

Resumen Extendido

Desorden de Estrés Postraumático en Pacientes de una Clínica de Ansiedad en Puerto Rico

Posttraumatic Stress Disorder among Patients at an Anxiety Clinic in Puerto Rico

Marie Torres-Valentín ^{1*}, Karen G. Martínez-González ², & Alfonso Martínez-Taboas ³

- 1 University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0002-7254-6489>
- 2 University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0001-7011-2751>
- 3 Interamerican University of Puerto Rico, Metropolitan Campus, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0001-8331-0423>

* Correspondence: mtorresv1@gmail.com

Recibido: 7 abril 2021 | Aceptado: 18 abril 2021 | Publicado: 29 julio 2021

WWW.REVISTACARIBENADEPSICOLOGIA.COM

Citar la versión original:

Torres-Valentín, M., Martínez-González, K. G., & Martínez-Taboas, A. (2021). Posttraumatic Stress Disorder among patients at an anxiety clinic in Puerto Rico. *Revista Caribeña de Psicología*, 5, e5527.
<https://doi.org/10.37226/rcp.v5i1.5527>

INTRODUCCIÓN

Puerto Rico experimentó recientemente dos eventos de alta magnitud: el Huracán María en el año 2017, y los terremotos del año 2020, afectando a muchas personas que viven en la isla. Otros eventos altamente estresantes y potencialmente traumáticos (EPT), como la actual pandemia del coronavirus, y los que ocurren al azar en la vida de los seres humanos, son una amenaza inminente al balance psicológico, especialmente para aquellos que están recibiendo tratamiento de salud mental.

El desorden de estrés postraumático (TEPT) es un desorden mental debilitante y un problema de salud mental (Ishimura et al., 2015; Bovin et al., 2015). La prevalencia de vida de este desorden está entre 3.5 a 9.2% en personas expuestas a un EPT. El TEPT puede ser crónico en tanto como el 42% de las personas que desarrollan la enfermedad (Spinhoven et al., 2014; Kilpatrick et al., 2017). Aunque la literatura sobre trauma establece que la mayoría de las personas son

resilientes (que pueden enfrentar la adversidad con síntomas mínimos), un número significativo presenta síntomas a largo plazo y no pueden recuperarse (Magruder et al., 2017). La gente con TEPT son más propensos a tener comorbilidades con otros desórdenes mentales. Se han encontrado niveles altos de ansiedad (39 to 97%) y depresión (21 to 94%) en personas con TEPT (Ginzburg et al., 2010; Bovin, et al., 2015). Los desórdenes relacionados con sustancias también son comunes (Souto de Castro Longo et al., 2020).

El TEPT también se asocia con enfermedades físicas como diabetes, obesidad, angina, hipertensión, gastritis y artritis (Chang et al., 2017; Kitsmiller, 2017; Gabalawy et al., 2018). En Puerto Rico, el TEPT se ha estudiado con estudiantes universitarios (Bahamonde, 2006), pacientes que reciben servicios en clínicas de cuidado primario (Vera et al., 2012), y en cuidadores adultos varones del Registro Neonatal de Gemelos (Overstreet et al., 2016). Luego del huracán María, estudios en TEPT se centraron en estudiantes

de edad escolar (Orengo-Aguayo et al., 2019), y adultos que residían en Puerto Rico durante el huracán María (Scaramutti et al., 2019). En estos estudios, los niveles de TEPT fluctuaron entre 6.7%-43.6%. Al momento, no hay datos recientes publicados sobre TEPT y sus problemas asociados en individuos que buscan tratamiento en clínicas especializadas de salud mental en Puerto Rico.

Desarrollamos este estudio de investigación por la alta prevalencia de estrés postraumático, reportado en estudios previamente realizados con puertorriqueños y la falta de datos recientes sobre las características de pacientes de clínicas basadas en evidencia. Este estudio tiene dos objetivos: 1) Determinar el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con un diagnóstico preliminar de TEPT del Centro de Estudio y Tratamiento para el Miedo y la Ansiedad (CETMA), una clínica que provee tratamiento basado en evidencia para desórdenes de ansiedad, 2). Segundo, evaluamos asociaciones con variables clínicas y sociodemográficas, en términos de la presencia o ausencia de un diagnóstico de TEPT.

MÉTODO

Diseño del Estudio

Este estudio de investigación tiene un diseño descriptivo. Fue un análisis secundario de una base de datos de pacientes, desarrollada originalmente para el siguiente estudio: Describiendo ataques de nervios en pacientes en la Clínica de Ansiedad CETMA (Número de aprobación de IRB: #A3910119). El estudio original evaluó la presentación clínica, comorbilidades asociadas y características sociodemográficas de pacientes con ataques de nervios. También se evaluó y validó un instrumento de cernimiento para puertorriqueños (Subervi et al., 2020). El IRB aprobó la planilla de recolección de datos, los análisis de datos, y la evaluación de diagnósticos clínicos, para el estudio original y estudios subsiguientes.

CETMA es una clínica especializada interdisciplinaria, fundada en el año 2012 y afiliada al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico (RCM-UPR). Provee tratamiento culturalmente adaptado, basado en evidencia para desórdenes de ansiedad y relacionados con trauma, incluyendo Exposición Prolongada (EP) para el tratamiento de TEPT. El centro también provee servicios psiquiátricos, por

una alianza con la Clínica de Psiquiatría, afiliada a RCM-UPR.

Los pacientes pueden recibir servicios en CETMA si tienen 18 años de edad o más, si pueden proveer consentimiento informado en la evaluación inicial, y si su diagnóstico principal es un desorden de ansiedad o TEPT. Para recibir servicios, los pacientes no deben tener un desorden de psicosis o relacionado con sustancias.

Procedimientos

La base de datos contenía características demográficas y clínicas de pacientes de CETMA, basada en la planilla de recopilación de datos, con todos los datos de la entrevista inicial. En esta entrevista inicial se evalúa a los pacientes para detectar trastornos de ansiedad. Estudiantes de medicina, residentes de psiquiatría de RCM-UPR y estudiantes graduados e internos en psicología clínica de Ponce Health Sciences University realizaron las entrevistas iniciales. La directora clínica de CETMA supervisó a estos estudiantes.

Para este estudio, elegimos las siguientes variables demográficas: sexo, edad, grado más alto completado, estatus ocupacional y estado civil. Elegimos también las siguientes variables clínicas: fecha de la entrevista inicial, preguntas de cernimiento para TEPT, comorbilidades, historial psiquiátrico previo, diagnósticos dados en CETMA, resultados del Inventario de Depresión de Beck-II y resumen de alta y/o tratamiento.

Los casos en la base de datos se dividieron en dos grupos: 1) Pacientes con TEPT fueron aquellos que recibieron un diagnóstico preliminar de TEPT en su entrevista de cernimiento inicial (de acuerdo con la versión del Manual Diagnóstico y Estadístico, usado en la entrevista), 2) Pacientes sin TEPT fueron aquellos que no recibieron un diagnóstico preliminar de TEPT en la entrevista inicial, y recibieron un diagnóstico de un desorden de ansiedad.

Instrumentos

Planilla de recolección de datos. Se utilizó una planilla de recolección de datos de quince páginas, que contiene la información sociodemográfica y clínica de cada paciente, recopilada en la entrevista inicial, como ya se explicó. La base de datos

analizada contenía cada reactivo de esta planilla de recolección de datos.

Inventario de depresión de Beck-II, versión en Español (BDI-II). La base de datos también contenía los resultados de varios cuestionarios, administrados en la entrevista inicial de cernimiento. Para este estudio de investigación, analizamos los resultados de la versión en Español de la segunda edición del BDI-II, un inventario de auto reporte de 21 reactivos, ampliamente utilizado para detectar síntomas de depresión en personas de 13-80 años de edad. En términos de propiedades psicométricas, el BDI-II tiene una estructura factorial fuerte, de tres factores, un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.91 e índices de validez y confiabilidad satisfactorios en cada dominio (González-Barrios, et al., 2016).

Análisis Estadísticos

La base de datos se desarrolló en Excel, y los análisis estadísticos se hicieron en STATA SE. Para los valores faltantes, examinamos cuidadosamente en términos cualitativos para completar información faltante. También reemplazamos valores faltantes de variables categóricas con su moda, y con el promedio de cada variable numérica. Este procedimiento se hizo si menos del 25% de los valores eran faltantes. Para la fecha de la entrevista inicial, historial psiquiátrico previo y comorbilidades, añadimos una categoría adicional (no especificado). Los análisis estadísticos incluyeron los siguientes análisis descriptivos: distribuciones de frecuencia y porcentajes para variables sociodemográficas específicas, en términos de toda la muestra, y en términos de pacientes con y sin un diagnóstico de TEPT.

Utilizamos también distribuciones de frecuencia y porcentajes para obtener los desórdenes de ansiedad más diagnosticados en CETMA, y las comorbilidades más comunes para cada grupo. Se computaron promedios y desviaciones estándares para el número de comorbilidades y el número de sesiones en CETMA. También realizamos análisis de chi cuadrado para identificar asociaciones con variables categóricas sociodemográficas y clínicas, en términos de la presencia o ausencia de TEPT. También realizamos análisis de regresión logística para estimar la asociación con historial psiquiátrico previo, y el número de comorbilidades, también en términos de la presencia o ausencia de TEPT.

RESULTADOS

Características Sociodemográficas

Muestra total. La base de datos incluyó 199 casos. Se excluyeron dos casos, uno estaba repetido, y el otro tenía múltiples valores faltantes. Finalmente usamos los datos de 197 pacientes. En la muestra total, 62.9% de los pacientes eran féminas ($n = 124$), mientras que 37.1% eran varones ($n = 73$). La mayoría eran solteros ($n = 107$, 54.3%), y completaron un grado de bachillerato (52.79%). La edad fluctuaba entre 19-76 años (Tabla 1).

Pacientes con TEPT. En la muestra, 17.77% cumplían criterios para TEPT ($n = 35$). Para los pacientes con TEPT, 57.14% eran féminas ($n = 20$), mientras que 42.83% eran varones ($n = 15$). Fluctuaron entre 20-73 años de edad; la mayoría tenía entre 19-30 años. En términos de estado marital, 57.14% de los pacientes con TEPT eran solteros ($n = 20$), y la mayoría completó un grado de bachillerato ($n = 20$, 57.14%). Un resumen de características sociodemográficas para la muestra total y los grupos con y sin TEPT se incluye en la Tabla 1.

Características clínicas

Entrevistas iniciales por año. Las entrevistas iniciales que se incluyeron en esta base de datos se hicieron entre el 17 de julio de 2012 y el 16 de octubre de 2019. Para cada año, la mayoría de los diagnósticos preliminares se hicieron entre el 17 de julio de 2012 y el 16 de octubre de 2019. Para cada año, la mayoría de los diagnósticos preliminares que se hicieron en las entrevistas iniciales fueron sobre desórdenes de ansiedad. En el año 2018 (los huracanes Irma y María ocurrieron el 4 de septiembre y el 20 de septiembre de 2017, respectivamente), hubo un incremento de casos de TEPT, comparado con los tres años previos (Figura 1).

Diagnósticos de desórdenes de ansiedad. Los desórdenes de ansiedad que se diagnosticaron en la entrevista inicial incluyeron todos los desórdenes de ansiedad según el DSM-5. En la base de datos, el desorden de ansiedad generalizada fue el desorden más diagnosticado. Para los pacientes con TEPT, el desorden de ansiedad generalizada fue el segundo desorden más diagnosticado (Figura 2).

Comorbilidades. Para la muestra total, 49.3% de los pacientes tenían más de un desorden psiquiátrico

($n = 97$), fluctuando entre 2-9 desórdenes. Adicional, el 54.3% de los pacientes con TEPT tenían más de un desorden psiquiátrico ($n = 19$), fluctuando entre 2-4 desórdenes mentales (Tabla 2). En el modelo de regresión logística de comorbilidades, encontramos que los pacientes con tres comorbilidades fueron 2.63 veces más propensos a tener un diagnóstico preliminar de TEPT (95%CI .72-9.66, $p = .0145$).

Historial psiquiátrico previo de diagnósticos de DSM-5 y problemas relacionados. En la base de datos, 31.5% de los pacientes no reportó historial psiquiátrico previo de desórdenes mentales ($n = 62$). El 5.6% de los pacientes con TEPT no reportó historial psiquiátrico previo de desórdenes mentales ($n = 11$). En la base de datos, el problema/desorden más común, diagnosticado previamente fue la depresión y los ataques de pánico (Tabla 3). Un análisis de chi cuadrado demostró asociaciones significativas entre los grupos con y sin TEPT y el historial psiquiátrico previo. Al realizar un análisis de regresión logística, se encontró que pacientes con un previo diagnóstico de TEPT, fueron 8.11 veces más propensos a tener un diagnóstico de TEPT, al momento del cernimiento (95%CI: 2.02-32.59, $p = .003$).

Sintomatología depresiva de acuerdo con el Beck-II. La mayoría de los pacientes con y sin TEPT demostraron síntomas mínimos de depresión (Figura 3). El análisis de regresión logística de niveles de depresión en el BDI-II, encontró que los pacientes con depresión severa eran 2.38 veces más propensos a tener un diagnóstico de TEPT (95%CI 0.98-5.75, $p = .054$).

Número total de sesiones. En la base de datos se encontró que los pacientes tenían entre uno y 91 sesiones terapéuticas ($M = 17.57$, $SD = 15.20$). Se encontró también que el 32.5% de todos los pacientes ($n = 64$), y el 28.6% de los pacientes con TEPT ($n = 10$) completaron el protocolo de tratamiento con ganancia terapéutica parcial o completa. El 34.3% ($n = 12$) de los pacientes con TEPT y el 32.3% ($n = 53$) de aquellos sin TEPT discontinuaron el tratamiento por diferentes razones, incluyendo conflictos con el horario de trabajo y el de las citas, y pobre adherencia al tratamiento (Figura 4).

DISCUSION

En esta investigación describimos el perfil socio-demográfico y clínico de pacientes con TEPT de

CETMA, una clínica de ansiedad basada en evidencia en Puerto Rico. En cuanto a las características socio-demográficas, específicamente el género, se encontró que una mayor frecuencia de mujeres tenía un diagnóstico preliminar de TEPT, pero no hubo diferencias significativas en cuanto al género. Esto puede deberse a la falta de poder estadístico, debido al pequeño tamaño de la muestra de pacientes con TEPT.

Cuando analizamos la asociación entre el estado civil y la presencia o no de TEPT, encontramos que los pacientes divorciados tenían mayores probabilidades de tener un diagnóstico preliminar de PTSD. Resultados de estudios epidemiológicos en EE. UU. (Kessler, et al., 1995, Breslau et al., 1998), establecen que haber estado casado previamente (separado, viudo o divorciado) se asocia con un aumento en el riesgo de padecer TEPT (Kilpatrick, et al., 2017).

Para la fecha de las entrevistas iniciales incluidas en la base de datos, encontramos las frecuencias más altas de diagnósticos de TEPT en los años 2014 y 2018. Los huracanes Irma y María ocurrieron el 4 y 20 de septiembre de 2017, respectivamente, con efectos catastróficos en muchas partes de la isla. Al comparar los casos de 2017 y 2018, hubo un aumento de diez casos con TEPT en el año 2018. La base de datos también mostró que en el año 2019 (hasta octubre), cinco pacientes fueron diagnosticados con TEPT.

Aunque el número de casos de TEPT por año es bajo, hubo un aumento en casos diagnosticados después de los huracanes. Los estudios de investigación sobre síntomas de estrés postraumático y TEPT en Puerto Rico muestran una prevalencia entre 6.7% y 43.6 %, la cual es alta en comparación con estudios epidemiológicos en los Estados Unidos. Por lo tanto, los servicios en CETMA están infrautilizados. Los hallazgos destacan la necesidad de campañas educativas hacia los tratamientos disponibles basados en la evidencia y para reducir el estigma de buscar tratamiento de salud mental.

En cuanto a las características clínicas, encontramos que el trastorno de ansiedad generalizada fue el diagnóstico preliminar más común en la base de datos, y también la comorbilidad más común con TEPT. También se administró el Beck-II para detectar síntomas de depresión. Encontramos que el 31.4% de los pacientes con TEPT presentaban síntomas de depresión. Según la literatura, los pacientes con TEPT

presentan comorbilidades con depresión, trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos de ansiedad. No se identificaron comorbilidades con trastornos relacionados con sustancias porque tener este tipo de trastorno es un criterio de exclusión para los servicios en CETMA.

También encontramos que el 25.8% de los pacientes con TEPT presentaban un historial psiquiátrico previo de TEPT. Los pacientes con historial psiquiátrico previo de TEPT también tenían más probabilidades de tener un diagnóstico actual de TEPT. Este hallazgo plantea importantes interrogantes sobre el tipo de tratamiento que estos pacientes recibieron antes de recibir servicios en CETMA. Un historial psiquiátrico previo de TEPT puede también afectar la respuesta al tratamiento actual. El trastorno de estrés postraumático puede tener consecuencias negativas al enfrentarse a exposiciones posteriores, como el riesgo de revictimización y las malas medidas de protección contra traumas posteriores.

La media del número total de sesiones fue de 1 a 15 sesiones. Esto es consistente con la literatura sobre tratamientos manualizados para el TEPT. CETMA aplica un protocolo (validado culturalmente) de 15 sesiones. Sin embargo, las sesiones fluctuaron entre una a 91 sesiones. Los servicios en esta clínica son brindados por estudiantes graduados en psicología y estudiantes de medicina en sus rotaciones; los servicios prestados por profesionales en adiestramiento pueden ser más prolongados. Además, los pacientes de esta base de datos tenían comorbilidades con otros trastornos de ansiedad, lo que puede alargar el número de sesiones.

Para los pacientes con TEPT, más de un tercio de los pacientes informaron ganancias terapéuticas (es decir, objetivos cumplidos de tratamiento, remisión parcial o total) mientras que más de un tercio optó por discontinuar el tratamiento (conflictos de horario, el paciente decidió no continuar con el tratamiento). Aunque la base de datos no proporcionó suficiente información para obtener explicaciones concluyentes, una posible razón podría ser el tipo de tratamiento utilizado (EP). Se requieren investigaciones futuras sobre las razones de los pacientes para la interrupción del tratamiento.

Con esta investigación contribuimos al estudio del trastorno de estrés postraumático en una población

latina que busca tratamiento para desórdenes de ansiedad y TEPT, sin embargo, estos resultados deben evaluarse en el contexto de las siguientes limitaciones. En primer lugar, estos análisis se basan en un diagnóstico preliminar de la entrevista de cernimiento inicial, donde un estudiante y su supervisor clínico evalúan si una persona cumple con los criterios de inclusión de CETMA. En segundo lugar, la base de datos no incluía los resultados de la Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático (CAPS, el estándar de oro para el diagnóstico de TEPT), que se administra en sesiones posteriores. En tercer lugar, algunas asociaciones se basan en un número limitado de observaciones, lo que impide hacer inferencias sólidas a partir de nuestros resultados.

CONCLUSIÓN

En conclusión, este estudio de investigación proporciona datos valiosos de un centro especializado, basado en evidencia, para puertorriqueños y personas de los Estados Unidos en el Caribe. Los resultados destacan la importancia de implementar procedimientos estructurados de detección y recopilación de datos, para un análisis riguroso de las características clave de las personas que buscan tratamiento de salud mental. Estos procedimientos son de suma importancia para establecer campañas informadas de educación, el desarrollo de políticas públicas y la asignación de recursos para una población que recientemente ha experimentado varios eventos potencialmente traumáticos.

REFERENCIAS

- Bahamonde, M. E. (2006). Experiencias traumáticas y sintomatología de trastorno de estrés post traumático en una muestra de estudiantes universitarios. Unpublished doctoral dissertation, Pontificia Universidad Católica, Puerto Rico.
- Bovin, M. J., Wells, S. Y., Rasmussen, A., Hayes, J., & Resick, P. A. (2015). Posttraumatic stress disorder. In P. Emmelkamp & T. Ehring (Eds.), *The Wiley handbook of anxiety disorders* (pp. 457-496). Wiley.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998).
- Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>
- Chen Chang, J., Ming-Fang, A., Li-Sheng S., Yueh, S., Ching, J., & Shoun Lee. (2017). Comorbid diseases as risk factors for incident PTSD in a large community cohort. *Nature Scientific Reports*, 7(41276), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1038/srep41276>

- Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Madan, A., Neer, S. M., Elhai, J., & Beidel, D. C. (2018). Evidence based practice for posttraumatic stress disorder. In D. David, S. J. Lynn & G. H. Mostgomery (Eds.), *Evidence-based psychotherapy* (pp. 157-188). Wiley.
- Gabalawy, R., Blaney, C., Tsai, C., Sumner, J. A., & Pietrzak, R. H. (2018). Physical health conditions associated with full and sub-threshold PTSD in U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Affective Disorders*, 227 (2018), 849-853. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.058>
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123, 249-257.
- González Barrios, P., Morales-Rodríguez, C. M., Lampón, A., González, R., Martínez, K. (2016). Dimensional assessment of anxiety in Puerto Rican patients: evaluating applicability of psychological questionnaires. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 35(3), 134-141.
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394-404. <https://doi.org/10.1037/a0031474>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Kilpatrick, D. G., Badour, C. L., & Resnick, H. S. (2017). Trauma and posttraumatic stress disorder prevalence and sociodemographic characteristics. (2017). In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology* (69-85). American Psychological Association.
- Kimerling, R., Allen, M.C. & Duncan, L.E. (2018). Chromosomes to Social Contexts: Sex and Gender Differences in PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 20 (114), 1-28. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0981-0>
- Kitsmiller, E. (2017). Health behaviors in military veterans with and without PTSD. Unpublished doctoral dissertation. University of Central Florida. Florida, United States.
- Kurz, J. (2015). *Improving utilization of and adherence to treatment for post-traumatic stress disorder among U.S. servicemembers and veterans* [Doctoral dissertation]. Pardee RAND Graduate School in Santa Monica, California. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/rgs_dissertations/RGSD300/RGSD360/RAND_RGSD360.pdf
- Lewis, C., Roberts, N., Gibson, S., Bisson, J. L. (2020). Dropout from psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and metaanalysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1707709), 1-22. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1709709>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 172-215. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J.A. (2018). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *Journal of Counseling*, (2018), 31-38. <https://doi.org/10.1111/bjc.12147>
- Magruder, K.M., McLaughlin, K.A., Elmore, D.L. (2017). Trauma is a public health issue. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375338>
- Orengo-Aguayo, R., Stewart, R. W., de Arellano, M., Suárez-Kindy, J. L., & Young, Y. (2019). Disaster exposure and mental health among Puerto Rican youth after hurricane Maria. *JAMA Network Open*, 2(4), 1-10. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.2619>
- Overstreet, C., Berenz, E. C., Sheerin, C., Amstadter, A. B., Canino, G., & Silberg, J. (2016). Potentially traumatic events, posttraumatic stress disorder, and depression among adults in Puerto Rico. *Frontiers in Psychology*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.1037/tra0000168>
- Scaramutti, C., Salas-Wright, C. P., Vos, S. R., & Schwartz, S. J. (2019). The mental health impact of hurricane Maria on Puerto Ricans in Puerto Rico and Florida. *Disaster Medicine & Public Health Preparedness*, 13(1), 24-27.
- Souto de Castro Longo, M., Pereira Vilete, L. M., Figueira, I., Quintana, M. I., Feijó Mello, M., Bressand, R. A., Mari, J., Silva Ribeiro, W., Baxter, S., Silva Freire, E. (2020). Comorbidity in post-traumatic stress disorder: A population-based study from two largest cities in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 263, 715-721. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.051>
- Spinoven, P., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., Rooji, Mark de, Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1320-1330. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.017>
- Subervi, A., Rodríguez-Arroyo, M., Alvarado, J., Roche-Miranda, M. I., Martínez, K. G. (2020, May 29th). Evaluating ataque de nervios amongst patients at CETMA anxiety clinics. Retrieved from <https://www.researchgate.net/project/Evaluating-Ataque-de-Nervios-amongst-patients-at-CETMA-anxiety-clinics>
- Tarrier, N., Gregg, L. (2004). Suicide risk in civilian PTSD patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 655-661.
- United States Census Bureau. (2019, September). Poverty in Puerto Rico. <https://www.census.gov/library/stories/2019/09/puerto-rico-outmigration-increasespovertydeclines.html#:~:text=The%20poverty%20rate%20in%20Puerto,state%20poverty%20rates%20in%202018>
- United States Census Bureau. (n.d.). Quick facts: Puerto Rico. Retrieved August 17th, 2020, from: <https://www.census.gov/quickfacts/PR>
- Valentine, S. E., Marques, L., Wang, Y., Ahles, E. M., DeSilva, D., & Alegria, M. (2019). Gender differences in exposure to potentially traumatic events and diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder by racial and ethnic group. *General Hospital Psychiatry*, 61, 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.10.008>
- Vera, M., Juarbe, D., Hernandez, N., Oben, A., Perez-Pedrogo, C.,

& Chaplin, W. F. (2012). Probable Posttraumatic Stress Disorder and Psychiatric Co-morbidity among Latino Primary Care Patients in Puerto Rico. *Journal of Depression & Anxiety*, 1(5), 1–

16. <https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000124>

Tabla 1

Variables demográficas para pacientes incluidos en la base de datos.

Característica	Muestra total (N = 197)		TEPT (n = 35)		No TEPT ^a (n = 162)	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Femenino	124	62.9%	20	57.1%	104	64.2%
Masculino	73	37.1%	15	42.8%	58	35.8%
Edad						
19-30 años	82	41.6%	14	40.0%	68	42.0%
31-40 años	51	25.9%	8	22.9%	43	26.5%
41-60 años	51	25.9%	10	28.6%	41	25.3%
61-79 años	13	6.6%	3	8.6%	10	6.2%
Estado marital ^b						
Soltero	107	54.3%	20	57.1%	87	53.7%
Casado/conviviendo	63	32.0%	4	11.4%	59	36.4%
Divorciado	27	13.7%	11	31.4%	16	9.9%
Educación						
Escuela superior o menos	35	17.8%	4	11.4%	31	19.1%
Grado Asociado/técnico	12	6.1%	4	11.4%	8	4.9%
Bachillerato	104	52.7%	20	57.1%	84	51.9%
Grado postgraduado	46	23.4%	7	20.0%	40	24.7%
Estatus ocupacional ^c						
Empleado	129	65.5%	18	51.4%	111	68.5%
Estudiante	33	16.8%	4	11.4%	29	17.9%
Desempleado	28	14.2%	10	28.6%	18	11.1%
Incapacitado	2	1.0%	1	2.9%	1	0.7%
Retirado	5	2.5%	2	5.7%	3	1.9%

Nota. ^a = Pacientes diagnosticados con desórdenes de ansiedad, y no TEPT. ^b ($p = .000$), ^c ($p = .023$).

Tabla 2*Comorbilidades en términos de presencia o ausencia de un diagnóstico de TEPT*

Tipo de comorbilidad	Muestra total		TEPT		No TEPT ^a	
	(N = 197)		(n = 35)		(n = 162)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No especificado	24	12.2%	5	14.3%	19	11.7%
Sin comorbilidad	76	38.6%	11	31.4%	65	40.1%
2 diagnósticos	66	33.5%	9	25.7%	57	35.2%
3-9 diagnósticos	31	15.7%	10	28.6%	21	13.0%

Note. ^a = Pacientes diagnosticados con desórdenes de ansiedad, y no TEPT.

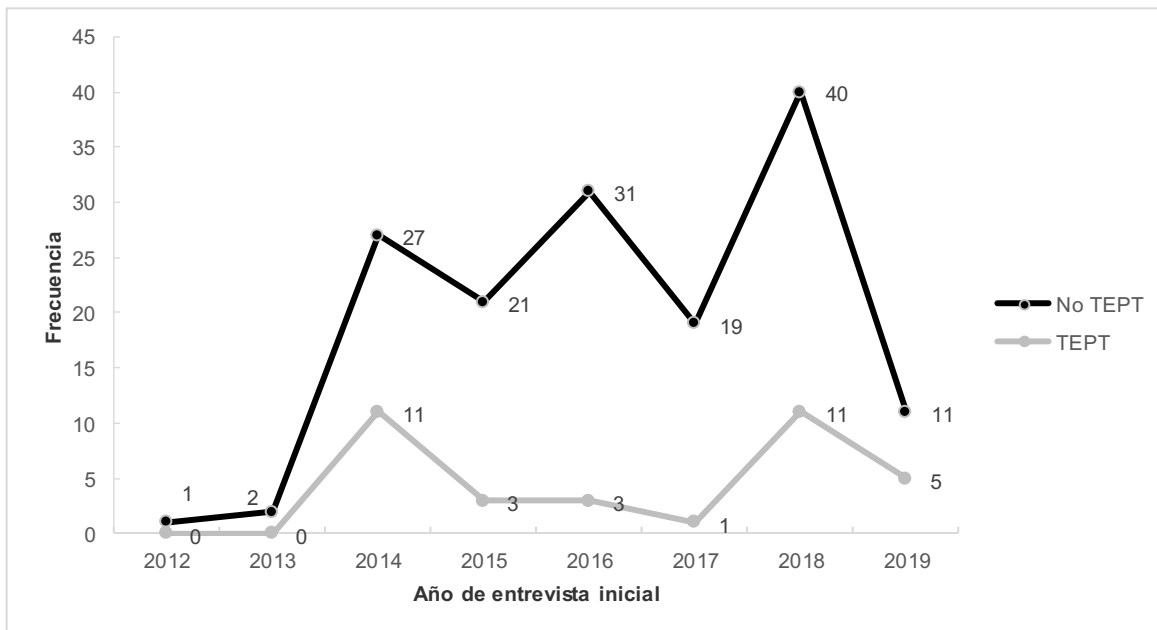
Table 3*Historial psiquiátrico previo de desórdenes mentales (y experiencias asociadas), en términos de presencia o ausencia de TEPT.*

Desorden	Muestra total		TEPT		No TEPT ^a	
	(N = 197)		(n = 35)		(n = 162)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Depresión	30	15.2%	5	14.3%	25	15.4%
Ataques de pánico	26	13.2%	4	11.4%	22	13.6%
Síntomas de ansiedad	24	12.2%	3	8.6%	21	13.0%
OCD	19	9.6%	0	0.0%	19	11.7%
TEPT	10	5.1%	7	20.0%	4	2.5%
ADHD	8	4.1%	0	0.0%	8	4.9%
Intento de suicidio	7	3.6%	2	5.7%	5	3.1%
Abuso sexual/físico	3	1.5%	2	5.7%	1	0.62%
Abuso de sustancias	3	1.5%	0	0.0%	3	1.85%
Desorden de alimentación	2	1.0%	1	2.9%	1	0.62%
Somatización	2	1.0%	0	0.0%	2	1.23%
Ninguno	62	31.5%	11	31.4%	51	31.5%

Note. ^a = Pacientes diagnosticados con desórdenes de ansiedad, y no TEPT.

Figura 1

Entrevistas iniciales de cernimiento por año



Nota. Diez casos en el grupo de pacientes sin TEPT, un caso en el grupo de pacientes con TEPT no contenía datos en esta variable, por tal razón no se incluyeron en la figura.

Figura 2

Desórdenes más diagnosticados, en términos de TEPT

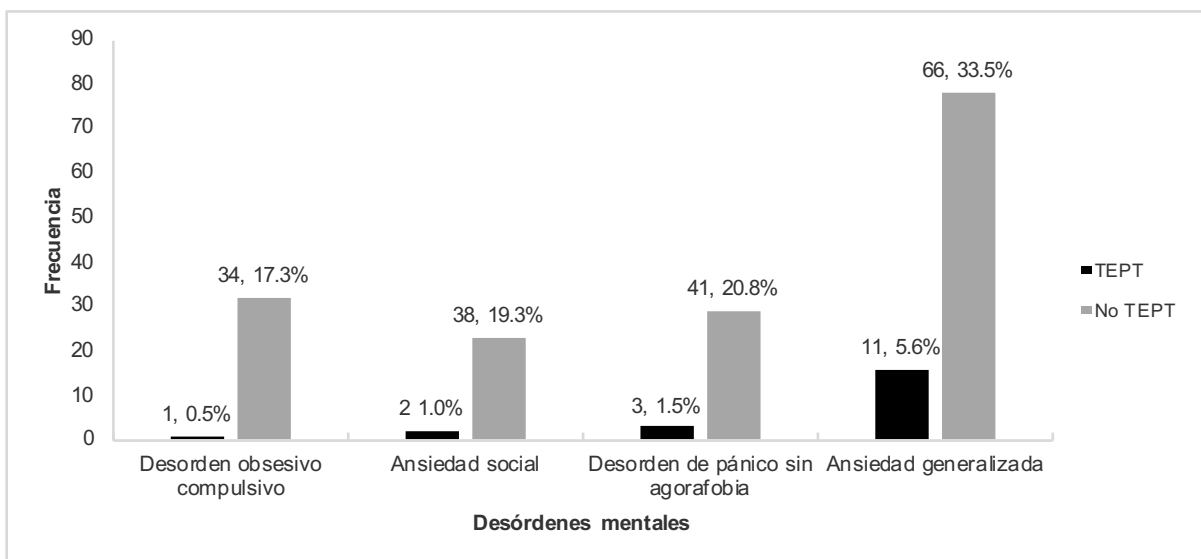


Figure 3

Niveles de BDI-II en pacientes con y sin TEPT en la entrevista inicial

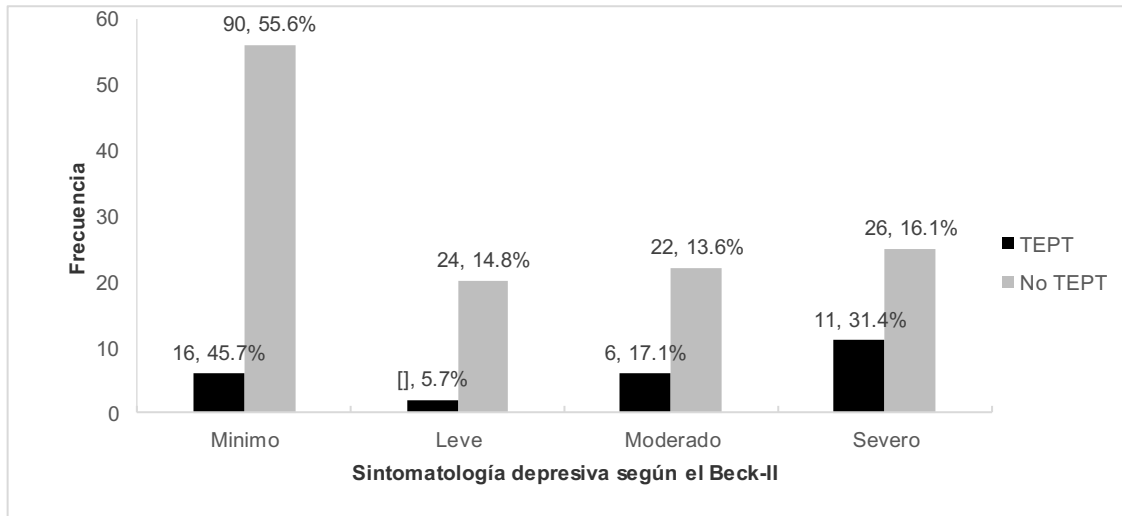


Figure 4

Análisis descriptivo de la razón de alta

