



UNILA
Universidad Latina

UNIVERSIDAD LATINA S. C.

3344-85

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAL MILITAR
EN COMBATE CONTRA LA DELINCUENCIA
ORGANIZADA: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N:

**NATALY KARINA GÓMEZ GONZÁLEZ.
SANDRA LETICIA PERDOMO SÁNCHEZ.**

ASESORA: DRA. EVA GONZÁLEZ

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer instancia a César Gerardo Hernández García, la persona que me inspiro para investigar este tema, quien me guio y apoyo, le agradezco por ser un ángel en mi camino.

Agradezco a la Doctora Eva González por ser un faro en la oscuridad, por su interés, paciencia, dedicación y profesionalismo, la mejor decisión fue pedirle que fuera nuestra asesora, no me alcanzan las palabras para agradecer el tiempo que dedicó a este trabajo el cual podemos concluir gracias a ella, por ser una extraordinaria persona y la mejor psicóloga que conozco, es mi modelo a seguir.

Gracias a mi amiga, hermana por elección y ahora colega Sandra Perdomo Sánchez, por su dedicación, esfuerzo y paciencia para juntas concluir esta etapa en nuestras vidas.

A mi hermosa familia, a mi madre Sabina, mi padre Juan Manuel, a mi hijo Gael, mi sobrina Paulina, a mis hermanos Adrián y Diana, agradezco que sirvieran como mi motor para no desistir.

Nataly

Agradecimientos

Agradezco a mi mamá, mis tías y mi hermana por todas las enseñanzas que me han dado, por inculcarme los valores con los que me rijo, gracias por llenarme de sueños, esperanzas y felicidad. Por enseñarme querer superarme cada día en todos los ámbitos sin perder la humildad y al mismo tiempo jamás rendirme, gracias por todo el apoyo que día a día recibo de cada una de ustedes.

Gracias a mis maestras Lulú y Selene quienes me enseñaron que si podía, que me ayudaron a estudiar y salir adelante en mis estudios, ustedes me dieron las bases y el gusto por el estudio y por la escuela. Gracias por el apoyo pues por ustedes adquiriré seguridad en el estudio y en mí.

Gracias al maestro Sergio García Quintana mi primer jefe quién me enseñó a trabajar y que me dio ese “empujón” para entrar a la universidad, tengo mucho aprendizaje y llevo conmigo su frase "el éxito no es de grandes inteligencias, sino de grandes voluntades" un alpinista también tiene dolor al subir, sin embargo solo la voluntad lo hará llegar a la punta.

Gracias a las empresas GQC, Siete|Media y GEOMAX quienes me apoyaron para estudiar siempre brindando apoyo consejos y paciencia para mi estudio. En especial a las Contadoras Ali y Rocío por su apoyo incondicional.

Gracias a mis amigos, compañeros de carrera y maestros todos aportaron mucho aprendizaje tanto en mi vida personal como en conocimientos, en especial Karla Jimenez, Karla Dueñas, Atzza, Mike, Angie, Mercedes y Mary, a mis profesores Ixel, Víctor y Rodolfo.

Gracias a Nataly Gómez quién me ha acompañado por los últimos años, con quién he compartido esta tesis y muchas aventuras, quien se ha convertido en compañera, amiga, cómplice, maestra y ahora colega. Gracias por compartir conmigo este largo proceso y lograr juntas una meta más en nuestras vidas.

Muchas gracias a la Señora Saby, Diana, Pau y Gael por nunca dejarme caer, por apoyarme estos últimos años en cada paso, pero sobre todo por abrirme la puerta de su casa y de su familia, lo que ha sido fundamental para continuar creciendo como persona.

A la Doctora Eva González muchas gracias por todo el tiempo dedicado en este proceso de titulación, gracias por siempre tener las palabras precisas para motivarnos, y darnos ese “empujón” que muchas veces necesitamos. Mil gracias por todas las enseñanzas y apoyo que me ha brindado. Usted cuenta con toda mi admiración, respeto y cariño.

Lo más importante de llegar a una meta, es el camino, pero lo más valioso es con quien lo recorres.

A todos ustedes. ¡Gracias por acompañarme!

*“Si caminas solo, irás más rápido;
si caminas acompañado, llegarás más lejos.”*

Sandra Perdomo

Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Estrés postraumático.....	5
Panorama general	5
Definición de estrés	8
Modelo cognitivo.....	11
Fisiología del estrés.....	13
Definición de estrés postraumático.....	15
Prevalencia.....	16
Criterios diagnósticos	18
CIE-10.....	18
DSM 5	21
Diagnóstico.....	25
Diagnóstico Diferencial	25
Comorbilidades.....	26
Personal militar operativo en combate contra la delincuencia organizada.....	29
Misión y visión de las Fuerzas Armadas.....	29
Funciones	30
Antecedentes	31

Estrés postraumático en personal militar	32
Estadísticas	39
Planteamiento del problema.....	41
Pregunta de investigación	42
Objetivo	42
General	42
Específicos.....	42
Método	43
Variables.....	43
Participantes	44
Instrumentos	45
Tipo de estudio	46
Diseño de investigación.....	46
Procedimiento.....	46
Descripción de datos	46
Resultados	48
Discusión.....	52
Conclusiones.....	57
Referencias	59
Anexos	68

Resumen

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se desarrolla tras vivir o presenciar eventos que ponen en riesgo la vida de forma real o potencial, se manifiesta mediante recuerdos invasivos de la situación traumática, evitación e hiperactivación fisiológica, afecta el funcionamiento general. Las fuerzas armadas de México participan en la lucha contra el crimen organizado realizando operativos de alto impacto, enfrentamientos armados y emboscadas, exponen su vida, sufren lesiones o accidentes, ven a sus compañeros exponer la vida o morir, lo cual los hace extremadamente vulnerables a desarrollar TEPT. El objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia de TEPT y sintomatología de TEPT en una muestra de personal militar que participa en combate contra el crimen organizado. Para ello, se realizó un estudio descriptivo de un diseño no experimental, transversal. Mediante un muestreo no probabilístico se captó a N=65 militares operativos contra la delincuencia organizada, se empleó la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del TEPT según el DSM-5. Para el análisis de datos se usó estadística descriptiva. Resultados. 18% (12) de los participantes cumplen criterios para diagnóstico de TEPT, un importante porcentaje de participantes presenta sintomatología de todas las áreas que evalúa la EGS-R, la más alta *Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica* presente en 49% de los participantes, y la más baja *Síntomas disociativos*, en el 22%. Los hallazgos del presente estudio son congruentes con la literatura respecto a la vulnerabilidad de los militares en combate a desarrollar sintomatología de TEPT. Se señalan discrepancias entre las cifras oficiales de casos confirmados de TEPT en militares con las mismas características de los participantes y los resultados del presente estudio. Se concluye que es necesario realizar más investigaciones en esta población mejorando la metodología, además de la necesidad de desarrollar instrumentos para evaluar TEPT en personal militar.

Palabras clave: Crimen organizado, Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R), Estrés postraumático, Fuerzas Armadas, Operativos de alto impacto.

Abstract

Post-traumatic stress disorder (PTSD) develops after living or witnessing life-threatening events -real or potential-, it manifests with invasive memories of the traumatic situation, avoidance and physiological hyperarousal, and affects the general functioning. The Mexican Army participate in the fight against organized crime, carrying out high-impact operations, armed confrontations and ambushes, expose their lives, suffer injuries or accidents, see their comrades expose their lives or die, which makes them extremely vulnerable to develop PTSD. The goal of the present research was to determine the prevalence of PTSD, and PTSD symptomatology in a sample of military personnel participating in combat against organized crime. Descriptive study of a non-experimental, transversal design, N = 65 operative soldiers against organized crime participated in the study. The *Revised Symptoms Gravity Scale (EGS-R) of the PTSD according to the DSM-5* was used. The data were analyzed using descriptive statistics. Results 18% (12) of the participants met criteria for diagnosis of PTSD and, in a significant percentage of participants, symptomatology of all the areas evaluated by the EGS-R was found, the highest *Increase in psychophysiological activation and reactivity* present in 49% of participants, and the lowest *Dissociative symptoms*, in 22%. The findings of the present study are consistent with the literature regarding the vulnerability of the military in combat to develop PTSD symptoms. Inconsistencies are indicated between the official figures of confirmed cases of PTSD in the military with the same characteristics of the participants and the results of the present study. It is concluded that it is necessary to conduct more research in this population improving the methodology, additionally, there is a need to develop instruments to assess PTSD in military personnel.

Key words: Organized Crime, Revised Symptoms Gravity Scale (EGS-R), Post-Traumatic Stress, Armed Forces, High Impact Operatives.

Introducción

La presente tesis aborda el tema de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) a través de la historia, en la que se observa un cambio en la concepción y por lo tanto en el grado de importancia, no solo hay un cambio en el nombre del trastorno sino, en la trascendencia que marca en cada época.

Una de las poblaciones vulnerables para desarrollar TEPT, son las Fuerzas Armadas (Corzo & Bohórquez, 2009), es por ello que este estudio se concentra en saber la prevalencia que los militares pueden llegar a desarrollar.

El tema es relevante para la sociedad, pues en la actualidad las Fuerzas Armadas han desempeñado un rol decisivo en cuestión de Seguridad interior. La lucha contra el narcotráfico en diferentes áreas de la república incluyendo el área metropolitana, hacen de este tema algo relevante, las Fuerzas Armadas no podrían cumplir con su trabajo si no se encuentran en óptimas condiciones.

El objetivo fue detectar cuál es la sintomatología que desarrollan los militares al exponer su vida constantemente, esta investigación es un parteaguas para una mejora en el tratamiento preventivo, que se les puede brindar a los militares en operativos de alto impacto, al detectar qué es lo que más les está afectando en el desarrollo de la vida cotidiana y por lo tanto en el desempeño de sus labores.

Anteriormente se han hecho investigaciones por parte del Ejército mexicano, esto nos permite hacer una comparación entre sus cifras y las obtenidas en este estudio.

En la primera sección del texto se habla de los antecedentes del Trastorno de Estrés Postraumático en donde, posteriormente abordamos personal militar en combate contra la delincuencia organizada, en la tercera parte se menciona el Trastorno de Estrés Postraumático en personal militar. Después se menciona el estudio en el cual se empleó la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R), para detectar la sintomatología en el personal militar. Finalmente, discutimos los hallazgos bajo el marco teórico.

Estrés postraumático

Panorama general

Cuando ocurre un evento traumático o algún suceso que represente una amenaza para la vida- desastres naturales, accidentes, guerras-, existen reacciones comunes que se han documentado a lo largo de la historia en todo el mundo con diferentes denominaciones: trauma emocional, neurosis del susto, neurosis de guerra, Shell-shock, síndrome del superviviente (Flores, Reyes & Reidl, 2012).

Se le llamaba corazón irritable o síndrome del esfuerzo a los síntomas que experimentaban los combatientes después de una guerra, por sus características los síntomas eran atribuidos a enfermedades del corazón, los médicos daban diagnósticos sobre anatomía, los cuales se fueron modificando cada vez más, hasta llegar a conclusiones sobre la enfermedad basadas en causas fisiológicas.

Los síntomas en los militares eran muy diversos, desde cefaleas, dolor de extremidades, pesadillas hasta cambios repentinos de humor, cada médico daba su definición y tratamiento, cuando esto no fue efectivo comenzaron a pensar en causas diferentes, incluyendo problemas psicológicos, donde se consideraron diagnósticos como histeria, problemas psiconeuróticos y personalidades psicopáticas (Corzo & Bohórquez, 2009).

Los acontecimientos traumáticos ponen a prueba la salud física y mental de los individuos involucrados, las reacciones pueden tardar en aparecer y cada individuo las desarrollará dependiendo de su percepción del acontecimiento, los síntomas pueden durar meses o incluso años. Los síntomas después del trauma pueden variar y conservarse, el estrés se considera una respuesta adaptativa, sin embargo, lo que daña la salud del individuo es la duración de los síntomas (Díaz, Quintana & Vogel, 2012).

Algunos autores hablan respecto al crecimiento después del trauma, se dice que la persona afectada después del acontecimiento podría adquirir fuerza emocional al sentirse capaz de sobrellevar cualquier situación aversiva, se habla de una mayor autoestima, una interacción familiar más cercana y una mejor convivencia social (García Martínez, Jaramillo, Martínez, Valenzuela & Solar, 2014). En el otro extremo están las personas que tuvieron una afectación psicológica después del trauma, quienes no experimentan los síntomas positivos mencionados antes, en los cuales la autoestima y entorno cambian drásticamente al tener que enfrentarse a los síntomas de depresión, reexperimentación del trauma, ansiedad, problemas de sueño, memoria y concentración, los cuales van en aumento después del acontecimiento y merman la salud física y mental del individuo. Otros síntomas pueden ser irritabilidad y disminución de la tolerancia, los cuales afectan la convivencia familiar e interacción social en general (Díaz et al., 2012).

El estrés como respuesta ante una situación catastrófica permite que la persona ponga a salvo su vida -el estrés pone en alerta al cuerpo ante un evento

estresor el cual puede ser una pelea, asalto o secuestro- pero el estrés prolongado afecta fisiológicamente y cognitivamente evitando que el sujeto responda ante la vida diaria, por ejemplo, evitando que se incorpore al ámbito laboral (Jiménez & Cubillos, 2010).

En 1952 apareció la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) en éste se incluye como: “reacción a gran estrés”. En el DSM II se modifica y es denominado: “trastorno adaptativo de la vida adulta”. Luego de la Guerra de Vietnam, la prevalencia del síndrome *post-Vietnam* aumentó considerablemente, lo que influyo directamente para que en el DSM III se incluyera al fin como trastorno denominado Trastorno de Estrés Postraumático [TEPT] (Bados, 2015).

Cuando se vive el trauma y no se le da la atención necesaria para incorporar a los individuos a la sociedad los síntomas de TEPT crecen y afectan el desempeño en diferentes ámbitos de la vida diaria, como el laboral. El impacto sobre el desempeño laboral de las personas con TEPT podrían incluso afectar la economía de un país -después de alguna catástrofe natural, por ejemplo- sin contar las pérdidas materiales y de vidas, los trabajadores regresarían a laborar sin una previa atención lo cual repercutiría en su producción e irremediablemente conduciría a un declive económico. Además debe considerarse el costo sanitario, dado que los gobiernos deben aumentar el gasto en salud mental (Figueroa, González & Torres, 2010). Quizá si se logra trabajar el TEPT de manera preventiva se aminoren los efectos después de un evento traumático y la

percepción se transforme en el procesamiento del trauma, para reforzar las habilidades en el manejo de situaciones de gran impacto.

El panorama es amplio y se adecua según el tiempo y la cultura, por ejemplo, en algunos lugares de México, podríamos encontrar este trauma llamado de distinta forma a todas las anteriores, “enfermedad del susto” en este caso son los curanderos o chamanes quienes se encargan de curar a los “enfermos” del pueblo. Se dice que se encargan de regresar el alma al cuerpo, porque al parecer después de un gran susto el alma sale del cuerpo y el individuo presenta síntomas como diarrea, falta de sueño, sudoración entre otros. El tratamiento en estas comunidades es muy particular, interactúan con el individuo para crear un tipo de hipnosis, no ocupan sustancias para la cura, es solo el manejo de las creencias del afectado por el trauma (Cruz, 2013).

Definición de estrés

Hans Selye es quien introduce el concepto de estrés, él lo explica como la reacción fisiológica no específica ante diferentes agentes que son nocivos del ambiente (Stora, 2000). El estrés es parte de una respuesta fisiológica parte de nuestra vida diaria, esta respuesta funcional de nuestro cuerpo es provocada por la percepción de estímulos o situaciones aversivas, y la cual nos prepara para escapar o actuar ante alguna amenaza posible (Camargo, 2004).

“Algo de estrés es esencial y saludable; la cantidad óptima de estrés es ideal, pero demasiado estrés es dañino” (Selye, como se citó en Camargo, 2004).

Existen dos tipos de estrés: Eustrés se considera como la respuesta positiva o adaptativa (Zavala, 2008), esta es la condición ideal donde se es capaz de mantener el control sin importar la demanda y el sistema homeostático efectúa su complejo trabajo (Gutiérrez, 1999). Distrés es el mal estrés, el cual es dañino y se hace patológico (Camargo, 2004), es la respuesta no adaptativa y de sentimientos negativos (Zavala, 2008). Empieza a ser perjudicial el estrés, al no poder disponer mecanismos conductuales que le sean efectivos para lograr neutralizar el desencadenante, es entonces cuando el sujeto siente que no puede y pierde el control sobre la situación (Koscinczuk, 2014).

Selye identifica 3 fases adaptativas por las que pasa el organismo como respuesta a un agente estresante y de este modo regresar a su homeostasis (equilibrio), a este proceso le llamó "Síndrome General de Adaptación" (Jiménez, 2007). El Síndrome General de adaptación (SGA) es la respuesta del organismo ante un estímulo estresante, esta respuesta fisiológica estereotipada ayuda a la adaptación que neutraliza el efecto del estresor para así conservar la homeostasis (Camargo, 2004).

Las fases del Síndrome General de Adaptación son:

Fase de alarma o fase de choque. Es en esta fase se rompe el equilibrio y para poder restablecer el funcionamiento óptimo, comienza una adaptación poniendo el organismo diferentes ajustes o mecanismos (Jiménez, 2007) es entonces cuando se activan las defensas, reaccionando con dos fases distintas en las que no siempre pueden ser separadas. La primera fase de shock es un

fenómeno pasivo, la segunda corresponde a la fase de contrashock estos signos son activos siendo la defensa al shock.

La fase de shock puede aparecer de manera instantánea y cuando el estímulo es de violencia con mucha intensidad, mientras que contrashock el agente nocivo es relativamente poco intenso o no es muy brusco, aparece tras unas horas sin que se pueda observar la aparición de un auténtico estado de shock (Aguirre, 1949).

Fase de resistencia. El organismo trata de sobrevivir manteniendo una activación fisiológica máxima, en la cual trata de superar la amenaza o adaptarse. Dependiendo su duración ya sea semanas, meses o años se podría considerar estrés crónico o bien, en caso de que el estrés termine el organismo regresa a su estado normal.

Fase de agotamiento. En caso de que el estímulo sea frecuente o prolongado, se agotan los recursos del organismo perdiendo su equilibrio y adaptación, causando con ello enfermedades relacionadas con el estrés.

Lo ideal es llegar hasta la fase de resistencia para permitir luchar sin agotar la capacidad de adaptación o respuesta sin tener que llegar a la fase de agotamiento.

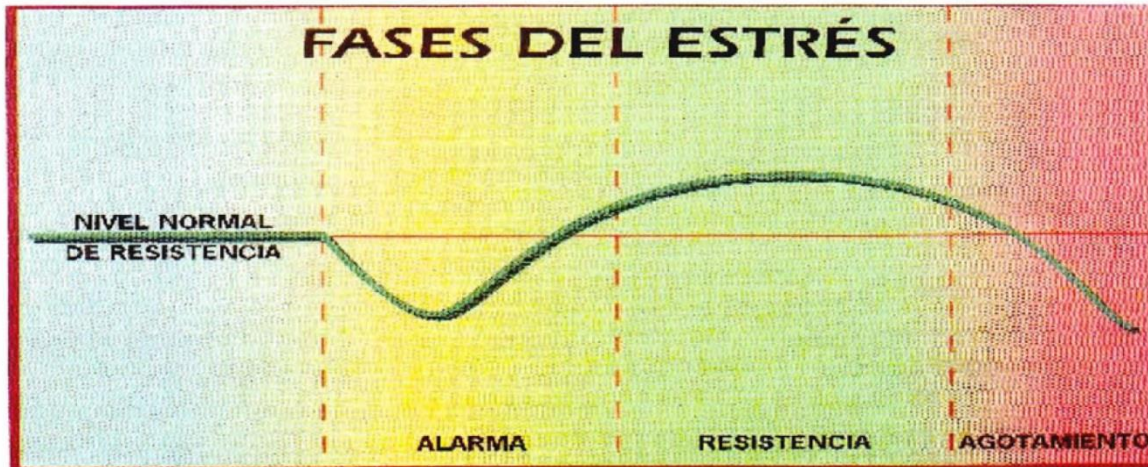


Figura 1. Fases clásicas del estrés: Alarma, Resistencia y Agotamiento.

Nota: Recuperado de “Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma” de Camargo., 2004, *Revista Médico Científica*, volumen 17(2), pp.78-86.

Modelo cognitivo

Richard Lazarus aumenta el conocimiento del estrés destacando el modelo cognitivo transaccional, en donde observa que no todos los sujetos expuestos a estímulos estresantes creaban estrés ya que cada sujeto responde de manera diferente. Hace mención que no todas las respuestas desencadenadas son patológicas sino fisiológicas y que con el tiempo llegan a desarrollar modificaciones de acuerdo a la manera cognitiva de poder enfrentar correctamente las situaciones sin llegar a estresarse (Rosas, Ordaz, & Jiménez, 2017).

Lazarus (1991) enfatiza la importancia de las valorizaciones cognitivas en la naturaleza de las emociones y el estrés, lo que considera más que un estado, como un proceso. Cuando se presenta un evento ya sea interno o externo con ciertas características y la manera en que se valora cognitivamente es un proceso de transacción.

En la perspectiva transaccional para que el fenómeno de estrés se desencadene, el sujeto debe sentir un desequilibrio entre la demanda y los recursos que posee para superar la demanda, este proceso debe evaluarse a través del tiempo.

De acuerdo a Lazarus la variable más importante son las emociones ya que esta ofrece más información durante el proceso del estrés que cualquier otra variable. De igual manera afirma que estrés, emociones y afrontamientos es una unidad conceptual donde la emoción incluye el estrés y el afrontamiento (Gómez, 2005).

El estrés psicológico constituye la apreciación del sujeto donde evalúa la amenaza del entorno, de ser sobrepasado por las circunstancias o si se encuentra en peligro, en cuanto el afrontamiento se hace una evaluación de las demandas ya sea interna o externa como excedentes o desbordante de sus recursos haciendo un esfuerzo de tipo cognitivo y conductual, las cuales cambian constantemente para lograr afrontar las situaciones demandantes por lo que son las herramientas o estrategias cognitivas y conductuales con las que se cuenta para hacer frente a la situación.

La evaluación y reevaluación ante las situaciones demandantes es un proceso dinámico del afrontamiento, esta función se encuentra en el mismo sentido que con las estrategias que se lleva a cabo para obtener objetivos específicos, también es un proceso mediador que se pueden definir en diferentes momentos. De acuerdo a Lazarus la valorización se puede dividir en dos; la evaluación primaria y secundaria (Vega, Villagrán & Nava, 2012).

La valorización primaria consiste en que el sujeto puede llegar a determinar en qué grado es vulnerable y si le puede afectar, ya sea porque se encuentra en amenaza o desafío, el sujeto concede al estímulo, lo vulnerable que es ante ello, esto es un balance entre los recursos que se tienen y las consecuencias posibles.

La evaluación secundaria es determinada por los juicios de evaluación, de lo que se debe y puede hacer frente al hecho. La evaluación secundaria de alguna manera depende de experiencias pasadas que se pueda asemejar, la cual nos ayudara a decidir que se puede hacer. Aunque cada situación es diferente y única, es lo que normalmente hemos hecho en situaciones como esta, es lo que nos brinda la estrategia de cómo enfrentar el acontecimiento (Baeza, 2015).

Fisiología del estrés

De manera general el Sistema Nervioso Central participa en la homeostasis con la participación de ciertas áreas específicas que ayudan a su regularización. La primera respuesta es corta llamado tipo sistémico, en donde se involucra la respuesta por parte de la médula espinal este circuito corto involucra la respuesta simpático adrenal o parasimpática. La segunda respuesta de circuito largo es la responsable de hacer la interpretación de la información a través del hipotálamo, el sistema límbico y la corteza cerebral (Rodríguez, García & Franco, 2012).

La respuesta endocrina es a través del eje H-H-A (Hipotálamo- Hipófisis- Adrenal), en donde el hipotálamo se encomienda de la respuesta neurohormonal, con mayor liberación de hormona liberadora de corticotropina (CRH) que llega a la hipófisis, que a su vez libera hormona adrenocorticotropa (ACTH) la cual viaja por medio del sistema nervioso simpático llegando a las glándulas suprarrenales,

causando la liberación de cortisol, ejerciendo su efecto fisiológico inmediato (Rodríguez, García & Franco, 2012).

En el proceso del estrés se tienen varias respuestas del organismo: endocrina, emocional, cognitiva conductual y la respuesta autonómica (Figura 2), donde la hormona liberadora de corticotropina también actúa como neurotransmisor como agente primario en la respuesta endocrino, inmune y conductual del estrés y no solo como factor liberador (Trucco, 2002).

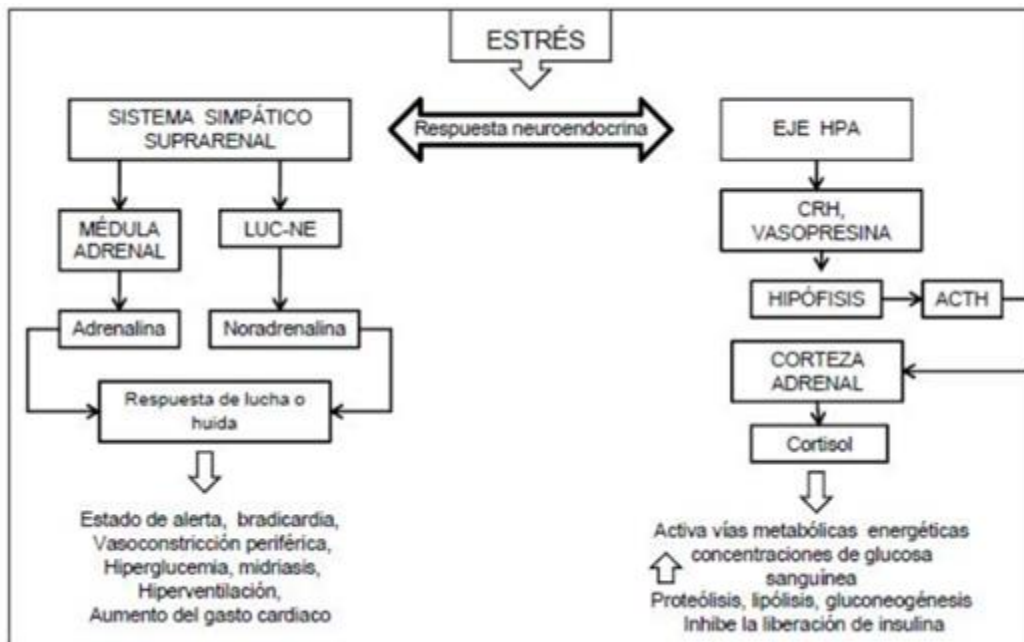


Figura 2: Esquema de la respuesta general del estrés. Tomado de: Romero Peñuela, M. H., Uribe-Velásquez, L. F. & Sánchez Valencia, J. A.. (2011). Biomarcadores de estrés como indicadores de bienestar animal en ganado de carne. Biosalud, 10(1), 71-87. Recuperado Septiembre 12, 2018, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95502011000100007&lng=en&tlng=es.

La CRH se halla en extensas zonas del cerebro, hipotalámicas y extrahipotalámicas, que dan respuesta a estrés agudo mediado por el sistema H-H-A, esta respuesta es endocrina, esta misma hormona da respuesta emocional a

través de las neuronas de la amígdala y vía proyecciones de la amígdala a los núcleos del tronco encefálico principalmente el *locus coeruleus* que da la respuesta autonómica, mientras que la respuesta cognitiva conductual por vía de neuronas de CRH corticales (Trucco, 2002).

Definición de estrés postraumático

De acuerdo con (Medina et al., 2005) el trastorno por estrés postraumático es una respuesta sintomatológica que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un suceso altamente estresante, debido a que ha amenazado su integridad física, su vida, o la de otras personas.

La definición de TEPT tiene dos componentes bien marcados: por una parte, se encuentra el estrés que se refiere a la respuesta del organismo ante un estresor, esta respuesta puede ser adaptativa (eustres) o patológica (distrés), buscando la adaptación y el equilibrio, lo cual no significa que esta respuesta sea exagerada, sino son indicadores biológicos específicos de este cuadro clínico que permiten individualizar la sintomatología (Carvajal, 2002).

El otro componente es el trauma, el cual hace referencia a un choque emocional que produce un daño fuerte y duradero. El choque emocional es el resultado de una vivencia extraordinariamente negativa, de una situación incontrolable, causante de un daño psicológico. Debido al trauma, se experimenta indefensión, pérdida de control e inmenso miedo (Markez, Fernández & Pérez, 2009).

Es importante mencionar que la etiología del TEPT es el acontecimiento traumático -ya que es el punto de partida-, y no la sintomatología. Un acontecimiento traumático se considera como una situación que es poco habitual, o sobrepasa las experiencias comunes y que puede afectar a cualquier persona.

Cada evento provocará un inmenso miedo, desesperanza y terror. Lo que es fundamental para determinar el trauma (Crespo & Gómez, 2012).

El acontecimiento provocará una demanda para el organismo y dependiendo del contexto biopsicosocial del sujeto, los mecanismos de adaptación serán suficientes o insuficientes para poder conseguir una estabilización en un determinado lapso y un determinado costo por persona (Carvajal, 2002, párr. 18).

Prevalencia

Los individuos reaccionan de distinta manera a eventos traumáticos y esto ocasiona diferentes manifestaciones después del evento, la salud se ve deteriorada y los síntomas pueden empeorar si no son tratados a tiempo. Se ha estimado que una cuarta parte de personas expuestas a un evento traumático desarrolla un TEPT, la prevalencia que se reporta de este trastorno ante un evento altamente estresante puede variar dependiendo el suceso vivido, se ha encontrado que la muerte de una persona cercana incrementa la posibilidad de desarrollar TEPT, existen otros factores que potencializan el desarrollo del trastorno, reportándose con un 65% de los hombres y 46% de las mujeres

después de sufrir una violación, un estudio en Estados Unidos de América arrojó que 7.8% de las personas con este padecimiento tenían familiares con TEPT y actualmente con una prevalencia de 2.3% (Palacios & Heinze, 2002).

En México la prevalencia por abuso sexual en adolescentes mujeres y hombres es de 4.3%. Los desastres naturales son otro factor de riesgo, después del terremoto de 1985 en la Ciudad de México, el 32% de las personas que se encontraban en albergues desarrollaron sintomatología de TEPT hasta treinta días después del acontecimiento. A nivel mundial, se calcula que 8% de los habitantes desarrollará este trastorno en algún momento de sus vidas. El estrés postraumático en población general de acuerdo con los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud, 10ª Revisión (CIE-10) es reportada de la siguiente forma: 1.9% de los hombres y 3.3% de las mujeres presentaron el diagnóstico alguna vez en su vida y 0.9% lo tenían presente alrededor de un año previo al estudio (Medina et al., 2005).

La duración a lo largo de la vida de la sintomatología de personas involucradas en un conflicto armado es de 7.0% de TEPT, 32.6% ansiedad y 22.2% depresión, las revisiones de estudios realizados en 40 países con conflictos armados y desplazamientos indicaron prevalencia del 30.6% en el Trastorno de Estrés Postraumático. Un estudio hecho en Colombia ha confirmado que el 37% de personas adultas expuestas a enfrentamientos armados han desarrollado TEPT (Hewitt Ramírez et al., 2016).

Desde la guerra de Vietnam hasta las guerras más recientes se menciona una prevalencia de 3% a 35.8% en veteranos de guerra. En otras poblaciones en

riesgo como son los periodistas que cubren noticias de enfrentamientos entre la delincuencia organizada y los militares presentaron una prevalencia de TEPT de 4.3% y 28.6%. En los resultados del estudio Síntomas de estrés postraumático en periodistas mexicanos que cubren la guerra contra el narcotráfico la prevalencia de estrés postraumático fue de 35% la cual cambia drásticamente al incluir a los fotógrafos al dar como resultado 58.8%, mientras que los periodistas que cubrían otro tipo de noticias presentaron 21.6% (Flores et al., 2012).

Criterios diagnósticos

A continuación, se exponen los criterios diagnósticos del TEPT establecidos por las principales clasificaciones empleadas por médicos, psiquiatras y psicológicos de las áreas de ciencias de la salud. Estos sistemas de clasificación son referentes y heurísticos clínicos, que permiten la comunicación profesional de forma expedita, clara y consensuada. Otorgan criterios para la identificación de implicaciones terapéuticas, incidencia y prevalencia, las entidades que deben considerarse en el diagnóstico diferencial, consideraciones de pronóstico y otros aspectos relevantes en determinadas condiciones clínicas (Sánchez, 2008).

CIE-10

La primera es la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima edición (CIE-10), la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encarga de la revisión de esta clasificación, cuya función es servir como una herramienta internacional para la información y comprensión de las enfermedades, facilitar la planificación y evaluación de la atención sanitaria (Reed, Anaya, & Evans, 2012).

En la CIE-10 el Trastorno de estrés postraumático se incluye entre los Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, con la clasificación F43.1.

Se indica que el TEPT surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona. Los factores predisponentes - como los rasgos de personalidad compulsivos, por ejemplo- o historial de males neuróticos previos, pueden incidir en la reducción del umbral tras el cual se desarrolla el síndrome, o se agrava su evolución, pero ninguno de estos antecedentes es necesario ni suficiente para explicar su aparición (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1995).

Entre las características distintivas del TEPT se incluyen, episodios repetidos en que se revive el trauma mediante recuerdos intrusos (“retrospectivas”), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “torpor” o letargo (estado caracterizado por una gran disminución de la actividad fisiológica) y de aplanamiento emocional, desapego de los demás, falta de respuesta a las circunstancias, anhedonia e impedimento de las actividades y situaciones que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica, con hipervigilancia, incremento de la reacción de alarma e insomnio. La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia con los síntomas y los signos descritos, y no son infrecuentes las ideas suicidas. El comienzo del trastorno sigue a la presentación del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es

fluctuante, aun cuando en la mayoría de los casos se puede esperar la recuperación. En una pequeña proporción de los casos la afección puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad [F62.0] (OPS, 1995).

Los criterios se exponen de forma resumida en la Tabla 1.

Tabla 1

Criterios diagnosticos CIE 10 para trastorno de estrés postraumático

-
- A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría malestar profundo en casi cualquier persona.
-
- B. Debe haber recuerdos persistentes de “revivir” el acontecimiento o situación estresantes en forma de reviviscencias (“flashbacks”), recuerdos vividos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situaciones estresantes.
-
- C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes, que no presentaba antes de la exposición al mismo.
-
- D. Presencia de alguno de los siguientes:
- 1 Incapacidad para recordar, parcial o completa, algunos aspectos importantes del periodo de exposición al acontecimiento o situación estresantes.
 - 2 Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición), que se manifiestan por dos cuales quiera de los siguientes:
 - a. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b. Irritabilidad o arrebatos de ira.
 - c. Dificultad para concentrarse.
 - d. Hipervigilancia.
 - e. Reacción de sobresalto exagerada.
-
- E. Deben cumplirse los criterios B, C, y D entro de los seis meses del acontecimiento estresantes o del fin de un periodo de estrés (el comienzo diferido más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, pero debe especificarse claramente).

Nota: Tomado de: Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico.

DSM 5

Otra clasificación es el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, en este se clasifica de forma categorial las enfermedades mentales de tal manera que sirva como una guía de diagnóstico. Como el anterior, este instrumento sirve para la mejor comprensión de las enfermedades y comunicar en un lenguaje común con el que los clínicos puedan transmitirse y entender las características de cada trastorno. Es el referente y criterio más actual y relevante en psicología clínica y psiquiátrica, y se considera que supera en varios aspectos a la CIE dado que tiene mayor apertura, autocrítica y transformación adaptativa. Es más completo y preciso, se realizó incorporando la evidencia de la investigación y la experiencia clínica (Sánchez, 2008).

Este manual es ampliamente usado por clínicos e investigadores de diferentes orientaciones. Lo usan psiquiatras, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud, se puede usar en diferentes contextos: pacientes ingresados o ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Por ello, los criterios se explican de forma concisa y explícita que facilita la identificación de la evolución objetiva de los síntomas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En el DSM-5 se incluye al TEPT dentro de los *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*, se identifica mediante la clasificación F43.10 [309.81] Trastorno de estrés postraumático.

En la Guía para el diagnóstico clínico del DSM 5, se indica que quienes sobreviven a eventos en extremo traumáticos desarrollan TEPT, y se indica a los sobrevivientes de combate como las víctimas más frecuentes, aunque también se ha identificado en individuos que enfrentaron otro tipo de desastres, de origen natural o inducidos. Incluyen violación, inundaciones, secuestros y accidentes de aviación, así como las amenazas que pueden implicar el secuestro o la toma de rehenes. El TEPT puede diagnosticarse incluso en quienes sólo se enteraron de algún trauma intenso (o su amenaza) sufrido por alguien cercano—hijos, cónyuges, y otros parientes cercanos.

Quedan excluidas de la definición las experiencias estresantes de la vida cotidiana, -duelo, divorcio y enfermedad grave-. Ver imágenes de una desgracia no es factor de estrés suficiente (excepto si lo visto tiene relación con el empleo de la persona).

Los síntomas no suelen desarrollarse de inmediato tras el trauma, luego de cierto tiempo, se vuelve a evocar el evento traumático y se trata de evitar pensar en él. Se manifiestan síntomas de hiperactivación fisiológica (ej. exageración de la respuesta de sobresalto). Los pacientes con TEPT experimentan sentimientos negativos, como culpa o responsabilidad personal (“*Yo debería haberlo evitado*”). Además del trauma en sí, otros factores pudieran influir en el desarrollo del TEPT. Entre los factores individuales se consideran el carácter y la herencia genética. El nivel bajo de inteligencia y bajos niveles educativos también se han asociado al TEPT. Entre los factores ambientales están el nivel socioeconómico bajo y la pertenencia a un grupo minoritario racial o étnico (Morrison, 2015).

En general, a más terrible o más prolongado el trauma, mayor será la probabilidad de desarrollar TEPT. El riesgo aumenta hasta alcanzar a una cuarta parte de los sobrevivientes de un combate intenso y a dos terceras partes de quienes fueron prisioneros de guerra. Cerca de la mitad de los enfermos se recupera en el transcurso de algunos meses; otros pueden experimentar incapacidad por años. Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancia son con frecuencia comórbidos. Un especificador nuevo corresponde al hallazgo de que quizá en 12 a 14% de los pacientes la disociación es relevante en el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas de TEPT (Morrison, 2015)

En la Tabla 2 se presentan los criterios para el diagnóstico de acuerdo con el DSM-5.

Tabla 2
Criterios diagnósticos DSM 5 para trastorno de estrés postraumático

-
- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
-
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
-
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
-
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las Características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos morosos).
-
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
-
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
-
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
-
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.
-

Tomado de: Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing

Diagnóstico

El TEPT se clasifica como un trastorno agudo cuando los síntomas tienen una duración menor a 3 meses, crónico si los síntomas duran más de tres meses o cuando aparecen después de meses o años de haber experimentado el acontecimiento traumático.

Para el diagnóstico de TEPT deben existir:

- Reexperimentación: Tener recuerdos y sueños (pesadillas) recurrentes y vívidos, con reactividad fisiológica e intensa angustia.
- Evitación y embotamiento emocional: evitación de personas, lugares, ideas actividades y conversaciones, desinterés en general y mala percepción del porvenir.
- Hipervigilia: (“hiperarousal”) Aumento de la actividad del sistema nervioso periférico, sobresalto exagerado como respuesta, insomnio falta de concentración e irritabilidad (Fernández Teruel, 2010).

Diagnóstico Diferencial

De acuerdo con el DSM 5 el trastorno por estrés postraumático debe tener un factor estresante que sea trascendente o ponga en peligro la vida, el cual resultará desencadenante del trastorno, éste debe cumplir con la sintomatología descrita en los criterios del DSM con una duración por más de un mes. Mientras que el trastorno de adaptación puede tener cualquier intensidad, por ejemplo - abandono del cónyuge, pérdida de trabajo por mencionar algunas-. El trastorno de adaptación no cumple con los criterios de TEPT.

En cuanto se refiere a estrés agudo se puede hacer una diferenciación ya que los síntomas deben aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento. “Es necesario tener en cuenta que, si los síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación no cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPT, pero si para otro trastorno mental debe ser diagnosticado como perteneciente al mismo” (Mingote, 2011).

Por otra parte, se encuentra el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) que, aunque cuenta con pensamientos intrusivos de carácter recurrentes; no están relacionados con un factor estresante traumático por lo que no cumple los criterios (criterio A) del TEPT (American Psychological Association [APA], 2013)

El trastorno depresivo, mayor trastorno de la personalidad y trastorno disociativos no deberán contar con los criterios de TEPT y los cuales son independientes de haber estado expuestos a un evento traumático.

Lesión cerebral traumática: No es excluyente y es posible que aparezca los síntomas del trastorno de estrés postraumático, el diagnóstico diferencial es posible a través de las características, ya que, el TEPT tiene como característica la reexperimentación y evitación, mientras que las características de la lesión cerebral traumática es la desorientación persistente y la confusión (APA, 2014).

Comorbilidades

Algunas de las enfermedades que se desarrollan después del TEPT son desde las intestinales hasta las cardiacas las cuales pueden llegar a complicarse, así como las enfermedades cutáneas y del sistema locomotor (Britvić et al., 2015).

A lo largo del estudio del TEPT se ha encontrado un alto índice de comorbilidad con enfermedades psiquiátricas, un gran porcentaje de individuos con este trastorno también tienen ansiedad y depresión, esto afecta a los estados de ánimo, la interacción social, incluso la alimentación es modificada desencadenando diversas enfermedades gastrointestinales hasta una mala nutrición (Britvić et al., 2015).

Personas diagnosticadas con Trastorno de Estrés Agudo reflejan un nivel del 30% al 83% de TEPT al pasar un mes de su diagnóstico.

Se ha encontrado una conexión con el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), que es activado cuando se está en peligro, en donde se da una liberación de cortisol en grandes cantidades deteriorando el sistema inmunológico, también se ha encontrado que los individuos con TEPT después del acontecimiento estresante o de peligro se siguen manteniendo alerta, en consecuencia es liberado más cortisol, que en grandes cantidades puede llegar a intoxicar al cerebro, el sistema es forzado a trabajar con un alto estrés ocasionando el desencadenamiento de diversas enfermedades al tener el sistema inmune bajo. En un estudio con veteranos de guerra comparado con un grupo control se demostró los índices altos en algunas enfermedades, así como el consumo y abuso de sustancias (Britvić et al., 2015) .

Una asociación con la diabetes, enfermedad de la tiroides y anteriormente mencionado, problemas cardiovasculares, enfermedades pulmonares, dolores de espalda, alergias y articulaciones. La somatización de enfermedades a comparación con el grupo control en estas enfermedades es superior. Las

comorbilidades se detectaron en un 62%, la depresión con un 38% y en menor porcentaje adicciones. Los veteranos de guerra resultaron tener más comorbilidad que el grupo control teniendo enfermedades físicas, cuatro veces más posibilidades de desarrollar enfermedades neurológicas, así como el incremento considerable en tener alergias, enfermedades pulmonares y enfermedades de la piel, calvicie, dolores musculares como son los dolores de espalda y articulaciones hasta la artritis, son más elevadas en esta población, los problemas cardiacos como las arritmias, se encontró alteraciones en el sistema respiratorio que quizá se deba a su deficiente sistema inmunológico el cual permite el desarrollo del asma y alergias, los problemas intestinales como la gastritis, en menor medida también se presentó trastorno persistente de la personalidad, los veteranos con más tiempo en combate presentaron un incremento de estas enfermedades en comparación que los demás (Britvić et al., 2015).

Las afecciones de ansiedad de duelo y trastornos adaptativos tienen una alta comorbilidad con el TEPT en el que se ha modificado a lo largo de la historia y tal parece que se le llega a confundir con otros trastornos de ansiedad (Crespo & Gómez, 2012).

Personal militar operativo en combate contra la delincuencia organizada

Si bien se ha mencionado las atribuciones de las fuerzas armadas y por consiguiente las funciones a realizar por personal militar, debemos situarnos de acuerdo a las nuevas actividades a emprender por estos elementos, se les adiestra militarmente y se les pide actúen en funciones similares a la de los policías, detener y presentar a los supuestos delincuentes, comparecer ante las autoridades sobre sus detenciones son algunas de las situaciones que al personal militar se le ha ordena que lleve a cabo (Juárez, 2016).

Misión y visión de las Fuerzas Armadas

Las fuerzas armadas están organizadas por grados, se rigen por leyes y reglamentos internos, los cuales deben ser cumplidos con disciplina, y llevan como base valores institucionales. Están formadas por tres divisiones, combate por tierra, aire y mar (Juárez, 2016).

De acuerdo con la página oficial de la Secretaría de Marina:

Misión: “La Armada de México es una Institución Militar Nacional, de carácter permanente, cuya misión es emplear el poder naval de la Federación para la defensa exterior y coadyuvar en la seguridad interior del país; en los términos que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las leyes que de ella derivan y los tratados internacionales.” (párr. 1).

Visión: “Ser una Institución que coadyuve a lograr las condiciones de paz y desarrollo de la Nación, indispensables para la construcción de

un país próspero y con responsabilidad global, empleando el Poder Naval de la Federación, fortaleciendo sus Capacidades de Respuesta Operativa, consolidando la Inteligencia Naval, modernizando Procesos, Sistemas e Infraestructura, impulsando la Investigación, Desarrollo Tecnológico y la Industria Naval” (párr.2)

Funciones

El 30 de diciembre de 2002 se decreta en el Diario Oficial de la Federación por el presidente Vicente Fox, en el capítulo primero de la misión, atribuciones e integración de la Armada de México artículo 2 de la Ley Orgánica de la Armada de México (DOF 31-12-2012, 2012):

Organizar a sus elementos para el cumplimiento de sus funciones, cooperar y mantener el orden del país, salvaguardar la vida humana y proteger la soberanía del territorio marítimo y terrestre, auxiliar a la población en caso de desastre. Fomentar y cuidar el medio ambiente marítimo, controlar y vigilar el tráfico marítimo, así como, evitar el contrabando de sustancias y pesca indiscriminada.

Realizar investigaciones científicas climatológicas y marítimas por mencionar algunas.

Fomentar y promover la cultura cívica sobre el cuidado y mantenimiento del medio ambiente. Dar a conocer la cartografía naval para la navegación segura de las embarcaciones (Ley Orgánica de la Armada de México) (DOF 31-12-2012, 2012).

Antecedentes

De acuerdo con el artículo segundo de la Convención Internacional del Palermo define: “Por grupo delictivo organizado se entenderá un grupo estructurado de tres o más personas, que exista durante cierto tiempo y que actué concertadamente con el propósito de cometer uno o más delitos graves o delitos tipificados con arreglo a la presente Convención, con miras a obtener, directa o indirectamente, un beneficio económico u otro beneficio de orden material”. Esta definición fue aceptada por 124 países (Sansó & Rubert, 2013). México es uno de los países que firmo y rectifico ante la Convención (Buscaglia, 2012).

A partir de la llegada de Felipe Calderón a la presidencia en el 2006 fueron involucradas las fuerzas armadas en la lucha contra el crimen organizado. Su principal estrategia era crear una policía más confiable al ser detectada una complicidad entre la delincuencia y cuerpos policiacos, en 2007 se incrementa la delincuencia y se complica la creación de un nuevo organismo de seguridad, por lo cual se ve obligado a designarles a las fuerzas armadas tareas conjuntas con autoridades de seguridad pública y de los estados (Juárez, 2016).

Durante el sexenio de Felipe Calderón se le dio relevancia a los Derechos humanos ante las críticas internacionales a causa de los procedimientos de los militares. Ante la ineficacia que seguían demostrando los elementos policiacos, se tomaron nuevas medidas de control y confianza (Juárez, 2016).

En el 2009 es publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), la misión de las Fuerzas Armadas, en donde se establece como una de sus funciones el combate contra el narcotráfico (DOF, 2009)

Estrés postraumático en personal militar

Algunas de las actividades propias de los militares van mermando su salud física, que van desde el ser vigilante en una caseta cuidando la seguridad de un recinto militar hasta un enfrentamiento armado. Parte de las funciones que realizan implican la disminución de las horas de sueño y por lo tanto de descanso, algunos cursos los entrenan para no dormir, lo esperado es que al terminar el curso su ciclo del sueño vuelva a ser como antes, pero esto no sucede al cien por ciento, algunos indican tener pesadillas, refieren confundir las pesadillas con la realidad. Luego de un combate en el cual se pudo vivir la pérdida de un compañero, aparecen síntomas y problemas de salud que muchas veces no son referidos a tiempo, y debido a la falta de atención se agravan (González, 2006).

En 1996 se realizó un estudio descriptivo sobre la prevalencia de estrés postraumático en miembros del Ejército mexicano, utilizando una entrevista psiquiátrica semiestructurada de acuerdo con los criterios del DSM-III y DSM-IV, la Escala de Mississippi, la lista de chequeo de síntomas 90 (SCL-90). Se consideró que aquellos que puntuaran por arriba de 112 en la escala tenían TEPT, mientras que puntuaciones entre 60 y 111 se consideraron como una reacción psicológica al estresor que el sujeto tuvo. El estudio se realizó con militares del Valle de México que participaron en la fuerza de tarea "ARCO IRIS", en un periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 1994, de un total de 2800, se seleccionó a 364 militares que estuvieron expuestos a altos niveles de estrés. Se incluyeron 10 casos de militares previamente diagnosticados con TEPT en el Hospital Central

Militar, los cuales no se consideraron en el estudio para prevalencia, sirvieron para el análisis comparativo entre casos y no casos.

Los resultados del estudio de prevalencia indicaron 3.29% (12 militares) de TEPT confirmado mediante la entrevista psiquiátrica, 236 presentaron reacción psicológica con una puntuación de 60 a 111 en la escala Mississippi, 29 de ellos no tuvieron una puntuación mayor a 60 (Almanza, Páez, Hernández, Barajas, & Altamirano, 1996).

La comparación de variables se constituyó por 22 sujetos como el grupo de casos y 352 como el grupo de no casos. Se encontró que los sujetos con TEPT tuvieron antecedentes personales de enfermedad mental, significativamente menos que los sujetos sin el trastorno, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a características demográficas. En la discusión se menciona una diferencia importante con respecto a la literatura en otros países, argumentando la diferencia de enfrentamientos en cuestión de intensidad y frecuencia. En las conclusiones se plantea una asociación entre el desarrollo del TEPT con antecedentes de enfermedad mental, como comentarios finales se menciona la importancia de la línea de investigación para la apertura de explorar diversos factores que ayuden a la planificación de estrategias para la prevención, detección y tratamiento (Almanza et al., 1996).

En 2005 se realizó un estudio con el objetivo de explorar la presencia de trastornos de personalidad incluidos el TEPT, después de estar sometidos a diferentes estresores en operaciones militares, la investigación fue realizada por graduados del área de sanidad del servicio de psiquiatría del hospital Central

Militar. Participaron 21 militares con diagnóstico de TEPT y 34 militares sin dicho diagnóstico, los instrumentos utilizados fueron: entrevista semiestructurada con base en criterios del DSM-III-R, Cuestionario revisado para Diagnóstico de Personalidad, y el Inventario de Temperamento y Carácter.

Encontraron que el grupo de casos con TEPT, reportaron más trastornos de personalidad. El trastorno de personalidad histriónico ($p=0.02$) y el trastorno de personalidad evitativa ($p=0.04$) fueron significativamente más frecuentes en el grupo de casos con TEPT. El rasgo temperamental de evitación del daño fue significativamente mayor en quienes cursaron con TEPT (13.2 vs. 9.6; $F=10.2$; $df=1.53$; $p=0.01$). La dimensión de autodirectividad fue significativamente menor en militares con TEPT (32 vs. 35.4; $F=5.7$; $df=1.53$; $p=0.02$). Concluyen en este estudio que los trastornos histriónico y evitante de personalidad, así como el rasgo de evitación del daño pueden asociarse a la presencia de TEPT, en tanto que la autodirectividad se encuentra disminuida en militares expuestos a trauma. Como perspectiva futura consideran continuar la línea de investigación para confirmar la consistencia de dichos (Almanza, Páez & Hernández, 2005).

En marzo del 2016 se realizó un trabajo de investigación titulado Trastorno por estrés postraumático en el ejército y fuerza aérea mexicanos, con el objetivo de realizar un programa de atención médico-psicológica para militares heridos en operaciones de alto impacto (Martinez, 2016). El estudio consistió en una muestra de 41 militares previamente internados en el Hospital Central Militar, en un periodo del 1 de agosto de 2010 al 1 de febrero de 2011. El estudio consistió en aplicar

una entrevista clínica psiquiátrica y cuatro diferentes instrumentos clinimétricos en las primeras 72 horas.

Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Mississippi, validada previamente en español y para población militar mexicana en 1996, el segundo instrumento consistió en el termómetro de distrés, tercer instrumento consistió en la lista de chequeo de síntomas de 90 preguntas (SCL-90), el cuarto y último instrumento consistió en la Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (ETEPT).

Durante las operaciones de alto impacto se compararon los resultados obtenidos de la aplicación de las escalas al ingreso y a los ocho meses, utilizando la prueba *t* de Student, con un nivel de significancia del 5% (IC 95%) y del universo (n=41), aproximadamente la mitad [41.46%, (17 militares)] sí tuvo algún trastorno mental, destacando el trastorno por estrés postraumático [12.19%, (5 militares)] y trastorno de adaptación con reacción depresiva prolongada [19.51%, (8 militares)]. Para desarrollar enfermedad mental son: grado militar (a menor grado mayor riesgo) y exposición previa a operaciones de alto impacto (a mayor exposición, mayor riesgo). Después de un año de seguimiento, ningún paciente requirió manejo psicofarmacológico, por lo que se concluye que el programa establecido cumplió los objetivos planteados (Martinez, 2016).

Las características de las intervenciones realizadas durante operaciones de alto impacto se basaron en cuatro aspectos fundamentales: sesiones grupales de “debriefing” durante la hospitalización, sesiones individuales de psicoterapia cognitivo-conductual, basando esta intervención en 10 temas específicos para el

manejo de la angustia, psicoeducación y tratamiento psicofarmacológico, el cual fue indicado de acuerdo a las condiciones clínicas presentadas en cada paciente (Martinez, 2016).

De acuerdo con Galor y Hentschel (2013) el uso de mecanismos de defensa como herramientas de afrontamiento por veteranos israelíes deprimidos y con TEPT. Detectar los mecanismos de defensa correspondiente a veteranos con TEP, deprimido y controles. Muestra de 155 participantes con un grupo control (N=55), veteranos deprimidos (N=39), veteranos con TEPT (N=61). Cuestionario de TEPT versión para civiles, escala Hamilton. Cuestionario de experiencias Depresivas (CED), Índice de Estilo de vida (LSI). Se detectaron diferente combinatorias de mecanismos de defensa en cada uno de los grupos estudiados. El grupo de deprimidos reportan mayor uso de la regresión y la proyección que el grupo control. Los individuos con TEPT utilizan la proyección, regresión y formación reactiva más que el grupo control, por consiguiente, los grupos diagnosticados utilizan mecanismos de defensa diferentes a los del grupo control, lo cual confirma la hipótesis, los individuos con TEPT utilizan la intelectualización más que los deprimidos y entonces, la hipótesis de que existen diferencias entre estos dos grupos también se sostiene.

En la discusión se habla sobre el miedo del paciente militar y desconfianza al contestar entrevistas psicológicas por temor a represalias, sin embargo por la gravedad de las heridas que iban desde moderadas a graves los militares se mostraron cooperadores, aumentando su aceptación al transcurrir el tratamiento y encontrarse mejor de salud, refirieron que algunos de sus compañeros que no

habían sido hospitalizados no gozaban de salud psicológica y emocional, los cuáles no pedían ayuda por evitar ser criticados, rechazados o ser catalogados en el escalón de sanidad en que se vea afectada su vida militar en cuestión de ascensos o inclusive ser dados de baja por no estar sanos y aptos para el servicio militar (Martinez-Salazar, 2016). En este mismo sentido se expone en conclusiones de un estudio sobre estrés postraumático en policías y militares de grupos especializados en secuestro, que la incidencia es muy baja debido al temor que representa para los militares el riesgo de despido de las instituciones, si se llega a conocer su situación, en el estudio se recomienda llevar a cabo las evaluaciones con entera confidencialidad (Tapias, 2006).

Es importante mencionar, que de acuerdo con la Ley del Instituto de Seguro Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas en el artículo 226 determina la categoría y grados de enfermedades o accidentes que causa retiro por incapacidad. Dentro de la Segunda Categoría fracción 32 se encuentra trastornos neuróticos, trastornos secundarios a situaciones estresantes y trastornos somatomorfos severos y rebeldes a tratamiento (DOF 24-05-2017, 2017).

La cifra reportada de certificaciones médico-legales por el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático no ha aumentado en los últimos 10 años. Estos estudios buscan las soluciones y propuestas para la atención de la salud mental en las fuerzas armadas mexicanas, una de esas propuestas es la creación de una licenciatura en psicología militar, esto con el objetivo de realizar un mejor reclutamiento y selección del personal que ingresa a las Fuerzas Armadas.

En cuestión de tecnología en el área de psiquiatría del Hospital Militar están optando por un medio digital para el auto monitoreo del personal y de esta forma subsanar la falta de personal en salud mental a nivel nacional (Martinez, 2016).

En noviembre del 2016 un periódico nacional realizó una entrevista a la Secretaría de Marina, que reportó la existencia de 40 casos de TEPT en esta Institución y se dividen a lo largo de la República, siendo el estado de Tampico el que registra un mayor número de casos.

La Secretaría de Marina lleva a cabo un tratamiento para el personal afectado, apoyado por la directiva de atención primaria 2013 y la directiva de Intervención Temprana en Salud mental 2015.

Se han implementado seminarios, en colaboración con el Ejército y diversos especialistas, para dar a conocer entre el personal militar esta enfermedad como un método preventivo, el cual permite la detección temprana de este trastorno.

Las conferencias impartidas mensualmente en la Secretaría de Marina a todo el personal están enfocadas en un plan de prevención y detección a tiempo, es importante que todo el personal esté informado para que el proceso no sea obstruido, en ciertos casos el personal con este trastorno es criticado por sus constantes permisos para acudir a sus citas médicas, los compañeros pueden realizar comentarios desmotivantes y con esto retrasar el avance de las terapias, en algunos casos el abandono al tratamiento o incluso la negación del mismo.

El tratamiento consiste en medicación y terapia cognitivo-conductual, cada elemento lleva su proceso de terapia en diferentes tiempos, algunos responden

más pronto al tratamiento que otros, algunos son reasignados a sus labores, se les da el apoyo si ellos así lo requieren de pasar a otros servicios dentro de la Armada, quitándolos del área de operativos y pasándolos a una área administrativa, todo esto depende del tratamiento asimilado por el paciente, en algunos casos ya no pueden ser reasignados al ámbito laboral y son retirados en actos del servicio.

Posteriormente este mismo periódico el 18 de diciembre del 2016 realizó otra nota en la que se menciona que 8 de los 40 marinos con TEPT fueron cesados de sus actividades, aun después de recibir tratamiento no fue posible reasignarlos a sus áreas laborales (Santillán, 2016)

Estadísticas

De acuerdo con el artículo “Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en el Ejército Mexicano” publicado en la revista de Sanidad Militar en 1996 se reportó de 364 militares de 22 (6.04%) presentaron TEPT y de los cuales 236 presentaron reacción psicológica (Almanza et al., 1996), en el mismo año en un estudio prospectivo, descriptivo y correlacional “Trastorno por estrés postraumático en Ejército y Fuerza Aérea mexicanos” el resultado fue de 7 (16.2%) en un grupo de 43 pacientes (Martinez, 2016). En el 2005 en el artículo llamado “Trastorno de personalidad y rasgos de temperamento y carácter en militares con y sin trastorno por estrés postraumático” reportan que se trabajó con 21 militares con TEPT ya diagnosticado (Almanza et al., 2005). En el 2010-2011 en el mismo artículo Trastorno por estrés postraumático en Ejército y Fuerza Aérea mexicanos, en un lapso de un año de 41 militares 5 presentaron TEPT

(12.19%) (Martinez-Salazar, 2016). En el segundo informe de labores 2013-2014 con apoyo de la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA), para la “Atención en salud mental para personal que participa en eventos de alto impacto” se realizó una capacitación a 60 elementos de febrero a marzo de 2014 en consecuencia de los anterior, se atendió durante 114 sesiones grupales a 23 elementos mujeres y 1100 elementos hombres. De este personal: dos elementos mujeres y 37 elementos hombres presentaron TEPT (3.47%) donde se reporta que fueron a atendidos en sesiones individuales y de los cuales todos se recuperaron (Secretaría de Cultura, 2014). Por último, en el 2016 a nivel Republica se encontró 40 casos en la Secretaría de Marina 14 el estado de Tampico, el Estado de México con siete elementos al igual que Veracruz, seguidos de Sonora y Colima con tres cada uno, Quintana Roo y Guerrero dos elementos, Baja California y Campeche con un elemento. (Santillán, 2016).

Cabe mencionar que, la base clínica que se utiliza las Fuerzas Armadas Mexicanas para la certificación médico-legal es La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE 10) (Martinez-Salazar, 2016).

Planteamiento del problema

Durante la última década en México, se ha hecho evidente la falta de interés acerca del trastorno por estrés postraumático en personal militar operativo, quienes debido a la naturaleza de sus funciones son vulnerables a desarrollar este trastorno y a experimentar la sintomatología asociada, lo que afecta de forma significativa el desempeño, funcionalidad y relaciones en todos los ámbitos de la vida. Tras anunciarse el inicio de la guerra contra el narcotráfico en 2006, se ha reportado un incremento importante en problemas de trastornos psicológicos en militares, a partir de ese año y hasta 2013, se habían recibido 20 mil 469 elementos en atención especializada, de los cuales 159 pasaron a retiro por estos padecimientos. De acuerdo con datos de la Sedena 110 militares (5 mujeres y 105 hombres) se suicidaron entre diciembre de 2006 y diciembre de 2016, 305 padecen depresión o ansiedad, pero, solo se han reportado 40 casos confirmados de TEPT en militares en toda la República en el mismo periodo. Se ha mantenido un promedio de 11 suicidios al año, a excepción de 2012, año en que se suicidaron 19 militares.

La Sedena no cuenta con suficientes médicos militares especialistas en Psiquiatría para atender los casos de TEPT, el cual las Unidades de Sanidad Militar son las encargadas de prevenir (antes), y atender durante y después de una misión. Por todo lo antes señalado, es de vital importancia realizar investigaciones en militares mexicanos, que contribuyan a resaltar la magnitud de este problema y sirvan de base para futuras intervenciones.

Pregunta de investigación

- ¿Cuál es la prevalencia de TEPT en una muestra de militares operativos contra la delincuencia organizada que han estado expuestos a enfrentamientos armados?

- ¿Cuáles son los síntomas asociados a TEPT que se presentan en una muestra de militares operativos contra la delincuencia organizada que han estado expuestos a enfrentamientos armados?

Objetivo

General

Determinar la prevalencia y sintomatología de TEPT en una muestra de militares operativos contra la delincuencia organizada que han estado expuestos a enfrentamientos armados.

Específicos

Describir las características sociodemográficas de la muestra.

Describir la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático que se presentan en una muestra de militares operativos contra la delincuencia.

Método

Variables

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Definición conceptual: respuesta sintomatológica que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un suceso altamente estresante que ha amenazado su integridad física, su vida, o la de otras personas (Medina et al., 2005).

Definición operacional: Se tomará la respuesta de los militares que han participado en operativos contra la delincuencia organizada a la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático de acuerdo con el DSM 5. Los aspectos medidos son intensidad y frecuencia con las que presentan los síntomas con la, en donde los Ítems 1- 5 miden la reexperimentación persistente que se refiere a recuerdos, sueños angustiosos, reacciones disociativas, malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas al exponerse a estímulos internos o externos (Criterio B, DSM 5). Ítems 6-8 miden el embotamiento de la reactividad general del individuo o evitación conductual y/o cognitiva en donde hacen un esfuerzo para evitar pensamientos, sentimientos, actividades lugares o personas que le recuerde el acontecimiento (Criterio C, DSM 5). Ítems 9-15 mide síntomas de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo negativo como son la incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso, creencias y expectativas negativas y exageradas sobre uno mismo los demás o el

mundo, percepción distorsionada donde el individuo se acusa a sí mismo o a los demás, estado emocional negativo persistente y disminución de interés por actividades significativas, sentimiento de desapego, incapacidad de experimentar emociones positivas (Criterio D, DSM 5). Ítems 16-21 evalúa los síntomas relacionados con el aumento de la activación y reactividad psicofisiológica que se refiere al comportamiento de irritabilidad, arrebatos de furia, imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerado, problemas de concentración y alteración de sueño (Criterio E, DSM 5) En la prueba EGS-R incluye 4 ítems que evalúan de manera complementaria la despersonalización y desrealización (síntomas disociativas) y 6 ítems para valorar el grado de afectación en función a lo social, laboral u otras áreas importantes (Criterio G. DSM 5). (Echeburúa et al., 2016) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Participantes

Se contó con una muestra no probabilística de conveniencia de N=65 militares que cumplieron con los criterios de ser militares operativos contra la delincuencia organizada, haber participado en operativos de alto impacto, y que siguieran en servicio activo al momento de la evaluación.

Todos los participantes fueron del sexo masculino, se encontraban activos en operativos al momento de la evaluación y su tiempo de servicio en la institución iba desde un año hasta 27 años. El rango de edad fue de 21 a 53 años. Respecto al estado civil, 14 eran solteros, 29 casados, 5 viven en unión libre y 17 decidieron omitir este tipo de información.

Instrumentos

Se utilizó la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del TEPT según el DSM-5 (Echeburúa et al., 2016) la cual cuenta con una consistencia interna alta ($\alpha = .91$), así como una buena validez discriminante ($g = 1.27$) y convergente ($rbp = .78$ con el diagnóstico). Un punto de corte de 20, y eficacia diagnóstica del 82.48%, se considera apropiada para discriminar a las víctimas con TEPT. Para su calificación se siguen los criterios diagnósticos del DSM 5 para TEPT: cumplir al menos un síntoma de reexperimentación, un síntoma en evitación, dos síntomas en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y dos síntomas en aumento de la activación reactividad psicofisiológica.

Consta de 21 reactivos, incluyendo 4 ítems de información complementaria y 6 de disfuncionalidad en la vida cotidiana relacionada con evento traumático. Es una escala heteroaplicada, su formato es tipo Likert que va de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad, donde 0 = nada, 1 = una vez a la semana o menos /poco, 2 = De 2 a 4 veces por semana/bastante y 3 = 5 o más veces por semana/mucho.

El rango de la escala global (21 ítems) oscila de 0 a 63 puntos, además de los 4 ítems complementarios y los 6 de valoración de afectación en otras áreas. Se considera síntoma presente cuando se puntúa, al menos con dos puntos en el ítem correspondiente.

Esta escala resulta útil para planificar el tratamiento y las investigaciones clínicas.

Tipo de estudio

Descriptivo

Diseño de investigación

No experimental transversal

Procedimiento

Se desarrolló el protocolo de investigación y se sometió a revisión para verificar su estructura metodológica, una vez aprobado, se procedió a la identificación de militares que reunían criterios de inclusión y se les contactó para explicarles el propósito de la investigación asegurándoles el anonimato y se les invitó a participar. A aquellos que accedieron se les proporcionó un formato de consentimiento informado, una vez firmado se procedió a realizar la evaluación mediante la EGS-R del TEPT según el DSM-5 (Echeburúa et al., 2016). Posteriormente, el investigador responsable de recabar los datos les explicaba la forma de responder a la escala y en los casos que era necesario se resolvieron dudas. Las evaluaciones fueron realizadas en una sola sesión con una duración aproximada de 45 minutos, en ningún caso se solicitaron nombres ni datos que pudieran servir para identificar a los participantes, las evaluaciones fueron individuales. Una vez concluida la evaluación se agradeció su participación y se les proporcionó el contacto de psicólogos especializados en TEPT para quien deseara contactarlos de forma privada.

Descripción de datos

Para la interpretación de los datos se utilizó estadística descriptiva. Mediante una hoja de cálculo de Excel se contabilizó por cada participante lo

síntomas que reunía en cada núcleo para conocer la sintomatología que presentaban (Tabla 3), una vez teniendo el resultado de cada núcleo, se realizó la suma total para revisar si cumplían con todos los criterios para TEPT como lo indica el DSM 5.

Tabla 3

Ítems de la EGS-R del TEPT según el DSM-5 y núcleos de sintomatología que les corresponden

Ítems	Núcleo
1 – 5	Reexperimentación
6 - 8	Embotamiento de la reactividad general del individuo o evitación conductual y/o cognitiva
9 - 15	Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo negativo
16 - 21	Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica
4 complementarias	Despersonalización y desrealización (síntomas disociativos)
6 complementarias	Grado de afectación en función a lo social, laboral u otras áreas importantes

Nota: Elaboración propia con los núcleos evaluados en la escala de EGS-R con ítems que corresponden.

Resultados

Para este estudio se tomó como evento traumático la participación en operativos de lucha contra la delincuencia organizada. De los militares participantes, 17 refirieron exposición directa al evento traumático, 5 exposición como testigos, y 43 reportaron haber estado en ambos tipos de exposición.

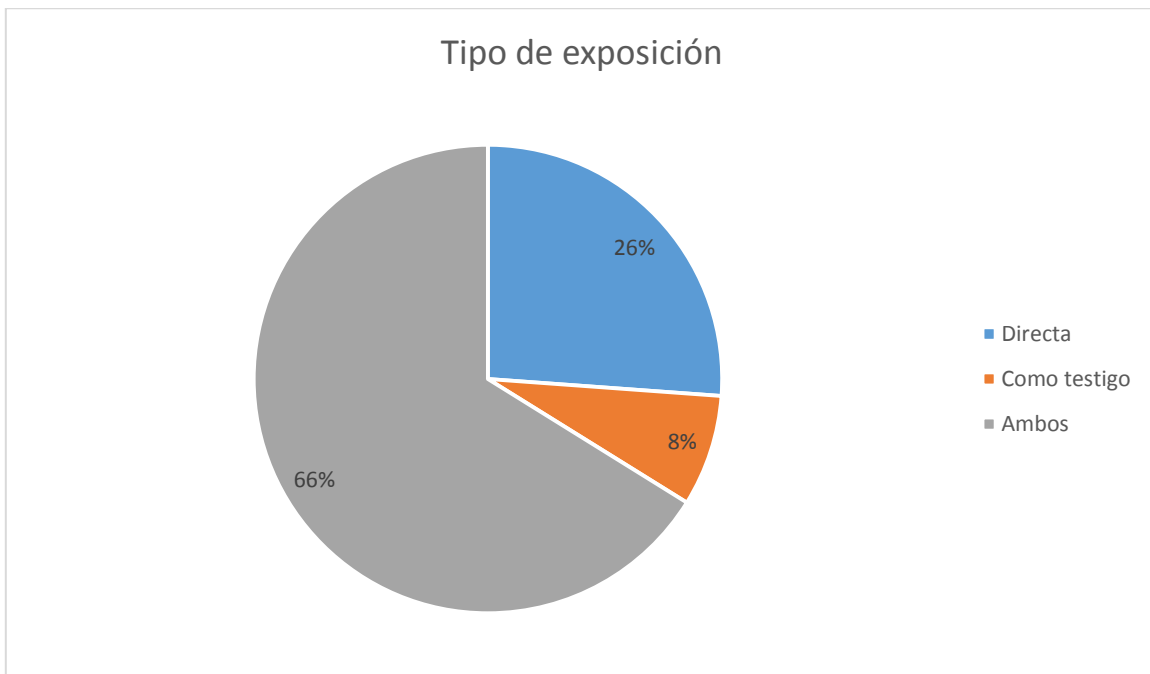


Figura 3. Tipo de exposición al evento traumático.

Los resultados obtenidos mediante la EGS-R mostraron que, de los 65 participantes, 12 (18%) cumplen con criterios para diagnóstico de TEPT (presentan los 4 núcleos de síntomas) de los cuales 11 presentan síntomas disociativos y 53 no cumplieron con todos los criterios diagnóstico para este cuadro clínico.

Específicamente, 11 casos cumplieron con tres de los cuatro núcleos de síntomas, 10 presentaron dos, 11 uno y 21 no cumplieron con ninguno de los cuatro núcleos de síntomas de este cuadro clínico (Figura 4).

De acuerdo con la interpretación realizada para determinar la presencia de sintomatología asociada a TEPT, se observó que del 100% de los participantes: 49% presenta Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica; 45% tiene Reexperimentación; el 37% reporta Disfuncionalidad de la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático; Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, 32%; Evitación conductual y/o cognitiva el 28%; y por último el 22% presenta Síntomas disociativos (Figura 5).

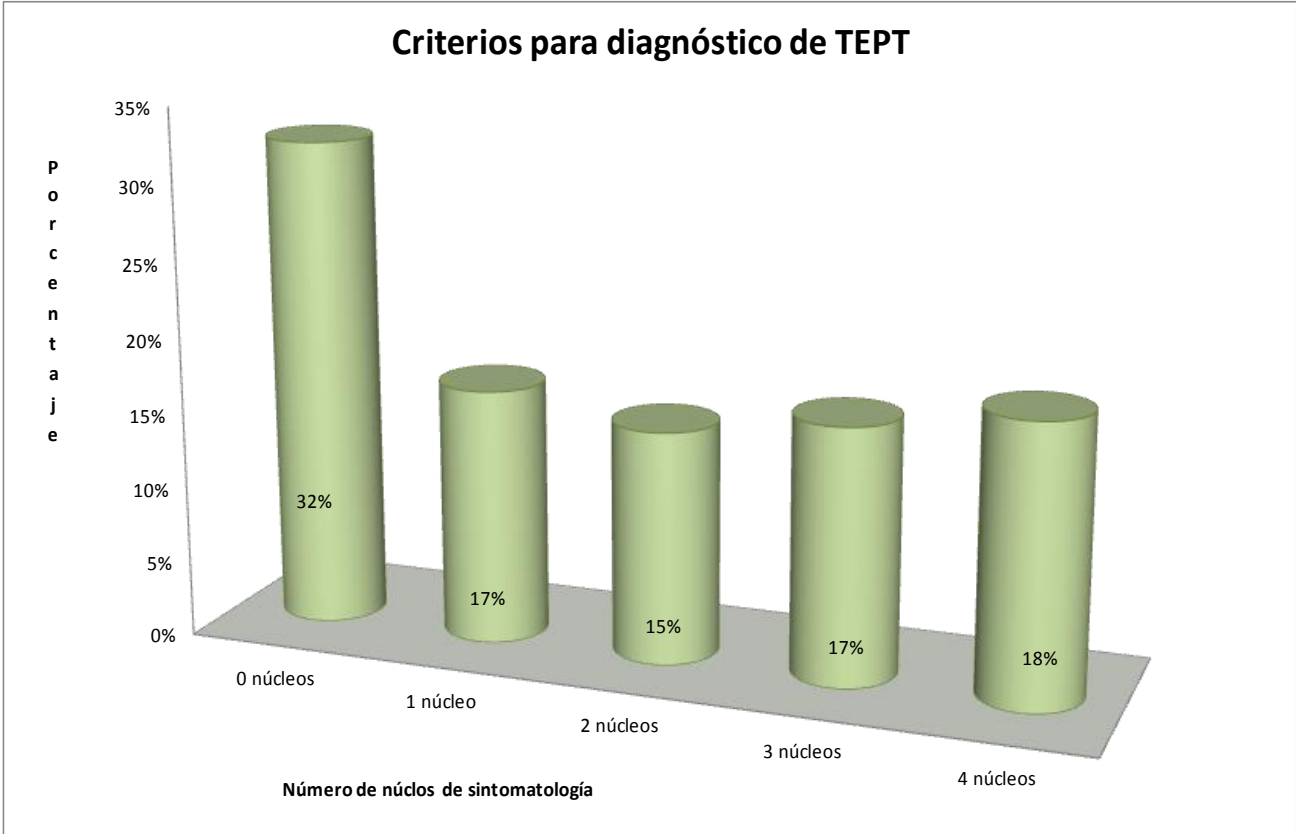


Figura 4: Porcentaje de participantes que cumplen con los criterios descritos en el DSM-5

Militares con presencia de síntomas

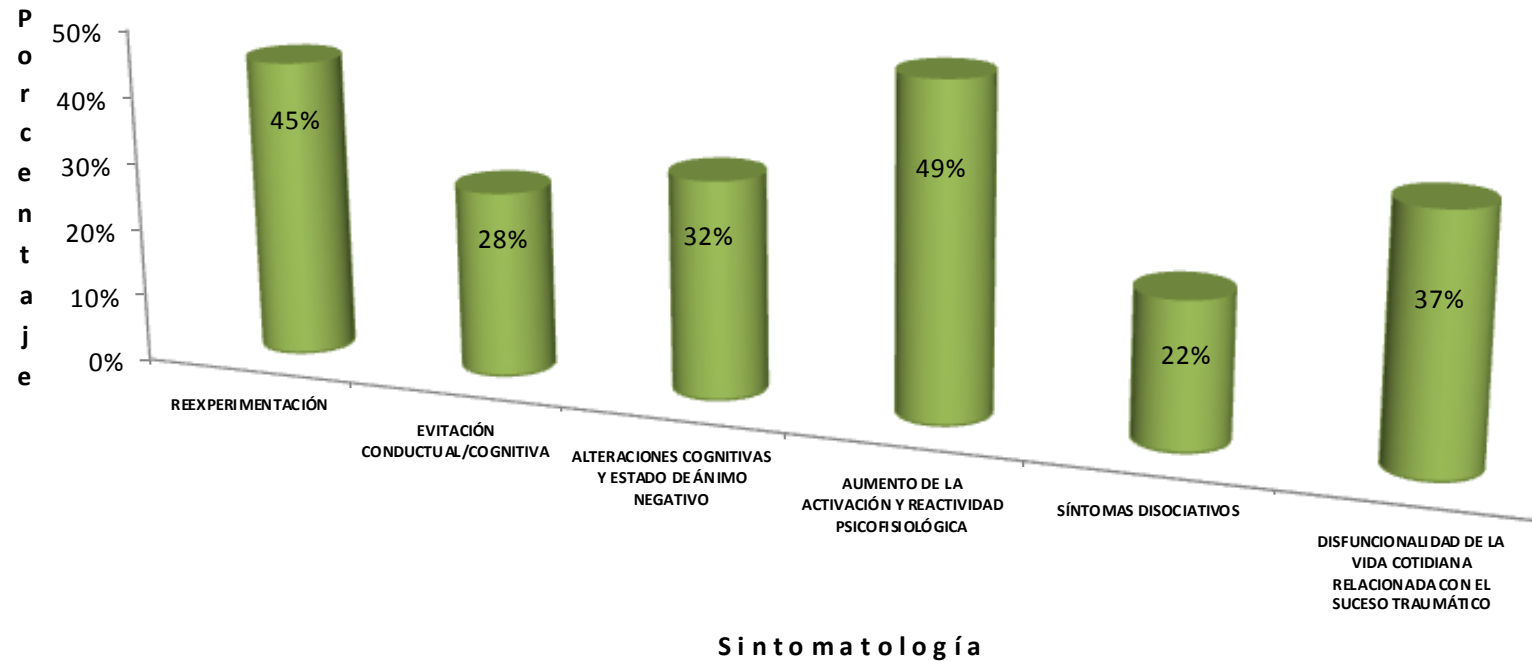


Figura 5: Presencia de sintomatología asociada a TEPT. Tomando de referencia el 100% de los participantes: 45% cumplen con reexperimentación; 28% Evitación conductual y/o cognitiva; 32% Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo; 49% Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica; 22% presenta Síntomas disociativos; y 37% reporta Disfuncionalidad de la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático.

Discusión

El propósito de la presente investigación consistió en determinar la prevalencia de TEPT en una muestra de militares operativos contra la delincuencia organizada que han estado expuestos a enfrentamientos armados. Los resultados indicaron presencia de sintomatología en todas las áreas que evalúa la EGS-R, siendo la más alta la de Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, presente en 49% de los participantes, y la más baja síntomas disociativos en el 22% de la muestra y con un total 12 participantes representando el 18.46% que pueden ser considerados con TEPT al cumplir con los 4 núcleos indicados en el DSM-5. Lo anterior resulta congruente con lo reportado en la literatura con respecto a la vulnerabilidad de los militares en combate a desarrollar sintomatología de TEPT.

De acuerdo con la literatura en población general 1 de cada 4 personas llega a desarrollar TEPT después de un suceso, a nivel mundial se reportó en el 2003 que 8% de los habitantes desarrollaron TEPT, en el caso de los militares las cifras son de 7.0% en diferentes países, 30.6% de militares que participan activamente en el enfrentamiento, de 3% a 35.8% de los veteranos de guerra presentaron TEPT y en México la prevalencia es de 35% (Flores et al., 2012)

Las cifras reportadas en México sobre TEPT en militares han ido cambiando con el tiempo. En 1996 en un estudio realizado con 364 militares, 22 (6.04%) presentaron TEPT y 236 presentaron reacción psicológica (Almanza et al., 1996). También en 1996, en un estudio prospectivo, descriptivo y correlacional, de un grupo de 43 pacientes 7 (16.2%) cumplieron con diagnóstico de TEPT

(Martinez, 2016). En el 2005 se reportó 21 militares (Almanza-muñoz et al., 2005). En el 2010-2011 se realizó un nuevo trabajo de investigación en donde, en un lapso de un año de 41 militares 5 presentaron TEPT (12.19%) (Martinez-Salazar, 2016). En el 2016 a nivel República se encontró 40 casos (Santillán, 2016) (Tabla 4).

Tabla 4

Personal militar reportado con TEPT a través de los años.

Año	Participantes	TEPT	Porcentaje
1996*	364	10+12=22	6.04%
1996**	43	7	16.2%
2005	-	21	
2010-2011	41	5	12%
2014	1123	39	3.47%
2016	-	40	
2017	65	12	18.46%

Nota: Elaboración propia con los reportes a través de los años en México.

*1996 Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en Ejército Mexicano

**1996 Trastorno por estrés postraumático en Ejército y Fuerza Aérea mexicanos

2005 Trastornos de personalidad y rasgos de temperamento y carácter en militares con y sin trastorno por estrés postraumático

2010-2011 Trastorno por estrés postraumático en Ejército y Fuerza Aérea mexicanos

2014 Segundo Informe de Labores 2013-2014

2016 Periódico “publimetro”

2017 Resultados del actual trabajo

Existen inconsistencias en el porcentaje de Trastorno de Estrés Postraumático en personal militar de acuerdo con estos reportes a través de los años como lo muestra la figura 6.

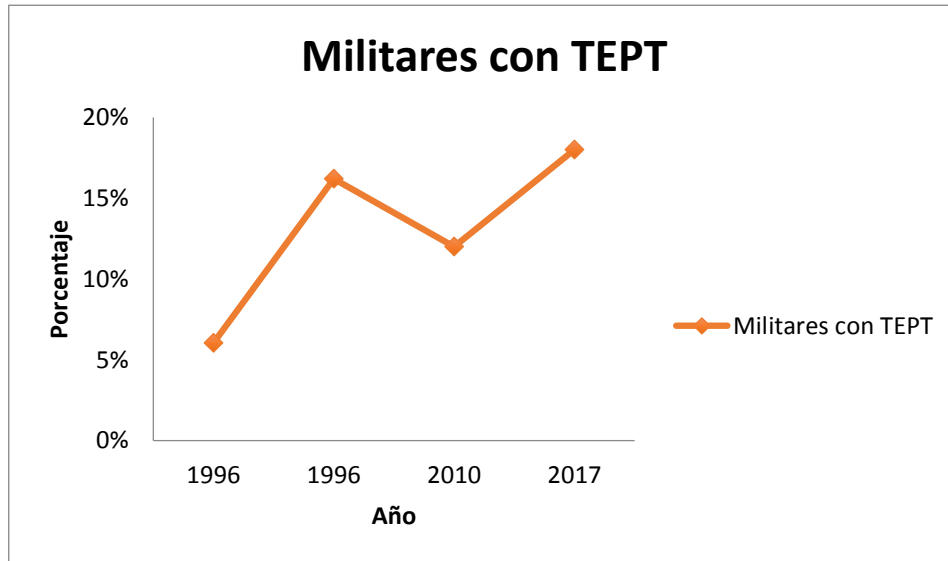


Figura 6. Personal militar reportado con TEPT de 1996 a 2017 en las Fuerzas Armadas mexicanas.

En otro estudio realizado con militares, se reportó que solo el 62.2% de los participantes buscaron tratamiento en el transcurso de su vida y el 35.2% no lo hicieron (Vallejo & Terranova, 2009).

Algunos de los militares que presentan los síntomas no solicitan la atención al creer que los síntomas desaparecerán, pero los hallazgos indican que al pasar el tiempo la molestia se acentúa (Tapias, 2006).

Se observó que algunos participantes del presente estudio mostraron reservas para responder al ver la naturaleza de las preguntas, incluso llegaron a expresar que responder verazmente los podría afectar en su trabajo (causar baja del servicio) pese a que se garantizó de forma verbal y por escrito la confidencialidad de los resultados. El estilo de respuesta que algunos participantes emplearon al contestar la prueba fue muy corta, denotando poca atención a la pregunta y por consiguiente a la respuesta, esto podría distorsionar la prueba por contestar de modo típico y constante sin tener en cuenta el contenido de los

reactivos, respondiendo de manera rápida y sin reflexión (Lemos, 2005). Este aspecto es consistente con lo referido en otros estudios realizados en esta población, Martínez-Salazar (2016) realizó un estudio sobre TEPT en miembros del Ejército y Fuerza Aérea mexicanos donde expone que el paciente militar siente miedo y desconfianza al contestar entrevistas psicológicas por temor a represalias. En su estudio, debido a la gravedad de las heridas -que iban de moderadas a graves- los militares se mostraron cooperadores, aumentando su aceptación al transcurrir el tratamiento y al encontrarse mejor de salud refirieron que algunos de sus compañeros que no habían sido hospitalizados no gozaban de salud psicológica y emocional, los cuáles no pedían ayuda por evitar ser criticados, rechazados o ser catalogados en el escalón de sanidad en que se vea afectada su vida militar en cuestión de ascensos o inclusive ser dados de baja por no estar sanos y aptos para el servicio militar (Martínez-Salazar, 2016).

De acuerdo con la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, en el artículo 226, para la determinación de las categorías y grados de accidentes o enfermedades que den origen a retiro por incapacidad, en la segunda categoría fracción 32, el trastorno por estrés postraumático, por sus características, es motivo de certificación de incapacidad para el servicio activo de las armas (DOF 24-05-2017, 2017). Lo anterior constituye un obstáculo para los estudios de salud mental en esta población, dado que el conocimiento de la ley por parte de los militares, además del aprendizaje por observación, explica (y justifica en cierta medida) la reticencia a exponer su verdadera sintomatología.

Aún con estas dificultades, llama la atención que en comparación todos los estudios realizados en todos estos años y a pesar del tamaño de la muestra con la que se trabajó el porcentaje es más alto y más de la mitad de los participantes cuenta con sintomatología.

Conclusiones

Los síntomas con mayor prevalencia en militares de las Fuerzas Armadas mexicanas, después de estar en enfrentamientos armados, son el aumento de activación y reactividad psicofisiológica, destacando 49% del total de los 65 militares que participaron en este estudio. Seguido por 37% en la disfuncionalidad de la vida cotidiana relacionada con el suceso traumático, esto incluye alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo.

Se determinó la prevalencia de estrés postraumático en una muestra de personal militar en combate contra el crimen organizado y se describieron las características sociodemográficas de la muestra.

El alcance de la presente investigación permitió el conocimiento de los síntomas padecidos por los militares, que carecen de un tratamiento y que llegan a negar alguna alteración psicológica para no tener que ser referidos a una instancia médica. A comparación de los estudios realizados previamente, tuvimos porcentajes de sintomatología más altos, creemos que se debe a que les informamos que sería confidencial, esto decremento el miedo que refieren al ser diagnosticados con enfermedades que no les permitirían seguir en el activo de la Fuerzas Armadas. Este miedo referido es una limitante para investigaciones dentro de las Fuerzas Armadas, si el problema no es detectado, por falsear al contestar, los resultados serán siempre bajos, y la Institución no lo reportara como un problema grave a tratar, de tal forma que la institución no habilitara tratamiento preventivo al no creerlo necesario para la población.

Es de vital importancia que sean tratados antes, durante y después de cada combate en el que se ven involucrados.

Al terminar de analizar los resultados podemos concluir que las futuras líneas de investigación pueden ir encaminadas a una mejora en el tratamiento del TEPT, en el área psicofisiológica, resaltando la importancia de un tratamiento preventivo, reduciendo el impacto que producen los enfrentamientos en los militares y sus familias que se ven afectadas indirectamente convirtiendo esta afectación en un problema a nivel social, el alejamiento que los militares refieren con sus familias e inclusive con sus amigos, al no saber detectar o al tratar de ocultar sus síntomas, alteran la funcionalidad del eje familiar de cada militar, por ello el tratamiento preventivo debe incluir a los familiares de los militares.

Así mismo implementar una serie de pruebas de forma regular para la pronta detección de este trastorno el cual, si es detectado a tiempo asegura una mejora en el afectado.

Es relevante asegurar un tratamiento eficaz en detección, prevención para las Fuerzas Armadas quienes tienen como función auxiliar a la población, no solo en combate contra la delincuencia organizada, si no como en los últimos acontecimientos ocurridos en México por desastres naturales.

Referencias

- Aguirre, M. (1949). El Síndrome General de Adaptación. *Revista Clínica Española*. Tomo XXXIV. (6) p. 366
- Almanza-muñoz, J. D. J., Páez-agraz, F., & Hernández-daza, M. (2005). Trastornos de personalidad y rasgos de temperamento y carácter en militares con y sin trastorno por estrés postraumático. *Revista Sanidad Militar Mexico*, 59(4), 208–212. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2005/sm054b.pdf>
- Almanza, J. de J., Páez, F., Hernández, M., Barajas, G., & Altamirano, S. (1996). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en el ejército mexicano. *Rev Sanid Milit Mex*. México. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=24177&id_seccion=149&id_ejemplar=2483&id_revista=16
- American Psychological Association (APA). (2013). *DSM -IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (S. A. MASSON, Ed.), *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- American Psychological Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (E. M. Panamericana, Ed.) (5^a ed).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnóstico del DSM-5*.
- Bados, A. (2015). Trastorno por estrés postraumático. *Universidad de Barcelona*,

1–131. Recuperado de

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>

Baeza, N. (2015). *Incidencia del humor en el burnout y engagement en profesionales de Trabajo Social desde la perspectiva de género y crisis socioeconómica actual (2007-2014)*.

Britvić, D., Antičević, V., Kaliterna, M., Lušić, L., Beg, A., Brajević-Gizdić, I., ...

Pivac, N. (2015). Comorbidities with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among combat veterans: 15 years postwar analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 81–92.

<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.002>

Buscaglia, E. (2012). La paradoja Mexicana de la Delincuencia Organizada: Policías, violencia y corrupción. *Revista Policía y Seguridad Pública*, 275–282.

Camargo, B. (2004). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*, 17(2), 78–86.

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20–34. Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>

Corzo P, P. a, & Bohórquez P, A. P. (2009). Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate^ies\rPrevalence of acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in Colombian soldiers wounded in combat^ien\rPrevalencia. *Revista MED*, 17(1), 14–19. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562009000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Crespo, M., & Gómez, M. del M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático : Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP) Posttraumatic Stress Assessment : Introducing the Global Assessment of Posttraumatic Stress. *Clínica y Salud*, 23, 25–41 (16 páginas).

Cruz, A. C. (2013). LA ENFERMEDAD DEL SUSTO EN EL MUNDO ANDINO. Recuperado de <http://www.wanamey.org/antropologia/mundo-andino-enfermedad-susto.htm>

Díaz, C. A., Quintana, G. R., & Vogel, E. H. (2012). Síntomas de depresión , ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile months after the february 27 2010 earthquake in Chile, 30(5671), 37–43.

Diario Oficial de la Federación Recuperado de:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2011/CDCISEN/pdf/PN3.pdf>

DOF 24-05-2017. (2017). Ley del instituto de seguridad social para las fuerzas armadas mexicanas, 1–70.

DOF 31-12-2012. (2012). Ley Orgánica de la Armada de México. México.

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: Propiedades

psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111–128.

<https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

Fernández Teruel, A. (2010). *Psicofarmacología, terapias psicológicas y tratamientos combinados*. Recuperado de

<https://books.google.com/books?id=9fjiDNIvkgkC&pgis=1>

Figueroa, R. A., González, M., & Torres, R. (2010). Plan de reconstrucción psicológica post terremoto. *Revista Médica de Chile*, 138(7), 920–921.

<https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000700020>

Flores, R., Reyes, V., & Reidl, L. M. (2012). Síntomas de estrés postraumático (EPT) en periodistas mexicanos que cubren la guerra contra el narcotráfico.

Suma Psicológica, 19(1), 7–17.

Galor, S., & Hentschel, U. (2013). El uso de los Mecanismos de Defensa como herramientas de afrontamiento por veteranos israelíes deprimidos con TEPT.

Subjetividad y Procesos Cognitivos, 17(1), 118–133.

García Martínez, F. E., Jaramillo, C., María Martínez, A., Valenzuela, I., & Solar, F.

C. (2014). Respuestas Psicológicas Ante Un Desastre Natural: Estrés Y Crecimiento Postraumático Psychological Responses To a Natural Disaster: Stress and Post-Traumatic Growth. *Liberabit*, 20(1), 1729–4827.

Gómez, V. (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 207–209. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.9.756>

González, P. (2006). Génesis de los delirios en el trastorno por estrés postraumático de combate, XXXV(2), 232–241.

- Gutiérrez, J. M. (1999). Eustrés : un modelo de superación del estrés. *Revista Psicolófacientífica.com*.
- Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A. J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y. M., Salgado Castilla, A. M., & Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125–140.
<https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>
- Jiménez, A. (2007). *Entrenamiento Personal. Bases, fundamentos y aplicaciones*. (I. Publicaiones, Ed.).
- Jiménez, A. E., & Cubillos, R. A. (2010). Estrés percibido y satisfacción laboral después del terremoto ocurrido el 27 de Febrero de 2010 en la Zona Centro-Sur de Chile. *Terapia Psicológica*, 28(2), 187–192.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082010000200007>
- Juárez, P. (2016). *Para conocer a las Fuerzas Armadas de México*. (S. de E. Pública., Ed.). México.
- Koscinczuk, P. (2014). Ambiente, adaptación y estrés. *Revista Veterinaria*, 25(1), 67–76.
- Lemos, V. (2005). Construcción Y Validación De Una Escala Para La Evaluación De La Deseabilidad Social Infantil (Edesi) *. *Interdisciplinaria*, 22(1), 77–96.
- Markez, I., Fernández, A., & Pérez, P. (2009). *Violencia y salud mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid*. <https://doi.org/10.1016/S0034->

7450(14)60083-4

Martinez-Salazar, I. N. (2016). Trastorno por estrés postraumático en el Ejército y Fuerza Aérea mexicanos Posttraumatic Stress Disorder in the Mexican Armed Forces. *Revista San*, 70, 195–202. Recuperado de www.nietoeditores.com.mx/nieto/.../2016/mar.../trastorno_estres_postraumatico.pdf%0A

Medina, M. E., Borgues, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J., & Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población Mexicana. *Salud Publica de Mexico*, 47(1), 8–22. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342005000100004>

Mingote, J. C. (2011). Diagnóstico Diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático Differential Diagnostic of Posttraumatic Stress Disorder. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 121–124. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a2>

Morrison J. (2015). *DSM-5 ® Guía para el diagnóstico clínico*. Recuperado de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2016/09/dsm-5-guc3ada-para-el-diagnoc3b3stico-clc3adnico-morrison.pdf>

O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ma revisión) CIE X. *International Statistical Classification of Diseases and Related*

Health Problems - ICD-10, (554).

Página oficial de la secretaria de Marina recuperado de:

<http://www.semar.gob.mx/velero/2014/es/semar.html>

Palacios, L., & Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: Una Revisión Del Tema (Primera Parte). *SubStance*, 25(3), 19–26.

Reed, G. M., Anaya, C., & Evans, S. C. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? (Spanish). *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 12(3), 461–473. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=79557808&lang=es&site=ehost-live>

Rodríguez, J. M., Garcíá, M., & Franco, P. (2012). Neurobiología del estrés agudo y crónico: Su efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la memoria. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 21(1–3), 78–90.

Rosas, G., Ordaz, F. R., & Jiménez, E. G. (2017). Estrés Académico en Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la Sierra Sur y su Asociación con el Síndrome de Intestino Irritable. *Salud y Administración*, 17–24.

Sánchez, P. A. (2008). *Psicología Clínica*. (M. Moderno, Ed.). México.

Sansó, D., & Rubert, P. (2013). La seguridad ciudadana y las Fuerzas Armadas : ¿despropósito o último recurso frente a la delincuencia organizada? *Revista Criminalidad*, 55(2), 119–133.

- Santillán, O. (2016). Retiran a marinos que no pudieron superar su estrés postraumático. *Publimetro*. Recuperado de <https://www.publimetro.com.mx/mx/noticias/2016/12/17/retiran-marinos-estres-postraumatico.html>
- Secretaría de Cultura. (2014). *2do. Informe de labores 2013-2014*. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Stora, J. B. (2000). *EL ESTRÉS*. (P. C. O, Ed.) (Primera). México. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=pF9L7HajHxkC&pg=PA1&dq=Stora+J+ean+Benjamín.+1991.+¿Qué+sé+acerca+del+estrés?.&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi1v8WhsbLdAhUCUa0KHQsPBfAQ6AEIKDAA#v=onepage&q=HANS SALYE&f=false>
- Tapias, Á. C. (2006). Estrés Postraumático en policías y militares de grupos especializados en secuestro. *Hallazgos-Poducción de conocimiento*, 6(6), 121–130.
- Trucco, M. (2002). *Revista chilena de*, 40, 8–19. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062007000200005>
- Vallejo, Á. R., & Terranova, L. M. (2009). Estrés postraumático y psicoterapia de grupo en militares. *Post traumatic stress and group psychotherapy in the armed forces*. *Ter. psicol*, 27(1), 103–112. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082009000100010>
- Vega, C., Villagrán, M. G., & Nava, C. (2012). Estrategias de afrontamiento, estrés y depresión infantil. *Revista Psicológica científica.com*. Recuperado de

<http://www.psicologiacientifica.com/estrategias-afrontamiento-estres-depresion-infantil/>

Zavala, J. (2008). Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos. *Educación*, 17 (32), 67–86.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un padecimiento que se desarrolla luego de vivir o presenciar eventos que ponen en riesgo la vida de manera real o potencial, se manifiesta mediante recuerdos invasivos de la situación traumática, evitación e hiperactivación fisiológica, lo cual afecta el funcionamiento de quien lo padece en todas las áreas de su vida. El personal militar que pone en riesgo su vida de manera constante al participar en combates, que sufre lesiones o accidentes, y/o ve a sus compañeros exponer la vida o morir, tiene un elevado riesgo de desarrollar TEPT.

Debido a la importancia de dicha problemática, se busca la participación consciente e informada de las personas contempladas para ser incluidas dentro del presente estudio, cuyo propósito es determinar la prevalencia de sintomatología de estrés postraumático en una muestra de personal militar en combate contra el crimen organizado.

El procedimiento del estudio consiste en la aplicación de un cuestionario, su participación consistirá en responder al mismo en una sola sesión de aproximadamente 20 minutos.

Su participación y franqueza al responder en esta investigación permitirán conocer aspectos relevantes de este problema en el contexto mexicano, que servirán como base para futuras investigaciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de personas con TEPT.

Su participación es totalmente anónima, y los resultados derivados de esta investigación se utilizarán únicamente con fines de investigación.

Con mi firma declaro que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a responder al cuestionario correspondiente.

Firma participante _____ Firma investigadora _____

Ciudad de México a _____ de _____ del 2017

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

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

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

Frecuencia del suceso traumático

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

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

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

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

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

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

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

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

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

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

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

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

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

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

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

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

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

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

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

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

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

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

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

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