



Trastorno por estrés postraumático en el Ejército y Fuerza Aérea mexicanos

Iván Noé Martínez-Salazar ¹

¹ M.M.C., jefe de la subsección de Psiquiatría de Mujeres, Hospital Central Militar, Ciudad de México.

RESUMEN

El trastorno por estrés postraumático es un padecimiento ampliamente estudiado en las Fuerzas Armadas Mexicanas. La prevalencia del trastorno no es mayor que en la población en general; sin embargo, este padecimiento y sus características requieren una atención específica que debe incluir a las familias del personal militar.

En este artículo se presentan los estudios más significativos realizados hasta la fecha acerca de este tema y se concluye con las recomendaciones específicas para mejorar la atención de la salud mental del personal militar y sus derechohabientes, con el objetivo específico de fomentar la prevención en salud mental.

Palabras clave: trastorno por estrés postraumático, Fuerzas Armadas Mexicanas, salud mental militar.

Posttraumatic Stress Disorder in the Mexican Armed Forces

ABSTRACT

Posttraumatic Stress Disorder is a disease that has been studied broadly in the Mexican Armed Forces. Prevalence of this disorder is not higher than in the general population, however, this disorder and its characteristics require a specific care addressed to the families of the military.

This revision presents the most significant previous studies developed until today and concludes with specific recommendations in order to improve the mental health care of the military and their families, with the specific goal to promote mental health prevention.

Key words: Posttraumatic Stress Disorder, Mexican Armed Forces, Military Mental Health.

Recibido: 28 de marzo del 2016

Aceptado: 28 de marzo del 2016

Correspondencia

M.M.C. Iván Noé Martínez Salazar
drivanmartinez@icloud.com

ANTECEDENTES

De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-5), la característica esencial del trastorno por estrés postraumático son los síntomas específicos luego de la exposición a uno o más eventos traumáticos.¹ Por lo que se refiere a la población militar mexicana, los casos de trastorno por estrés postraumático se deben, en su mayoría, a la exposición a eventos traumáticos fuera de las actividades militares. En este artículo se revisarán los resultados de los estudios que han detectado militares en el servicio activo que sí tuvieron este trastorno como consecuencia de su participación en actividades militares. En los últimos 20 años las certificaciones médico-legales relacionadas con trastornos por estrés postraumático son, aproximadamente, de cinco casos en total; existen otros trastornos por el síndrome postconcusional y los trastornos de adaptación motivos de certificación más frecuente.

De acuerdo con el DSM-5, en algunos individuos con trastorno por estrés postraumático la presentación clínica se basa en la reexperimentación del miedo, y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento. En otros serían más angustiosos la anhedonia o los estados de ánimo disfóricos y las cogniciones negativas. En otros individuos sobresalen la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. Por último, algunos individuos muestran combinaciones de estos patrones de síntomas.¹

Las características clínicas del trastorno por estrés postraumático son muy específicas y la clave diagnóstica consiste en la presencia o no del antecedente de uno o más eventos traumáticos; sin embargo, aun con un solo evento traumático significativo los síntomas que predominan pueden diferir de la clasificación estricta, por lo que no es adecuado diagnosticar el trastorno

por estrés postraumático y entonces el trastorno corresponde a otro tipo de diagnóstico diferencial, como los mencionados.

Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático es de entre 1 y 14%, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios con individuos de riesgo (por ejemplo, veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia de 3 a 58%.²

La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros tres meses; en otras ocasiones aún pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.¹

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de padecer el trastorno. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático.¹

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados: estos deben tener una naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, susceptible de provocar un malestar permanente en prácticamente cualquier individuo.³ La CIE-10 es la clasificación



que se utiliza en las Fuerzas Armadas Mexicanas como base clínica para la certificación médico-legal de los trastornos mentales y del comportamiento, la base legal corresponde a la Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.⁴

Trastorno por estrés postraumático en las Fuerzas Armadas Mexicanas

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población militar mexicana expuesta a estrés intenso se reportó en tres estudios en el año de 1996,^{5,6,7} que fueron las primeras mediciones registradas en cuanto a escenarios de conflicto armado que correspondieron a 4.3%. En el grupo estudiado, 85.1% de los sujetos expuestos a estrés intenso tuvieron una reacción psicológica con síntomas limitados de estrés postraumático que no condicionaron patología, mientras que 10.4% no cursaron con síntomas relevantes con una reacción de ajuste normal.^{5,6}

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático se asoció con antecedentes de enfermedad mental y tratamiento psiquiátrico previo, en forma estadísticamente significativa.^{5,6} Almanza Muñoz y sus colaboradores, en sus estudios de 1996 a los que se hace referencia, encontraron una prevalencia del trastorno por estrés postraumático de 4.3%, porcentaje con tendencia a la menor prevalencia reportada internacionalmente en poblaciones militares y que es de 3%, frente a la máxima prevalencia reportada de 58 a 78%. En los estudios efectuados el trastorno por estrés postraumático fue más frecuente en sujetos con antecedentes de psicopatología y menor en quienes no intervinieron en operaciones militares.^{5,6}

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en: edad, estado civil, nivel socioeconómico, grado militar, arma, servicio, antigüedad en el ejército, nivel de adiestramiento, tiempo de exposición a situaciones de

conflicto armado, ni con el consumo de alcohol o drogas.^{5,6}

Hernández Daza y Almanza Muñoz, en un estudio prospectivo, descriptivo y correlacional en 43 pacientes (42 hombres y una mujer), provenientes de escenarios de combate, encontraron 17 casos de trastornos neuróticos (39.5%), 7 casos de trastorno por estrés postraumático (16.2%), trastornos psicóticos en 6 casos (13.9%), 5 casos de trastornos de personalidad (11.6%) y finalmente 4 casos de trastornos mentales orgánicos (9.3%) y 4 más de trastornos adaptativos (9.3%). La prevalencia inicial (mayor intensidad del estresor) está encabezada por el trastorno por estrés postraumático, seguido de trastornos neuróticos, psicóticos, de personalidad, etc. El periodo posterior (menor intensidad del estresor) muestra un incremento significativo de la frecuencia de trastornos neuróticos, seguidos de psicosis y trastornos de personalidad. Se encontró una clara correlación entre la exposición a un estrés significativo y el trastorno por estrés postraumático. Mientras la condición socio-familiar pareció no ser un factor de protección en contra de la psicopatología.⁷

Programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto

En el año 2010 se realizó un nuevo trabajo de investigación por Martínez-Salazar y Hernández-Daza,⁸ que consistió en el estudio de 41 militares, hospitalizados en el Hospital Central Militar entre el 1 de agosto de 2010 y el 1 de febrero de 2011, por haber sufrido lesiones en operaciones de alto impacto. Para esa investigación se realizó el diseño del primer esfuerzo específicamente orientado al tratamiento de este tipo de trastorno en las FAM, se estructuró lo que se denominó Programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto, en donde los pacientes hospi-

talizados fueron valorados por medio de una entrevista clínica psiquiátrica y la aplicación de cuatro diferentes instrumentos clinimétricos en las primeras 24 a 72 horas.

Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Mississippi, validada previamente en español y para población militar mexicana en 1996. El propósito de su aplicación es determinar la existencia de casos de trastorno por estrés agudo, que muestren una progresión hacia trastorno por estrés postraumático en sujetos militares, cuando estos hayan sufrido un evento traumático relacionado con sus actividades o misiones militares, a fin de explorar los factores predictivos y las variables asociadas.⁵

El siguiente instrumento consistió en el termómetro de distrés, desarrollado en el contexto clínico de atención a pacientes con cáncer y ha sido aplicado en población militar mexicana demostrando una confiabilidad adecuada en el contexto militar como instrumento de tamizaje para la detección del riesgo potencial de problemas de ansiedad o depresión.⁹

El tercer instrumento consistió en la lista de chequeo de síntomas de 90 preguntas (SCL-90). Es un instrumento de autoevaluación breve, de autorreporte, diseñado para explorar un rango amplio de problemas psicológicos y psicopatología. Es utilizado por psicólogos clínicos y de investigación. Tiene una amplia y demostrada validación. Es aplicable a individuos de más de 13 años de edad con mínimo educación primaria. Se completa en 12 a 15 minutos contestando una escala de 0 a 5.¹⁰

El último instrumento consistió en la Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (ETEPT), la cual fue igualmente validada en población militar mexicana.⁵ Este instrumento clinimétrico es muy útil para identificar la intensidad de los síntomas de trastorno por estrés

postraumático, la calificación de las 17 preguntas va de 0 a máximo 3 de acuerdo con la intensidad y la frecuencia de los síntomas, 18 puntos, son el punto de corte que establece como positivo para trastorno por estrés postraumático.

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 Student¹¹, con un nivel de significancia del 5% (IC 95%) y del universo (n=41), aproximadamente la mitad [41.46%, (17 pacientes)] sí tuvo algún trastorno mental, destacando el trastorno por estrés postraumático [12.19%, (5 pacientes)] y trastorno de adaptación con reacción depresiva prolongada [19.51%, (8 pacientes)]. Utilizando un modelo de regresión lineal,¹¹ se encontró que las variables predictivas estadísticamente significativas, ($p < 0.05$) 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, tampoco persistieron con algún diagnóstico psiquiátrico, por lo que se concluye que el programa establecido cumplió los objetivos planteados.

Las características de las intervenciones realizadas durante operaciones de alto impacto se basaron en cuatro aspectos fundamentales: 1) sesiones grupales de "debriefing" durante la hospitalización,^{12,13,14} en las que los militares podían externar sus pensamientos y emociones, recibir apoyo psicoemocional y fomentar el espíritu de cuerpo, así como la clarificación de aspectos médico-legales relacionados con su situación. 2) Sesiones individuales de psicoterapia cognitivo-conductual, basando esta intervención en 10 temas específicos para el manejo de la angustia,¹⁵ que fueron: conozca la angustia, comprométase, aprenda a relajarse, transforme su manera de pensar, reaccione de manera diferente, acepte



la incertidumbre, administre su tiempo, comuníquese de manera asertiva, enfrente sus angustias, conozca su tratamiento. 3) Psicoeducación es la intervención que realiza el profesional de salud mental para orientar a los familiares, respecto a la conducta del paciente, sobre qué pueden esperar en cuanto a su estado de ánimo. Así mismo, que su propio estado afectivo puede ayudar o beneficiar a la recuperación emocional del herido, detectando si el familiar tiene síntomas de alguna patología mental aguda o crónica por medio de esta intervención. Con base en lo anterior se inicia el tratamiento indicado para el familiar, que puede ser psicoterapéutico siguiendo el modelo de terapia cognitivo conductual o farmacológico en caso necesario.¹⁶ 4) Tratamiento psicofarmacológico, el cual fue indicado de acuerdo a las condiciones clínicas presentadas en cada paciente, siguiendo las guías de práctica clínica de la sección de Psiquiatría del Hospital Central Militar.⁸ En la población estudiada los psicofármacos más prescritos fueron los antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina).

DISCUSIÓN

Algo que ha sido descrito no sólo en México, sino también en otros países, es que cuando se aplican pruebas psicológicas a los pacientes tratan de manipularlas o mienten, para no tener consecuencias adversas en el aspecto laboral; por lo tanto, el primer paso que el profesional de salud mental debe realizar es clarificar los objetivos de cualquier evaluación. En el caso del programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto, todos fueron heridos de forma moderada a grave. Por ello fueron trasladados al tercer nivel de atención del servicio de sanidad, es decir al Hospital Central Militar. Su condición médica favoreció que los pacientes en su totalidad aceptaran participar en el programa, incluso, al observar los beneficios del mismo se mostraban

más cooperadores y manifestaron algo de suma importancia, que si bien ellos habían sido heridos sabían de muchos de sus compañeros que a su consideración, no se encontraban mental o emocionalmente bien en sus unidades, pero que efectivamente no manifestaban nada por temor a ser criticados, rechazados o apartados y enviados a valoraciones al escalón superior y que esto afectara su carrera en el servicio activo. La intervención psicoterapéutica más importante referida por los propios pacientes generó su cooperación con las intervenciones y empatía con el personal de salud. Previo a la realización del Programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto y revisando la estadística del departamento de Psiquiatría del Hospital Central Militar del 2007 al 2009,¹⁷ no se encontraron casos de certificación médico-legal, de pacientes con enfermedades mentales secundarias a participación en operaciones de alto impacto. La cifra de certificaciones médico legales por el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático en los últimos 10 años no es mayor de 5 casos; sin embargo, sí existen otro tipo de trastornos, como el síndrome postconcusional, que consiste en la aparición de síntomas emocionales, mentales y conductuales severos posteriores a un traumatismo craneoencefálico grave y los trastornos de adaptación en los cuales los síntomas, en su mayoría, corresponden a depresivos, secundarios a cambios biográficos significativos en la persona como: dolor, limitaciones físicas e incluso el retiro del servicio activo. Estos trastornos son frecuentemente motivo de valoración y certificación en el servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar.

Según 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, se encuentran los trastornos

neuróticos, trastornos secundarios a situaciones estresantes y trastornos somatomorfos severos y rebeldes al tratamiento. El trastorno por estrés postraumático, por sus características, es motivo de certificación de incapacidad en segunda categoría para el servicio activo de las armas, al igual que los trastornos adaptativos. Por otra parte, el síndrome postconcusional por su severidad, alcanza la certificación con incapacidad en primera categoría para el servicio activo de las armas.⁴

El trastorno por estrés postraumático tiene una prevalencia que va de 1 a 14% en población general y en el estudio realizado por Almanza y colaboradores en la búsqueda de prevalencia del trastorno por estrés postraumático en el Ejército Mexicano, se encontró que en un grupo de 364 sujetos, 277 reportaron exposición específica a enfrentamientos y factores relacionados, encontrándose 12 casos, por lo que la prevalencia fue de 4.3%.⁵ En contraste, en el estudio de Martínez-Salazar y Hernández-Daza en 41 pacientes heridos después de haber estado expuestos a enfrentamiento y factores relacionados, se encontró una prevalencia de 12.19% (5 pacientes), similar a lo esperado en la población general.⁸

En la bibliografía se reporta que lo esperado en poblaciones de riesgo y en particular las que han estado expuestas a situaciones de combate es de aproximadamente 3 a 58%.⁵ En el estudio de Martínez-Salazar y Hernández-Daza se puede observar un aumento en la prevalencia en la población de militares mexicanos comparada con los resultados mencionados. En la muestra de militares del Programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto, todos tuvieron lesiones y en el estudio de 1996 no se refiere que alguno tuviera este tipo de padecimiento, lo cual explicaría el aumento de la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población militar, aun cuando en general la prevalencia continúa siendo baja.

Un contraste importante de señalar entre los estudios de 1996 y el del año 2010, es que en los primeros se concluyó que la asistencia a eventos previos de exposición a operaciones de alto impacto fue un factor protector para no desarrollar patología mental. Durante el Programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto se encontró que de la muestra obtenida (n=41), 25 pacientes (60.97%) habían estado expuestos previamente a situaciones de operaciones de alto impacto y de estos la mitad (48%) presentó algún tipo de trastorno mental. Al parecer esto puede explicarse con el hecho de que el tipo de enfrentamientos en la población del 2010, y de acuerdo con la percepción social por parte la población mexicana en general, fueron más violentos los acontecimientos sucedidos en esa época en comparación con la población de 1996 y a que la muestra del Programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto estuvo compuesta en su totalidad por pacientes que sufrieron lesiones graves y la muestra de 1996 no se refiere a padecimientos médicos de ese tipo.

Un hallazgo importante del estudio de Martínez-Salazar y Hernández-Daza es que el trastorno más frecuente fue el de adaptación con reacción depresiva prolongada (8 pacientes, 19.5%). Se puede inferir que los síntomas afectivos son secundarios a las limitaciones físicas provocadas por las lesiones, así como también a los cambios laborales (retiro) que en algunos pacientes fueron necesarios por el tipo de lesiones.⁸

En la bibliografía mundial está descrito que los padecimientos más frecuentes en este tipo de poblaciones son los del espectro afectivo, como la ansiedad o depresión.^{1,2} En el caso del Programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto, la población efectivamente tuvo síntomas depresivos, que se atendieron con psicoterapia cognitivo-



conductual, sin necesidad de psicofármacos por tiempos prolongados; al año ninguno de los pacientes persistió con este síntoma.

Una de las conclusiones más importantes del Programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto es que la evaluación temprana en las primeras 72 horas posteriores al evento traumático, por medio de instrumentos adecuadamente validados en la población militar mexicana, permite prevenir la evolución de padecimientos como el trastorno por estrés postraumático y un mejor manejo de padecimientos del estado de ánimo. Sin embargo, la aplicación de estos instrumentos requiere recursos humanos que, desafortunadamente, resultan insuficientes en la actualidad para realizar una tarea de prevención en salud mental a nivel nacional. Lo ideal no es solo realizar estas mediciones después de la exposición a eventos traumáticos, sino antes, durante y después de la realización de actividades militares de riesgo. Enseguida se presentarán algunos de los proyectos que actualmente están en marcha.

Perspectivas y recomendaciones

Se está en la búsqueda de diversas 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. Así, los egresados de este curso podrán ser asignados a los escalones del primer nivel de atención en donde junto con los otros profesionales de sanidad militar podrán atender a la población militar y sus derechohabientes. También podrá realizarse un mejor reclutamiento y selección del personal que ingresa al Instituto Armado, hacer valoraciones en cada unidad del estado de salud mental del personal individual y grupal antes, durante y después de participar en las distintas actividades militares. Realizar psicoeducación con las familias y coadyuvar a mejorar la dinámica de la familia del personal.

Otro proyecto de investigación que se está realizando en la sección de Psiquiatría del Hospital Central Militar, es una aplicación digital móvil en la que el propio militar será quien se “monitoree”. Por medio de este instrumento digital se realizará una amplia tarea de psicoeducación a los militares y sus derechohabientes. Este proyecto tiene como objetivo subsanar la falta de recursos humanos en salud mental a nivel nacional.

Una evolución natural del Programa de atención médico-psicológica para pacientes heridos en operaciones de alto impacto desde el año 2010 es la elaboración actualizada, por parte de la Dirección General de Sanidad, de directivas específicas en salud mental, como la directiva de prevención y tratamiento del trastorno por estrés postraumático, o la directiva de prevención del suicidio. También se organizarán eventos académicos relacionados con el fomento de la capacitación de todo el personal de sanidad militar a nivel nacional. Es necesario reconocer que aún se tiene mucho por hacer con la intención de detectar y prevenir la aparición de enfermedades mentales desde el primer nivel de atención. Una recomendación final específica será favorecer y aumentar las horas de educación en salud mental en todos los planteles del sistema educativo militar y, en específico, los relacionados con la sanidad militar con el propósito concreto de realizar “prevención en salud mental”.

REFERENCIAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. 5ª ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders TR. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Médica Panamericana, 2007;119-124.

4. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación 27-01-2015. [Consultado en 2016, enero 10]. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/84_270115.pdf
5. Almanza Muñoz JJ, Páez Agraz F, Hernández Daza M, Barajas Aréchiga G, Nicolini Sánchez H. Traducción, confiabilidad y validez concurrente de dos escalas del trastorno por estrés postraumático. *Salud Ment* 1996;3:2-4
6. Almanza Muñoz JJ, Páez Agraz F, Hernández Daza M, Barajas Aréchiga G, Altamirano Morales S. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en el Ejército Mexicano. *Rev Sanid Milit Mex* 1996;50(3):81-86.
7. Hernández Daza M, Almanza Muñoz JJ. Trastornos mentales por exposición a estrés intenso, en el Hospital Central Militar. *Rev Sanid Milit Méx* 1996;50(3):87-92.
8. Martínez Salazar IN, Hernández Daza M. Programa de Atención Médico Psicológica para Pacientes Heridos en Operaciones de Alto Impacto. Tesis. Escuela Militar de Graduados de Sanidad 2013.
9. Almanza Muñoz JJ, Rosario Juárez I, Pérez S. Traducción, adaptación, validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Milit Mex* 2008; 62(5):209-217.
10. Robles Sánchez JI, Andreu Rodríguez JM, Peña Fernández MA, SCL-90-R, Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica, legal y forense* 2002;(1): 5-19. Disponible en <http://www.masterforense.com/pdf/2002/2002art1.pdf>
11. SPSS Inc. Released 2009. PASWStatistics for Windows 18.0 Chicago: SPSS Inc.
12. Vera Poseck B, Debriefing, una revisión acerca de la polémica actual. *Cuadernos de crisis* 2004;3(2): 7-26.
13. Meredith LS, Eisenman DP, Green BL, Basurto-Davila R, Cassells A, Tobin J. System Factors alter the recognition and management of posttraumatic stress disorder by primary care clinicians. *Medical Care* 2009; 47:(6) 686-94.
14. Bisson J, Brayna M, Ochberg FM, Everly Jr GS. Early Psychosocial Intervention following traumatic events. *American J Psychiatry* 2007; 164: 1016-1019. Disponible en http://www.washington.edu/news/archive/relatedcontent/2007/July/rc_parentID35320_thisID35337.pdf
15. Gyoerkow K, Wiegartz P. 10 soluciones para vencer la angustia. *Cómo calmar tu mente, relajar tu cuerpo y recuperar tu vida*. 1ª ed. México: Lectorum, 2009.
16. Rascón Gasca ML, Hernández Durán V, Casanova Rodas L, Alcántara Chabelas H, Sampedro Santos A. Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México 2011. [Consultado en 2016, enero 10]. Disponible en http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psico-sociales/archivos/guias/guia_psicoeducativa.pdf
17. Hernández-Vieyra O. Estudio Bioestadístico de los Trastornos Psiquiátricos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar de enero de 2007 a junio de 2009. Tesis. Escuela Militar de Graduados de Sanidad, 2010.
18. Peregrino Perea A. Prevalencia de Trastorno por estrés agudo en población clínica del Hospital Central Militar. Tesis. Escuela Militar de Graduados de Sanidad, 2009.
19. Medina- Mora ME, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J. y Cols. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública Mex* 2005;(47):8-22.
20. Moreno Puebla RA, Menéndez López JR, Turró Marmol C. Factores psicosociales y estrés en el medio militar. *Rev. Cubana Med. Milit* 2001;30(3):183-9.
21. Almanza Muñoz JJ, Páez Agraz F, Hernández Daza M. Trastornos de personalidad y rasgos de temperamento y carácter en militares con y sin trastorno por estrés postraumático. *Rev. Sanidad Milit. Mex* 2005;59(4):208-212.
22. Kinder LS, Bradley KA, Wayne K, Ludman E, Mary B, Bryson CL. Depression, Posttraumatic stress disorder and Mortality. *Psychosomatic Medicine* 2008;(70):20-26
23. Zohar J, Juven-Wetzler A, Myers V, Fostick L. Posttraumatic Stress disorder: Facts and fiction. *Curr Opin Psychiatry* 2008;(21):74-7.
24. Ahmed A. Posttraumatic Stress disorder, Resiliencie and Vulnerability. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007;(13):369-375. Disponible en <http://apt.rcpsych.org/content/aptrcpsych/13/5/369.full.pdf>
25. Crumlish N, O'Rourke K. A systematic review for treatments of Posttraumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *Journal of Nervous and Mental Disease* April 2010;198(4):237-251.