

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS**



**Título del trabajo**

**“INCIDENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO EN PACIENTES DE LOS  
SERVICIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL GENERAL”**

**Informe final de tesis de grado presentado por**

**Dra. Natalia María Barriere de Campos**

**Para optar al Título de Especialista en**

**Psiquiatría y salud mental**

**Asesor de tesis**

**Dra. Antonieta Sandoval**

**Asesor metodológico**

**Dr. Wilson Avendaño Martell**

**Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, noviembre 2025**

## INDICE DE CONTENIDO

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| RESUMEN.....                                      | 3  |
| INTRODUCCIÓN .....                                | 4  |
| METODOS .....                                     | 6  |
| 1. Metodología .....                              | 6  |
| 2. Criterios de inclusión .....                   | 7  |
| 3. Criterios de exclusión.....                    | 7  |
| 4. Proceso de recolección de datos.....           | 9  |
| 5. Instrumento utilizado.....                     | 9  |
| 6. Análisis de datos .....                        | 10 |
| RESULTADOS.....                                   | 10 |
| 1. Caracterización de la población .....          | 10 |
| 2. Incidencia de TEA en población estudiada ..... | 17 |
| 3. Influencia de datos .....                      | 23 |
| DISCUSIÓN .....                                   | 23 |
| CONCLUSIONES .....                                | 28 |
| LIMITACIONES .....                                | 29 |
| RECOMENDACIONES .....                             | 29 |
| REFERENCIAS.....                                  | 30 |
| ANEXOS.....                                       | 35 |

## RESUMEN

**Introducción:** El 50-90% de la población mundial en general tendrá por mínimo un evento que perciben como traumático a lo largo de su vida, dando el riesgo de que esto los lleve a desarrollar un trastorno por estrés agudo (TEA). La evidencia latinoamericana sobre este trastorno en contextos médico-quirúrgicos es limitada y se centra más en estresores sociales que en patologías o lesiones. El objetivo de este estudio fue establecer la incidencia de este trastorno en pacientes ingresados dentro de servicios quirúrgicos. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal en pacientes de servicios quirúrgicos del Hospital General en un periodo de tres meses. Se aplicó el Cuestionario Stanford para la Reacción al Estrés Agudo (SASRQ) durante el día 3 al 30 posterior a un evento estresante. **Resultados.** Se analizaron 163 pacientes, presentando una incidencia del Trastorno por estrés agudo de 26.4%. Las mayores incidencias de esta patología se encontraron en mujeres, edades jóvenes, en escolaridad básica y en estancias largas; por especialidades fue mayor en cirugía general y ortopedia; en complicación de enfermedad y patología abdominal/parietal. En todos los casos con TEA se registró alteración de la funcionalidad; los criterios sintomáticos más frecuentes en la muestra fueron ansiedad y funcionalidad, mientras que disociación fue menos común pero elevada entre quienes presentaron TEA. **Conclusiones.** Se identificaron patrones descriptivos que generan hipótesis más que efectos confirmados, e indican la necesidad de tamizaje temprano y de estudios focalizados con mayor tamaño muestral para estimar efectos independientes.

**Palabras clave:** Estrés agudo, evento traumático, servicios quirúrgicos.

## INTRODUCCIÓN

Existe una variable de trastorno mental que presenta sintomatología de forma inmediata posterior a sufrir un evento traumático, esta variable, el Trastorno por Estrés Agudo, de hoy en adelante “TEA”, también llamado reacción aguda al estrés o reacción aguda a crisis. Se define según el DSM 5-TR como un conjunto de síntomas transitorios de intrusión, alteraciones del ánimo, disociación, evitación y activación que aparecen tras la exposición a uno o más eventos traumáticos que implican muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual, ya sea que la persona lo experimente directamente, lo presencie, se entere de que le ocurrió a un allegado cercano o esté expuesta de manera repetida a detalles aversivos del suceso. Por tanto, aunque estos síntomas se definan como transitorios, crean malestar en la población y posteriormente le ponen en riesgo de desarrollar otras patologías psiquiátricas, entre ellas trastorno por estrés postrauma (TEPT) (1).

Para fines de operatividad, en este estudio se entenderá por Evento traumático a toda situación que haya incluido una amenaza física, emocional o psicológica que de manera subjetiva para la persona sea amenazante para su vida o integridad; y que ocurre de manera súbita, sin posibilidad de preparación previa. Según datos mundiales, el 50-90% de la población puede sufrir un accidente traumático a lo largo de su vida, significa que la mayoría de la población se encontrará en riesgo de desarrollar un TEA (2).

Como ya se mencionó, el TEA sucederá tras vivir un evento como una amenaza subjetiva a la vida o a su integridad; Por ello, debe diferenciarse del trastorno adaptativo, en el que el desencadenante son eventos vitales sin cualidad traumática extrema, y del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), del que se distingue por la duración: el TEA ocurre entre los 3 días y el primer mes posterior al evento, mientras que el TEPT se considera ya un trastorno crónico de mayor duración (3,4). Lejos de ser infrecuente, el TEA presenta una prevalencia aproximada de 24,6 % durante la primera semana tras un estresor específico y puede elevarse hasta 40,6 % con el tiempo (5).

A nivel internacional, múltiples estudios describen prevalencias variables según el tipo de evento. Wenjie Dai, Aizhong Liu et al. (2018) realizaron la primera revisión sistemática cuantitativa del TEA en accidentes viales, con 13 artículos y una proporción de 15,8 % de TEA en su población (6). Zhenhong Liang, Lijuan Wu et al. (2022) reportaron 28,20 % de TEA en 468 pacientes con fracturas traumáticas (7); Xiao Q. et al. (2020) describieron 6,1 % (32/524) de TEA en adultos mayores con fracturas osteoporóticas, de los cuales 87,5 % eran mujeres y 12,5 % hombres (8). En el estudio de Xiuli Li et al. (2021), la prevalencia de TEA posterior a accidentes de tránsito fue de 29,6 %, nuevamente con predominio del sexo femenino (9). Bapolisi et al. (2022) documentaron en el Congo una frecuencia de TEA de 55 % en personas que habían sufrido violencia, uno de los porcentajes más elevados descritos (10). En una línea similar, se han ampliado las poblaciones de estudio hacia contextos médicos y quirúrgicos: Silva L., Mohamed SA et al. (2024) describen síntomas psiquiátricos

agudos tras laparotomías de urgencia (11); Nosanov LB, Prindeze NJ et al. estudian TEA y TEPT en sobrevivientes de quemaduras (12); y otros trabajos relacionan TEA y síntomas psiquiátricos con amputaciones de emergencia, incluyendo casos en pacientes con diabetes mellitus (DM) con amputación por pie diabético (13,14).

A partir de este panorama, en la presente investigación se consideran como eventos traumáticos no solo los accidentes viales o traumas que requieren cirugía de emergencia, sino también manejos de urgencia secundarios a patologías médicas (como diabetes mellitus), priorizando el impacto del manejo quirúrgico inmediato y de emergencia sobre la vida y calidad de vida, más allá de una evolución crónica (en caso de paciente con DM).

Como en otros trastornos psiquiátricos, en el TEA se describen factores de riesgo como sexo femenino, vivir solo, bajos ingresos económicos, consumo de alcohol y ciertos rasgos de personalidad, entre otros (15,16), que sirven tanto para estimar riesgo de aparición como para orientar su asistencia y acompañar en el impacto de la calidad de vida e interacciones sociales que conlleva esta patología (17, 18). Para su identificación temprana se dispone de instrumentos como el Cuestionario de Stanford para la Reacción de Estrés Agudo (SASRQ), utilizado por Zhang et al. en el 2021 (19); así como otras escalas: la Escala de Impacto de Eventos-Revisada (IES-R) (20), la Escala para Trastorno por Estrés Agudo en su versión mexicana (21); y la Escala de evaluación temprana de respuestas psicológicas (22).

Diversos estudios señalan al TEA como factor de riesgo para TEPT, patología crónica de manejo complejo, pero autores incluso describen al TEA con una asociación al agotamiento emocional y despersonalización (23). No obstante, persiste una escasez de investigaciones que tengan al TEA como foco principal, en comparación con la abundante literatura centrada en el TEPT (24).

En América Latina existe aún escasa investigación sobre TEA, lo que dificulta contar con un mapa claro de la situación regional. En El Salvador se estima un aumento anual de eventos traumáticos de diversa índole: en el primer trimestre de 2023 se registró un incremento de hasta 4,373 accidentes viales (25), con tendencia a mayor número de siniestros y menor mortalidad, generando más sobrevivientes potencialmente expuestos a eventos altamente estresantes. Según el Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MTPS), en 2024 se reportaron alrededor de 15,000 accidentes laborales; por su parte, los boletines epidemiológicos del Ministerio de Salud (MINSAL) de 2019 documentan un promedio anual de 5,997 lesiones de causa externa, entre ellas quemaduras y caídas. A pesar de ello, no se dispone de estudios que describan el riesgo inmediato de desarrollar un trastorno mental posterior a un siniestro o trauma físico, ya sea accidente de tránsito u otro tipo de evento.

Para focalizar el análisis en la población salvadoreña asegurada, se seleccionaron pacientes de los servicios quirúrgicos del Hospital General, uno de los centros más representativos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en la zona metropolitana. En el período previo al estudio, el hospital contaba con tres pisos destinados a áreas quirúrgicas: 1) Servicio de

Neurocirugía, 2) Servicio de Ortopedia y 3) Servicio de Cirugía, que incluía cirugía general, cirugía plástica, oftalmología, urología y cirugía maxilofacial. De acuerdo con la Unidad de Epidemiología y Estadística del Hospital General, durante septiembre a noviembre de 2023 ingresaron a estos servicios (siete especialidades) 9,008 pacientes, con un promedio de 764 ingresos mensuales, rotación de camas de 6.5, giro de cama de 54.2 y ocupación mensual de 93,9 %. Estas cifras evidencian que una proporción elevada de pacientes pudo haber estado expuesta a un evento traumático con riesgo de desarrollar TEA, lo que subraya la necesidad de investigaciones específicas que determinen su incidencia en la población salvadoreña y favorezcan un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y focalizado.

## METODOS

### 1. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, en el que se identificó la incidencia del trastorno por estrés agudo en una población específica (pacientes hospitalizados en los servicios quirúrgicos que cumplan los criterios de inclusión), por medio del uso de instrumentos de medición, incluyendo un cuestionario de TEA y recolección de datos demográficos sin intervenir ni manipular variables, solo describiendo la presencia del trastorno. No se comparó ningún tipo de grupos ni aplicó tratamiento de ningún tipo a los pacientes. Es también un estudio prospectivo porque se evaluó a los pacientes posterior a un evento traumático, aplicando el cuestionario en un momento determinado posterior al suceso. No se utilizó expedientes antiguos ni datos previos, por lo que no es retrospectivo. Y, por último, el estudio es también transversal, ya que se aplicó el instrumento una sola vez por paciente, para medir la presencia del trastorno en ese momento. No hubo seguimiento longitudinal.

El cálculo de muestra se realizó tomando en cuenta el cumplimiento de los criterios de inclusión y a quienes aceptaron participar durante el período de recolección de datos. La muestra del estudio estuvo conformada por pacientes ingresados en siete servicios quirúrgicos del Hospital General durante el periodo comprendido entre septiembre y noviembre de 2024. Según los registros del Departamento de Epidemiología, en esos meses del año previo (2023) ingresaron un total de 2,293 pacientes quirúrgicos. A partir de esta población, se calculó una muestra representativa de 240 pacientes, considerando un nivel de confianza del 95%, un error del 5% y una frecuencia esperada del 50%. Sin embargo, el elevado giro de cama observado en los servicios quirúrgicos (54.2), las estancias hospitalarias breves y colaboración limitada de parte de los pacientes que *si cumplían todos los criterios*

*de inclusión*; dificultaron el abordaje completo de la población estimada; esto limitó la inclusión de participantes, resultando en una muestra efectiva de 163 pacientes, equivalente a un nivel de confianza del 85%. Dicha diferencia se atribuye a la alta rotación de ingresos y egresos durante el periodo de estudio.

La unidad de análisis estuvo constituida por cada paciente quirúrgico ingresado en los servicios quirúrgicos del Hospital General que cumplió con los criterios de inclusión establecidos.

Se debe aclarar que se tomó como evento traumático a 1. todo mecanismo que fue visto por el paciente de forma subjetiva como un riesgo de vida y 2. Decisión de cirugía de emergencia que fue vista por el paciente de forma subjetiva como un riesgo de vida o calidad de vida.

## 2. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que aceptaron participar en la investigación al realizar llenado adecuado de instrumentos de medición y mantengan colaboración durante su realización.
- Pacientes que cumplan los días de estancia hospitalaria específicos: entre 3 días a un mes de hospitalización; esto según los criterios diagnósticos de la patología.
- Pacientes que cumplan criterios de estabilidad clínica, que se muestran en *cuadro 1: Criterios de inclusión y exclusión de pacientes según estabilidad clínica*.
- Pacientes que hayan sido sometidos a cirugías de emergencia.
- Pacientes que describan un evento traumático como causa de su ingreso, incluido en este estudio las siguientes causas: abdomen agudo de primera vez (apendicitis o hernias complicadas), complicación aguda de enfermedad crónica que requiera manejo de emergencia no indicado previamente (como amputación por pie diabético), caídas, recibir un nuevo diagnóstico, quemaduras, accidentes viales u otros accidentes que obligase a manejo quirúrgico de emergencia.

## 3. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no deseen participar en la investigación.
- Pacientes de ingreso mayor a 30 días de estancia hospitalaria.
- Pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico previo.
- Pacientes que realicen mal llenado de instrumento de medición.

- Pacientes que cumplan criterios de inestabilidad clínica, que imposibilite recolección correcta de datos por tema físico o neurológico. Se muestran en *cuadro 1: Criterios de inclusión y exclusión de pacientes según estabilidad clínica*.
- Pacientes que no describan un evento traumático como causa de ingreso, si no manejos quirúrgicos ya programados, entre ello se incluye como causa de ingreso: cirugías electivas (previamente programadas como colecistectomías), infecciones de sitio quirúrgico, ingreso por toma de estudios o exámenes, seguimiento por patología de base (epilepsia, tumores, lumbago), gangrena, reintervención quirúrgica, celulitis.

| CUADRO 1: Criterios de inclusión y exclusión de pacientes según estabilidad clínica                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Criterios de inclusión                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Criterios de exclusión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>-Orientación en 3 esferas que se identificó durante evaluación inicial de paciente en entrevista.</p> <p>-Capacidad física y neurológica de entablar una conversación por medio del dialogo verbal.</p> <p>-Paciente que no se encuentre en estado de sedación por razones pre o post quirúrgicas.</p> | <p>-Paciente que no se encuentre orientado en 3 esferas durante evaluación inicial de paciente en entrevista.</p> <p>-Complicaciones físicas que imposibiliten el dialogo verbal o estado de conciencia, como lesiones mandibulares, lesiones de cráneo o de rostro.</p> <p>-Complicaciones neurológicas que imposibiliten el diálogo verbal, tales como afasia o disartria.</p> <p>-Patologías que impidan entablar comunicación verbal con los pacientes, tales como Accidente cerebro vascular, lesiones cerebrales, fracturas de rostro o mandíbula.</p> <p>-Pacientes entubados</p> <p>-Pacientes que se encuentren en sala de cirugía en horarios en que investigador evalúa pacientes.</p> <p>-Pacientes en estado de sedación por razones pre o post quirúrgicas.</p> <p>-Pacientes con diagnóstico de retraso mental.</p> |

*Cuadro 1. Criterios de inclusión y exclusión según estabilidad clínica. Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. El cuadro resume las condiciones clínicas y neurológicas que permiten o impiden aplicar el SASRQ durante la hospitalización.*



#### 4. Proceso de recolección de datos

Se realizó a la población meta una evaluación por medio de instrumentos de medición: Escalas de estrés y recolección de datos demográficos en los días 3 a 30 de ingreso posterior a presenciar un evento traumático. Se ha de aclarar que, en este estudio, los días de estancia hospitalaria se igualaron a los días de haber presentado el evento traumático debido a que, una vez recolectados los datos, la diferencia de tiempo de haber sufrido evento traumático (sufrir accidente o recibir noticia de manejo quirúrgico inmediato), no fue mayor a 24 horas en cada paciente.

Se presentó a cada servicio e identificó causas de ingreso que cumplieran criterios de inclusión dentro de los censos diarios de cada servicio. Se evaluaron posteriormente todos los pacientes que cumplieran criterio de haber presentado un evento traumático y el criterio de inclusión de estabilidad clínica. Fue a esos pacientes que se evaluó para cumplir resto de criterios de inclusión y exclusión.

Al tener esta selección se indagó a cada paciente el deseo de participación libre y se pasó el instrumento de medición por el investigador, tanto de forma autoadministrada como hetero administrada (por el entrevistador), según colaboración o posibilidad física de los participantes.

#### 5. Instrumento utilizado

Se utilizó un instrumento de medición que constó en dos partes: Primero una para recolección de datos demográficos, que fue creado para esta investigación por los autores y se puede revisar en sección de *Anexos*. En este se indagan datos personales como edad sexo, causa de ingreso (evento traumático según el paciente), así como diagnóstico de ingreso (diagnóstico según médico tratante). En la segunda parte, la Escala de trastorno por Estrés agudo, que se utilizó el cuestionario Stanford para la reacción al estrés agudo (SASRQ). Esta escala, refleja la incidencia del TEA. El alfa de Cronbach está entre 0,72 y 0,88, lo que indica que la escala tiene buena confiabilidad y validez (Esto según Cardaña, Koopman, Classen, Waelde y Spiegel 2010). Además, se ha validado en la población china (Wen et al. 2011; Yang et al. 2015) y en el estudio de Zhang et al. del 2021. Se eligió el actual cuestionario debido a la posibilidad de evaluar con él de forma clasificada los distintos síntomas que puede presentar el diagnóstico de TEA, así como su capacidad de autoadministrarse y no requerir de una entrevista estructurada para realizarle.

El SASRQ consta de 30 ítems tipo Likert 0–5 (0= “no experimentado” a 5= “muy a menudo”) que evalúa la sintomatología aguda posterior a un evento estresante. Sus ítems se agrupan en cinco dominios diagnósticos: *disociación* (5 subcomponentes: aturdimiento/embotamiento,

reducción de conciencia del entorno, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa; ítems 20, 28, 4, 24, 3, 18, 10, 13, 16, 25), *reexperimentación* (6 ítems: 6, 7, 15, 19, 23, 29), *evitación* (6 ítems: 5, 11, 14, 17, 22, 30), *ansiedad* (6 ítems: 1, 2, 8, 12, 21, 27) y *deterioro funcional* (2 ítems: 9, 26). Para el algoritmo diagnóstico se considera un síntoma presente cuando el ítem correspondiente recibe  $\geq 3$  (“a veces”). El TEA se cumple cuando, tras el criterio A (exposición a evento traumático, parte de los criterios de inclusión), hay  $\geq 3$  síntomas disociativos y  $\geq 1$  síntoma en cada una de las categorías de reexperimentación, evitación y ansiedad, además de deterioro del funcionamiento.

## 6. Análisis de datos

El tamaño muestral final (n=163), inferior al calculado inicialmente (n=240), pudo haber reducido el poder estadístico para detectar asociaciones de magnitud pequeña o moderada entre las variables estudiadas. A pesar de ello, se realizó una doble digitalización como control de calidad de la base de datos para mantener fidelidad de lo recolectado. Por último, se utilizó como principal método de análisis de datos el programa SPSS en su versión gratuita y programas gratis como Excel para creación de graficas.

## RESULTADOS

Toda la población cumplió con los criterios de inclusión, entre ellos el no tener antecedentes en especialidad para no complicar la veracidad de diagnóstico de TEA y, también tener el criterio A del SASRQ de cumplir con haber presentado un evento traumático. De la población de estudio (N=163), se confirmó una incidencia global de TEA de 26.4%, equivalente a 43 pacientes. A continuación, se detallan los hallazgos obtenidos asociados a las características sociodemográficas y respecto a la información por especialidades.

### 1. Caracterización de la población

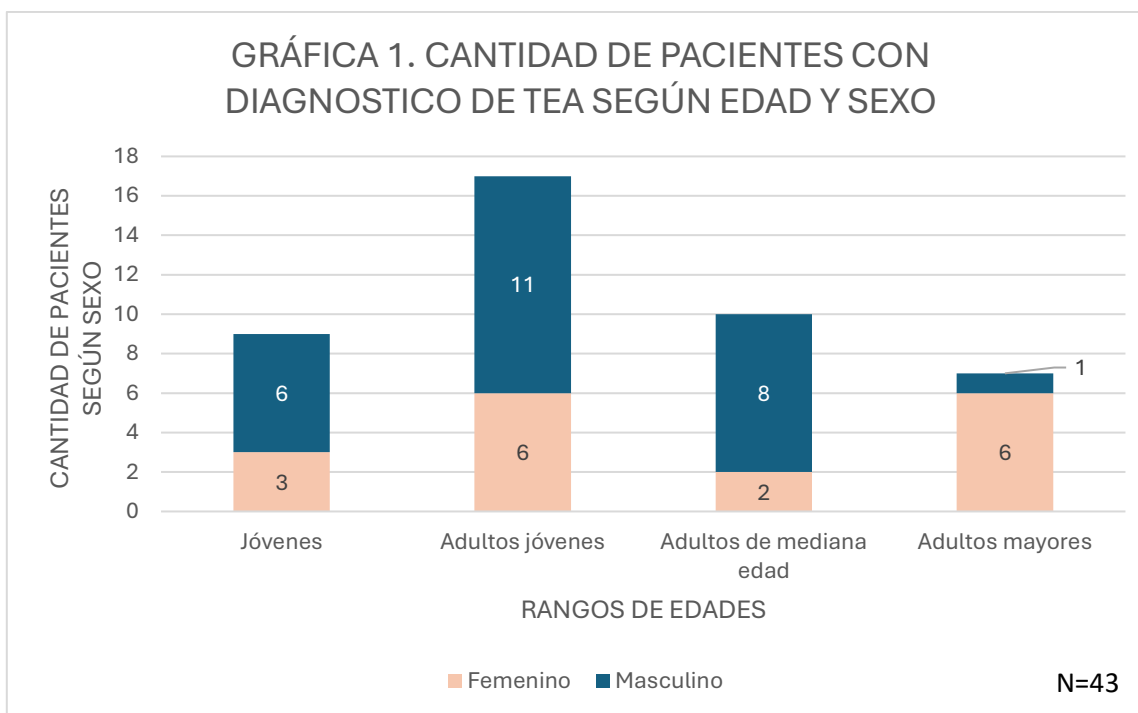
Como ya se mencionó, la muestra quedó conformada por 163 pacientes. Respecto a distribución por **sexos**, predominó el sexo masculino con un 72.4% (n= 118), mientras que el femenino representó un 27.6%, (n= 45). En la *Tabla 1. Frecuencia e incidencia de TEA por subgrupos*, se muestra toda la información sociodemográfica asociada a la incidencia y frecuencia de TEA en los subgrupos estudiados.

| <b>TABLA 1. Frecuencia e incidencia de TEA por subgrupos</b> |                                           |                                   |                                      |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Variable</b>                                              | <b>Subgrupo (% de población total)</b>    | <b>N con TEA /Total del grupo</b> | <b>Incidencia de TEA en subgrupo</b> |
| <b>Sexo</b>                                                  | Femenino (27.6%,)                         | 17/45                             | 37.8%                                |
|                                                              | Masculino (72.4%)                         | 26/118                            | 22.0%                                |
| <b>Grupo etario</b>                                          | Jóvenes (18–25 años) (10.4%)              | 9/17                              | 52.9%                                |
|                                                              | Adultos jóvenes (26–45 años) (50.3%)      | 17/82                             | 20.7%                                |
|                                                              | Mediana edad (46–64 años) (20.9%)         | 10/34                             | 29.4%                                |
|                                                              | Adultos mayores ( $\geq 65$ años) (18.4%) | 7/30                              | 23.3%                                |
| <b>Procedencia</b>                                           | Urbana (65%)                              | 30/106                            | 28.3%                                |
|                                                              | Rural (35%)                               | 13/57                             | 22.8%                                |
| <b>Residencia</b>                                            | Con familia (87.7%)                       | 39/143                            | 27.3%                                |
|                                                              | Solo (12.3%)                              | 4/20                              | 20.0%                                |
| <b>Estado civil</b>                                          | Casado/a (35%)                            | 14/58                             | 24.1%                                |
|                                                              | Soltero/a (32.5%)                         | 14/53                             | 26.4%                                |
|                                                              | Acompañado/a (24.5%)                      | 12/40                             | 30.0%                                |
|                                                              | Viudo/a (5.5%)                            | 3/9                               | 33.3%                                |
|                                                              | Otro (1.8%)                               | 0/3                               | 0.0%                                 |
| <b>Escolaridad</b>                                           | Área básica (10.4%)                       | 11/17                             | 64.7%                                |
|                                                              | Universitaria (13.5%)                     | 8/22                              | 36.4%                                |
|                                                              | Bachillerato (43.6%)                      | 15/71                             | 21.1%                                |
|                                                              | Técnico (9.8%)                            | 3/16                              | 18.8%                                |
|                                                              | Tercer ciclo (19.6%)                      | 5/32                              | 15.6%                                |
|                                                              | Analfabeta (3.1%)                         | 0/5                               | 20.0%                                |
| <b>Condición laboral</b>                                     | Sí labora (77.3%)                         | 33/126                            | 26.2%                                |
|                                                              | No labora (22.7%)                         | 10/37                             | 27.0%                                |
| <b>Estancia hospitalaria</b>                                 | Corta (1–3 días) (30.7%)                  | 14/50                             | 28.0%                                |
|                                                              | Intermedia (4–15 días) (46.6%)            | 17/76                             | 22.4%                                |
|                                                              | Larga (16–30 días) (22.7%)                | 12/37                             | 32.4%                                |
| <b>Causa de ingreso</b>                                      | Accidente vial (58.3%)                    | 23/95                             | 24.2%                                |
|                                                              | Caída (20.9%)                             | 9/34                              | 26.5%                                |

|                               |                                     |        |       |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------|-------|
|                               | Complicación de enfermedad (9.2%)   | 7/15   | 46.7% |
|                               | Abdomen agudo (10%)                 | 3/10   | 30.0% |
|                               | Otros (4.9%)                        | 1/8    | 12.5% |
|                               | Diagnóstico de enfermedad (0.6%)    | 0/1    | 0.0%  |
| <b>Diagnóstico en ingreso</b> | Lesión (81.6%)                      | 32/133 | 24.1% |
|                               | Patología abdominal/parietal (8.6%) | 6/15   | 40.0% |
|                               | Amputación (7.4%)                   | 4/11   | 36.4% |
|                               | Quemadura (2.5%)                    | 1/4    | 25.0% |
| <b>Especialidad</b>           | Ortopedia (62%)                     | 25/103 | 24.3% |
|                               | Cirugía general (22.1%)             | 11/36  | 30.6% |
|                               | Neurocirugía (7.4%)                 | 3/12   | 25.0% |
|                               | Cirugía plástica (4.9%)             | 3/8    | 37.5% |
|                               | Urología (1.2%)                     | 1/2    | 50.0% |
|                               | Maxilofacial (0.6%)                 | 0/1    | 0.0%  |
|                               | Oftalmología (0.6%)                 | 0/1    | 0.0%  |

*Tabla 1. Frecuencia e incidencia de TEA por subgrupos. Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. Se toma N=163 (población total). Se presenta para cada variable (sexo, edad, procedencia, residencia, estado civil, escolaridad, condición laboral, estancia, causa de ingreso, diagnóstico de ingreso y especialidad), el n/total y el % de TEA dentro de cada categoría.*

Por **grupos etarios**, la mayor proporción fueron adultos jóvenes (26–45 años) con un 50.3% (n= 82), seguidos de adultos de mediana edad (46–64 años) con 20.9% (N= 34), adultos mayores ( $\geq 65$  años) con 18.4% (n= 30) y en la menor proporción, jóvenes (18–25 años) con un 10.4% (n= 17). En la *Gráfica 1. Cantidad de pacientes con diagnóstico de TEA según edad y sexo*, se refleja la distribución de la población según edad y sexo, enfocándose sólo en los pacientes que cumplieron el diagnóstico de estudio; mostrando cómo sólo en la población de adultos mayores prevalece el sexo femenino.



*Gráfica 1. Cantidad de pacientes con diagnóstico de TEA según edad y sexo. N=43 (pacientes con diagnóstico de TEA). Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. En cada barra se presenta la frecuencia de dicho grupo en números totales. Se muestra la distribución de TEA por grupos etarios y sexo, visualizando el mayor aporte de casos en adultos jóvenes y el mayor porcentaje en mujeres en el grupo de adultos mayores, aun con menor n absoluto.*

En cuanto a **procedencia**, un 65% (n=106) residían en área urbana y un 35% (n= 57) en área rural. La **residencia** más frecuente, es decir con quién residía el paciente, fue “con familia” en un 87.7% (n=143) frente a “solo” en un 12.3% (n=20). Al clasificar por sexo, los hombres con TEA se concentraron con mayor frecuencia en el grupo que vivía solo, mientras que las mujeres con TEA se observaron principalmente en el grupo que residía con su familia. Respecto al **estado civil**, se observó un 35% pacientes casados (n=58), un 32.5% pacientes solteros (n=53), un 24.5% de sujetos acompañados (n=40), viudos un 5.5% (n=9) y un 1.8% se clasificó en la opción “Otro” (n= 3), que incluyó estado de divorciado y de separado.

Respecto a la población en su condición laboral, un 77.3% (n=126) sí laboraban y 22.7% no laboraban (n=37). La **escolaridad** se distribuyó con un 43.6% de pacientes habiendo estudiado hasta nivel de Bachillerato (n=71), un 19.6% hasta Tercer ciclo (n=32), un 13.5% estudios universitarios (n=22), un 10.4% con estudios hasta área básica (n=17), 9.8% estudios

de técnico (n=16) y como la menor población un 3.1% fue población analfabeta (n=5). En los pacientes con diagnóstico de TEA según distribución por escolaridad y sexo, se mostró que las mujeres se agruparon sobre todo en el nivel de área básica, mientras que los hombres se distribuyeron de forma más amplia en los niveles de bachillerato, estudios técnicos y universitarios. En conjunto, la mayoría de los casos con TEA se concentró en niveles de educación media y básica.

Sobre la cantidad de días de *estancia hospitalaria*, que como ya se mencionó, equivalió a la cantidad de días de haber sufrido el evento traumático; la categoría más común fue una estancia hospitalaria intermedia (duración de 4–15 días) con 46.6% (n=76), seguida de estancia hospitalaria corta (duración de 1–3 días) con un 30.7% (n=50) y por último estancia hospitalaria larga (16–30 días) de 22.7% (n=37).

Los eventos traumáticos descritos por los pacientes se pueden verificar como las *causas de ingreso* identificadas en la población de estudio. Estos datos se presentan de forma completa en la *Cuadro 2. Eventos traumáticos de la población estudiada y su traducción en causas médicas de ingreso*, junto con su frecuencia. De igual manera, Al relacionar la causa de ingreso con los grupos etarios, tanto en pacientes con TEA como sin TEA predominaron los mecanismos traumáticos (accidentes viales y caídas) en todos los rangos de edad. En adultos jóvenes y de mediana edad fueron más frecuentes los ingresos por accidentes viales, mientras que en los adultos mayores aumentó el peso relativo de las caídas y de las complicaciones de enfermedad como causas de ingreso.

| CUADRO 2. Eventos traumáticos de la población estudiada y su traducción en causas médicas de ingreso |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Abdomen agudo<br>-Apendicitis (n=9)<br>-Hernia estrangulada (discal ya diagnosticada) (n=1)       |
| 2. Accidente vial<br>-Accidente vial como conductor (n=91)<br>-Accidente vial como peatón (n=4)      |
| 3. Caída (n=34)                                                                                      |
| 4. Complicación de enfermedad                                                                        |

- Amputación por complicación de Diabetes mellitus (n=11)
- Complicación de cálculo renal (n=2)
- Cirugía por metástasis (n=2)

5. Diagnóstico de enfermedad (n=1)

6. Otros

- Quemaduras (n=4)
- Accidente laboral (n=4)

*Cuadro 2. Eventos traumáticos y su traducción en causas médicas de ingreso. Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. El cuadro clasifica el tipo de estresor o evento reportado por los pacientes en diagnósticos médicos con los que cada paciente ingresó en la hospitalización; presentando los distintos mecanismos de cada evento.*

De la población de estudio, fue un 78% (n=127) de pacientes sin **comorbilidades médicas** y un 22% (N=36) que si tenían diagnósticos previos; de estos últimos, un 91% (n=33/36) tenía al menos una enfermedad no transmisible: hipertensión arterial, diabetes mellitus o asma; y solo un 9% (n=3/33) tenía diagnóstico de otro tipo de patología, que fueron cáncer mandibular, cáncer de colon y diagnóstico previo de hernia discal.

Por **especialidad**, los ingresos se concentraron en Ortopedia en un 62.0% (n=103), Cirugía general un 22.1% (n=36), Neurocirugía 7.4% (n=12), Cirugía plástica un 4.9% (n= 8), Urología un 1.2% (n=2) y, por último, Maxilofacial y Oftalmología con un 0.6% (n=1) cada especialidad. En la distribución de especialidades según causas de ingreso; Ortopedia concentró el mayor número de pacientes, principalmente con lesiones asociadas a accidentes viales y caídas. Cirugía general reunió una mezcla más heterogénea de diagnósticos, incluyendo casi todas las causas de ingreso y enfocándose más en casos de patología abdominal y complicaciones de enfermedad, Neurocirugía predominó el ingreso por lesiones traumáticas; y, el accidente vial se registró como mecanismo común en casi todas las especialidades a excepción de urología y oftalmología.

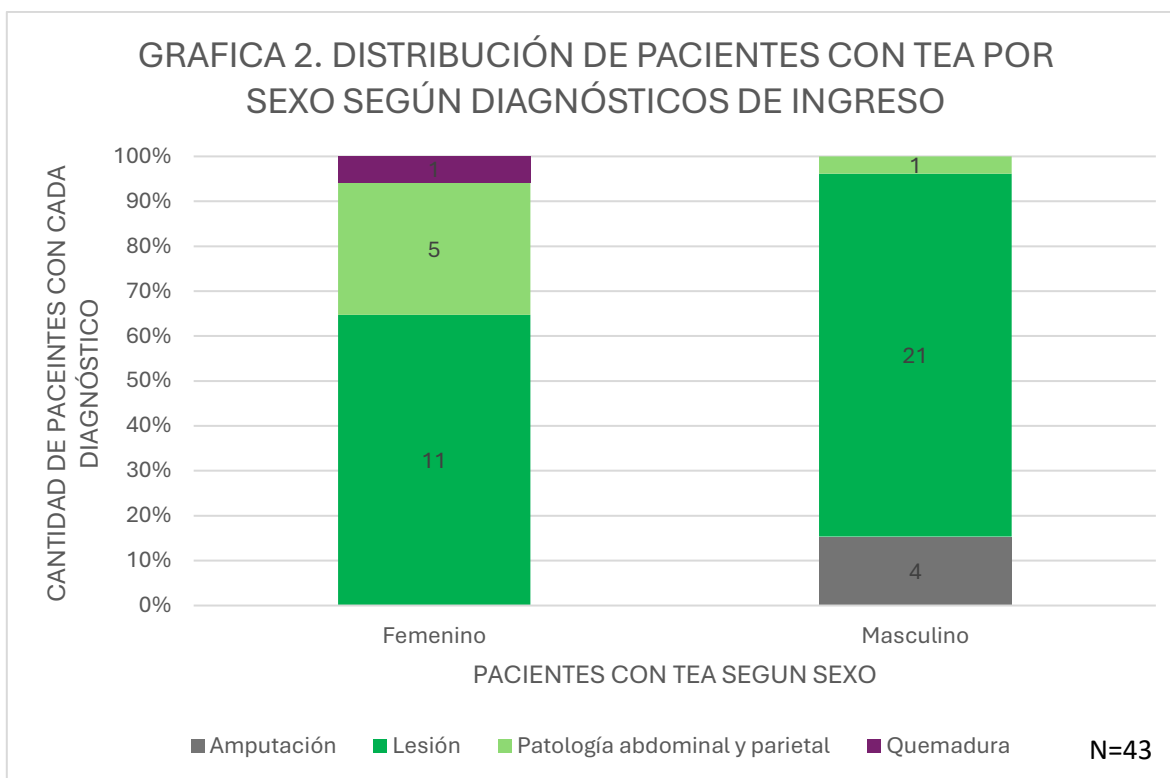
De la población de estudio, se clasificó los **diagnósticos de ingreso** (obtenidos de los censos diarios de pacientes) en 4 categorías para facilitar el agrupamiento y análisis de los datos según las particularidades de estas patologías. En la *Tabla 2: Diagnósticos de ingreso identificados en la población de estudio*, se identifica esta clasificación y la cantidad de pacientes con cada diagnóstico.

Del grupo de lesiones (fracturas y otros traumas) fueron 133 ingresos; de ellos, 32 pacientes desarrollaron TEA, lo que representa 24.1% dentro de este grupo diagnóstico. En el subgrupo de patología abdominal/parietal (como apendicitis, hernias y otros cuadros abdominales), ingresaron 15 pacientes y 6 desarrollaron TEA, equivalente a una incidencia del 40.0% en este diagnóstico, siendo una de las proporciones más altas. Respecto al grupo de amputaciones, se registraron 11 pacientes; de ellos, 4 presentaron TEA, lo que corresponde a 36.4% dentro de este grupo. Y, por último, en el grupo de quemaduras, que se incluyeron 4 pacientes, 1 de ellos desarrolló TEA, para una incidencia del 25.0% en este diagnóstico de ingreso. *Ver Grafica 2. Distribución de pacientes con TEA por sexo según diagnósticos de ingreso.*

| TABLA 2. Diagnósticos de ingreso identificados en la población de estudio.                                                        |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Lesiones (n=133)                                                                                                                  | Patologías abdominales y parietales (n=14)                                                                                                                                                                     | Amputaciones (n=12)                                                                          | Quemaduras (n=4)                                          |
| -Fracturas (de cualquier área del cuerpo, n=103)<br>-Traumas de cualquier índole, como caídas (n=27) y accidentes laborales (n=3) | -Abdomen agudo, como apendicitis (n=8) y hernias complicadas (n=2)<br>-Diagnósticos nuevos y manejo quirúrgico de patologías médicas, como de cálculo renal (n=2), y de cáncer previamente diagnosticado (n=2) | -Amputaciones por complicaciones de Diabetes mellitus (n=11)<br>-Amputación traumática (n=1) | -Quemaduras por gas (n=2)<br>-Quemaduras eléctricas (n=2) |

*Tabla 2. Diagnósticos de ingreso identificados en la población de estudio. Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. La tabla agrupa los diagnósticos en lesiones, patología abdominal/parietal, amputaciones y quemaduras, con sus frecuencias absolutas. Aporta una visión clínica de la carga de enfermedad y facilita comparaciones de incidencia de TEA entre categorías diagnóstica.*





*Grafica 2. Distribución de pacientes con TEA por sexo según diagnósticos de ingreso. N=43 (pacientes con diagnóstico de TEA). Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. En cada barra se presenta la frecuencia de dicho grupo en números totales. Se muestra que la mayor cantidad de pacientes que desarrollaron TEA corresponde a lesiones en ambos sexos; en mujeres aparece, además, una fracción visible de patología abdominal/parietal y quemaduras, mientras que en hombres se observa un aporte de amputaciones. Mostrando por tanto el predominio femenino del TEA a nivel proporcional.*

## 2. Incidencia de TEA en población estudiada.

La incidencia total del trastorno por estrés agudo en la población de estudio fue de un 26.4%, es decir 43 pacientes de 163 estudiados. La presencia de TEA fue mayor en el sexo femenino; ya que esta población femenina fue de un 37.8% (N=17/45) de las 45 mujeres del estudio; y un 22.0% (N=26/118) en la población masculina de 118 individuos. Esta elevada incidencia en el sexo femenino es tomando en cuenta que la población masculina que participó fue mayor. La asociación sexo y presencia de TEA resultó de  $\chi^2$  de Pearson=4.16 (gl=1; p=0.041, V de Cramer pequeña de 0.14), lo que indica asociación estadísticamente significativa entre sexo y TEA.

Según datos por edades, la mayor cantidad de pacientes que desarrolló TEA fue el grupo de los jóvenes entre edades de 18 a 25 años, con un 52.9% (N= 9/17). Pero antes este dato se debe tomar en cuenta que este grupo etario fue uno de los grupos con menor cantidad de pacientes en ese rango de edad. En esta relación de grupo etario e incidencia de TEA, el  $\chi^2$  de Pearson=7.83 (gl=3; p=0.050) muestra una tendencia de mayor proporción de TEA en jóvenes de 18–25 años, con una V de Cramer de 0.22. Por lo tanto, se identifica una tendencia pero no una significancia estadística relevante, por el efecto pequeño–moderado.

Respecto al área de procedencia, fue mayor la incidencia en el área Urbana, teniendo un 28.3% (N= 30/106). De los datos de con quienes comparten residencia, es decir si tienen o no círculo de apoyo inmediato, se identificó que aquellos que vive con familia desarrollaron TEA en un 27.3% (39/143) a diferencia de aquellos que vivían solos; esto, tomando en cuenta que la mayoría de la población estudiada vivía con familia. Respecto a la incidencia de TEA según niveles de estudio, el grupo que tuvo mayor cantidad de casos fue el área básica con 64.7% (n=11/17), y desarrolló menos esta patología el grupo de pacientes en tercer ciclo con un 15.60%. En este dato, se debe tomar en cuenta la reducida cantidad de pacientes en sus grupos, como el grupo de pacientes analfabetas que solo fue de 5 personas (20% de incidencia de TEA). Se observó asociación significativa ( $\chi^2$  (5) =17.49, p=0.0037, V de Cramér = 0.33 o magnitud moderada), con mayor proporción de TEA en Área básica, seguido de estudios universitarios, con los porcentajes ya descritos en *Tabla 1. Frecuencia e incidencia de TEA por subgrupos*.

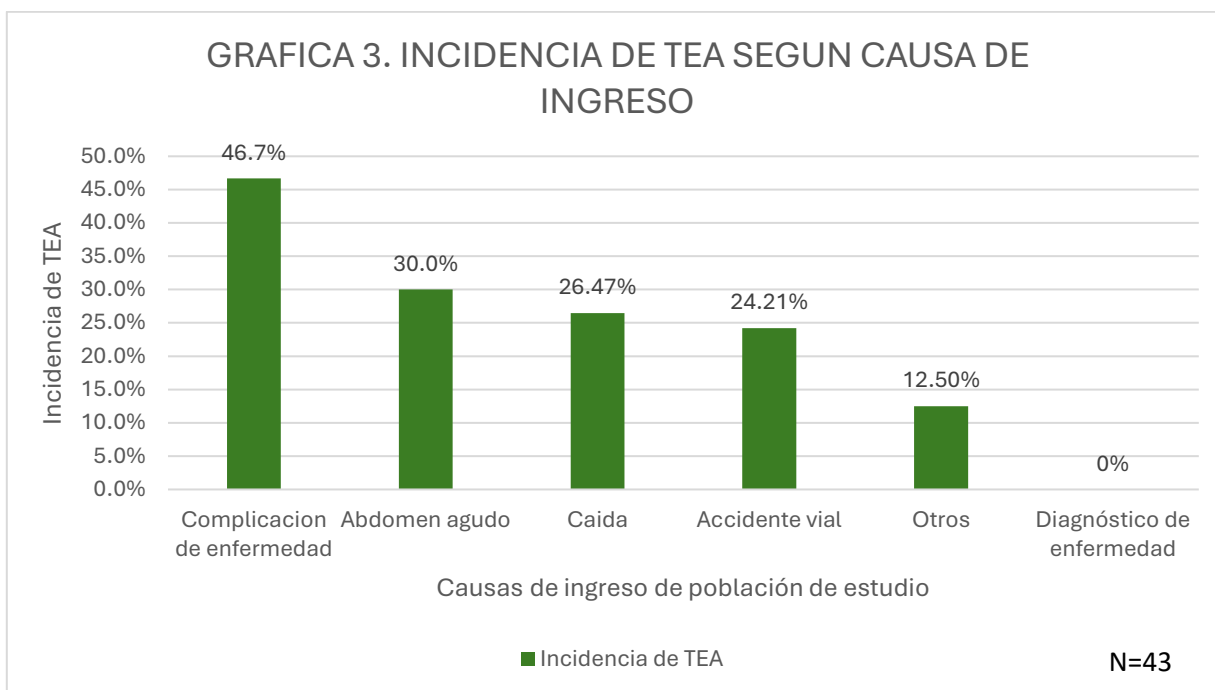
Según la condición laboral, la incidencia de TEA en pacientes que si laboraban fue de 26.2% (n=33/126), que no tuvo mayor diferencia que la incidencia de aquellos que no laboraban.

Según los días de estancia hospitalaria, que se igualan en este estudio a los días de haber presentado el evento traumático, la estancia con mayor incidencia de TEA fue la estancia larga con un 32.4% (n=12/37); seguido de la estancia corta y por último la intermedia. Se relacionaron estos datos estadísticamente, para valorar alguna relación con el tiempo de ingreso; y, no fue estadísticamente significativa:  $\chi^2$  de Pearson= 1.40 (gl=2; p=0.498) y Cramér's V=0.093 (pequeño).

Para evaluar como parte de los factores de riesgo el tener patologías previas, se evaluó la relación de esta variable con el diagnóstico de TEA, identificando una asociación no estadísticamente significativa ( $\chi^2$  de Pearson=1.15, gl=1, p=0.284; exacto Monte Carlo Rx2=p=0.293; V de Cramér=0.084, efecto pequeño).

Según la causa de ingreso; ya explicada su agrupación previamente; el grupo con mayor incidencia de TEA fue por causa de complicación de enfermedad con un 46.7% de incidencia

(n=7/15), a diferencia del grupo de ingreso por accidente vial con un 24.2% (n= 23/95), que fue el subgrupo con población más grande. En la relación de la causa de ingreso con el diagnóstico de TEA, el  $\chi^2$  de Pearson=4.63 (gl=5; p=0.463) y la  $\chi^2$  de razón de verosimilitud=4.67 (gl=5; p=0.458 y V de Cramer pequeño de 0.17) indican ausencia de asociación estadísticamente significativa, ya que el patrón debe leerse con cautela por el tamaño reducido del subgrupo. Ver *Grafica 3. Incidencia de TEA según causa de ingreso.*



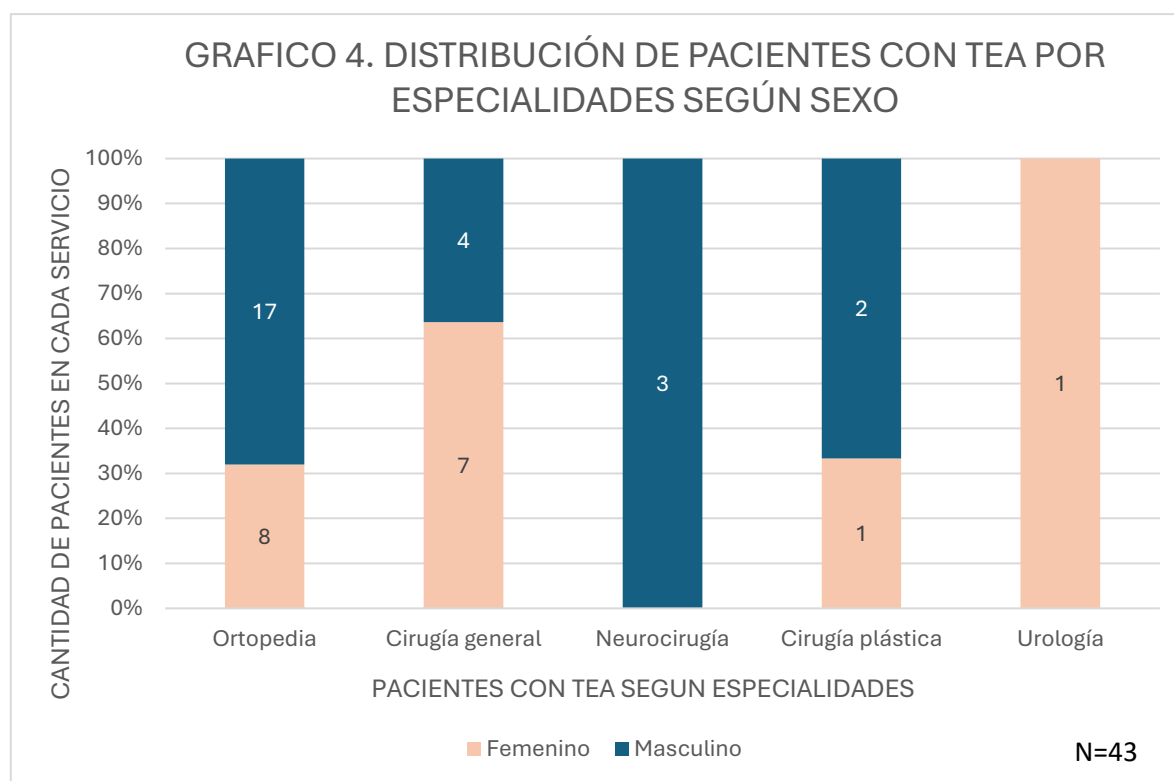
*Gráfica 3. Incidencia de TEA según causa de ingreso. N=43 (pacientes con diagnóstico de TEA). Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. La gráfica contrasta la proporción de TEA con sus mecanismos o eventos estresantes (accidente vial, caída, complicación de enfermedad, abdomen agudo, diagnóstico de enfermedad u otros), destacando las proporciones más altas en complicación de enfermedad y patología abdominal/parietal como tendencia descriptiva. \*Gráfica creada por autores de investigación.*

Centrándonos en una causa de ingreso específica, como “caídas”, (n=34) el TEA fue 33.3% (6/18) en mujeres vs 18.8% (3/16) en hombres (Fisher p=0.448), por lo que no hay diferencia significativa.

A pesar de que no se tuvo como objetivo el indagar la ingesta crónica de alcohol en la población por ser una patología psiquiátrica, si se identificó que entre los pacientes que ingresaron por accidente vial (n=95), el TEA fue 35.7% (5/14) cuando hubo consumo agudo

de alcohol presente vs 22.2% (18/81) cuando no hubo alcohol (Fisher  $p=0.316$ ), mostrando que, con este tamaño muestral, no es estadísticamente significativo.

En relación con la incidencia de TEA por **especialidades**, fue urología la especialidad con mayor incidencia con un 50% ( $n=1/2$ ); pero se debe tomar en cuenta su población tan pequeña. Incluyendo los grupos de especialidades con mayor  $n$ , la especialidad de ortopedia tuvo una incidencia de 24.8% ( $n= 25/101$ ) y la rama que no desarrollo ningún caso de TEA fue maxilofacial y oftalmología con un 0% cada una. Ver *Gráfico 4. Distribución de pacientes con TEA por especialidades según sexo*. Respecto a la incidencia de TEA por las especialidades quirúrgicas estudiadas, no se encontró asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2$  de Pearson=2.37,  $gl=6$ ,  $p=0.883$ ;  $p$  exacto Monte Carlo=0.918;  $V$  de Cramér = 0.121, efecto pequeño).



*Gráfica 4. Distribución de pacientes con TEA por especialidades según sexo. N=43 (pacientes con diagnóstico de TEA). Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. El gráfico muestra los casos con TEA por servicio y sexo. Se observa que Ortopedia y Cirugía general concentran el mayor número absoluto de casos (acorde con su mayor volumen de ingresos), con predominio masculino en la mayoría de las barras.*

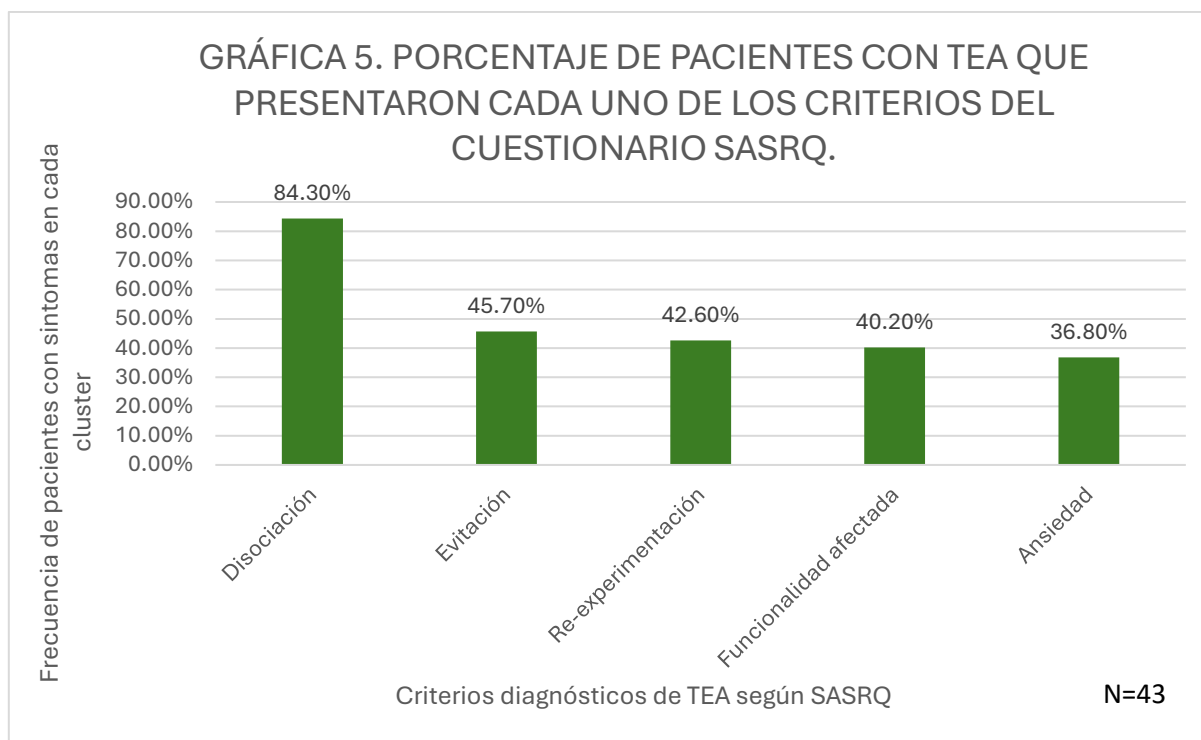
En la incidencia de la patología de estudio según los **diagnósticos de ingreso**, se identificó en mayor proporción al grupo de pacientes con patología abdominal/parietal con un 40.0%

(n=6/15), seguido del grupo de amputación con un 36.4% (n= 4/11). En esta asociación de variables, el  $\chi^2$  de Pearson=2.37 (gl=3; p=0.499) y la  $\chi^2$  de razón de verosimilitud=2.22 (gl=3; p=0.528 y V de Cramer pequeña de 0.121) no evidencian asociación estadísticamente significativa.

Al enfocarnos en algunos diagnósticos, las **fracturas** fueron el diagnóstico con mayor frecuencia, se evaluó la incidencia de TEA en esta población, que fue de un 35.0% en quienes no ingresaron por fractura (n=21/60) y 21.4% en quienes sí ingresaron por fractura (n= 22/103). En esta población, los casos de TEA se distribuyeron en pacientes con ingreso por fractura con predominio masculino, siendo hombres un 14/22 pacientes con TEA por fractura. La asociación presentó una relación limítrofe/no significativa en la incidencia de TEA entre ingreso por fractura vs. otras causas (35.0% vs. 21.4%; con un  $\chi^2(1) = 3.63$ , p=0.057; Fisher=0.067); por lo que con un umbral más estricto/estándar (0.05) hay una tendencia y tamaño de efecto pequeño ( $\phi \approx 0.15$ ), los que justificarían explorar muestras mayores para clarificar si la fractura actúa como predictor independiente.

Se puede relacionar también de forma específica las fracturas en **adultos mayores**; debido a sus elevadas investigaciones realizadas. En los pacientes de esta población con diagnóstico de fractura (n=23), su incidencia de TEA fue 17.4% (4/23); todas las ocurrencias fueron en mujeres (4/16=25%) y ninguna en hombres (0/7=0%). Se obtuvo un Fisher exacto (2×2), con p=0.27, por lo que no se demuestra asociación estadística entre sexo y TEA en este subgrupo, posiblemente por su n pequeño, aunque la tendencia sugiere mayor proporción en mujeres.

A pesar de que dentro de los objetivos de este estudio no fue el identificar la presencia o relevancia de cada tipo de síntoma (expresados como criterios en el SASRQ) en la población de estudio, el instrumento de recolección de datos, dio pauta para recolectar esta información; de ello se obtuvo que de los 163 pacientes; cumplieron el criterio de ansiedad 117 pacientes (71.8%), el criterio de funcionalidad 107 (65.6%), criterio de reexperimentación 101 (62.0%), de evitación 94 (57.7%) y el criterio de disociación lo cumplieron 51 pacientes (31.3%). Los 43 casos con TEA presentaron todos los criterios, ya que esto era parte necesaria para identificar el diagnóstico. Se puede ver en dichos datos (Véase *Gráfica 5. Porcentaje de pacientes con TEA que presentaron cada uno de los criterios del cuestionario*) la proporción de pacientes con TEA que cumplieron cada uno de los criterios que presentó el SASRQ. Siendo según proporción de cada grupo, en criterio de disociación n=43/51, de evitación n=43/94, reexperimentación n=43/101, funcionalidad n=43/107 y ansiedad n=43/117.



*Gráfica 5. Porcentaje de pacientes que presentaron cada criterio del SASRQ. N=43 (pacientes con diagnóstico de TEA). Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. Este gráfico expone, en la muestra total, la prevalencia de clústeres sintomáticos (ansiedad, funcionalidad, reexperimentación, evitación, disociación) y, dentro de los casos con TEA (que todos cumplieron los criterios requeridos por el algoritmo diagnóstico), resalta que la disociación, aunque menos frecuente en la cohorte, marca una alta proporción de TEA.*

Orientándonos en la capacidad funcional, se identificó que, entre los 43 pacientes con TEA, el criterio de funcionalidad alterada estuvo presente en todos; al estratificar por condición laboral, 76.7% (n=33/43) sí laboraban (fueron calidad cotizantes) y 23.3% (n=10/43) no laboraban (calidad beneficiario). El patrón para ansiedad fue idéntico: 33 pacientes que sí laboran y 10 que no laboran. Al comparar con la distribución de toda la muestra (n=163), donde 77.3% (126/163) sí laboraba y 22.7% (37/163) no laboraba; la composición de los casos con TEA (y, por tanto, de los que presentan funcionalidad y ansiedad) prácticamente replica la base poblacional. Consistente con esto, la incidencia de TEA por condición laboral fue 26.2% (33/126) en quienes sí laboran vs 27.0% (10/37) en quienes no laboran (diferencia mínima; no significativa en el análisis global reportado); obteniendo de estos datos un  $\chi^2 = 0.0103$ ,  $p = 0.919$ , Fisher exacta (bilateral):  $p = 1.000$ , concluyendo en falta de relevancia estadística.

Se concluyen los resultados mencionando que por la heterogeneidad de grupos estudiados existen relaciones, pero son modestas, ubicándolas con V de Cramer entre 0.09–0.33, ya que,

con ese tamaño de efecto, muchas comparaciones no alcanzan  $p < 0.05$ , lo que podría explicar los resultados.

### 3. Influencia de datos

Se debe mencionar que de los pacientes que se identificaron con TEA, hubo cinco que no tenían de parte de su personal tratante un plan de ser evaluados por departamento de psiquiatría del hospital, por lo que se refirieron para evaluar la necesidad de manejo por su personal correspondiente y externo a este estudio.

## DISCUSIÓN

Como ya se mencionó, en la población, la incidencia global de TEA fue de 26.4%, que puede incluirse en el rango de presencia de este trastorno según la bibliografía consultada, en la *Tabla 3. Relación de incidencia o prevalencia de TEA en otros estudios*, se puede comparar algunos de estos estudios más representativos y sus rangos en que manejaron el diagnóstico de TEA. Se debe aclarar que algunos estudios se refieren a identificar prevalencia de TEA, pero se ha tomado como punto de comparación estos datos por la poca cantidad de estudios asociados a este tema específico de investigación; a pesar de que se comprende que no hay una equivalencia en prevalencia e incidencia. Se ha colocado en negrita aquellos estudios con más semejanza de datos con los resultados planteados en este trabajo. De igual manera al correlacionar estos datos (26, 27, 28) se puede identificar que el porcentaje de TEA en uno de los estudios fue incluso aumentando a mayor tiempo de evaluación, al igual que en esta investigación respecto a los días de estancia hospitalaria.

| <b>TABLA 3. RELACIÓN DE INCIDENCIA/ PREVALENCIA DE TEA EN OTROS ESTUDIOS</b> |                                                                       |                                 |                   |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| <b>Autores, año</b>                                                          | <b>Población / Situación evaluada</b>                                 | <b>Qué reporta</b>              | <b>Estimación</b> |
| <b>Dai &amp; Liu et al., 2018 (revisión sistemática)</b>                     | Accidentes viales (13 estudios). Múltiples países.                    | Prevalencia post accidente vial | 15.8%.            |
| <b>Liang Z., Wu L., et al., 2022</b>                                         | Pacientes con fracturas traumáticas con total de 468 pacientes. China | Incidencia de TEA               | <b>28.2%.</b>     |

|                                                               |                                                                                                                                                              |                                     |                                                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Xiao Q. et al., 2020</b>                                   | Adultos mayores con fracturas osteoporóticas con 524 pacientes. China.                                                                                       | Prevalencia y diagnóstico de TEA.   | 6.1%                                                    |
| <b>Xiuli Li et al., 2021</b>                                  | Post accidente de tránsito en 206 sobrevivientes. China.                                                                                                     | Prevalencia de TEA.                 | <b>29.6%.</b>                                           |
| <b>Bapolisi A. et al., 2022</b>                               | Víctimas de violencia ingresadas en hospital general, con 120 pacientes. Congo                                                                               | Prevalencia de TEA.                 | 55%.                                                    |
| <b>Worku &amp; Tesfaw, 2022</b>                               | Población clínica con múltiples traumas (Accidentes viales, herido por arma de fuego, caídas de altura, quemaduras, agresión física), 422 pacientes, Etiopía | Prevalencia de TEA.                 | 45%.                                                    |
| <b>García F.E., Miranda Hermosilla F. (2019).</b>             | Estudio longitudinal sobre accidentes laborales. Se evaluó a 246 trabajadores a la semana 0 y semana 2. Chile                                                | Prevalencia temprana y seguimiento. | <b>24.0–24.6% (semana 0) y hasta 40.6% (2 semanas).</b> |
| <b>Rojas-Medina Y. et al. (2018)</b>                          | Víctimas de una inundación, 110 pacientes evaluados. Perú.                                                                                                   | Prevalencia de TEA                  | <b>28.3%</b>                                            |
| <b>Carvajal C, Carbonell CG. Et al. (2012)</b>                | Víctimas de delitos sociales, 112 pacientes. Chile                                                                                                           | Incidencia de TEA                   | 60%                                                     |
| <b>Seyler Mancilla A, González-Rodríguez E. et al. (2019)</b> | Sobrevivientes de sismo. 1,803 pacientes. México.                                                                                                            | Incidencia de TEA                   | 8%                                                      |
| <b>Nosanov LB, Prindeze et al. (2021)</b>                     | Pacientes ingresados en UCI por quemaduras.                                                                                                                  | Cribado positivo para TEA/TEPT      | 24.0%                                                   |

*Tabla 3. Relación de incidencia/prevalencia de TEA en otros estudios. Fuente: Barriere de Campos, N.M. Incidencia de trastorno por estrés agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del hospital general, 2025. La tabla sintetiza la evidencia externa relevante en población, estresor y estimación del diagnóstico.*

De igual manera, la incidencia de esta enfermedad fue mayor en mujeres que en hombres, patrón coherente con la literatura citada previamente, donde se reporta predominio femenino de TEA; primero, en el estudio de Xiao et al., del 2020 que reportan desarrollo de TEA en el grupo femenino en un 87.5% de la población total con fracturas osteoporóticas; aparte, está también el estudio de Li et al., del 2021 que señalan la misma predominancia del sexo femenino en TEA post accidente de tránsito; y por ultimo; ya mencionados también, están



los estudios de Visser et al., y de Bapolisis et al., que identifican el sexo femenino como uno de los primeros factores de riesgo para desarrollar TEA dentro de los factores psicosociales estudiados y en población víctima de violencia.

El patrón de incidencia de TEA según grupo etario que se presentó en la población, debe interpretarse con cautela y en contexto según otros factores, puesto que el grupo de jóvenes no era de alta cantidad en comparación a los otros grupos; y de igual manera, la literatura citada previamente, como los estudios en accidentes viales (Dai et al., 2018 y Li et al., 2021); estudios de fracturas traumáticas (Liang et al., 2020) e investigaciones en fracturas osteoporóticas en adultos mayores (Xiao et al., 2020) es heterogénea por tipo de trauma y población, mostrando al igual que este estudio, que el grupo etario no es tan determinante como otros factores para la incidencia de TEA.

En la comparación de causas de ingreso con el desarrollo de TEA, el que el grupo de complicaciones de enfermedad haya presentado mayor incidencia es coherente con que ciertos cuadros médicos graves actúan como estresores amenazantes, lo que podría explicar la mayor proporción observada en este grupo, aun sin significancia estadística global. En paralelo, las cifras en accidentes viales se sitúan dentro de los rangos reportados por Dai et al. y Li et al. (revisiones en accidentes viales) y por Liang et al. en fracturas traumáticas. Además, existen reportes de TEA por complicaciones médicas en hospitalizados por COVID-19 (29), tras diagnósticos de cáncer (30) y después de infarto agudo de miocardio (31) que respaldan la plausibilidad clínica de este subgrupo elevado.

Ahora bien, en la comparación del diagnóstico de ingreso y la presencia de TEA, se observaron proporciones altas en patología abdominal/parietal y amputación, coherentes con la mayor carga de estrés quirúrgico/enfermedad grave descrita. Esto se identifica en los estudios de Weiss et al. y Cao X. et al., que describen el desarrollo de TEA en población con cáncer y en población con patología cardíaca; así como el desarrollo de TEA en población con amputaciones, que se respalda en los estudios de Copuroglu et al. (2010) (32) y más actual, en el estudio de Skoff et al. en el 2022 (33). Se debe mencionar que la heterogeneidad del evento por tipo de trauma reportada ayuda a contextualizar la ausencia de significación global en esta muestra, pero, si se relaciona y actúa acorde a los estudios mencionados.

Respecto a la relación de TEA y los niveles de escolaridad de la población estudiada, estos porcentajes coinciden con la literatura; donde se describen en específico factores psicosociales de riesgo (p. ej., bajos ingresos), cercanos conceptualmente al nivel educativo estudiado en esta investigación; como variables que pueden modular la respuesta aguda al trauma. Pero según Feki et al (34), en su estudio prospectivo en víctimas de accidente vial, encontraron que un 37.1% desarrolló TEA y se asoció de forma independiente con bajo nivel educativo, entre otros factores, lo que es congruente con la asociación global acá presentada, a pesar de no tener una pendiente lineal uniforme por escolaridad.

Se correlacionó también los días de estancia hospitalaria con el diagnóstico de TEA, donde descriptivamente se observó una proporción mayor de TEA en estancias largas, seguido de estancias cortas e intermedias; sin que ello configure una tendencia lineal significativa ni una asociación robusta. Estos hallazgos son coherentes con la heterogeneidad por tipo de trauma y factores psicosociales más que por métricas de hospitalización per se y con la descripción de la muestra, pero se mantienen sin significación global. Comparando con los datos de Dai et al, Liang et al. del 2018 y 2022; donde los autores se centran en accidentes viales, fracturas, adultos mayores y violencia, destacando variaciones de incidencia y factores de riesgo, pero no evalúan directamente la duración de la estancia como predictor de TEA, por lo que estos datos no contradicen esos trabajos, sino que los complementan al mostrar ausencia de asociación con días de estancia en este contexto. Otros estudios recientes (35) también sugieren que los síntomas agudos de estrés durante la hospitalización se asocian con peores desenlaces posteriores; y, que los trabajos que consideran longitudes de estancia mayores a 21 días, las tratan más como marcadores de complejidad/severidad clínica de TEA, que como influencia en su incidencia; sin embargo, la evidencia sobre una relación directa y consistente de la estancia hospitalaria y TEA es limitada y heterogénea. De forma puntual el estudio de García F.E., Hermosilla F. (2019) reportó también aumento de casi el doble de la presencia de TEA posterior a 2 semanas de haber presentado accidentes laborales (22).

Enfocándonos en los factores de riesgo, podemos identificar que la incidencia de diagnóstico de TEA fue mayor cuando existían comorbilidades. Esta diferencia observada podría reflejar mayor complejidad clínica en quienes acumulan comorbilidades, pero no alcanza el umbral para concluir que las comorbilidades aumenten de forma independiente el riesgo de TEA en esta muestra. Asimismo, al compararlo con los artículos descritos, estos resultados no contradicen la evidencia: Dai et al., Liang et al. y Xiao et al. describen que las tasas de TEA y sus factores asociados al contexto del trauma y factores psicosociales tienden a pesar más que la presencia de otros diagnósticos para explicar la aparición de TEA.

Respecto a la incidencia de TEA en las especialidades estudiadas, algunas mostraron incidencias mayores, estas diferencias se sustentan en subgrupos pequeños, por lo que no configuran una asociación robusta. Liang et al. reporta TEA≈28% en fracturas traumáticas y factores clínicos asociados, y estudios más recientes en trauma hospitalario confirman que los predictores relevantes se ubican en la complejidad del caso actual más que en el servicio tratante. Esto se alinea con evidencia externa actual: Liang et al. y Hagos et al. (36) que asocian TEA con complicaciones y marcadores de gravedad; y refuerzan la importancia del perfil lesional y psicosocial sobre el rótulo de especialidad. En conjunto, estos resultados sugieren que las diferencias de incidencia entre especialidades reflejan sobre todo mezcla de casos (severidad/complicación, mecanismos de lesión y tamaño muestral) y no un efecto propio del servicio, lo que explica la no significación estadística pese a variaciones descriptivas.

Analizando ahora una de las patologías identificadas en la población de estudio: las fracturas como diagnóstico de ingreso, no se descarta la relevancia estadística ya que se asocia con estudios como el de Liang et al. en pacientes con fracturas traumáticas que describen incidencias cercanas al 28% y factores clínicos asociados, lo que ubica la incidencia de este trabajo de 21.4% dentro del rango reportado; otros estudios realizados en adultos mayores con fracturas osteoporóticas como el de Xiao et al. observaron tasas más bajas ( $\approx 6\%$ ), subrayando la heterogeneidad por tipo de fractura y población.

Al sospechar la relevancia de datos en fracturas y adultos mayores por la alta cantidad de estudios realizados en esta población; y tomando en cuenta su edad y sexo como factores de riesgo; y según estos resultados, con la información disponible, no hay evidencia de asociación estadísticamente significativa entre TEA y pacientes adultos mayores con fracturas; los patrones observados deben considerarse exploratorios y podrían aclararse con una muestra mayor o categorías de diagnóstico más agregadas.

Se debe destacar la utilidad del SASRQ al permitir identificar los principales síntomas que se presentaron en la población. Respecto a esto, fue el criterio de ansiedad el que se presentó con más frecuencia (en 117 pacientes) a pesar de que solo el 36% de estos pacientes desarrolló TEA; por lo contrario, el criterio de disociación fue menos frecuente (solo se presentó en 51 pacientes), pero al presentarse, reflejó una elevada frecuencia (84%). Según el estudio de Meiser-Stedman et al. (37) en su estudio hallaron que  $>50\%$  de los pacientes reportó reexperimentación, evitación y ansiedad, y  $>33\%$  disociación; aportando que si puede haber un patrón en la presencia de estos criterios pero que aún está determinado por estudiar más en otros estudios; inclusive a nivel de Latinoamérica no se identificó ningún estudio que hablara sobre los porcentajes de estos criterios. Es decir que, según los datos acá presentados, de haber criterio de disociación, 8 de cada 10 pacientes podrían presentar TEA. Esto es consistente con estudios clínicos latinoamericanos que destacan la relevancia de los fenómenos disociativos en TEA (amnesia, despersonalización, desrealización), y con reportes internacionales donde la reexperimentación/evitación/ansiedad son los clústeres más comunes y la disociación aparece en una proporción menor pero clínicamente significativa.

Para concluir, interesa mencionar la funcionalidad de la población, donde todos los casos con TEA presentaron funcionalidad alterada sugiriendo que este criterio capta la carga clínica/psicosocial del evento traumático en el periodo agudo; si bien, no se puede descartar la relevancia e influencia que todos los individuos de estudio se encontraron ingresados. Importante que los grupos con mayor porcentaje de TEA como complicación de enfermedad (46.7%) y patología abdominal/parietal (40.0%), corresponden a cuadros médicos más complejos o de estrés quirúrgico elevado; los que pueden asociarse con estos escenarios de disrupción funcional más marcada como dolor, dependencia e incapacidad transitoria; lo que se podría asociar con que la funcionalidad se presente alterada en toda la población con TEA.

Aunque la asociación global de funcionamiento y presencia de TEA no alcanzó significación por tamaños muestrales y heterogeneidad, el patrón respalda la idea de que patologías más

demandantes que crean mayor impacto funcional llevarían a una mayor probabilidad de TEA, hipótesis que podría ser secundada con el estudio de Shahan CP et al. del 2024 (38) donde mostraron que, en el periodo post operatorio agudo, la carga de síntomas de estrés agudo e incluso post trauma se asocian con peor funcionamiento.

## CONCLUSIONES

En los resultados de la población, se siguió la misma tendencia que en artículos publicados sobre la incidencia de TEA en el sexo femenino; se identificó también mayor incidencia en el grupo joven (18–25 años) y en escolaridad de área básica; asimismo, se observó mayor proporción en estancias largas. En conjunto, estos resultados sugieren tendencias coherentes con la literatura, aunque no confirmadas como asociaciones independientes estadísticamente identificadas.

La incidencia global de TEA en la población de estudio en los servicios quirúrgicos fue de 26.4% (43/163) y al clasificar por especialidad, las incidencias observadas fueron Cirugía General 30.6%, Neurocirugía 25.0% y Ortopedia 24.3%. Las diferencias entre servicios quirúrgicos no alcanzaron significación estadística en el análisis global, por lo que se interpretan como descriptivas.

De forma más completa, podemos agregar que este estudio aporta evidencia nueva y reciente en el contexto latinoamericano al examinar el TEA desde estresores médicos (lesiones y patologías quirúrgicas) en una población latinoamericana, un campo donde la bibliografía regional es escasa y predominantemente centrada en estresores sociales; así, abrimos una nueva perspectiva para comprender factores clínicos que podrían influir en el desarrollo del trastorno. En relación con la literatura y aun cuando algunas comparaciones no alcanzaron significación estadística, observamos incidencias relativamente más altas en patología abdominal/parietal y en complicaciones de enfermedad, con una mayor carga de casos concentrada en Cirugía General y Ortopedia. A pesar de que una fracción sustantiva de ingresos correspondió a fracturas, este mecanismo no mostró asociación independiente con TEA en el análisis bivariado, por lo que estos patrones deben interpretarse como tendencias descriptivas/hipótesis generadoras, más que como efectos confirmados.

De forma transversal, todos los pacientes con TEA presentaron alteración de la funcionalidad, que podría reflejar una alta carga clínica y psicosocial en el periodo agudo de su patología; en términos prácticos, a menor funcionalidad, menor capacidad del paciente para contribuir eficazmente al sistema (llámese familia, empresa y red asistencial), de modo que la identificación temprana del TEA no solo constituye a un objetivo sanitario, sino también a un interés estratégico para las organizaciones e instituciones al ofrecer la posibilidad de reducir tiempos de incapacidad o ausentismo y acelerar un retorno seguro al trabajo. En

conjunto, estos hallazgos respaldan la necesidad de estudios focalizados (idealmente centrados en una sola patología o región anatómica) que, con mayor tamaño muestral y diseño analítico, permitan confirmar asociaciones y derivar conclusiones estadísticas más robustas.

## LIMITACIONES

- Al tratarse de una patología de riesgo multifactorial, no se puede descartar que otras variables no evaluadas, como estrés por ingreso hospitalario o factores psicosociales puedan influir en los resultados expuestos.
- El estudio incluyó únicamente pacientes del seguro social, población con mayor probabilidad de empleo formal y nivel socioeconómico o educativo que puede considerarse relativamente superior. Esto puede generar sesgo de selección y limita la extrapolación de los resultados a grupos sin aseguramiento o con menor capacidad adquisitiva.
- Datos se obtuvieron solamente mediante cuestionario SASRQ (escala) y no por una entrevista psiquiátrica completa.
- La heterogeneidad clínica y etiológica de la muestra, así como la cantidad reducida de muestreo, probablemente redujo la potencia estadística, lo que podría explicar la no significación de algunas diferencias observadas. Esto puede explicarse también como un desafío debido a la dificultad de recolectar mayor cantidad de datos por los siguientes factores: elevada movilización de pacientes y poco deseo de participación de pacientes por el estigma hacia la especialidad.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda detectar por personal de salud un tamizaje sistemático con herramientas medibles como el SASRQ (u otra herramienta estandarizada que sea equivalente) dentro de las 72 h a un mes tras identificar un paciente que ha sufrido un evento traumático para permitir con esto una derivación temprana a salud mental cuando haya disociación u otros síntomas relevantes acá descritos; y así tener la capacidad de crear y llevar un plan de reintegro laboral graduado que podría ser coordinado con medicina del trabajo, junto a consejería y psicoeducación sobre el impacto en la salud mental e incluso funcional del TEA. Estas acciones pueden disminuir la disfunción, mejorar resultados clínicos y proteger la productividad del sistema y de las empresas.

Es importante también sugerir futuros estudios no solo de datos de incidencia de TEA, sino que incluyan también las variables del consumo de sustancias y personalidad como características que podrían exponer a la población al riesgo de desarrollar este trastorno.

## REFERENCIAS

1. International Classification of diseases for mortality and morbidity statistics, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>
2. T. Crespo Generelo, L. Camarillo Gutiérrez, H. de Diego Ruiz, Trastorno por estrés agudo y postraumático, *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, Volume 12, Issue 84, 2019, Pages 4918-4928, ISSN 0304-5412, <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>.
3. Guideline watch (marzo 2009): practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Benedek N, Matthew J. Friedman, Douglas Z, Robert J. *Psychiatryonline.org*. [citado el 2 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf)
4. Nishimura KJ, Poulos AM, Drew MR, Rajbhandari AK. Know thy SEFL: Fear sensitization and its relevance to stressor-related disorders. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2022 [citado el 3 de mayo de 2023];142(104884):104884. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104884>
5. Fanai, M., & Khan, M. A. B. (2024). Acute Stress Disorder. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809650/>
6. Dai W, Liu A, Kaminga AC, Deng J, Lai Z, Yang J, et al. Prevalence of acute stress disorder among road traffic accident survivors: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado el 2 de mayo de 2023];18(1):188. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29895273/>
7. Liang, Z., Wu, L., Tang, F., et al. Acute stress disorder in patients with accidental traumatic fractures: What can we do. *Nursing Open*, 2020. 9(5), 2418–2424. <https://doi.org/10.1002/nop2.1258>
8. Xiao, Q., Ran, J., Lu, W., Wan, R., Dong, L., & Dai, Z. (2020). Analysis of the Point prevalence and influencing factors of acute stress disorder in elderly patients with osteoporotic fractures. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2795–2804. <https://doi.org/10.2147/NDT.S265144>

9. Li, X., Sun, L., Li, Q., & Wang, L. (2021). Prediction of posttraumatic stress disorder by acute stress disorder in traffic accident survivors. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 51(5), 2502–2509. <https://doi.org/10.3906/sag-2008-282>
10. Bapolisi, A., Maurage, P., Cishugi, M.-T., Musilimu, C. S., Kabakuli, A., Budema, P., Cikomola, F. G., Mudekereza, P. S., Mubenga, L.-E., Petit, G., & de Timary, P. (2022). Predictors of acute stress disorder in victims of violence in Eastern Democratic Republic of the Congo. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2109930. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2109930>
11. Silva L, Mohamed SA, Meggy A, Ng JH, Torkington J, Moug S, et al. Psychosocial outcomes following emergency laparotomy (POLO) study: a study protocol for a multicentre mixed-methods prospective cohort study assessing the psycho-social outcomes following emergency laparotomy in adults. *BMJ Open*. 2024;14(7):e081821. doi:10.1136/bmjopen-2023-081821.
12. Nosanov LB, Prindeze NJ, Schneider DM, Clemente LE, Parrish KR, Travis TE, et al. Prevalence and risk factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after burn injury. *Am J Surg*. 2022;223(1):151–156. doi:10.1016/j.amjsurg.2021.07.035.
13. Copuroglu C, Ozcan M, Yilmaz B, Gorgulu Y, Abay E, Yalniz E. Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation. *Acta Orthop Belg*. 2010;76(1):90-3.
14. Kizilkurt OK, Kizilkurt T, Yazici Gulec M, Ergun Giynas F, Polat G, Kilicoglu OI, et al. Quality of life after lower extremity amputation due to diabetic foot ulcer: the role of prosthesis-related factors, body image, self-esteem, and coping styles. *Dusunen Adam J Psychiatr Neurol Sci*. 2020;33(2):109-19. doi:10.14744/DAJPNS.2020.00070.
15. Visser, E., Den Oudsten, B. L., Lodder, P., Gosens, T., & De Vries, J. (2022). Psychological risk factors that characterize acute stress disorder and trajectories of posttraumatic stress disorder after injury: a study using latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2006502. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2006502>
16. Musazzi L, Tornese P, Sala N, Popoli M. What acute stress protocols can tell us about PTSD and stress-related neuropsychiatric disorders. *Pharmacol*. 2018 ;9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30050444/>
17. Montes SA, Ledesma RD. Estrés postraumático luego de siniestros viales: una revisión sistemática. *Ter Psicol [Internet]*. 2021 [cited 2023 May 3];39(1):103–22. Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082021000100103&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082021000100103&script=sci_arttext&tlng=pt)
18. Worku, A., Tesfaw, G., & Getnet, B. (2022). Acute stress disorder and the associated factors among traumatized patients admitted at Felege-Hiwot and the University of

- Gondar comprehensive specialized hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03961-9>
19. Zhang, L., Qi, H., Wang, L., Wang, F., Huang, J., Li, F., & Zhang, Z. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on acute stress disorder and career planning among healthcare students. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 907–916. <https://doi.org/10.1111/inm.12839>
  20. Montes SA, Ledesma RD, Cuesta J, Ferratti C, Bertello J. Trastorno por Estrés Agudo en conductores participantes de siniestros de tránsito. *REV ARGENT DE CLIN PSICOL* [Internet]. 2019; Disponible en: [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/120011/CONICET\\_Digital\\_Nro.a1b9c10b-bd76-471e-ba47-383511c8e74c\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/120011/CONICET_Digital_Nro.a1b9c10b-bd76-471e-ba47-383511c8e74c_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
  21. Durón Figueroa R, Cárdenas López G, De la Rosa Gómez A. Estructura Factorial de la Escala de Trastorno por Estrés Agudo en población mexicana. *J Behav Health Soc Issues* [Internet]. 2018;9(2):7. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/cb78/c2dc63ecf04688c5d8a33e71b9526675080e.pdf>
  22. García, F. E., & Miranda Hermosilla, F. (2019). Predictores de sintomatología postraumática aguda y crecimiento post-estrés tras un accidente laboral reciente. *Actualidades en psicología: AP*, 33(126), 117–135. <https://doi.org/10.15517/ap.v33i126.32680>
  23. Zhen, B., Yao, B., & Zhou, X. (2023). Acute stress disorder and job burnout in primary and secondary school teachers during the COVID-19 pandemic: The moderating effect of sense of control. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 42(23), 19853–19860. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03134-7>
  24. Astill Wright, L., Sijbrandij, M., Sinnerton, R., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2019). Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0673-5>
  25. Vides, C. (mayo 2023). El Salvador registra 6,570 accidentes viales en lo que va del año. *Noticias de El Salvador - Noticias de El Salvador, noticias internacionales, salvadoreños por el mundo, economía, negocios, política, deportes, entretenimiento, tecnología, turismo, tendencias, fotos, videos, redes sociales.* <https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/accidentes-de-trafico-motociclistas-estadisticas-transito-/1062044/2023/>
  26. Rojas-Medina Y, Ávila Vargas Machuca J, Trujillo OV. Trastorno de estrés agudo y episodio depresivo mayor en víctimas de una inundación en Tingo María: prevalencia y efectos de su desplazamiento a un albergue. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;25(1):66-73. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342008000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100010)



27. Carvajal C, Carbonell CG. Trastorno agudo por estrés: clínica y evolución. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2012;40(3):195-200. doi:10.4067/S0717-92272002000300002. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000300002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000300002)
28. Seyler Mancilla, A., González Rodríguez, E., & Ruiz Vázquez, J. A. (2019). Relación entre trastorno por estrés agudo y depresión debidos al sismo del 19-s-17 en jóvenes mexicanos. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 22(4). Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/72369>
29. Parker C, et al. Depression, anxiety, and acute stress disorder among hospitalized COVID-19 patients. *Psychiatry Res.* 2021;295:113552. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33198962/>
30. Weiss O, Shulman O, Dagan O, et al. PTSD in patients who undergo head and neck cancer treatment: a systematic review (notes use of Acute Stress Disorder Scale). *Cancers (Basel)*. 2025;17(7):1309. doi:10.3390/cancers17071309. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40136337/>
31. Cao X, Jiang X, Liu G, Liang Y, Liu X. Post-traumatic stress disorder and risk factors in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. *Front Psychol.* 2021;12:694974. doi:10.3389/fpsyg.2021.694974. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34970178/>
32. Copuroglu C, Koyuncu S, Ozcan H, Yalniz E. Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation. *Acta Orthop Belg.* 2010;76(1):90-93. Disponible en: PDF acceso libre. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20306971/>
33. Skoff H, Skoff H. The psychological and somatic consequences of digital amputation. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2022;10(6):e4387. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35747254/>
34. Feki R, Zouari L, Majdoub Y, et al. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder in road traffic accidents. *Pan Afr Med J.* 2024;47:89. doi:10.11604/pamj.2024.47.89.38015. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11087282/>
35. Hagos TG, Getie A, Tadesse DB, et al. Acute stress disorder and associated factors among adult trauma patients attending hospitals in northwest Ethiopia, 2022. *BMC Psychiatry.* 2024;24:472. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38834988/>
36. Hagos TG, Tamir TT, Workneh BS, et al. Acute stress disorder and associated factors among adult trauma patients attending comprehensive specialized hospitals in Northwest Amhara, Ethiopia, 2022. *BMC Psychiatry.* 2024;24:418. doi:10.1186/s12888-024-05861-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38834988/>
37. Meiser-Stedman R, Dalgleish T, Smith P, Yule W. Dissociative Symptoms and the Acute Stress Disorder Diagnosis in Children and Adolescents: A Replication of the Harvey and Bryant (1999) Study. *J Trauma Stress.* 2007;20(3):359-364.

doi:10.1002/jts.20211

Disponible

en:

<https://www.ovid.com/journals/jtstr/abstract/10.1002/jts.20211~dissociative-symptoms-and-the-acute-stress-disorder?redirectionsource=fulltextview>

38. Shahan CP, Nishtala M, Matabele MM, Zarzaur BL Jr. Patient-Reported Outcomes and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Emergency General Surgery. *J Surg Res.* 2024;302:317-323. doi:10.1016/j.jss.2024.07.039. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39121799/>

## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento informado

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Salvador, 2024

Por medio de la presente, yo, Dra. Natalia María Barriere García, responsable del proyecto de investigación "Incidencia de Trastorno por Estrés Agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del Hospital General", hago disponible la siguiente información a fin de obtener el consentimiento de los pacientes que participarán en la investigación.

Este proyecto tiene como objetivo principal el establecer la incidencia del Trastorno por Estrés Agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del Hospital General en el periodo de septiembre a noviembre 2024. Este objetivo se perseguirá por medio de llenado del Cuestionario de reacción al estrés agudo de Stanford y un formulario de datos personales, no será necesaria ninguna intervención quirúrgica, ingesta de medicamentos específicos o recolección de información del expediente clínico hospitalario.

Así mismo, la información personal obtenida en la recolección de datos se codificará para mantener la confidencialidad de la identidad del paciente, será resguardada por los investigadores y no se utilizará para otros fines ajenos a esta investigación, de igual manera, se dará a conocer a un especialista sólo en caso de que el paciente se presente bajo riesgo asociado a los resultados; analizando según cada caso la necesidad y realización de referencia a salud mental.

Expresión de consentimiento por parte del paciente:

Yo, \_\_\_\_\_, de DUI número \_\_\_\_\_, ingresado actualmente en servicio de \_\_\_\_\_ después de haber leído y entendido todo lo relacionado con el procedimiento a realizar, acepto formar parte del proyecto de investigación ya mencionado, asumiendo los riesgos inherentes al mismo y siendo consciente de que puedo retirarme en cualquier momento sin que nada me obligue a mantenerlo.

Firma y nombre del médico a cargo

Firma y nombre de paciente

Información de investigadora: Dra. Natalia María Barriere García. En caso de necesitar más información, contactar en: investigaciontea0@gmail.com.

## Anexo 2: Instrumento parte A: datos sociodemográficos

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Código de investigación: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Días de estancia en hospital: \_\_\_\_\_  
Servicio en que está ingresado: \_\_\_\_\_

### "Incidencia de Trastorno por Estrés Agudo en pacientes de los servicios quirúrgicos del Hospital General"

#### A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación se presenta una serie de preguntas relacionadas con datos personales con fin de crear una base de datos para la actual investigación y posterior se presentará el Cuestionario de reacción al estrés agudo de Stanford. Toda información proporcionada en este instrumento se mantendrá guardada de forma privada y no será compartida por más fines que de investigación.

Llenar con una X en la información que mejor se describa:

| Sexo         | Escolaridad           |
|--------------|-----------------------|
| Hombre _____ | Analfabeta _____      |
| Mujer _____  | Área básica _____     |
|              | Hasta 9no grado _____ |
|              | Bachiller _____       |
|              | Técnico _____         |
|              | Superior _____        |

| Edad             | Vive con          |
|------------------|-------------------|
| 18-20 años _____ | Solo _____        |
| 21-25 años _____ | Con familia _____ |
| 26-30 años _____ | Con otros _____   |
| 31-35 años _____ |                   |
| 36-40 años _____ |                   |
| 41-50 años _____ |                   |
| 51-55 años _____ |                   |
| 56-60 años _____ |                   |
| 61-65 años _____ |                   |
| 66-70 años _____ |                   |
| >71 años _____   |                   |

| Área de vivienda | Estado civil     |
|------------------|------------------|
| Urbana _____     | Soltero _____    |
| Rural _____      | Casado _____     |
|                  | Acompañado _____ |
|                  | Viudo _____      |
|                  | Otro _____       |

| Causa de ingreso                   |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| Accidente vial _____               | Consumió alcohol en el evento: _____ |
| Caida _____                        |                                      |
| Complicaciones de enfermedad _____ | Describe: _____                      |
| Otras circunstancias _____         | Describe: _____                      |

| Otros diagnósticos                                                                                                                                |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ¿Tiene usted otros diagnósticos médicos como hipertensión arterial, Diabetes mellitus u otra enfermedad por la que lleve controles y tratamiento? |                                     |
| Si _____                                                                                                                                          | Si recuerda cuáles, explique: _____ |
| No _____                                                                                                                                          |                                     |

| Antecedentes psiquiátricos |  |
|----------------------------|--|
| Si _____                   |  |
| No _____                   |  |

| Antecedente consumo de sustancias |  |
|-----------------------------------|--|
| Alcohol _____                     |  |
| Tabaco _____                      |  |
| Marihuana _____                   |  |
| Otros _____                       |  |

### Anexo 3: Instrumento parte B: Cuestionario de Trastorno por Estrés Agudo de Standford

Código de investigación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Cuestionario de reacción al estrés agudo de Stanford

##### DIRECCIONES:

Recuerde los eventos estresantes que ocurrieron en su vida durante el ÚLTIMO MES  
a continuación: Describa brevemente el evento que fue más inquietante en las líneas

---

---

---

---

¿Qué tan perturbador fue este evento para usted? (por favor marque una opción con una X):

Nada perturbador \_\_\_\_\_  
Algo inquietante \_\_\_\_\_  
Moderadamente perturbador \_\_\_\_\_  
Muy perturbador \_\_\_\_\_  
Extremadamente inquietante \_\_\_\_\_

##### INSTRUCCIONES:

A continuación se muestra una lista de experiencias que las personas a veces tienen durante y después de un evento estresante. Lea cada elemento detenidamente y decida qué tan bien describe su experiencia desde el evento estresante descrito anteriormente. Haga referencia a este evento al responder las preguntas que mencionan "el evento estresante".  
Utilice la escala de 0 a 5 puntos que se muestra a continuación y encierre en un círculo el número que mejor describa su experiencia.

| 0                   | 1                              | 2                           | 3                        | 4                         | 5                             |
|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| no<br>experimentado | muy raramente<br>experimentado | casi nunca<br>experimentado | a veces<br>experimentado | a menudo<br>experimentado | muy a menudo<br>experimentado |

- 1 Tuve dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido
- 2 Me sentí inquieto
- 3 Sentí una sensación de atemporalidad
- 4 Tardé en responder
- 5 Traté de evitar sentimientos sobre el evento estresante
- 6 Tuve repetidos sueños angustiosos sobre el evento estresante
- 7 Me sentí extremadamente molesto si me exponían a eventos que me recordaban un aspecto del evento estresante
- 8 Me sorprendía ante cualquier cosa
- 9 El evento estresante me dificultó realizar el trabajo u otras cosas que necesitaba hacer

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 0                   | 1                              | 2                           | 3                        | 4                         | 5                             |
|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| no<br>experimentado | muy raramente<br>experimentado | casi nunca<br>experimentado | a veces<br>experimentado | a menudo<br>experimentado | muy a menudo<br>experimentado |

|    |                                                                                       |   |   |   |   |   |   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 10 | No tenía la sensación habitual de què soy                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Traté de evitar actividades que me recordaran el evento estresante                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Me sentí hipervigilante o "al límite"                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Me experimenté a mí mismo como si fuera un extraño                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Intenté evitar conversaciones sobre el evento estresante                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Tuve una reacción corporal cuando me expusieron a recordatorios del evento estresante | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Tuve problemas para recordar detalles importantes sobre el evento estresante          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Intenté evitar pensamientos sobre el evento estresante                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Las cosas que vi me parecieron diferentes de cómo sé que realmente se veían           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Tenía recuerdos repetidos y no deseados del evento estresante                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Me sentí distante de mis propias emociones                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Me sentí irritable o tuve arrebatos de ira                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Evité el contacto con personas que me recordaran el evento estresante                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | De repente actuaba o sentía como si el evento estresante volviera a ocurrir           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Mi mente se quedó en blanco                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Tuve amnesia durante largos periodos del evento estresante                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | El evento estresante causó problemas en mis reacciones con otras personas             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Tuve dificultad para concentrarme                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Me sentí distanciado o desapegado de otras personas                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Tuve una sensación vivida de que el evento estresante estaba sucediendo de nuevo      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Traté de mantenerme alejado de lugares que me recordaran el evento estresante         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¿ En cuántos días experimentó alguno de los síntomas de angustia anteriores?  
(por favor marque uno):

|             |                          |
|-------------|--------------------------|
| Sin días    | <input type="checkbox"/> |
| Un día      | <input type="checkbox"/> |
| Dos días    | <input type="checkbox"/> |
| Tres días   | <input type="checkbox"/> |
| Cuatro días | <input type="checkbox"/> |
| Cinco días  | <input type="checkbox"/> |

## Anexo 4: Puntuación del cuestionario de Trastorno por Estrés Agudo de Stanford

*Cuestionario Stanford para la reacción al estrés agudo / 3*

### PUNTUACIÓN DEL «CUESTIONARIO STANFORD PARA LA REACCIÓN AL ESTRÉS AGUDO» (SASRQ)

El cuestionario puede puntuarse como la suma total de puntos de la escala y/o subescalas o como «incidencia diagnóstica de TAE». Para el propósito posterior, marque un síntoma como presente si la persona menciona que ocurre cuando menos «a veces», o sea, una respuesta de 3 o mayor.

La definición del TAE requiere la presencia de trauma (criterio A), por lo menos de tres síntomas disociativos, y un síntoma de cada una de las siguientes categorías: 1) reexperimentación de trauma, 2) evitación y 3) ansiedad o excitación marcadas.

#### **A. El suceso traumático**

La oración introductoria en las «direcciones» puede adaptarse a un período específico de tiempo y/o suceso (por ejemplo, el mes pasado, el mes desde que...). La narración inicial ayuda a establecer si la persona ha experimentado, observado o confrontado un suceso que involucra muerte real o potencial, lesiones serias o amenaza la integridad física de la persona o de otros. La escala de clasificación que varía desde «en lo absoluto» hasta «extremadamente perturbador» evalúa la intensidad de la respuesta de la persona.

#### **B. Síntomas disociativos**

- |                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Sentido subjetivo de aturdimiento, distanciamiento experiencial o ausencia de respuestas emocionales/embotamiento<br>Ítems 20, 28 |
| 2. Reducción en la consciencia del entorno<br>Ítems 4, 24                                                                            |
| 3. Desrealización<br>Ítems 3, 18                                                                                                     |
| 4. Despersonalización<br>Ítems 10, 13                                                                                                |
| 5. Amnesia disociativa (incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)<br>Ítems 16, 25                                  |

#### **C. El suceso traumático es reexperimentado persistentemente**

Ítems 6, 7, 15, 19, 23, 29

#### **D. Marcada evitación de estímulos que despiertan recuerdos del trauma**

Ítems 5, 11, 14, 17, 22, 30



|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| <b>E. Síntomas marcados de ansiedad o aumento de excitación</b> |
|-----------------------------------------------------------------|

|                           |
|---------------------------|
| Ítems 1, 2, 8, 12, 21, 27 |
|---------------------------|

|                                        |
|----------------------------------------|
| <b>F. Deterioro del funcionamiento</b> |
|----------------------------------------|

|             |
|-------------|
| Ítems 9, 26 |
|-------------|