

# **Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático relacionado a trauma militar del Hospital Militar Central**

Ballesteros Caicedo Maritza MD<sup>1</sup>; García Ramírez Ángela Teresa MD<sup>2</sup>; Garzón Ruiz Mauricio MD<sup>3</sup>.

## **Resumen**

### **Resumen**

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una condición mental secundaria al trauma de guerra de alta frecuencia en la población militar, y constituye la primera causa de morbilidad en el servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central. A partir de este hecho, se llevó a cabo la creación de la Clínica de Estrés Postraumático (CEP), que actualmente funciona como parte del servicio de consulta externa del HOMIC. Las características sociodemográficas y clínicas de la población atendida en la CEP como factores que inciden en la aparición, curso y pronóstico de la enfermedad, no han sido objeto de estudio y hasta el momento se desconocen. Por esta razón, es importante desarrollar una caracterización de la

---

<sup>1</sup> Residente de tercer año en Psiquiatría. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá DC. [maritzabc@hotmail.com](mailto:maritzabc@hotmail.com)

<sup>2</sup> Residente de tercer año en Psiquiatría. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá DC. [angela.garciaramirez@gmail.com](mailto:angela.garciaramirez@gmail.com)

<sup>3</sup> Médico Psiquiatra. Coordinador del posgrado de Psiquiatría, Universidad Militar Nueva Granada. Jefe del servicio de Psiquiatría. Hospital Militar Central. Bogotá DC. [mauriciogrp@yahoo.com](mailto:mauriciogrp@yahoo.com)

distribución de las características demográficas y clínicas en esta población, que sirva como línea base para futuros estudios. Esto podría contribuir al avanzar en el conocimiento del TEPT en el contexto clínico y social del HOMIC y mejorar sus programas de atención e intervención.

Este trabajo tiene como objetivo describir y analizar la distribución de las variables sociodemográficas y clínicas observadas en la población objeto, realizando un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos, con una población de 90 pacientes que asisten a la CEP en el servicio de consulta externa del HOMIC. Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes y se llamó vía telefónica o se entrevistó al participante, para recolectar datos faltantes. Posteriormente estos datos fueron consignados en una base de datos para su respectivo procesamiento y análisis. Se realizó un análisis univariado, en el que las variables categóricas se calcularon de acuerdo a la frecuencia absoluta y frecuencia relativa mientras que las variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión.

Como resultados se encuentra que el promedio de edad de la población evaluada es de 35 años, con una mayor representación de suboficiales. El reporte de antecedentes de maltrato físico o psicológico fue similar en un 22%. En un 57,8% de los casos, el combate fue el evento traumático de mayor reporte. La mayoría de los participantes experimentaron durante el evento traumático un daño a su integridad personal u observaron daño de otros, el 58.9% de la población reportó haber sentido culpa posterior al evento traumático. Los trastornos mentales comórbidos de mayor frecuencia son los Trastornos Psicóticos y Depresivos, en

un 27,1% y 17,6% respectivamente. El tratamiento con antidepresivos es usado como monoterapia en un 21.6% y la combinación de antidepresivo con antipsicótico es usada en el 34.1% de los casos.

En conclusión se sugiere el ajuste del protocolo de manejo del TEPT, con la utilización de técnicas psicoterapéuticas de mayor evidencia científica en términos de eficacia, la ejecución de acciones dirigidas a la detección temprana de síntomas y el establecimiento de procedimientos en las Fuerzas Militares que permita la selección de integrantes con menor vulnerabilidad a esta enfermedad.

**Palabras Claves:** Trastorno de estrés postraumático, trauma militar, características clínicas y sociodemográficas, Hospital Militar Central

### **Abstract**

The post-traumatic stress disorder (PTSD) is a mental health condition secondary to war trauma, highly prevalent among the Colombian military population, and constitutes the first morbidity cause at the Hospital Central Military's (HOMIC) Psychiatry Service. Departing from this fact, the Post-Traumatic Stress Clinic program (PTSC) was implemented and currently function as part of the HOMIC outpatient service. The socio-demographic and clinical characteristics of the population treated at the PTSC, which are known to affect the condition's onset, course and prognosis, have not ever been investigated and to this point remain unknown. This lack of knowledge entails the need to develop a deeper knowledge of the population treated at the PTSC, by means of a study addressing the distribution of its socio-demographic and clinical characteristics. This can serve as

an orientation for the direction of future studies and may contribute to increase the knowledge on the PTSD, in the clinical and social context of the HOIMC.

The objective of the research presented in this paper, was to describe and analyze the distribution of the socio-demographic and clinical variables observed in the population treated at the PTSDC, carrying out a descriptive observational cases series study, over a population of 90 patients. The data was obtained from a review of the study population's clinical records, alongside personal and telephone interviews when required. These data were stored in a database for its further processing and analysis. Subsequently an univariate analysis was carried out, calculating the absolute and relative frequency for categorical variables and determining central tendency and dispersion measures for quantitative variables.

As a result it was found that the mean age of the PTSD's population is 35 years and is comprised mostly by Suboficiales. Experience of physical and psychological abuse was similar in 22%. Combats accounted for the 57.8% of the traumatic events reported. Most participants experienced harm to their own or to others' physical integrity, and 58.9% reported the felling of guilt after the traumatic event. The most frequent comorbid metal conditions were Psychotic and Depressive Disorders (27.1 and 17.6% respectively). Antidepressant monotherapy treatment was used in 21.6% of the cases, and antidepressant and antipsychotic combination therapy was used in 34.1% of the cases.

As a conclusion this study suggest an adjustment of the PTSD treatment protocols, according to the psychotherapeutic techniques known to be more effective in the

evidence-based literature, alongside the implementation of actions directed towards early symptoms detection. The study also suggests the establishment of procedures in the Military Forces, which allow defining military personnel of less vulnerability to the PTSD.

### **Key Words**

Post-traumatic Stress Disorder, Military Trauma, Socio-demographic and Clinical Characteristics, Hospital militar Central.

### **Introducción**

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una condición mental frecuentemente observada en la población militar, con una prevalencia de vida de aproximadamente del 10% (1). Según estudios en población militar de los Estados Unidos, (2) la prevalencia de TEPT en los veteranos de la guerra de Vietnam fue de 4 y 17%. En Colombia, los resultados de un estudio realizado con pacientes hospitalizados por heridas en combate en el Hospital Militar Central (HOMIC) durante el año 2009, indicaron una prevalencia del 16.66% (3), cifra que coincide con datos epidemiológicos mundiales.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales en su cuarta versión (DSM IV), para realizar el diagnóstico de TEPT se requiere la presencia una serie de síntomas en tres dominios denominados re-experimentación, evitación- embotamiento afectivo e hipervigilancia (4, 5), que se presentan

posterior a que la persona haya experimentado o haya sido expuesta a una o más situaciones percibidas como amenazantes o catastróficas y que generan malestar significativo y deterioro en el funcionamiento global (4). La sintomatología del TEPT es dinámica, variable y tendiente a la cronicidad (6). El DSM IV especifica un 1 mes de sintomatología activa para realizar el diagnóstico y lo clasifica en agudo o crónico, si la duración es menor o mayor a 3 meses respectivamente.

Existen diversos factores de riesgo para desarrollar la enfermedad que han sido clasificados en pre, peri y post evento traumático. Dos de las revisiones (7) (8) sobre predictores para desarrollar TEPT encontraron los siguientes: género femenino, ser joven al momento del trauma, grupo racial minoritario, bajo coeficiente intelectual, bajo nivel educativo, bajo estrato socioeconómico, antecedentes de maltrato en la infancia, antecedentes de enfermedad mental y experiencia de estresores vitales. Dentro de los factores peri traumáticos se han descrito el tipo del trauma, la severidad del trauma, la presencia de síntomas disociativos y la percepción de amenaza sobre la vida.

Respecto a la población militar y su exposición frecuente a combates, se consideran de mayor riesgo las siguientes condiciones: (9) haber sido desplegado en una zona de guerra, mayor grado de exposición a combates, haber sido herido durante el combate, haber sido víctima de tortura, secuestro o haber sido prisionero de guerra, haber experimentado estrés impredecible, ser testigo de una muerte y más si esta fue grotesca y ser responsable de la muerte y/o entierro de personas relacionadas con el combate. La falta de soporte social y familiar particularmente luego del evento traumático, así como antecedente de abuso

sexual, son otros factores de riesgo importantes para desarrollar esta enfermedad (9).

Con frecuencia el TEPT se asocia con comorbilidades médicas y psiquiátricas(10). Los trastornos afectivos, el Trastorno Afectivo Bipolar, el Trastorno de Ansiedad Generalizado(11), la Fobia Social, el consumo de SPA, el Trastorno Límite, Narcisista y Esquizotípico de la personalidad, son las principales entidades psiquiátricas asociadas.(12)

En cuanto al manejo del TEPT, un tratamiento que combine psicoterapia y farmacoterapia es fundamental en el proceso de recuperación de la enfermedad (13). Las intervenciones psicoterapéuticas que mejor evidencia han mostrado son la psicoterapia enfocada en el trauma, que incluyen técnicas de exposición y reestructuración cognoscitiva (basadas en la teoría del aprendizaje, teoría cognoscitiva, teoría de procesamiento emocional, modelos de condicionamiento al miedo), las terapias de entrenamiento en estrés y la terapia de reprocesamiento y desensibilización con movimientos oculares (EMDR) (14) . En cuanto al tratamiento farmacológico, las guías realizadas por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) señalan que los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son la primera línea de tratamiento (15)\_(16), sin embargo, las guías del Instituto Nacional de Salud y Cuidado de Excelencia (NICE) de Inglaterra sugieren que la Paroxetina, la Mirtazapina, la Amitriptilina y la Fenelzina son los antidepresivos con mayor evidencia de eficacia. Dado la cronicidad de la enfermedad y la comorbilidad con síntomas psicóticos y/o ansiosos, con frecuencia es necesario el manejo adicional con otras familias de antidepresivos

como los inhibidores de la receptación de noradrenalina y serotonina, tricíclicos e inhibidores de monoaminoxidasa, así como con otros grupos de medicamentos dentro de la cuales se describen las benzodiazepinas, antipsicóticos, anticonvulsivantes y antagonistas adrenérgicos.

Basados en la recomendación de un tratamiento combinado para estos pacientes, se creó la Clínica de Estrés Postraumático del HOMIC, cuyo objetivo es brindar un tratamiento integrado que promueva la rehabilitación en el área familiar, personal, social y ocupacional. Como se describió anteriormente, existen ciertos factores que inciden en la aparición, en el curso y en el pronóstico de la enfermedad, sin embargo, en la actualidad se desconocen las características de los pacientes que conforman la clínica del HOMIC. Este trabajo permitirá describir las características clínicas y sociodemográficas de los usuarios de la Clínica de estrés postraumático para poder así optimizar nuestros protocolos de atención de tal modo que tengan un impacto positivo en la calidad de la atención que le ofrecemos a estos pacientes.

## **Materiales y métodos**

El presente estudio corresponde a un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos, cuya población objeto son los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático relacionado con trauma militar, que actualmente están siendo tratados en la Clínica de Estrés Postraumático y que en total representan 90 pacientes. El diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático se realizó a través de la verificación del cumplimiento de los criterios DSM IV-TR y CIE-10 para TEPT



por parte del especialista tratante. Dentro de los criterios de inclusión se encontraron pacientes militares, con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático relacionado con trauma militar, que estén siendo atendidos en la clínica de estrés postraumático y que aceptan participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático no relacionado con trauma militar y que no aceptaran participar en la investigación.

El objetivo del estudio fue describir las características socio-demográficas y clínicas de estos pacientes a través de la revisión de historias clínicas y en algunos casos a través de una llamada telefónica y/o entrevista que permitió la recolección de los datos. Durante esta entrevista no se realizaron evaluaciones clínicas o psiquiátricas de ningún tipo y tampoco se aplicaron instrumentos de medición. Para la obtención de la información requerida, se diseñó un formulario de recolección de datos que contiene todas las variables socio-demográficas y clínicas a estudio. Una vez se completó la información, se procedió almacenarla en una base de datos. Se realizó un análisis univariado, en el que para las variables categóricas se calculó la frecuencia absoluta y frecuencia relativa mientras que para las variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión.

## Resultados

La muestra final de participantes en el estudio, estuvo conformada por 90 pacientes de sexo masculino con diagnóstico primario de Trastorno por Estrés Postraumático, que asistieron a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Militar Central y aceptaron voluntariamente participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

El rango de edad de los participantes fue de 24 a 50 años. El promedio de edad fue de 35,7 años ( $ds=5,8$  años). El 32,2% ( $n=29$ ) señaló que el origen de su nacimiento era rural. Sesenta y uno pacientes (68%) reportó que pertenecía al estrato socioeconómico 1 y 2.

Se indagaron algunas variables sociodemográficas presentes al momento del evento traumático, entre las que se evaluaron el grado militar, estado civil, escolaridad y profesar alguna religión. En relación con el grado militar de los participantes al momento de experimentar el evento traumático, el 48,9% ( $n=44$ ) eran Suboficiales, el 27,8% ( $n=25$ ) Soldados Profesionales, el 17,8% ( $n=16$ ) de Servicio Militar Obligatorio y el 5,6% ( $n=5$ ) oficiales. Con respecto al estado civil la mayoría (50%) señaló que era soltero, el 47,8% ( $n=43$ ) que tenía unión de pareja estable de matrimonio o unión libre y el 2,2% ( $n=2$ ) divorciados o separados. El 81,1% ( $n=73$ ) de los encuestados reportó que practicaban alguna religión al momento del trauma.

El nivel de escolaridad completado al momento del trauma fue descrito como de estudios primarios por el 34,4% ( $n=31$ ), secundarios por el 57,8% ( $n=52$ ) y

universitarios o especializados por el 7,8% (n=7). El 96,5 (n=30) de los participantes que reportaron haber alcanzado estudios primarios estaban en grado de Servicio Militar Obligatorio o Soldados Profesionales. Del total de los suboficiales, el 73,1% (n=38) señaló haber completado estudios secundarios al momento del trauma. En la tabla 1 se detalla la distribución de la escolaridad por el rango militar.

Se indagó el número de hijos al momento de recibir el diagnóstico de TEPT. El 38,9% reportó no tener hijos para la época en mención. La mediana del número de hijos fue de 2.

Se evaluó como potenciales factores de riesgo los antecedentes de maltrato físico, maltrato psicológico a abuso sexual durante la infancia, variables que fueron reportadas como presentes en el 22,2%(n=20), 20% (n=18) y 3,3% (n=3) de los encuestados respectivamente.

Se especificó la presencia de antecedentes patológicos, quirúrgicos, tóxico-alérgicos y traumáticos previos a la aplicación del formato de recolección de información. El 45,6% (n=41), reportó algún antecedente patológico de importancia, el 51,1% (n=46) señaló que tenía antecedente de los por menos un procedimiento quirúrgico, el 20% (n=18) expresó haber tenido algún antecedente tóxico o alérgico y el 35,6% (n=32) informó antecedente de algún tipo de lesión de origen traumático.

En el 47% (n=40) de los casos en los que se obtuvo información directa de las historias clínicas, se evidenció la presencia de comorbilidad psiquiátrica. En el 25% de los participantes en quienes se documentó comorbilidad psiquiátrica, presentaban dos o más trastornos mentales comórbidos. Las condiciones clínicas

comórbidas más frecuentes correspondieron a Trastornos Psicóticos y Trastornos Depresivos con una frecuencia del 27,1% (n=23) y 17,6%(n=15) respectivamente. En la tabla 2 se presentan las condiciones comórbidas.

En relación con los antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, se documentó en la historia clínica antecedente de consumo de alcohol en el 43,2% (n=36), nicotina en el 40% (n=34) y sustancias ilegales principalmente marihuana en el 5,9% de los entrevistados. En la tabla 3 se presenta la distribución del patrón de consumo de las sustancias mencionadas.

En relación a la presentación y consecuencias de la exposición al evento traumático, se encontró que el rango de edad de exposición al evento fue de 18 a 43 años con una mediana de 25 años. El rango de edad de la realización del diagnóstico de TEPT fue de 18 a 45 años, con una mediana de 29 años. Se calculó el promedio de tiempo transcurrido entre la experimentación del evento traumático y la realización del diagnóstico de TEPT, encontrándose un rango de 0 a 24 años con una moda de 1 año, mediana de 2 años y percentil 75 en 6 años. El tiempo de servicio activo en la vida militar transcurrido al momento del diagnóstico de TEPT, tuvo un rango de 0,6 a 27 años, con una mediana de 8 años.

En relación al número de combates en los que habían participado los encuestados, se encontró una rango de 0 a 200 combates, con una mediana de 10, sin embargo se evidenció una correlación lineal de dependencia entre el número de combates y el tiempo de vida militar activa (Rho Spearman=039; p=0,0001).

Con respecto a las características específicas del evento traumático, los resultados indican que en el 57,8% (n=52) de los encuestados consideraron que la aparición de los síntomas fue posterior a combates, el 13,3% (n=12) posterior a tortura, el 8,9% (n=8) por exposición a minas antipersonales, el 6,7% (n=6) debido a secuestro y el 13,3% (n=12) consideraron otras causas, principalmente emboscadas.

El 97,8% de los encuestados reportó que experimentaron activamente el evento traumático. La mayoría de los participantes (93,3%; n=84) describieron el evento como una experiencia amenazante para su vida y la de otras personas de forma concurrente. Ochenta y tres participantes señalaron que tuvieron un rol como víctimas en los eventos traumáticos en tanto el restante 7,8% (n=7) actuaron como victimarios. El 58,9% (n=53) de los encuestados reportó haber sentido culpa posterior al evento traumático, por haber realizado algo o haber dejado de hacer algo durante dicho evento. De los 53 militares que señalaron haber sentido culpa en algún momento el 69,8% (n=37) la ha experimentado subjetivamente como severa o extrema, en tanto que los diez y seis restantes la han experimentado como leve o moderada.

El rango de número de hospitalizaciones por psiquiatría relacionados con el TEPT estuvo en un rango de 0 a 40 hospitalizaciones con una mediana de 2. El 26,7% (n=24) de los participantes no han requerido hospitalizaciones, el 58,9% (n=53) entre 1 y 4 hospitalizaciones y el 14,4% (n=13) restantes han requerido más de 5 hospitalizaciones.

La psicoterapia de apoyo ha sido la intervención psicoterapéutica utilizada con mayor frecuencia en los sujetos participantes en el 77,8% (n=70), en tanto que la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimiento oculares se ha utilizado en el 20% (n=18). La intervención psicoterapéutica menos usada han sido las intervenciones cognitivo conductuales, que se evidenciaron tan solo en dos de los encuestados.

En relación con el tratamiento psicofarmacológico, se encontró el 97,8 de los participantes al momento de realizar la encuesta, recibían algún medicamento. La frecuencia de uso en orden descendente fue el siguiente: antidepresivos 96,7% (n=87), antipsicóticos 62,25% (n=56), benzodiazepinas 33,3% (n=30) y moduladores del estado del ánimo en el 17,8% (n=16) de los casos.

Del total de 88 pacientes que recibían tratamiento psicofarmacológico solo el 21,6% recibían monoterapia con antidepresivos. Se encontraron 8 diferentes tipos de combinaciones de uso concurrente de dichos medicamentos. En la tabla 4 se presenta la distribución de dichas combinaciones.

## **Discusión**

Los resultados del presente estudio señalan que la muestra estuvo conformada por sujetos jóvenes con un promedio de edad de 35 años. Este resultado concuerda con el supuesto de la conformación etaria de las fuerzas militares en Colombia. El promedio de edad implica una potencial exposición a eventos traumáticos de intensidad grave en el contexto militar, comportándose como un posible factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. La no participación de

sujetos mayores de 50 años puede tener diversas explicaciones. Es posible considerar una disminución en la intensidad de la severidad de síntomas en el curso longitudinal, especialmente para pacientes con una presentación episódica más que continua de la enfermedad, o una limitada disfunción, debido a menores exigencias laborales que generan una menor frecuencia de contacto ocupacional con situaciones relacionada con los eventos traumáticos. No se descarta que esta situación corresponda a un sesgo de selección.

En relación al rango militar de los participantes al momento de ocurrencia del evento traumático, se evidenció una mayor representación de suboficiales, en tanto que menos del 6% correspondieron a oficiales. Estos resultados pueden correlacionarse con la estructura jerárquica de las Fuerzas Militares, en las que los oficiales son el grupo de rango militar de menor tamaño. La distribución del nivel de escolaridad se correlaciona con el resultado mencionado previamente, teniendo en consideración una exigencia mínima de escolaridad para la incorporación en rangos militares determinados. El hallazgo de un menor número de oficiales en la muestra, puede ser explicado de forma concurrente, por una menor probabilidad de exposición a eventos traumáticos (p ej. combates) que tiene este grupo jerárquico, en comparación con los soldados y los suboficiales y por lo tanto tendrían menor probabilidad de desarrollo de TEPT.

Los resultados de diversos estudios señalan que el haber sido expuesto durante la infancia a eventos estresantes como maltrato físico, psicológico o abuso sexual, generan una mayor vulnerabilidad o predisposición a desarrollar TEPT durante la edad adulta, en caso ser expuestos a eventos traumáticos. En la muestra del

presente estudio, el reporte de antecedentes de maltrato físico o psicológico fue similar (22%). Solo tres sujetos reportaron antecedente de algún tipo de abuso sexual. Dadas las características del diseño retrospectivo y ausencia de un grupo de comparación, no es posible establecer si estas exposiciones generaron mayor vulnerabilidad para desarrollar TEPT.

En más del 50% de los casos, el combate fue el evento traumático de mayor reporte referido por los sujetos. La mayoría de los participantes experimentaron durante el evento traumático un daño a su integridad personal u observaron daño de otros. Con respecto a las características del evento traumático, la literatura reporta que el haber sido desplegado en una zona de guerra con mayor grado de exposición a combates y que el haber sido herido durante el evento, son factores de riesgo para el posterior desarrollo de TEPT. En cuanto al rol asumido durante el evento traumático, llama la atención que a pesar de que un alto porcentaje de los entrevistados refirieron haber sido víctimas, más de la mitad de la población reportó haber sentido culpa posterior al evento traumático, lo cual pudiese considerarse un factor perpetuador de los síntomas.

Al analizar los antecedentes personales psiquiátricos, se encontró que cerca de la mitad los sujetos presentaron algún tipo de comorbilidad psiquiátrica, una cuarta parte de los cuales presentaron más de dos diagnósticos. Los trastornos mentales comórbidos de mayor frecuencia son los Trastornos Psicóticos y Depresivos. La alta frecuencia de comorbilidad con Trastornos Psicóticos podría ser explicada por un curso menos benigno y con una mayor severidad de síntomas de la enfermedad. La segunda mayor comorbilidad es de Trastornos Depresivos. Este



dato no concuerda con lo reportado en la literatura y con datos específicos de un estudio previo realizado en el HOMIC, en el que la comorbilidad con Trastornos Depresivos fue mayor. La variable de comorbilidad fue tomada de forma retrospectiva de la historia clínica y por lo tanto puede no corresponder con el estado clínico de los sujetos al momento de realizar la evaluación en el presente estudio.

En relación al consumo de sustancias, llama la atención la baja proporción de patrón de abuso y/o dependencia para las diversas sustancias (alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas), lo cual pudiese ser explicado por la tendencia a minimizar información sensible o como un sesgo del recuerdo en caso de pacientes con abandono de consumo en los últimos años.

En cuanto al promedio de tiempo transcurrido entre la experimentación del evento y la realización del diagnóstico, la mediana fue de 2 años. Existen diferentes hipótesis que pudiesen explicar la demora en la realización del diagnóstico. Existe una tendencia a que los pacientes reporten los síntomas por procesos de normalización o por temores en relación con las consecuencias derivadas de ser clasificados como enfermos mentales y el estigma que ello conlleva. Es posible que esta demora pueda corresponder a que los médicos no psiquiatras subestimen la presencia de los síntomas y no realicen la valoración oportuna al médico psiquiatra. De igual manera, como se ha mencionado anteriormente, la presentación clínica del TEPT es dinámica, cambiante y en algunos casos, puede incluso presentarse de forma tardía, sin embargo, por el diseño del estudio no es

Posible establecer una causa temporal directa.

La intervención psicoterapéutica utilizada con mayor frecuencia es la de apoyo y en un reducido número de casos se utilizan intervenciones que han mostrado mayor eficacia en disminuir la severidad de síntomas como el caso de intervenciones de tipo cognitivo conductual. Este hallazgo refleja una incongruencia entre los avances científicos con la aplicación clínica de los mismos. Es posible que la frecuencia de uso de las intervenciones psicoterapéuticas corresponda a intereses y motivaciones personales de los clínicos tratantes o a limitaciones de tiempo en la consulta, que dificulte la aplicación de técnicas estandarizadas y reconocidas mundialmente como eficaces.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la mayoría de los pacientes recibe algún tipo de medicamentos. Los antidepresivos son usados en 87 de los 90 sujetos evaluados, lo cual coincide con las recomendaciones de guías internacionales que consideran a los antidepresivos como la primera línea de tratamiento del TEPT (46). En esta población, se evidenció el uso frecuente de antipsicóticos, que concuerda con el antecedente de comorbilidad de Trastornos Psicóticos e incluso puede ser una reflejo directo de la severidad de los síntomas incluso de Trastornos Depresivos, dado que existe una utilización creciente de antipsicóticos atípicos como coadyuvantes en el tratamiento de Trastornos Depresivos. El uso de tratamiento combinado refleja una mayor severidad de los síntomas, sin embargo, en el actual estudio no se determinó la severidad de los síntomas, por lo que no es posible analizar la relación directa entre polifarmacia y severidad.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados del presente estudio señalan que la muestra no aleatoria de sujetos con diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático incluidos en el estudio, presentaron exposiciones relacionadas con eventos traumáticos significativos a una edad joven, relacionados con situaciones de guerra diversas pero con alto potencial de daño directo o a terceros. Esta situación implica la sugerencia del establecimiento de procedimientos en las Fuerzas Militares que asegure la selección de sujetos con menor vulnerabilidad en términos de factores de riesgo, así como la ejecución de acciones dirigidas a la detección temprana de síntomas que permita limitar la cronificación y peor pronóstico derivado de la presencia de comorbilidades psiquiátricas.

Dadas las características y limitaciones del diseño del estudio descriptivo sin grupo de comparación, no fue posible determinar el peso y la dirección del efecto de las variables descritas en la literatura como factores de riesgo o modificadoras del efecto en términos de causalidad o interacción.

Los resultados indicaron una baja frecuencia de utilización de técnicas psicoterapéuticas con mayor evidencia científica en términos de eficacia. Esto permite sugerir que se debería ajustar el protocolo de manejo de esta condición clínica, así como de los diferentes escenarios clínicos complejos relacionados, que incluya recomendaciones de intervención basados en la mejor evidencia científica

disponible en la actualidad, que redundará en una mejoría de calidad de la atención clínica

## TABLAS

Tabla1. Nivel de escolaridad de acuerdo al rango militar

<b>Escolaridad</b>	<b>SMO (n, %)</b>	<b>Profesional (n, %)</b>	<b>Suboficial (n, %)</b>	<b>Oficial (n, %)</b>	<b>Total (n, %)</b>
<b>Primaria</b>	11(12,2)	19 (21,1)	1 (1,1)	0 (0)	31 (34,4)
<b>Secundaria</b>	5 (5,6)	6 (6,7)	38 (42,2)	3 (3,3)	52 (57,8)
<b>Universitaria o especializada</b>	0 (0)	0 (0)	5 (5,6)	2 (2,2)	7 (7,8)
<b>Total</b>	16 (17,78)	25 (27,8)	44 (48,9)	5 (5,6)	90 (100)

Tabla 2. Distribución de patrones de comorbilidad psiquiátrica

<b>Comorbilidad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tr. Psicótico</b>	23	27,1
<b>Tr. Depresivo</b>	15	17,6

<b>Tr. Ansioso</b>	3	3,5
<b>Tr. Adaptativo</b>	8	9,4
<b>Tr. Mental 2° CMG</b>	3	3,5
<b>Tr. Somatomorfo</b>	1	1,2
<b>Retraso Mental</b>	1	1,2

Tabla 3. Distribución del patrón de consumo de sustancias

<b>Sustancia</b>	<b>Nunca (n,%)</b>	<b>Ocasional (n,%)</b>	<b>Abuso/Dependencia (n,%)</b>
<b>Alcohol</b>	49 (57,6)	30 (35,3)	6 (7,1)
<b>Nicotina</b>	51 (60)	10 (11,8)	24 (28,2)
<b>Otras sustancias</b>	80 (94,1)	4 (4,7)	1 (1,2)

Tabla 4. Distribución de combinaciones del tratamiento psicofarmacológico

<b>Combinación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>AD + AP</b>	30	34,1
<b>AD</b>	19	21,6
<b>AD + AP + BDZ</b>	15	17,1
<b>AD + BDZ</b>	8	9,1
<b>AD + AP + MOD</b>	6	6,8
<b>AD + AP + BDZ + MOD</b>	4	4,5

<b>AD + MOD</b>	3	3,4
<b>AD + BDZ + MOD</b>	2	2,3
<b>AP + BDZ + MOD</b>	1	1,1
<b><i>Total</i></b>	88	100

**AD: Antidepresivo; AP: Antipsicótico;**

**BDZ: benzodicepina**

**MOD: Modulador del ánimo**

### **Agradecimientos**

Como residentes en etapa final de formación, brindamos un cariñoso agradecimiento a nuestras familias, por su apoyo en este proceso de formación como especialistas. Damos un especial agradecimiento al Dr. Alexander Pinzón, por su importante acompañamiento en la finalización de este Trabajo. Sincero agradecimiento al Dr. Fernando Peña y al Dr. Mauricio Garzón por su asesoría metodológica y temática del proyecto.

### **Conflictos de intereses**

Ninguno.

## Referencias

1. Association WDAP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 1980
2. Lisa K. Richardson MAP, B. Christopher Frueh, Ph.D.2, and Ronald Acerno, Ph.D. Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review. Aust N Z J Psychiatry. 2010;44(1):4–19
3. Paula A. Corzo P M.D APBPMD. Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate Revista Med Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada. 2009;17(1):14-9
4. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Edition. F, editor. Washington DC: American Psychiatric Publishing 1994
5. K. K. Developmental Epidemiology of PTSD. Self-Regulation as a Central Mechanism. New York Academy of Sciences.1071:255–66
6. Breslau N CH, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. American Journal of Psychiatry 1999.;156(6):902–7

7. Brewin CR AB, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000 2000 68(5):748-6
8. Ozer EJ BS, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin.* 2003;129 (1):52–73
9. Subcommittee on Posttraumatic Stress Disorder of the Committee on Gulf War and Health: Physiologic P, and Psychosocial Effects of Deployment-Related Stress. *Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis and Assessment.* Washington, DC: The National Academies Press; 2006
10. Riddle JR ST, Smith B, Corbeil TE, Engel CC, Wells TS, Hoge CW, Adkins J, Zamorski M, Blazer D. Millennium Cohort: the 2001-2003 baseline prevalence of mental disorders in the U.S. military. *J Trauma Stress.* 2012;25(2):220-5
11. Pietrzak RH GR, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord.* 2011;25(3):456-65
12. Pietrzak RH GR, Southwick SM, Grant BF. Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012;20(5):380-90
13. DS. *CNS Spectr.* Cape Town Consensus on Posttraumatic Stress Disorder. 2009;14:52-8



14. The Department of Veterans Affairs (VA) and The Department of Defense (DoD). VA/DOD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress Quality Management Division, United States Army MEDCOM; 2010
15. Association AP. Practice guideline for the treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder; 2010
16. Stein D IJ, McAnda N. Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder: A Review of Meta-Analyses and Treatment Guidelines. . CNS Spectr. 2009;14:25-31