-83.
7. Baños V. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico del Síndrome de Latigazo Cervical. *REV fisioter*. 2009;(1)05-28.
8. Serrano-Muñoz D, Gómez-Soriano J, Ávila-Martín G, et al. Sensibilización central al dolor en pacientes con síndrome del latigazo cervical: una revisión. *Rev. Latinoam. Cir. Ortop*. 2016 1(3):102-107.
9. García-Bermejo P, Ruiz-López J. Protocolo de Esguince Cervical. Servicio de Urgencias Hospital Universitario de la Ribera. Enero de 2015 P. 17-19, 31.
10. Lamb S, Gates S, Williams MA, et al. Emergency department treatments and physiotherapy for acute whiplash: a pragmatic, two-step, randomized controlled trial. *Lancet* 2013 381(9866): 546-556.
11. Rojas-Campos M. Trastorno de Estrés Postraumático. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2016 (619): 359-373.
12. Santamaría P, Capilla-Ramírez P, González-Ordi H. Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: Percepción de los profesionales de la salud. *Clin. Salud*. 2013 139-151.
13. Vicente-Herrero MT, Torres-Alberich JL, Ramírez-Iñiguez de la Torre MV, et al. Trastorno de estrés postraumático y trabajo. Criterios de valoración en incapacidad y discapacidad. *Rev Esp Med Legal*. 2014 40(4):150-160.
14. Carroll LJ, Holm LW, Hogg-Johnson S, et al. Course and Prognostic Factors for Neck Pain in Whiplash-Associated Disorders (WAD): Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Eur Spine J*. 2008 17(1):83-92.
15. Castillo-Chávez M. Consideraciones médico-legales del esguince cervical. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013 51(3): 304-7.
16. Hernández-Souza MA, Sánchez-Avedaño ME, Solís-Rodríguez A, et al. Incapacidad por esguince cervical I y II y el uso de collarín. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013 51(2): 182-7.

17. Juan-García FJ. Síndrome asociado a latigazo cervical. Rev Clin Esp. 2004 (6): 326-30.
18. Antúñez-Sánchez LG, De la Casa-Almeida M, Rebollo-Roldan J, et. Al. Eficacia ante el dolor y la discapacidad cervical de un programa de fisioterapia individual frente a uno colectivo en la cervicalgia mecánica aguda y subaguda. Aten Primaria. 2017 49(7): 417425.
19. Regal-Ramos R.J. Síndrome de latigazo cervical. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. Med Segur Trab.2011 34: 350-351.
20. Sterling M. Physiotherapy management of whiplash-associated disorders (WAD). Aust J Physiother. 2014; 60: 5-12.
21. Myrtveit S.M, Skogen J.C, Wenzel H.G, et al. Somatic symptoms beyond those generally associated with a whiplash injury are increased in self-reported chronic whiplash. A populationbased cross sectional study: The Hordaland Health Study (HUSK). BioMed Central. 2012 12:129.
22. Buitenhuis J, De Long P, Jaspers J, et al. Relationship between posttraumatic stress disorder symptoms and the course of whiplash complaints. Journal of Psychosomatic Research. 2006 61(5): 681-689.
23. Sterling M, Hendrikz J, Kenardy J. Compensation claim lodgement and health outcome developmental trajectories following whiplash injury: A prospective study. Pain 2010 150(1): 22-28.
24. Dunne R, Kenardy j, Sterling M. A Randomized Controlled Trial of Cognitive-behavioral Therapy for the Treatment of PTSD in the Context of Chronic Whiplash. Clin J Pain. 2011; 8(9): 52.

ANEXOS

Anexo 1.

CARTA ANUENCIA DIRECTOR

TIJUANA, B.C. agosto de 2018.

Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano. Investigador
Responsable.

PRESENTE:

Por medio de la presente, se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la autorización por parte del comité de investigación que corresponda de acuerdo con las características del estudio. En su caso, requiere ser registrado en el Comité Local de investigación No. 204; una vez que se tenga la autorización, cuente con la anuencia para la realización del protocolo de investigación titulado “Trastorno de estrés postraumático con relación a la ausencia de la respuesta al tratamiento en esguince cervical grado I y II.”

Atentamente

Dr. Abraham Martínez

Anexo 2 Carta de consentimiento informado.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN A LA AUSENCIA DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ESGUINCE CERVICAL GRADO I Y II.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, Baja California. De Septiembre a Diciembre de 2018
Número de registro:	R-2018-204-030
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar el Trastorno de Estrés Posttraumático relacionado a la ausencia de respuesta al tratamiento en esguince cervical crónico grado I y II en la UMF No.27.
Procedimientos:	Se me ha explicado que se aplicará un cuestionario sobre antecedentes del trauma y aspectos sociodemográficos.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que no representa algún riesgo para la salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar
Información sobre resultados y alternativas tratamiento:	Se me ha explicado que, con los resultados de esta investigación, en caso de padecer de Estrés Posttraumático, se realizarán acciones de tratamiento para mi beneficio.
Participación o retiro:	Entiendo que conserve el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	El investigador responsable se ha comprometido en informarme acerca de opciones de tratamiento en caso de ser necesario
Beneficios al término del estudio:	Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en identificar y modificar los factores de riesgo identificados.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadores Responsables:	Dr. José Luis Saavedra Escalona. Matrícula: 99024366. UMF No.27 Tijuana BC. Teléfono: (664) 684 84 01. Correo electrónico: rehabilitador@gmail.com Dr. Sun Granados García. Matrícula 98024452. UMF No. 27, Tijuana, BC. Teléfono: (664) 435 94 47. Correo electrónico: astromayor2487@gmail.com
Asesor metodológico:	Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano. Matrícula: 98020772 UMF No. 27 Tijuana BC. Teléfono: (664) 123 1814. Correo electrónico: dralindaavidal@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS:
Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com	

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma del Paciente	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Testigo 1	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Testigo 2
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Anexo 3 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este cuestionario es confidencial, por favor conteste las siguientes preguntas y si alguna no entiende favor de preguntar al encuestador.

Título de la investigación: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN A LA AUSENCIA DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ESGUINCE CERVICAL GRADO

I Y II.

Iniciales: _____ Edad _____ años.

No. Seguridad social _____ Género: Masculino ___ Femenino ___

Peso _____ Talla: _____. IMC _____ ESGUINCE

CERVICAL GRADO:

Instrucciones: Subraye la respuesta que a continuación se menciona

1. Ocupación:

- A) Desempleado
- B) Estudiante
- C) Obrero
- D) Profesionista
- E) Ninguno

2. Escolaridad

- A) Primaria
- B) Secundaria
- C) Preparatoria
- D) Universidad
- E) Posgrado
- F) Otro

3. Mecanismo de producción del esguince

- A) Colisión frontal
- B) Colisión trasera

C) Otro: _____

4. Tratamiento recibido:

- A) Medicamento farmacológico (vía oral, intramuscular o intravenoso)
- B) Medicamento farmacológico (vía oral, intramuscular o intravenoso) y rehabilitación solo en domicilio
- C) Medicamento farmacológico (vía oral, intramuscular o intravenoso) y rehabilitación solo en la Unidad de Medicina Familiar. Número de sesiones _____
- D) Medicamento tomado y rehabilitación en casa y en la Unidad de Medicina Familiar. E)
- Otro: _____

5. Ha referido mejoría clínica desde que ocurrió el evento hasta la actualidad.

- A) si
- B) No

6. En una escala del 0 al 10, donde 0 se refiere a ausencia de dolor y 10 se refiere como a dolor máximo insoportable, responda lo siguiente (encerrar con un circulo)

Al inicio de mi evento traumático tenía un dolor del 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10.

Actualmente mi dolor es de 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

7. Severidad del esguince cervical (Responde el personal de Salud):

- A) G0. Asintomático.
- B) GI. Dolor de cuello y rigidez.
- C) GII. Dolor de cuello y signos musculoesqueléticos.
- D) GIII. Dolor de cuello y signos neurológicos.
- E) GIV. Dolor de cuello y fractura o luxación.

Anexo 4.

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-
REVISADA (EGS-R) (Versión clínica) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y
Muñoz, 2016)**

No:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Descripción: _____ **Tipo de exposición al suceso traumático**

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

¿Ocurre actualmente? No sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí
<input type="checkbox"/> Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No sí

Revictimización a otro suceso traumático: No sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación

Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones psicológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva

Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan	0 1 2 3

recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	
--	--

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3

18. ¿se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos

<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
1. ¿al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
---	---

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático

Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

Tijuana Baja California. 31 de mayo de 2019.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA.

ASUNTO: Voto aprobatorio.

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada "TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN A LA AUSENCIA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ESGUINCE CERVICAL GRADO I Y II " elaborada por SUN GRANADOS GARCÍA, manifiesto que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado del examen.

ATENTAMENTE



DR. JUAN JOSÉ CAMACHO ROMO
Director de Tesis

C.c.p. Archivo.

Tijuana Baja California. 31 de mayo de 2019.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA.

ASUNTO: Voto aprobatorio.

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN A LA AUSENCIA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ESGUINCE CERVICAL GRADO I Y II " elaborada por SUN GRANADOS GARCÍA, manifiesto que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado del examen.

ATENTAMENTE


DRA. VANESSA ISELA BERMÚDEZ VILLALPANDO
Sinodal

C.c.p. Archivo.

Tijuana Baja California. 31 de mayo de 2019.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO,
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR,
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA.

ASUNTO: Voto aprobatorio.

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada "TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN A LA AUSENCIA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ESGUINCE CERVICAL GRADO I Y II" elaborada por SUN GRANADOS GARCÍA, manifiesto que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerado por el jurado del examen.

ATENTAMENTE


DR. JOSEPH TAPIA SÁNCHEZ
Síndico

C.c.p. Archivo.