

## Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en el Ejército Mexicano

M.M.C. José de Jesús Almanza Muñoz,\* Dr. Francisco Páez Agraz,\*\* M.M.C. Marcos Hernández Daza,\*\*\*  
Tte. Cor. M.C. Genaro Barajas Aréchiga,\*\*\*\* Gral. Brig. M.C. Ret. Sergio Altamirano Morales\*\*\*\*\*

Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Hospital Central Militar. Ciudad de México

**RESUMEN.** El trastorno por estrés postraumático tiene una prevalencia que va de 1 al 14% en población general, hasta 3 a 78% en población militar. El presente estudio determinó la prevalencia de dicho trastorno en militares mexicanos expuestos a estrés intenso y su asociación con diferentes variables demográficas y militares. Se estudiaron 364 sujetos, de los cuales, 277 reportaron exposición específica a enfrentamientos y factores relacionados encontrándose 12 casos, por lo que la prevalencia fue de 4.3%.

El grupo afectado tuvo significativamente más antecedentes de enfermedad mental ( $p < 0.001$ ), y de tratamiento psiquiátrico ( $p < 0.001$ ). La asistencia a la operación Canador y la exposición a estrés en la operación Cóndor fueron significativamente menores en portadores del padecimiento ( $p = 0.01$ ), y la escala de psicopatología general calificó significativamente más alto para dicho grupo, ( $p < 0.001$ ). Finalmente se subraya la importancia del estudio científico del estrés en nuestro medio y se señalan algunas líneas de investigación al respecto.

**Palabras clave:** estrés postraumático, militares mexicanos

El ser humano ha estado expuesto desde los tiempos más remotos a diversas causas de estrés, desde catástrofes naturales, hasta desastres provocados por el hombre, lo cual origina psicopatología mental diversa, dentro de la cual resalta en forma predominante el trastorno por estrés postraumático (TEPT), cuya característica esencial es el haber experimentado un evento traumático con grave amenaza de muerte, serio daño o amenaza a la integridad física de sí mismo u otros, presentando miedo intenso, síntomas intrusivos y evitación persistente de estímulos asociados<sup>1,2</sup> (*Cuadro 1*).

\* Adscrito a la Sala de Psiquiatría de Hombres, Servicio de Psiquiatría, Hospital Central Militar.

\*\* Investigador Asociado, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

\*\*\* Jefe de la Sala de Psiquiatría de Hombres, Servicio de Psiquiatría, Hospital Central Militar.

\*\*\*\* Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Central Militar.

\*\*\*\*\* Jefe del Curso de Psiquiatría Dinámica, Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Ex-jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Central Militar.

**SUMMARY.** Mental disease of post-traumatic stress in the Mexican Army has prevalence from 1 to 14% in the general population and from 3 to 78% in the military population. The present trial deals with the prevalence of military mexican personnel which has been exposed to severe mental stress and its association to different military and social variables. A series of 277 out of 364 military individuals was included in this study. Those 277 were specifically exposed to armed fighting in combat and related situations. There were 12 cases of mental stress disease which meant a prevalence of 4.3%.

Such affected group had previously a higher frequency of mental disorders ( $p < 0.001$ ) and psychiatric treatment ( $p < 0.001$ ). Exposition to the activities of "CONDOR" and "CANADOR" anti-drug military operations were significantly lower in those individuals who had mental stress disease ( $p = 0.01$ ). The rate for general psychopathy was higher as well for such a group ( $p < 0.001$ ). It is finally emphasized the importance of the scientific study of mental stress in our Army and some investigation pathways are outlined.

**Key words:** post-traumatic stress, military mexican personnel

La prevalencia en la población general es del 1 al 14%,<sup>2,3</sup> con variaciones en relación al estresor experimentando; para desastres naturales, Lima,<sup>4</sup> señala una incidencia de 42.2%, Madakasya (1987), reporta un 59% para exposición a un tornado.<sup>5</sup> La mayor incidencia de TEPT ocurre tras la exposición a estrés de combate y va del 3 al 58%.<sup>2</sup> Helzer (1987), señala una prevalencia de 3.5% en civiles expuestos a ataque físico y veteranos de guerra no heridos, y hasta del 20% en veteranos.<sup>3</sup> Card (1987), describe un 12 al 19% de prevalencia en veteranos de guerra.<sup>6</sup> Solomon (1987), reporta hasta 59% de incidencia en sujetos de la línea del frente, en comparación de un 16% en sujetos control.<sup>7</sup> El reporte más elevado de TEPT ha sido encontrado por Stucker,<sup>8</sup> en prisioneros de guerra, población en la que alcanza hasta un 70 a 78%.

La intensidad del evento estresante influye poderosamente en la presencia del TEPT, de acuerdo con reportes de

**Cuadro 1. Criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático\***

- A. La persona ha experimentado un evento traumático en el cual dos de las características siguientes están presentes:
1. La persona experimenta presencia o es confrontado con un evento o eventos que implican amenazas de muerte o serio daño, o amenaza a la integridad física de sí mismo u otros.
  2. La persona responde con miedo intenso, desesperación u horror.
- B. El evento traumático es persistentemente experimentado en una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores del evento, incluyendo imágenes, pensamientos y percepciones.
  2. Sueños recurrentes del evento.
  3. Conductas o sentimiento súbitos que aparecen como si el agente operara de nuevo, (incluyendo una sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos [*Flashbacks*], incluyendo cuando ocurren al despertar o como consecuencia de intoxicación por alguna droga).
  4. Malestar psicológico intenso al exponerse en forma interna o externa a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del evento traumático.
  5. Reactividad fisiológica por exponerse en forma interna o externa a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del evento traumático.
- C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y entumecimiento o falta general de respuesta (no presente antes del trauma), como indican tres (o más), de los siguientes:
1. Esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma.
  2. Esfuerzos para evitar las actividades, lugares o gente que promueva recuerdos del trauma.
  3. Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.
  4. Disminución marcada del interés en la participación en actividades significativas.
  5. Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás.
  6. Rango restringido de afecto (por ejemplo, incapacidad para tener experiencias amorosas).
  7. Sensación de acortamiento del futuro (por ejemplo, no espera tener niños o una vida normalmente larga).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*Arousal*), (no existente antes del trauma), indicado por uno (o más) de los siguientes:
1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
  2. Irritabilidad o expresión de ira.
  3. Dificultad de concentración.
  4. Hipervigilancia.
  5. Respuesta de alarma exagerada.
- E. La duración del trastorno (síntomas en B, C y D), ha sido por lo menos de un mes.
- F. El trastorno causa malestar clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras importantes áreas de funcionamiento.

Especificar: Si es agudo: La duración de los síntomas es de menos de tres meses.

Si es crónico, la duración de los síntomas es mayor a tres meses.

Especificar: Inicio, retardado, si éste ocurre más allá de seis meses después de ocurrido el estresor.

\*Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Asociación Psiquiátrica Americana. Cuarta Edición, 1994.<sup>2</sup>

Helzer,<sup>3</sup> Card (1987),<sup>6</sup> Jordan<sup>9</sup> y McFall (1991),<sup>10</sup> lo cual es congruente con Buydens-Branchey (1990)<sup>11</sup> y Hauff (1994),<sup>12</sup> señalando que la mayor duración e intensidad de dicha exposición, condiciona mayor existencia de sintomatología postraumática. Breaslu y Davis,<sup>13</sup> así como Green (1989)<sup>14</sup> reportan una asociación marcada entre dos estresores específicos; la acción directa en la línea del frente y el número de combates, como factores que confieren un riesgo significativo de desarrollo del trastorno, distinguiéndose una diversa influencia de los distintos factores etiológicos.<sup>15</sup>

La personalidad antisocial es un importante factor de riesgo para el desarrollo del trastorno,<sup>9,15</sup> la incidencia es de 3.8% (Helzer y cols.),<sup>3</sup> hasta 12% (Sierles y cols.),<sup>16</sup> y 19% según Keane.<sup>17</sup> Guderson y Sabo (1993),<sup>18</sup> plantean la existencia de una interfase entre personalidad limítrofe y TEPT desde un nivel conceptual-teórico.<sup>18</sup>

Apenas aparecido como diagnóstico oficial en 1980, con la aparición del DSM-III,<sup>1,16,19</sup> su espectro clínico incluye al trastorno agudo por estrés (APA/DSM-IV).<sup>2</sup> El desarrollo de la escala de Mississippi (Keane y cols.)<sup>20</sup> es un valioso instrumento diseñado para diagnosticar el trastorno en población relacionada con acción de combate.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con; trastorno conversivo, trastornos depresivos y ansiedad generalizada,<sup>8,21,22</sup> debiendo descartarse trastornos disociativos, reacción de ajuste, trastorno ficticio, así como trastorno agudo por estrés.<sup>1,2,4</sup> Debe diferenciarse sintomatología psicótica y por abuso de sustancias.<sup>2</sup>

Por otra parte, Hernández Daza,<sup>23</sup> propone un modelo biopsicosocial para el TEPT relacionado con el combate, al considerar la acción de los opioides endógenos sobre el sistema nervioso central, como reforzadores biológicos de la compulsión a la repetición facilitándose así la reexperimentación del evento traumático durante la experiencia onírica.

En base a lo señalado, los objetivos del presente estudio, son: 1) Determinar la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población militar mexicana expuesta a estrés intenso y 2) Determinar la asociación entre diferentes variables demográficas y militares con el trastorno por estrés postraumático.

## Material y método

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de prevalencia de punto, en el Hospital Central Militar, la Escuela Militar de Graduados de Sanidad y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con autorización del Alto Mando y aprobación por el Comité de Investigación de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad, con las consideraciones éticas correspondientes para la investigación en humanos.<sup>25</sup>

El diagnóstico de TEPT se exploró y confirmó mediante una entrevista psiquiátrica semiestructurada de acuerdo a criterios del DSM-III,<sup>19</sup> y del DSM-IV,<sup>2</sup> la Escuela de Mississippi, que consta de 39 ítems, es autoaplicable y establece el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático relacionado con enfrentamientos armados, (Keane y cols. 1988).<sup>20</sup>

Asimismo la Lista de Chequeo de Síntomas-90 (SCL-90): Compuesta por una lista de 90 ítems, autoaplicable, con validez psicométrica consistente, su uso para discriminar la presencia de psicopatología general o distrés.<sup>12,24</sup>

Se consideró como casos portadores de TEPT, a aquellos sujetos que calificaron por arriba de los 112 puntos de la escala, y como no casos al resto. Entre los 60 y 111 puntos se consideró que el sujeto tuvo una "reacción psicológica al estresor" y menos de 60 puntos indicaron un ajuste normal, de acuerdo con los puntos de corte referidos por Keane y cols.<sup>20</sup>

En forma ulterior, se efectuó la captura y el análisis estadístico, utilizando medidas de frecuencia y dispersión, promedios y desviación estándar. Para las comparaciones del grupo de casos y del grupo no afectado, se efectuaron pruebas de contraste de medias y de proporciones, con un valor alfa de 0.05.

La muestra se seleccionó de una población global de 2,800 militares pertenecientes a siete unidades del Valle de México, que participaron en la Fuerza de Tarea "ARCO IRIS", entre el 1/o de enero y el 31 de diciembre de 1994, de la cual se seleccionaron 364 sujetos que durante dicha operación estuvieron expuestos a diversos niveles de estrés,

en base a lo cual se estimó la prevalencia puntual. Por otra parte se incluyeron en el estudio 10 casos de pacientes con diagnóstico de TEPT efectuado en el Hospital Central Militar, mismos que no fueron considerados en la determinación de la prevalencia, pero sí se incluyeron al efectuar el análisis comparativo entre casos y no casos. Por esta razón los resultados se basan en una muestra de 374 sujetos.

Se estudió a un total de 374 sujetos, sólo uno del sexo femenino. La edad promedio fue de  $23.3 \pm 4.9$  (rango de 17 a 46), 254 sujetos (67.9%) eran solteros o sin pareja actual y 120 (32.1%) eran casados o con pareja. En cuanto a escolaridad, 118 (31.6%) tenían la primaria terminada, 186 (49.7%) la secundaria, 60 (16.0%) la preparatoria y 19 (2.7%) educación profesional (Cuadro 2).

Respecto a las variables militares, del total de sujetos estudiados, 329 (88%), correspondieron a personal de tropa y 45 (12%), a oficiales. De dicha muestra, 308 (82.4%), pertenecían a alguna de las armas y 66 (17.6%) a algún servicio. Asimismo, 268 (71.7%) tenían una antigüedad mayor a un año. En relación al nivel de adiestramiento, 359 (96%) se encontraban en el 2o. o 3o. nivel del mismo y sólo 15 (4%), en el 1o. nivel (Cuadro 3).

**Cuadro 2. Características demográficas de la población militar expuesta a estrés intenso en relación con la presencia de trastorno por estrés postraumático.**

Característica	Casos (N = 22)		No casos (N = 352)		Total
	No.	%	No.	%	
Estado marital					
Con pareja	11	50	109	31	120
Sin pareja	11	50	243	69	254
Nivel socioeconómico					
Alto	0	0	1	0.3	1
Medio	16	72.7	262	74.4	278
Bajo	6	27.3	89	25.3	95

Nota: No existieron diferencias significativas.

**Cuadro 3. Características militares de la población expuesta a estrés intenso en relación con la presencia de trastornos por estrés postraumático.**

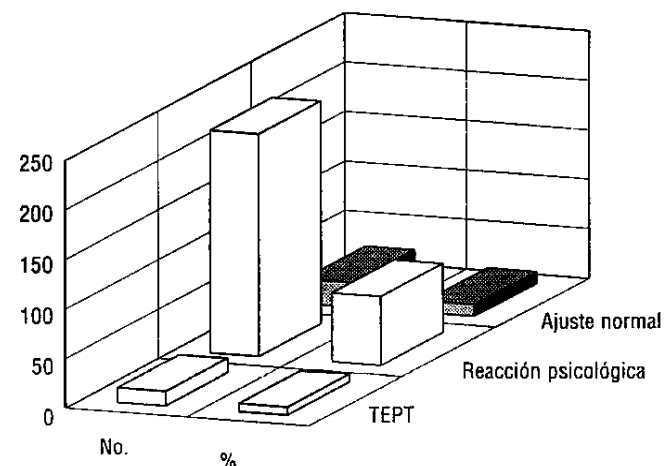
Característica	Casos (N = 22)		No casos (N = 352)		Total
	No.	%	No.	%	
Grado militar					
Personal de tropa	22	100	307	87.2	329
Oficiales	0	0	45	12.8	45
Asignación					
Arma	17	77.3	291	82.7	308
Servicio	5	22.7	61	17.3	66
Antigüedad					
Menor a un año	7	31.8	99	28.1	106
Mayor a un año	15	68.2	253	71.9	268
Adiestramiento					
Básico	2	9.1	13	3.7	15
Especializado	20	90.9	339	96.3	359

## Resultados

### Prevalencia de trastorno por estrés postraumático:

En el estudio de prevalencia se evaluaron a 364 sujetos, de los cuales 12 calificaron por encima de 112 puntos en la escala de Mississippi y fueron confirmados como casos portadores de TEPT con la entrevista psiquiátrica.<sup>2,19</sup> Esto arroja una prevalencia de punto de 3.29%.

Al considerar la exposición específica a enfrentamientos armados y factores relacionados, fueron reportadas sólo por 277 sujetos (76.0%), por lo que 12 pacientes hacen una prevalencia de 4.3%. De dicho grupo, 236 (85.1%), presentaron reacción psicológica; (es decir calificación en el Mississippi de 60 a 111 puntos) y 29 (10.4%), no cursaron con sintomatología relevante (Figura 1).



**Figura 1. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población militar expuesta a estrés intenso.**

**Cuadro 4. Antecedentes de enfermedad mental y tratamiento psiquiátrico en relación con la presencia de trastornos por estrés postraumático.**

Antecedentes psiquiátricos	Casos (N = 22)		No casos (N = 352)		Total 374
		%		%	
<b>Enfermedad mental<sup>a</sup></b>					
Sí	11	50	4	1.1	15
No	11	50	348	98.9	359
<b>Tratamiento psiquiátrico<sup>b</sup></b>					
Sí	10	45.5	1	0.3	11
No	12	54.5	351	99.7	3

<sup>a</sup>Yates = 116.0, GI = 1,  $p < 0.001$ .

<sup>b</sup>Yates = 132.5, GI = 1,  $p < 0.001$ .

**Cuadro 5. Asistencia a las distintas fuerzas de tarea en relación con la presencia del trastorno por estrés postraumático.**

Fuerza de Tarea		Casos (N = 22)		No. Casos (N = 352)		Total 374
			%		%	
<b>CONDOR</b>						
Asistencia	Sí	16	72.7	306	86.9	322
	No	6	27.3	46	13.1	52
<b>MARTE</b>						
Asistencia	Sí	16	72.7	212	60.2	228
	No	6	27.3	140	39.8	146
<b>CANADOR<sup>*</sup></b>						
Asistencia	Sí	19	86.4	207	58.8	226
	No	3	13.6	145	41.2	148
<b>REGIONALES</b>						
Asistencia	Sí	15	68.2	240	68.2	255
	No	7	31.8	112	31.8	119

<sup>\*</sup>Estadísticamente significativa.

Corrección de Yates = 5.47, GI = 1,  $p = 0.0193$

*Comparación de variables demográficas y militares entre casos y no casos:*

A los 12 sujetos con TEPT detectados en el estudio de prevalencia, se sumaron 10 casos con el mismo diagnóstico, que fueron referidos de otras unidades militares al Hospital Central Militar, siete de hospitalización y tres de consulta externa y que cubrían los criterios de inclusión, mismos que no se incluyeron para la determinación de la prevalencia, pues ello hubiera sesgado e invalidado el estudio. Sin embargo sí fueron considerados para efectuar la comparación entre otras variables, constituyéndose un total de 22 como el grupo de "casos" y 352 como el grupo de "no casos".

En relación a ello se encontró que los sujetos con TEPT tuvieron significativamente más antecedentes personales de enfermedad mental ( $p < 0.001$ ) y de tratamiento psiquiátrico previo por causas diferentes ( $p < 0.001$ ) (Cuadro 4). En este mismo sentido, y congruente con el ser portador de un trastorno mental, los sujetos con TEPT, califica-

**Cuadro 6. Exposición a estresores en operaciones y su relación con el trastorno por estrés postraumático.**

Fuerza de Tarea		Casos (N = 22)		No casos (N = 352)		Total 374
			%		%	
<b>CONDOR<sup>*</sup></b>						
Exposición	Sí	18	81.8	343	97.4	361
	No	4	18.2	9	2.6	13
<b>MARTE</b>						
Exposición	Sí	18	81.8	316	89.8	334
	No	4	18.2	36	10.2	40
<b>CANADOR</b>						
Exposición	Sí	21	95.5	318	90.3	339
	No	1	4.5	34	9.7	35
<b>REGIONALES</b>						
Exposición	Sí	20	90.9	315	89.5	335
	No	2	9.1	37	10.5	39

<sup>\*</sup>Diferencia estadísticamente significativa.

Corrección de Yates = 10.76, GI = 1,  $p = 0.001$ .

ron significativamente más alto en la escala de chequeo de síntomas utilizada para discriminar psicopatología general ( $p < 0.001$ ).

En cuanto a las variables militares se encontró que los sujetos afectados de trastorno por estrés postraumático habían asistido significativamente menos a la operación "Canador" que los sujetos sin el trastorno ( $p = 0.01$ ) (Cuadro 5). Es decir, que en el grupo control de 352 sujetos se encontró una frecuencia estadísticamente mayor de participación previa en la fuerza de tarea "Canador", lo cual de algún modo resultó ser un factor protector.

En esa misma línea y con respecto a la variable de exposición a estrés intenso en la Fuerza de Tarea "Cóndor", se encontró que el grupo de sujetos afectados de trastorno por estrés postraumático tuvo una menor exposición a estresores del tipo de enfrentamientos armados en dicha operación, en relación con el grupo control de sujetos no detectados, siendo dicha diferencia significativa estadísticamente ( $p = 0.001$ ) (Cuadro 6).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, al estado civil, al nivel socioeconómico, al grado militar, al arma, servicio, antigüedad en el ejército, nivel de adiestramiento, ni al tiempo de exposición a la operación "Arco Iris". Así como tampoco al uso de alcohol o drogas.

*Comparación de los casos con los sujetos que no presentaron sintomatología relevante:*

Como otro grupo de contraste, altamente "sano", se consideró a aquellos sujetos, que, a pesar de su exposición a enfrentamientos, no presentaron síntomas significativos y cuya reacción se calificó como de "ajuste normal", denominándose "grupo especial de comparación (GEC)" y estuvo compuesto por 37 sujetos (Figura 1).

Los resultados significativos siguieron la misma dirección que los hallazgos previos en cuanto a exposición previa a estresores y demás datos sociodemográficos. El hallazgo diferente fue que los sujetos afectados con trastorno por estrés postraumático pertenecían significativamente más a los grados de tropa (22/22, 100%) que los del GEC (20/37, 52.4%), encontrándose significancia estadística en esta diferencia ( $p < 0.001$ ).

## Discusión

La distribución de los casos en relación a las unidades militares estudiadas, no resultó estadísticamente significativo, y es de importancia como reporte interno para cada una, lo cual se comunicó por los conductos debidos al Alto Mando, habiéndose proporcionado asistencia clínica psiquiátrica individual y grupal a los sujetos detectados.

Lo cual dio pie a una importante interacción con el mando de las unidades estudiadas permitiendo así, clarificar diversos conceptos relacionados con el estrés, señalar las capacidades de afrontamiento y los diversos factores que inciden en ellas, así como las posibles alternativas de manejo.

En el presente estudio se encontró una prevalencia de 4.3% de TEPT en militares mexicanos expuestos a enfrentamientos y factores relacionados, durante su participación en la Fuerza de Tarea Arco Iris. Dichos datos son congruentes con reportes existentes, por ejemplo la Asociación Psiquiátrica Mexicana señala en el DSM-IV un rango de prevalencia que va del 3 al 58%.<sup>2</sup>

En tanto que Helzer y cols.,<sup>3</sup> en el estudio del Área de Captura Epidemiológica (ECA), encontraron una prevalencia poblacional del 1%, que se incrementó a 3.5% en civiles expuestos a algún ataque físico y en veteranos de Vietnam que no fueron heridos. Kulka reportó 2.5% de TEPT en veteranos de Vietnam,<sup>26</sup> en tanto que Solomon y cols.,<sup>7</sup> refieren una cifra de 16% entre soldados que combatieron en la línea del frente entre miembros del ejército israelí en la guerra del Líbano. Escobar y cols.,<sup>27</sup> en 20 veteranos de origen hispano de Vietnam encontró frecuencias tan altas como el 80% de TEPT. Sin embargo es preciso hacer notar que, los estresores de guerra referidos en dicha comunicación, parecen ser mucho más severos que los que se reportan en nuestro trabajo.

No hay algún estudio que directamente sea comparable al presente en términos de la evaluación de una población militar mexicana expuesta a estrés intenso. Por otro lado, los estudios referidos han evaluado ya sea a una población militar veterana de conflictos pasados en ejércitos como el norteamericano o israelí,<sup>3,26</sup> o bien a militares expuestos a conflictos de intensidad extrema,<sup>7</sup> por ello los resultados deben compararse en consideración a estas diferencias de diverso orden.

La menor frecuencia de TEPT en sujetos con una mayor participación previa en la operación "Canador" y exposición a estrés intenso en la operación "Cóndor" en contraste con menor exposiciones en los sujetos afectados de TEPT es

compatible con la posibilidad de que dichas experiencias pudieran proteger contra el desarrollo del trastorno.

Dicho factor protector ocurriría en términos de experiencia en operaciones militares que implican un nivel permanente de estrés con un grado de intensidad variable, lo cual proporciona al sujeto elementos que le permiten incrementar su capacidad de afrontamiento y aumentar así su capacidad adaptativa.

## Conclusiones

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población militar mexicana expuesta a estrés intenso es del 4.3%.

En el grupo estudiado, 85.1% de los sujetos expuestos a estrés intenso presentan una reacción psicológica con síntomas limitados de estrés postraumático que no condicionan patología, mientras que un 10.4% no cursaron con sintomatología relevante presentando una reacción de ajuste normal.

La presencia del trastorno por estrés postraumático se asocia con antecedentes de enfermedad mental y tratamiento psiquiátrico previo, en forma estadísticamente significativa.

La asistencia a la Fuerza de Tarea Marte y Canador parecen ser factores protectores, toda vez que su frecuencia se asocia más a sujetos no afectados y su participación ha sido menor en sujetos afectados por el TEPT.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a los datos sociodemográficos, antigüedad en el ejército, nivel de adiestramiento, tiempo de exposición ni uso de alcohol o drogas.

## Comentarios finales

Los resultados de la presente investigación muestran que existe en nuestro ejército una prevalencia del trastorno por estrés postraumático de 4.3%, cifra cuya tendencia es hacia la menor prevalencia reportada internacionalmente en poblaciones militares y que es de 3%,<sup>2</sup> frente a la máxima prevalencia reportada que asciende del 58 al 78%.<sup>8</sup> El TEPT se presenta más probablemente en sujetos con antecedentes previos de psicopatología y en quienes hayan menos a operaciones militares previamente.

El uso de la escala de Mississippi, pudiera tener cierto valor para detección oportuna de sintomatología por lo que se formulará su aplicación a otros grupos a fin de culminar con su validación y observar la consistencia de lo observado.

Lo señalado permite ubicar nuestra situación específica y correlacionarla con un contexto global en relación a la respuesta del ser humano frente a diversos motivos de estrés y plantea finalmente que la línea de investigación a que se ha dado apertura continúe y se diversifique para explorar factores de personalidad, aspectos psicológicos y psicodinámicos así como aquellos de índole sociológico, neurobiológico y aún genético que inciden en el desarrollo del trastorno por es-

trés postraumático, todo lo cual permitirá la adecuada planificación de estrategias para su prevención, detección y tratamiento, y redundará en proveer al Médico Militar de mejores y más adecuados instrumentos que le permitirán desempeñar cada vez con mayor eficiencia su humanitaria labor.

#### Referencias

1. Kinzie JD. Posttraumatic stress disorder. En: Kaplan HI, and Sadock BJ: *Comprehensive textbook of psychiatry V*, Vol. I, Fifth edition, Williams and Wilkins, Baltimore Maryland, 1989:1000-1008.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition, Washington, D.C., 1994.
3. Helzer JE, Robins LN, and Mc Evoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population, findings at the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 1987;317(26):1630-1634.
4. Lima BR, Pai S, Santa Cruz H, and Lozano J. Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster. Armero Colombia. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(7):420-427.
5. Madakasya S, and O'Brien KF. Acute posttraumatic disorder in victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:286-290.
6. Card JJ. Epidemiology of PTSD in a National Cohort of Vietnam Veterans. *J Clin Psychol* 1987;43(1):6-16.
7. Solomon Z, Weisenberg M, Schwarzwald J, and Mikulincer M. Posttraumatic stress disorder among frontline soldiers with combat stress reaction: The 1982 Israeli Experience. *Am J Psychiatry* 1987;144(4):448-454.
8. Sutker PB, Allain AN, and Winstead DK. Psychopathology and psychiatric diagnosis of World War II Pacific Theater prisoner of war survivors and combat veterans. *Am J Psychiatry* 1993;150(2):240-245.
9. Jordan BK, Schlenger WE, Hough R, Kulka RA, Weiss D, and Marmar CH R. Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam Veterans and Controls. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:207-215.
10. Mc Fall MA, Mackay PW, Donovan DM. Combat related PTSD and psychosocial adjustment problems among substance abusing veterans. *J Nerv Ment Dis* 1991;179(1):33-38.
11. Buydens-Branchey L, Noumair D, and Branchey M. Duration and intensity of combat exposure and posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(9):582-587.
12. Hauff E, Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in vietnamese refugees. A prospective community study of prevalence. Course psychopathology and stressors. *J Nerv Ment Dis* 1994;182(2):85-90.
13. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder. The etiologic specificity of wartime stressors. *Am J Psychiatry* 1987;144(5):578-583.
14. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Gleser GC. Multiple diagnosis in posttraumatic stress disorder. The role of war stressors. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(6):329-335.
15. Green BL, Grace MC, Jacob MS et al. Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans. *Am J Psychiatry* 1990;147(6):729-733.
16. Sierles FS, Chen JJ, McFarlan RE, Taylor MA. Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatry illness. A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1983;140(9):1177-1179.
17. Keane TM and Penk WE. The prevalence of posttraumatic stress disorder. *N Engl J Med* 1988;318(25):1690-1692.
18. Guderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):19-27.
19. Asociación Psiquiátrica Americana: *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales*. 3a. Edición revisada. 1a. Edición, Editorial Masson. Barcelona, España 1988.
20. Keane TM, Cadwell JM, Taylor KL. Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(1):85-90.
21. Sierles FS, Chen JJ, Messing ML, Besyner JK, Taylor MA. Concurrent psychiatric diagnoses as having posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1986;174(3):171-173.
22. Shore JH, Tatum EL, and Vollmer WM. Psychiatric reactions to disaster: The Mount St Helens Experience. *Am J Psychiatry* 1986;143(5):590-595.
23. Hernández DM. Modelo bio-psico-social del trastorno postestrés postraumático de combate. *Psiquis*, México 1995;4(2):34-38.
24. Bech P, Mail VF, Dencker SJ, Ahlfors VG, Elgan K, Lewander T, Lundell A, Simpson GM, and Lingjaerder O. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr (Suppl)* 1993;87(372):33-34.
25. Cañedo DL. Investigación clínica. 1a. edición, Editorial Interamericana. México, 1987.
26. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbenk JA, Hough RL, Jordan BK y cols. *Trauma and the Vietnam War Generation*. New York NY: Brunner/Mazel: 1990.
27. Escobar JI, Randolph ET, Puente MAG, Spiwak F y cols. Posttraumatic stress disorder in hispanic Vietnam veterans; clinical phenomenology and sociocultural characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1983;171(10):585-596.