

FACTORES BIOMÉDICOS Y PSICOLÓGICOS PARA TRAUMA EN UN GRUPO DE VETERANOS PUERTORRIQUEÑOS*

BIOMEDICAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS TO SHOCK IN A GROUP OF PUERTO RICAN VETERANS

Recibido: 07 de Julio del 2012 | Aceptado: 13 de Mayo del 2013

Víctor R. **Mercado** Díaz¹, Víctor D. **Molina** De Jesús², Lino A. **Hernández** Pereira³, Héctor L. **Méndez** Fernández⁴
(UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO RECINTO CAYEY, Cayey, Puerto Rico)

RESUMEN

Este estudio buscó, mediante la combinación de información cuantitativa y cualitativa, identificar factores significativos al desarrollo de Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) en 52 veteranos de la Guardia Nacional de Puerto Rico de regreso de combate en Irak y Afganistán. El análisis de factores realizado a las respuestas de los cuestionarios, apoyados con los hallazgos en las entrevistas, identifica tres dimensiones principales de eventos traumáticos significativos. Las experiencias previas de abuso sexual en la niñez y adolescencia, de agresión o amenaza de daño físico, incluyendo el maltrato infantil, y las experiencias de pérdida de seres queridos son factores importantes en la manifestación de síntomas de trauma en los participantes que han tenido experiencias de combate. Las implicaciones de estos hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones para próximos estudios se incluyen en este artículo.

PALABRAS CLAVE: Factores psicológicos, trauma, veteranos de Afganistán, Irak

ABSTRACT

This study searched, using both quantitative and qualitative information; to identify significant factors to the development of PTSD in 52 Puerto Rico National Guard's veterans back from combat in Iraq and Afghanistan. The factorial analysis of the questionnaire's responses shows three main dimensions of significant traumatic events. Previous experiences of sexual abuse in childhood and/or adolescence, physical threat or actual aggression, including physical abuse of children and experiences of loss of loved ones are important factors in the development of trauma symptoms in those participants with combat experience. The implications of these findings, the conclusions and recommendations for further research are included in this paper.

KEY WORDS: Psychological factors, trauma, Afghanistan's veterans, Irak

1.,2.,3., 4. Afiliados al Instituto de investigaciones Interdisciplinarias de la Universidad de Puerto Rico Recinto Cayey, Cayey, Puerto Rico. E-mail 1: donvic5@gmail.com, E-mail 2: molinav19@gmail.com, E-mail 3: linohernandez@hotmail.com, E-mail 4: hector@pratrpu.pr.edu

* Este proyecto ha sido subvencionado por el Instituto FILIUS de Investigaciones sobre Impedimentos y Rehabilitación, Vicepresidencia de Investigación y Tecnología, Universidad de Puerto Rico.

• El presente artículo ha sido recibido, revisado, evaluado y aceptado bajo la dirección editorial de Nelson Varas, PhD.

El Desorden de Ansiedad Post-Traumático, en inglés *Post-traumatic Stress Disorder*, ampliamente conocido por sus siglas en inglés PTSD, es un tipo de desorden de ansiedad severa. También se puede presentar como una constelación de cambios de personalidad y conductas que persiste más de un mes (American Psychiatric Association, 2000). Estos cambios en conducta comienzan luego de que el sujeto haya visto o vivido una experiencia traumática que pueda implicar amenaza de daño físico o incluso amenaza de muerte inminente. Puede sentir en su mundo actual las mismas sensaciones que sufrió durante el trauma sin ser reales. El individuo puede experimentar estados en que se siente como en un sueño real, que su mente, sus emociones y su cuerpo físico pueden llegar a una condición de disociación total. (National Institute of Mental Health, 2012; A.D.A.M. Medical Encyclopedia, 2012; Mayo Clinic, 2011).

El PTSD es un desorden de ansiedad potencialmente debilitante. Puede ocurrir en cualquier edad o sexo, aunque tiene mayor incidencia en el femenino. Se ha observado que la incidencia de este desorden es el doble en las mujeres que en los hombres, aunque los hombres están más expuestos a eventos traumáticos. No se ha encontrado explicación suficiente porque las mujeres son más vulnerables a los diferentes tipos de trauma que los hombres (Christiansen y Elklit, 2008).

Se ha encontrado que el desarrollo del desorden se dispara por la exposición del sujeto a una experiencia traumática. Estas experiencias traumáticas pueden incluir los siguientes eventos o experiencias, identificadas en la literatura: asalto físico o sexual, desde actos lascivos hasta violación sexual, violencia doméstica, maltrato o abuso (físico, sexual o psicológico) en la niñez, estadía en prisión, torturas, secuestros, exposición a desastres naturales, accidentes severos, que pueden incluir accidentes de tránsito, aéreos o

industriales, enfermedades agudas que ponen en riesgo la vida o enfermedades terminales, participación en guerras o combates o ser víctimas civiles de una guerra, actos violentos en público, en el trabajo o en la escuela, muerte súbita e inesperada de familiares o amigos cercanos (Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Foa, Kessler, 2000; Perkonig, Kessler, Storz, Wittchen, 2000; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995; Green, Grace, Lindy, Gleser y Leonard, 1990) y por último, la exposición indirecta al trauma de los profesionales que brindan ayuda a las víctimas y sobrevivientes de las experiencias antes mencionadas (Figley, 2002; Molina, 2007).

El desorden de PTSD se caracteriza por tres síntomas de mayor impacto. El primer síntoma es la re-experimentación de la experiencia (*flashback*), en cualquier momento, sin ninguna relación con la realidad inmediata que se vive en el momento. El segundo síntoma es una necesidad de evitar situaciones que la persona relacione con las experiencias traumáticas vividas u observadas, o que le traigan el recuerdo de las mismas. El tercer síntoma, pero no menos importante, es el “*distress*” o angustia y la incapacidad que le producen al individuo los primeros dos síntomas (American Psychiatric Association, 2000). Personal militar expuesto a experiencias de combate han presentado, frecuentemente, los síntomas de PTSD. De la revisión de literatura se desprende que se han estudiado los factores sociales y emocionales que inciden en el desarrollo del desorden en veteranos de combate (Frueh, Grubaugh, Yeager, Magruder, 2009; Green, Grace, Lindy, Gleser, Leonard, 1990).

Las estadísticas para los veteranos en los Estados Unidos, y sus territorios, muestran una prevalencia del desorden de un 10-30%. En el pasado año solamente, el número de casos en la milicia aumentó un 50%, y esto solo incluye los casos diagnosticados. Estudios estiman que cerca del 6% de todo

el personal militar activo recibe servicios por alguna condición psicológica y uno de cada cinco militares que regresan de Irak y Afganistán tienen PTSD (Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting, & Koffman, 2004). Cerca del 20% de los soldados que han sido movilizados en los últimos 6 años desarrollaron el desorden. Esto representa más de 300,000 soldados. Debemos tomar en consideración que el 17% de las tropas de combate son mujeres; 71% del personal militar femenino ha desarrollado PTSD debido a experiencias de abuso sexual dentro de las tropas (Rubush, 2012). Sólo en el mes de julio de 2012, la cantidad de suicidios en el Ejército se duplicaron, de 12 suicidios informados en junio a 26 en el mes de julio. El Ejército es la única rama de la milicia que informa mensualmente a la prensa el número de suicidios. Los suicidios informados en el mes de julio han sido los más altos desde que el Ejército comenzó a informarlos en el 2009. Para los primeros siete meses del 2012, el Ejército informó 116 suicidios entre sus tropas activas (Associated Press, 2012). En los últimos años la tasa de suicidios aumentó cerca de 80% desde el 2003. El número de suicidios es el más alto en los 30 años de registros médicos del Ejército. Mediante estudios realizados con soldados admitidos por intentos suicidas se han podido identificar factores de riesgo para presentar conducta suicida. Estos estudios han descrito factores asociados a mayor riesgo de suicidio: sexo masculino, bajo rango militar e historial de desórdenes mentales como depresión, desórdenes de ansiedad, estrés postraumático, uso de sustancias y desorden de ajuste. Según los autores el análisis de las tendencias a través de los últimos años sugiere que el 25–50% de los suicidios ocurridos en el 2008 están relacionados a la participación de tropas en combate desde el 2003 (Bachynski, Canham-Chervak, Black, Dada, Millikan y Jones, 2012). El estudio de Mahon, Tobin, Cusack, Kelleher y Malone (2005), resalta los factores de acceso y disponibilidad de medios: armas de fuego y periodos de tiempo que los individuos están

solos en los ambientes de fácil acceso a armas. Los autores intentaron establecer similitudes con otras profesiones que definen como en riesgo, tales como policías u otras agencias de orden público. Los autores enumeran otros factores también encontrados en poblaciones civiles: menor edad, sexo masculino, historial psiquiátrico e intentos anteriores de auto-daño. Ritchie, Kepler y Rothberg (2003), identificaron en su muestra que el 94% de sus sujetos presentaban estado de ánimo depresivo; 67% tenían historial de intentos previos y 49% estaban bajo tratamiento farmacológico al momento de ser admitidos por un intento suicida. Otras características identificadas por los autores incluyen que el 54% eran reclutas de bajo rango y el 69% habían participado en operaciones en el Medio Oriente.

Una de las teorías para estudiar la alta incidencia de conducta suicida en combatientes, cuyo apoyo empírico va en aumento, es la Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio (ITPS por sus siglas en inglés). De los tres componentes que componen la explicación teórica de la conducta suicida: percepción de ser una carga para los demás, sentimiento de pertenencia afectado y la capacidad adquirida para suicidio; es la última de éstas la que muestra una relación más directa con la participación en combate. La teoría propone que experiencias como el combate contribuyen a disminuir el miedo y la aversión al dolor, disminución que hace posible la conducta suicida, pero no estimulan los estados emocionales y cognitivos negativos que impulsan el deseo de suicidarse (Bryan, Cukrowicz, West y Morrow, 2010). Según los autores la intención suicida proviene de la interpretación cognitiva de los eventos y situaciones que dan paso al desarrollo de la percepción de ser una carga para los demás y el daño al sentimiento de pertenencia. Esto implica que aunque la participación en combate aporta a la capacidad adquirida para el suicidio, el desarrollo de la intención

suicida depende de otros factores personales o interpersonales. En un estudio posterior, Bryan y Cukrowicz (2011), exploraron la relación entre diferentes tipos de experiencia de combate y el desarrollo de la capacidad adquirida para el suicidio. La exposición al dolor, al daño físico, muerte y violencia contribuyen a la conducta suicida mediante la habituación al miedo a la muerte y mayor tolerancia al dolor. Los resultados señalan que todas las diferentes experiencias de combate presentadas a los participantes del estudio resultan en niveles más altos de capacidad para suicidio, subrayando la amplitud de experiencias que pueden influir en la salud mental de los combatientes, en especial en el riesgo de cometer suicidio. Estos resultados pueden sugerir que las situaciones sociales, familiares, económicas y el ajuste general a la vida civil influyen en el desarrollo de la percepción de ser una carga para los demás y el daño al sentimiento de pertenencia y aportan, junto a la capacidad adquirida en combate, al desarrollo de conducta suicida.

En un estudio en el que los autores tomaron en cuenta e aislaron las experiencias de los sujetos antes de su participación en combate, se encontró que los veteranos de Vietnam hispanos, en especial los puertorriqueños, presentaban cuadros de síntomas de PTSD más severos y una probabilidad más alta de experimentar PTSD que los veteranos de origen anglosajón. Los autores argumentan que entre los puertorriqueños el reportar síntomas psicológicos es aceptable y hasta deseable, añaden que los puertorriqueños, especialmente los menos aculturados a la sociedad norteamericana son más expresivos en sus respuestas a preguntas relacionadas a salud mental y sugieren que procesos de somatización son formas comunes de expresar estrés psicológico en la sociedad puertorriqueña. Aunque los veteranos hispanos presentan una mayor incidencia de síntomas de PTSD, estos síntomas no parecen causar una disrupción mayor del funcionamiento general. Según los

autores la alta manifestación de PTSD entre los veteranos hispanos, especialmente los puertorriqueños, que participaron en el conflicto en Vietnam, puede ser más un reflejo de estilos culturales de expresión que una psicopatología incapacitante (Ortega y Rosenheck, 2000).

El presente estudio tuvo como objetivo principal identificar elementos predictores para el desarrollo del PTSD en veteranos puertorriqueños. Estos elementos predictores son factores de vulnerabilidad psicológica y condiciones, o eventos asociados, al trauma psicológico que ayudan a identificar el riesgo de desarrollar síntomas de trauma en el futuro.

El propósito de este estudio fue recoger información médica y psicológica en los veteranos puertorriqueños de la Guardia Nacional que provean factores importantes para crear e implementar programas preventivos relacionados a la salud mental y emocional previos al envío a combate y un espacio de transición que le permita al soldado convertirse nuevamente en civil y le ayude a reintegrarse al ambiente familiar luego de haberse expuesto al combate. Este estudio fue subvencionado por el Instituto FILIUS de Investigaciones sobre Impedimentos y Rehabilitación, Vicepresidencia de Investigación y Tecnología, Universidad de Puerto Rico.

MÉTODO

Este estudio se llevó a cabo a partir de un enfoque cuantitativo y cualitativo con un diseño no experimental descriptivo (Hernández, Fernández, Baptista, 2004), auscultando principalmente las experiencias traumáticas de vida, así como los eventos angustiosos experimentados por los participantes del estudio. El procedimiento de recolección de datos se dividió en tres partes, una evaluación grupal y dos entrevistas individuales.

Población

Un total de 52 soldados constituyó el grupo y la muestra se obtuvo por disponibilidad. Los participantes en este estudio fueron abordados en dos localidades distintas: en las oficinas centrales de la Guardia Nacional en el Viejo San Juan y en el Campamento Santiago en Salinas.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para desarrollar este estudio fueron tres: la traducción en español del *Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ)* y del *Distressing Events Questionnaire* desarrollados originalmente por Kubany y otros (2000). Estos fueron traducidos y adaptados por Reyes en el 2004. Además se utilizó un instrumento de cotejo como guía para la entrevista del historial bio-médico.

El Cuestionario de Eventos Traumáticos de Vida (CETV) es un instrumento auto-administrable breve diseñado para evaluar la exposición a una amplia gama de eventos potencialmente traumáticos que pueden suceder durante la vida de un individuo, desde la niñez a la adultez. El instrumento mostró índices adecuados de consistencia y estabilidad, validez de constructo y convergente al compararla con otras medidas de entrevista estructuradas para trauma. Los estudios originales incluyeron muestras con participación de veteranos de Vietnam, mujeres víctimas de violencia doméstica, residentes en programas de abuso de sustancias, y estudiantes universitarios (Kubany, Haynes, Leisen, Owens, Kaplan, Watson, & Burns, 2000a). Este instrumento fue traducido y adaptado para ser utilizado en una muestra de veteranos puertorriqueños hispano-parlantes diagnosticados con PTSD, y una muestra de veteranos sin diagnósticos psiquiátricos provenientes de una Clínica de Cuidado Primario (Primary Care Clinic, PCC) (Reyes-Torres, 2004).

El Cuestionario de Eventos Angustiosos (CEA) es un instrumento auto-administrable breve, diseñado para evaluar el desarrollo del Desorden de Estrés Pos-traumático (PTSD) de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-IV-TR. El instrumento mostró índices adecuados de consistencia, estabilidad y validez en estudios que incluyeron muestras con participación de veteranos de Vietnam, mujeres víctimas de violencia doméstica, residentes en programas de abuso de sustancias, y estudiantes universitarios (Kubany, Leisen, Kaplan, & Kelly, 2000b). Este instrumento fue traducido y adaptado para ser utilizado en una muestra de veteranos puertorriqueños, hispano-parlantes, diagnosticados con PTSD y una muestra de veteranos, sin diagnósticos psiquiátricos, provenientes de una Clínica de Cuidado Primario (Primary Care Clinic, PCC) (Reyes-Torres, 2004).

El instrumento para documentar los Hallazgos en el Expediente Médico se desarrolló a partir de los modelos disponibles del formato de expediente médico utilizado por las Fuerzas Armadas. En éstos se incluyen datos demográficos y clínicos, además de diagnósticos y tratamientos. El instrumento desarrollado recogió información demográfica y bio-médica del expediente y del participante, directamente, durante la entrevista, incluyendo aspectos de experiencias, accidentes, intervenciones quirúrgicas y uso de medicamentos.

RESULTADOS

El grupo de 52 participantes estuvo compuesto en un 80.8% de varones y un 19.2% de féminas. Las edades de los participantes fluctuaron entre 25 y 55 años con un promedio de 39.5 años y una desviación estándar de 7.8. Las edades de los varones fluctuaron entre los 25 y los 55 años con un promedio de 40.2 años y una desviación estándar de 8.3, mientras las edades de las féminas fluctuaron entre 29 y 42 años con un promedio de 36.6 años y una

desviación estándar de 4.2. El 67.3% de los participantes se identificó como casados, mientras que un 17.3% del grupo indicó ser soltero, 9.6% divorciado, 3.8% separado de su pareja y un solo participante reportó estar en una relación consensual para un 1.9%. Entre los varones, un 81.1% del grupo se reportó como casado, mientras que un 60% de las féminas dijo ser soltera, un 30% divorciada y finalmente un 10% casada.

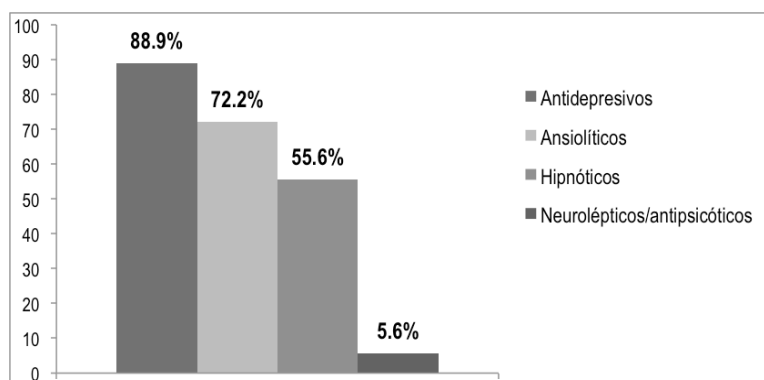
Un 80.4% de los participantes se describió como empleados, mientras que un 19.6% se declaró como desempleado, al momento de la investigación. De aquellos que informaron estar empleados, casi el 70% indicó estar empleado por la Guardia Nacional. En cuanto a preparación académica, el 34.6% del grupo completó el grado de bachillerato, mientras que un

26.9% completó el cuarto año de escuela superior, un 21.2% grado asociado o curso en colegio técnico, un 7.7% posee un grado de maestría mientras que otro 7.7% dijo estar cursando, sin haber completado, estudios universitarios.

Cerca de un 35% de los participantes expresó estar utilizando medicamentos psicoactivos, sin embargo, 57.7% de los participantes dijo utilizar medicamentos para otras condiciones médicas crónicas tales como condiciones vasculares, dolores musculares, diabetes, entre otras. Sin embargo, de los 18 participantes que utilizan medicamentos pertinentes a este estudio, los antidepresivos (88.9%) fueron los que indicaron que utilizaban con mayor frecuencia para el manejo de sus síntomas (véase Figura 1).

FIGURA 1.

Uso de medicamentos psicoactivos por los participantes.



La Tabla 1 recoge algunas de las experiencias traumáticas que presentaron los participantes en su historial. En la que los accidentes de tránsito o automovilísticos ocupan la primera posición con el 32.7% de

los participantes. Sin embargo, al auscultar con los participantes sobre traumas severos de cualquier tipo que hayan experimentado, el 44.2% respondió haber experimentado alguno en algún momento.

TABLA 1.

Experiencias traumáticas por accidentes en el historial médico.

Experiencia	Frecuencia	%
Accidentes de tránsito	17	32.7
Accidentes de avión	1	1.9
Accidentes en botes	1	1.9
Accidentes de motoras	4	7.7

Al explorar traumas relacionados a diversos tipos de agresiones, la Tabla 2 presenta como más frecuentes las experiencias de agresión física en general, ser víctima de

algún acto criminal fuera del círculo familiar, así como también el haber sido testigo de violencia dentro de la familia.

TABLA 2.
Experiencias de agresión y violencia en el historial médico.

Tipo de agresión	Frecuencia	%
Agresión Física	12	23.1
Balazo	0	0
Puñalada	1	1.9
Víctima acto criminal intrafamiliar	1	1.9
Víctima acto violento intrafamiliar	3	5.8
Víctima acto inmoral intrafamiliar	2	3.8
Víctima acto criminal extrafamiliar	13	25.0
Víctima acto violento extrafamiliar	5	9.6
Víctima acto inmoral extrafamiliar	2	3.8
Testigo acto criminal intrafamiliar	2	3.8
Testigo acto violento intrafamiliar	10	19.2
Testigo acto inmoral intrafamiliar	4	7.7
Testigo acto criminal extrafamiliar	4	7.7
Testigo acto violento extrafamiliar	3	5.8
Testigo acto inmoral extrafamiliar	1	1.9

El 44.2% de los participantes han sufrido fracturas óseas en algún momento de sus vidas. Casi el 60% de los participantes han tenido procedimientos quirúrgicos, con mayor frecuencia se mencionó la remoción de cordales, con un 17.3%. El 9.6% han sido intervenidos por hernias, se ha realizado la esterilización o remoción de los órganos reproductores en ambos sexos en un 7.7% y la remoción del apéndice en un 7.7%. Otros de los participantes han tenido intervenciones para remoción de otros órganos como el riñón, parte de los intestinos, corrección maxilofacial, colocación de prótesis por fracturas o para remoción de nódulos cancerosos. En cuanto a cicatrices, cerca de la mitad de los

participantes (48.1%) expresa tener al menos una. Las causas de estas cicatrices son variadas: incluyen caídas y accidentes en la niñez, accidentes de tránsito, fracturas, operaciones y/o por fragmentos de metralla durante el combate.

Por otro lado, la Tabla 3 presenta la frecuencia en que los participantes expresaron haber estado expuestos a varias situaciones peligrosas y las experiencias en combate. La tabla muestra como el 38.5% ha tenido experiencias de combate y de éstos un grupo significativo ha experimentado matar a un enemigo o civil y/o la pérdida de un compañero en acción.

TABLA 3.
Exposición a situaciones peligrosas y experiencias de combate.

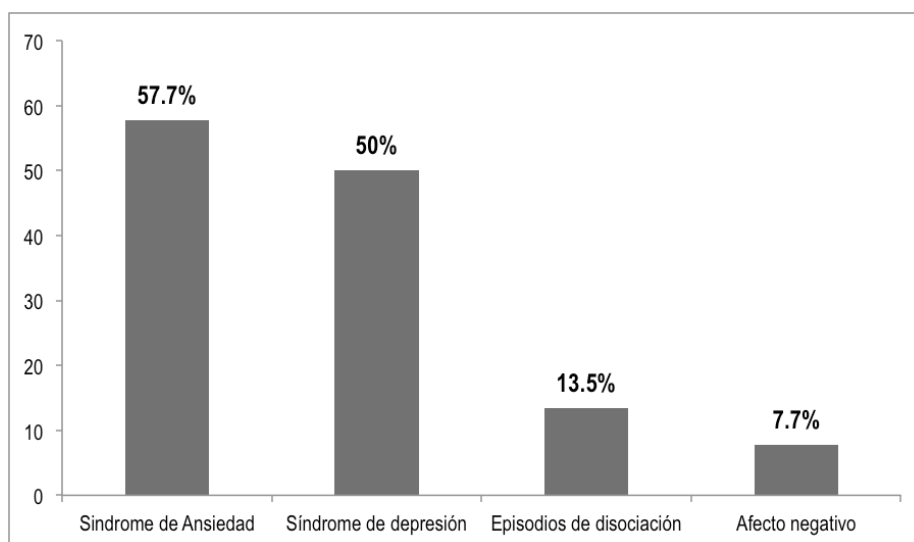
Situación	Frecuencia	%
Exposición directa a fuegos	9	17.3
Exposición directa a explosiones	25	48.1
Exposición directa a combate	20	38.5
Haber matado un enemigo en combate	13	25
Sospecha de haber matado a civil en combate	12	23.1
Ver morir a un compañero en combate	12	23.1

El 9.6% de los participantes ha perdido a su padre o madre en o antes de la pre adolescencia, pero sólo un 3.8% ha sido producto de adopciones múltiples. Cerca de la mitad (48.1%) ha visitado una sala de emergencia; aunque en su mayoría no pueden precisar las fechas de las visitas. Casi un 4% ha recurrido a la sala de emergencia durante ataques de ansiedad o pánico mientras un porcentaje similar lo ha hecho durante episodios de síntomas depresivos y otro 4% ha llegado a sala de emergencia luego de un intento suicida.

La Figura 2 resume algunos de los diagnósticos reflejados en el historial médico de los participantes. Un 7.7% de los participantes ha tenido diagnóstico de cáncer. A ninguno de los participantes le han sido amputadas extremidades ni utilizan prótesis para sustituir miembros, aunque algunos utilizan prótesis internas (placas, tornillos) debido a fracturas. Casi el 25% del grupo presenta cicatrices óseas por fracturas u otros traumas.

FIGURA 2.

Diagnósticos y condiciones psicológicas en el historial de los participantes.



Mientras 46.2% de los participantes reportaron ingerir alcohol, un 3.8% del grupo expresó utilizar o haber utilizado drogas ilegales. Por otro lado, 46.5% de los participantes reportó el uso de tabaco, primordialmente fumado. Sólo un participante expresó utilizar tabaco para mascar.

Al contestar el Cuestionario de Eventos Traumáticos (CETV) los participantes, en general, fueron reservados en sus respuestas y añadían poco en las preguntas abiertas. Los participantes optaron con mayor frecuencia nunca haber experimentado la situación traumática propuesta. Las respuestas nos presentan la importancia que estos eventos ocupan en el

desarrollo del trauma para el individuo y en conjunto, mediante un análisis de factores, podemos identificar la influencia y participación que tienen estos eventos en el desarrollo del trauma.

Mediante el análisis de factores se pudieron identificar aquellos eventos cuya ocurrencia presenta una mayor influencia en el desarrollo de reacciones emocionales de trauma. La existencia de experiencias de abuso sexual en la niñez resulta de los eventos más significativos y que más aportan al desarrollo de trauma según los resultados generales del instrumento, seguido por otras experiencias de amenaza a la vida y seguridad personal y a la pérdida de un ser querido (ver Tabla 4).

TABLA 4.
Análisis de factores del Cuestionario de Eventos Traumáticos.

Evento	Factor	Nivel de asociación
Antes de su 13er cumpleaños: ¿alguien cercano a su edad tocó las partes sexuales de su cuerpo o le hizo tocar las partes sexuales de su cuerpo?	1	.956
Antes de su 13er cumpleaños: ¿alguien (que sea al menos 5 años mayor que usted) tocó o acarició su cuerpo de forma sexual?	1	.928
Luego de su 13er cumpleaños y antes de su 18vo cumpleaños: ¿alguien tocó las partes sexuales de su cuerpo o le hizo tocar las partes sexuales de su cuerpo?	9	.897
¿Alguna vez alguien lo ha amenazado de muerte o de hacerle daño físico serio?	2	.887
¿Alguna vez usted o su pareja romántica ha tenido un aborto natural?	8	.873
¿Alguien le ha acechado (en otras palabras: seguido o mantenido rastro de sus actividades) causando que se sienta intimidado?	1	.863
¿Ha sido asaltado o ha presenciado un asalto en el cual los ladrones utilizaron o le mostraron un arma?	5	.858
Mientras crecía: ¿Fue físicamente castigado en una forma que resultó en moretones, quemaduras, cortaduras o huesos rotos?	7	.853
¿Alguna vez ha visto a un extraño o alguien a quien no conocía bien atacar o golpear a alguien causándole heridas serias?	2	.795
¿Ha experimentado (o visto) algún otro evento donde ha estado amenazada la vida, hubiera lesiones serias o fueron evento	3	.792
¿Ha experimentado la muerte súbita e inesperada de un amigo o ser querido?	3	.791
Mientras crecía: ¿Vio o escuchó violencia familiar?	6	.775
¿Algún ser querido ha sobrevivido alguna vez un accidente, asalto o enfermedad que ha amenazado su vida o deshabilitado?	4	.770
¿Alguna vez ha experimentado un desastre natural?	5	.718
¿Ha sido alguna vez abofeteado, recibido puñetazos, pateado, dado una paliza o de alguna forma herido físicamente por su pareja?	7	.712
¿Ha estado involucrado en un accidente de vehículos de motor por el cual recibió atención médica o alguien quedó seriamente herido?	4	.707
¿Alguna vez ha tenido una enfermedad que ha amenazado su vida?	4	.698
¿Ha estado involucrado en cualquier otro tipo de accidente en el cual usted o alguna otra persona ha sido seriamente lesionada?	3	.650
¿Alguna vez usted o su pareja romántica ha tenido un aborto?	6	.640
¿Alguna vez ha recibido un golpe o una paliza de un extraño o alguien a quien no conocía bien?	6	.586
Luego de su 18vo cumpleaños: ¿alguien tocó las partes sexuales de su cuerpo o le hizo tocar las partes sexuales de su cuerpo?	9	.492
¿Alguna vez ha estado expuesto a guerra o combate?	6	.259

La frecuencia de las respuestas de los participantes en el Cuestionario de Eventos Angustiosos (CEA) que denotaban la ausencia de eventos o efectos, en promedio sobrepasa el 40%, con muchas de las preguntas alcanzando el 50% o más de los participantes. Una pregunta en particular alcanzó el 67.5% de respuesta negativa: el reactivo que explora la incapacidad de recordar elementos del evento, síntoma relacionado a aspectos disociativos de

trauma. Cabe señalar que aunque las respuestas a los reactivos presentan frecuencias bajas en los niveles de ocurrencia y efecto moderados, considerables o severos, estos últimos presentan frecuencias más altas que las opciones de moderado o considerable, lo que puede indicar una parte consistente del grupo presentando un cuadro más pervasivo de síntomas de trauma.

TABLA 5.
Factores extraídos del Cuestionario de Eventos Angustiosos.

Reactivos	Componentes		
	1	2	3
Su vida social en general.	.780*	.483	.238
Su disfrute de tiempo libre o recreación.	.773*	.428	.358
Su habilidad de funcionamiento general.	.771*	.419	.393
¿Sentimientos de distanciamiento o separación de los demás?	.755*	.337	.365
Su nivel de funcionamiento en el trabajo (o escuela) o su habilidad para trabajar (o ir a la escuela).	.742*	.339	.399
En su salud física.	.737*	.343	.285
¿Dificultad para concentrarse?	.667*	.368	.490
¿Problemas para quedar o mantenerse dormido?	.663*	.322	.481
¿Asustadizo o alterado por sonidos o movimientos repentinos?	.603*	.534	.413
¿Pérdida de interés en actividades que habían sido importantes?	.597*	.438	.516
¿Esfuerzo por evitar actividades, personas o lugares que le recuerden el/los evento/s?	.585*	.344	.564
¿Sentir culpa que está relacionada con el/los evento/s?	.334	.763*	.437
Su disfrute de actividades religiosas.	.376	.759*	.203
Sus relaciones con su familia.	.555	.683*	.168
¿Sentir pena, dolor o sentimientos de pérdida?	.251	.683*	.452
Sus relaciones románticas o íntimas.	.600	.677*	.083
¿Sentir coraje que está relacionado con el/los evento/s?	.239	.658*	.524
Su satisfacción en general con la vida.	.638	.651*	.276
Otras áreas importantes (o previamente importantes) de su vida.	.583	.617*	.386
¿Estado de alerta, en vela o "en guardia"?	.478	.606*	.299
¿Sentimientos de entumecimiento emocional?	.519	.599*	.382
¿De repente reviviendo el/los evento/s, memorias pasadas de los eventos, sintiendo o actuando como si estuviese ocurriendo?	.425	.584*	.506
Nivel de angustia (ansiedad, preocupación, tristeza, frustración o pena) que ha experimentado.	.499	.583*	.382
¿Sueños desagradables o pesadillas sobre el/los evento/s?	.416	.579*	.499
¿Irritabilidad o exabruptos de coraje?	.548	.571*	.391
¿Incapaz de recordar alguna parte importante de lo ocurrido?	.154	.154	.776*
¿Esfuerzo por evitar los pensamientos, conversaciones o sentimientos que le recuerden el/los evento/s?	.493	.178	.773*
¿Reacciones físicas cuando le recuerdan el/los eventos?	.317	.429	.701*
¿Angustia o malestar emocional cuando le recuerdan el/los evento/s?	.423	.404	.670*
¿Pensamientos no deseados o imágenes mentales de los eventos sin que ocurriera nada que le recordara el/los evento/s?	.380	.545	.624*
¿Pensamientos de que su futuro será cuartado de alguna manera?	.410	.442	.449*

Los reactivos incluidos en el factor están identificados con asterisco (*).

Al realizar un análisis de factores de los reactivos que representan diferentes signos o síntomas de trauma y su efecto en el individuo se lograron identificar tres factores que los agrupan. Observando los temas o problemáticas abordados por los reactivos se identificó que los tres factores responden a las dimensiones sociales, emocionales y cognitivas del trauma. El primer factor identificado agrupa los reactivos que exploran aspectos de relaciones interpersonales, funcionamiento en roles sociales como trabajo o escuela, interés en actividades recreativas o religiosas y salud personal. El segundo factor incluye los reactivos relacionados a sentimientos de coraje, culpa, angustia, etc. Mientras el último factor agrupa memoria, pensamientos intrusivos y reacciones físicas a los pensamientos y recuerdos. En el caso de los síntomas de trauma la complejidad es evidente y los elementos cognitivos, emocionales y sociales están presentes en todos los reactivos en diferente medida lo que hace la formación de factores más exactos o exclusivos muy difícil. La Tabla 5 presenta los índices y los factores en los que se agrupan los reactivos.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio son cónsonos con la literatura revisada y el conocimiento, que al presente, tenemos sobre el desarrollo de este tipo de trauma. Como objetivo principal del estudio pudieron identificarse ciertas variables pre-existentes como características que hacen al individuo más vulnerable a desarrollar trauma. Estas características principales pertenecen a tres dimensiones generales: 1) experiencias de abuso sexual en la niñez y adolescencia, 2) experiencias de amenaza a la vida y la seguridad, y 3) experiencias de pérdida de seres queridos. Los reactivos relacionados al abuso sexual antes de los 13 años y entre los 13 y los 18 años resultaron los más significativos en el instrumento de Eventos Traumáticos (CETV). Esto subraya la impresión emocional que estas experiencias tienen en

los individuos. Como se ha descrito en la literatura, (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2009; Min, Farkas, Minnes, Singer, 2007) la niñez es el periodo más importante en el desarrollo de un sentido de seguridad y de las herramientas de personalidad necesarias para manejar las situaciones de estrés y ansiedad posteriormente en la vida. Situaciones de abuso sexual y de maltrato físico socavan los cimientos de una personalidad saludable con capacidad de manejar los retos del ambiente y en mayor medida situaciones de trauma en el futuro (Copeland, Keeler, Angold, Costello, 2007; Cohen, Deblinger, Mannarino, Steer, 2004).

La segunda dimensión identificada, experiencias de amenaza a la vida y seguridad, se manifiesta en las preguntas que exploran experiencias de agresión física como asaltos, peleas, o castigo físico en la niñez, además experiencias de acecho o violencia en la pareja son incluidas en esta dimensión. Como ya se mencionó, experiencias de maltrato físico en la niñez tienen un efecto debilitante de la capacidad de manejo de eventos de trauma (Min et al, 2007). Es también conocido que eventos de agresión física en la que estuvo en riesgo la vida o el bienestar físico del individuo dejan una huella importante en el sentido de seguridad y bienestar emocional. Víctimas de asalto y violencia desarrollan una expectativa más negativa acerca de su entorno y de las relaciones con otras personas y pueden desarrollar síntomas conductuales de PTSD más claramente identificables que aquellos que fueron víctimas de abuso o maltrato en la niñez (Rodríguez, Aguiar y García, 2012; Pereda, 2010).

La tercera dimensión incluye aquellos reactivos que exploran las reacciones a la pérdida de seres queridos, sea ésta debido a enfermedades, accidentes o desastres naturales. Además se incluye en esta dimensión el reactivo relacionado a aborto natural no intencional, el cual está situado

como bastante significativo al observar la Tabla 4. Algunos de los aspectos emocionales reconocidos incluyen: la sorpresa o cuan repentina es la pérdida, aspectos de culpa o de asuntos pendientes con el fenecido, incluyendo en ciertos casos la culpa por supervivencia. Esta se refiere al sentimiento que se desarrolla en el sobreviviente que se cuestiona el porqué de su supervivencia ante la pérdida de un ser querido o un compañero. Estos aspectos suelen afectar a los individuos y hacerlos más vulnerables a desarrollar trauma especialmente si no han recibido ayuda ante estas situaciones (Cohen y Mannarino, 1996).

CONCLUSIONES

Como en todo estudio piloto el tamaño de la muestra utilizada resulta un factor limitante para la generalización de los hallazgos con la población estudiada de veteranos de Irak y Afganistán de la Guardia Nacional. Se recomienda, por lo tanto, replicar el estudio incluyendo participación de otras ramas de las fuerzas armadas y ampliando el número de participantes para fortalecer tanto la validez interna como externa del estudio.

Este estudio identificó que las experiencias de abuso sexual en la niñez y pre-adolescencia, las experiencias de amenaza a la vida y seguridad, el maltrato o asalto físico, el aborto natural y la pérdida de seres queridos son los factores más significativos que aportan al desarrollo de PTSD en el grupo de participantes. Estos resultados son cónsonos con los factores de riesgo señalados en diferentes estudios realizados internacionalmente (Ballenger et al., 2000; Perkonig et al., 2000; Kessler et al., 1995).

También se observó que otras experiencias son importantes, aunque en menor medida, en el desarrollo del trauma según las respuestas de los participantes. Las experiencias de violencia familiar y de pareja, experimentar desastres naturales,

accidentes de tránsito u otros tipos, haber sido diagnosticado con una enfermedad que amenazara la vida, haberse realizado un aborto y el abuso sexual en la adultez obtuvieron niveles de asociación más bajos pero su presencia en el historial del individuo pudo tener el efecto de incrementar las posibilidades de desarrollar síntomas de trauma.

El análisis del CEA presentó como factores más significativos aquellos reactivos que auscultan el funcionamiento general y social del individuo. Incluyendo las situaciones que reflejan funcionamiento social en trabajo y/o escuela y aquellos síntomas que pueden afectar ese funcionamiento, tales como: salud física y problemas de concentración. También reflejó la importancia de las relaciones sociales al alcanzar niveles de asociación alto en los reactivos que exploraban sentimientos de distanciamiento social, el disfrute del tiempo libre y las actividades de recreación que normalmente suponen interacción social.

Lo anterior también subraya la importancia de las relaciones interpersonales y el rol de las redes de apoyo social y personal, entendiéndose familia, amigos y pares, en el proceso de protección y recuperación luego de las experiencias traumáticas. Desarrollar y mantener redes de apoyo saludables es identificado como una de las estrategias para evitar que el desorden se desarrolle y como intervención efectiva en los casos en los que los síntomas ya están presentes (Figley, 2002).

Smith, Schnurr y Rosenheck (2005) señalan la correlación que existe entre el desarrollo del PTSD y características sociales como el estatus laboral, especialmente el desempleo. El nivel de desempleo de los participantes alcanzó un 19.6%, el cual sobrepasa el nivel de desempleo de la población general, que se estimó en un 15% por el Departamento del Trabajo de Puerto Rico para marzo del 2012,

periodo en el que se comenzaron las entrevistas del estudio.

Además, se pudo identificar en el análisis del CEA una dimensión que incluye reacciones emocionales de los participantes al trauma. Esta dimensión recoge los reactivos que auscultan culpa, pena, dolor o sentimientos de pérdida, coraje, satisfacción con la vida, estado de alerta, pesadillas, entumecimiento emocional y angustia. Esta última comprende sentimientos de ansiedad, preocupación, tristeza o frustración. La última dimensión extraída del CEA comprende los reactivos relacionados a los recuerdos y pensamientos acerca de los eventos traumáticos, así como las reacciones físicas y emocionales que estos pensamientos generan. También incluye el reactivo que ausculta la incapacidad de recordar algún aspecto del evento.

Estas dos dimensiones, las emociones y los pensamientos que usualmente llevan a ciertos patrones de conducta, son un reflejo de los síntomas de PTSD mayormente tratados utilizando terapia conductual cognitiva (*Cognitive Behavioral Therapy*, CBT). La influencia de estos síntomas subraya la importancia del uso de la CBT como primera opción de tratamiento. La literatura revisada durante este estudio confirma el uso de la CBT como la estrategia más efectiva para el manejo de los síntomas de PTSD integrando la terapia farmacológica (ansiolíticos e hipnóticos) para permitir la recuperación fisiológica post traumática (Quijano, 2012; Kar, 2011). En particular, técnicas cognitivas conductuales como las terapias de exposición y el procesamiento cognitivo poseen un amplio apoyo en la literatura en el manejo del PTSD (Talavera, Martínez-Taboas, Alcalá, 2012). Aunque en la literatura existe evidencia suficiente para el uso de CBT en el manejo del PTSD y existe ya un protocolo de intervención desarrollado por la Guardia Nacional (Boyd, 2008), no surgió evidencia en el historial, ni a través de las entrevistas a los participantes,

de tratamiento psicológico utilizando esta técnica.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos de este estudio subrayan la importancia de identificar aquellas experiencias, que los individuos “traen” en su historial previo y que los hacen más vulnerables a desarrollar PTSD, antes de enviarlos a combate. Identificar estas características implica establecer, a corto y largo plazo, procesos que sirvan de tamizado: 1) durante el proceso de reclutamiento, 2) antes de ser movilizados a acción bélica y en su defecto, 3) durante su tratamiento, después de haber estado en combate. Estas intervenciones deben ser comprensivas en cuanto a incluir un historial psicológico y de condiciones mentales, personales o familiares, que incluya un análisis de las relaciones familiares y sociales.

Por otro lado, es necesario establecer procedimientos de evaluación continua de las tropas antes de ser activadas. Establecer un procedimiento periódico de seguimiento podría ayudar a mantener actualizado el estado social, emocional y cognitivo del soldado al momento de ser activado.

Se pudo identificar, a través de las entrevistas realizadas para explorar información del expediente médico y dinámicas familiares, que es necesaria la re-evaluación periódica de las intervenciones y tratamientos que están recibiendo los veteranos. En muchos casos se observó el uso de tratamientos que parecen no ser los apropiados a la situación de los individuos, que no toman en cuenta las manifestaciones sociales o familiares que pueden subyacer a los síntomas o que no toman en cuenta las consecuencias sociales o familiares a las que pueden dar origen.

Se recomienda desarrollar modelos de intervención interdisciplinarias en las que se evalúen y se tomen en cuenta las diferentes

dimensiones del ser humano: físicas, emocionales, cognitivas y sociales. Es vital la integración de estrategias farmacológicas, psico-sociales y/o recreativas como: Consejería y Psicoterapia Individual, Terapia de Grupo, Terapia de Familia y Terapias Alternativas.

Entre las Terapias Alternativas han evolucionado varias técnicas de concentración mental y emocional (imaginación) y utilización de estimulación sensorial que han demostrado ser eficaces y asistir al proceso de salud integral de los individuos con PTSD. La acupuntura es una de las intervenciones más utilizada. El Departamento de Defensa ha añadido terapias alternativas tales como yoga, Qi gong, Reiki, musicoterapia, terapia asistida por animales, arte y movimiento corporal, masaje terapéutico, realidad virtual, consejería espiritual y meditación trascendental (Shachtman, 2008).

Durante las entrevistas se manifestó la necesidad de los soldados de que se les garantice el flujo de información acerca de la salud y seguridad de los miembros de sus familias y viceversa, durante el periodo de la movilización. Es necesario desarrollar mecanismos que sirvan de apoyo a la familia al momento de la activación del personal, durante el tiempo que el soldado se encuentre movilizado y como preparación para la integración del individuo al núcleo familiar una vez termine su periodo de movilización. Este proceso debe incluir el acceso a grupos de apoyo, redes de información y de ayuda mutua y a servicios clínicos de ser necesarios (Institute of Medicine, 2010; Sayer, Noorbaloochi, Frazier, Carlson, Gravely y Murdoch, 2010).

REFERENCIAS

- A.D.A.M. Medical Encyclopedia. (2012). Post-traumatic Stress Disorder. *Pub Med Health Journal*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001923/>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2009). *Your Child*. Washington DC: Harper Collins Publishers.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed. text revision). Washington, DC; Author.
- Associated Press (2012). U.S. military suicide rate doubles for July. *CBS News*, august 16. Disponible en: http://www.cbsnews.com/8301-201_162-57494963/u.s-military-suicide-rate-doubles-for-july/?tag=contentMain;contentBody
- Bachynski, K.E., Canham-Chervak, M., Black, S.A., Dada, E.O., Millikan, A.M., & Jones, B.H. (2012). Mental health risk factors for suicides in the US Army, 2007–8. *Injury Prevention*, 18, 6, 405-412. Published Online First: 7 March 2012 doi:10.1136/injuryprev-2011-040112
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Foa, E.B., Kessler, R.C., et al. (2000). Consensus Statement on Post-traumatic Stress Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 [suppl 5], 60-66.
- Boyd, J. C. (2008). *VA's response to the needs of returning guard and reserve members*. Sub hearing before the U.S. Senate Committee on Veterans' Affairs. Disponible en: http://veterans.senate.gov/hearings.cfm?action=release.display&release_id=c39d338a-cf9d-46bd-b437-16b201a79e6b
- Bryan, C.J., & Cukrowicz, K.C. (2011). Associations between types of combat violence and the acquired capability for suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41, 2, 126-136.

- Bryan, C.J., Cukrowicz, K.C., West, C.L., & Morrow, C.E. (2010). Combat experience and the acquired capability for suicide. *Journal of Clinical Psychology, 66*, 10, 1044-1056.
- Christiansen, D. M., & Elklit, A. (2008). Risk factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and woman. *Annals of General Psychiatry, 7*:24.
- Cohen J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 393-402.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(1), 42-50.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry, 64*, 5, 577-84.
- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico (2012). Empleo y Desempleo marzo 2012. *Estadísticas*. Página electrónica de la agencia. Disponible en: http://www.dtrh.gobierno.pr/det_estadisticas.asp?cnt_id=116
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology/In Session: Psychotherapy in Practice, 58*, 1433-1441.
- Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Yeager, D. E., & Magruder, K. M. (2009). Delayed-onset post-traumatic stress disorder among war veterans in primary care clinics. *British Journal of Psychiatry, 194*, 6, 515-520.
- Green B. L., Grace, M. C. Lindy, J. D., Gleser, G. C., & Leonard, A. (1990). Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry, 147*, 729-733.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2004). *Metodología de la Investigación*, tercera edición. Mexico: McGraw-Hill.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine, 351*, 13-22.
- Institute of Medicine. (2010). Returning home from Iraq and Afghanistan: Preliminary assessment of readjustment needs for veterans, service members and their families. Washington D.C.: The National Academy Press.
- Kar, N. (2011) Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 7*, 167-181.
- 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.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., & Burns, K. (2000a). Development and preliminary validation of a brief-broad spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ). *Psychological Assessment, 12*, 210-224.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., & Kelly, M. P. (2000b). Validation of a brief measure of Post-traumatic Stress Disorder: The Distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment, 12*, 197-209.
- Mahon, M.J., Tobin, J.P., Cusack, D.A., Kelleher, C., Malone, K.M. (2005). Suicide among regular-duty military personnel: A retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1688-1696.
- Mayo Clinic Staff. (2011). Risk Factors for PTSD. *Mayo Clinic Web site*, August.

- Disponible en <http://www.mayoclinic.com/health/post-traumatic-stress-disorder/DS00246/DSECTION=risk-factors>
- Min, M., Farkas, K., Minnes, S., & Singer, L. T. (2007). Impact of childhood abuse and neglect on substance abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 5, 833–844.
- Molina, V. D. (2007). *Características psicométricas de dos escalas que miden estrés traumático secundario y fatiga por compasión en psicólogos que atienden víctimas de crímenes*. Disertación Doctoral inédita, Universidad Carlos Albizu, San Juan, PR.
- National Institute of Mental Health (2012). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *NIMH web site*. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
- Ortega, A.N., & Rosenheck, R. (2000). Post-traumatic Stress Disorder among Hispanic Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 157, 615-619.
- Pereda Beltrán, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31, 191-201.
- Perkonig, A., Kessler, A.C., Storz, S., & Wittchen, H-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 46-59.
- Quijano, E. (2012, agosto) Fighting military suicides with peer counseling. *CBS News*, august 22. Disponible en: http://www.cbsnews.com/8301-18563_162-57498667/fighting-military-suicides-with-peer-counseling/
- Reyes-Torres, José A. (2004). Spanish translation and preliminary validation of the “Traumatic Life Events Questionnaire” and the “Distressing Events Questionnaire” with two groups of Puerto Rican male veterans. Disertación Doctoral inédita, Universidad Carlos Albizu, San Juan, PR.
- Ritchie, E.C., Keppler, W.C., & Rothberg, J.M. (2003). Suicidal admissions in the United States military. *Military Medicine*, 168, 177-181.
- Rodríguez López, Y., Aguiar Gigato, B.A., & García Álvarez, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Revista Eureka*, 9, 1, 58-68.
- Rubush C. (2010). Did You Know? Fifty-percent of all mental health outpatient have PTSD! *Win over PTSD.com*, June. Disponible en <http://winoverptsd.com/wp/did-you-know-fifty-percent-of-all-outpatient-mental-health-patients-have-ptsd>
- Sayer, N. A., Noorbaloochi, S., Frazier, P., Carlson, K., Gravely, A., & Murdoch, M. (2010). Reintegration problems and treatment interests among Iraq and Afghanistan combat veterans receiving VA medical care. *Psychiatric Services* 61, 589–597.
- Shachtman, N. (2008, marzo). Army’s new PTSD treatments: Yoga, Reiki, ‘Bioenergy’. *Danger Room*, March 25. Disponible en: <http://www.wired.com/dangerroom/2008/03/army-bioenergy/>
- Smith, M. W., Schnurr, P. P., & Rosenheck, R. A. (2005). Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Mental Health Services Research*, 7, 2, 89-101.
- Talavera, J., Martínez-Taboas, A., & Alcalá, A. (2012). Práctica basada en la evidencia para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en adultos. En A. Martínez-Taboas y N. Quintero (Eds.), *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: Una perspectiva hispana*, primera edición (pp.). San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas Inc.