

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES QUE
VIVENCIARON EL TERREMOTO DE PISCO DEL 2007.
CENTRO POBLADO ALTO EL MOLINO. PISCO 2013”**

Tesis para optar el Título Profesional de

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

Bach. Carlos Silva, Mercedes del Cielo

Bach. Tacas Inga, Suzanne Raquel

AYACUCHO- PERÚ

2013

“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES QUE VIVENCIARON EL TERREMOTO DE PISCO DEL 2007. CENTRO POBLADO ALTO EL MOLINO. PISCO 2013”

Carlos Silva, Mercedes del Cielo

Tacas Inga, Suzanne

RESUMEN

El estudio tiene como **objetivo**: Determinar la presencia de estrés postraumático en adolescentes de 13 a 19 años que vivenciaron el terremoto de Pisco 2007, realizado en el Centro Poblado Alto El Molino. Pisco, 2013 Departamento de Ica. **Métodos**: enfoque cuantitativo, diseño retrospectivo, exploratorio y descriptivo; la población fue 147 adolescentes entre 13 y 19 años de edad. La **técnica y recolección de datos** fue la entrevista, el instrumento conformado por el Cuestionario de entrevista clínica estructurada. **Resultados** se encontró un 23.1% (34) de adolescentes con estrés postraumático; respecto a la edad el 60.5% (89) tienen entre 13 y 15 años de edad de quienes el 21.8% (32) presenta estrés postraumático. En relación al sexo, 41.5% (61) son de sexo femenino, quienes el 15.0% (22) presenta estrés postraumático y 58.5% (86) de sexo masculino de los cuales 8.2% (12) presentan estrés postraumático. Del 39.5% (85) de adolescentes que perdieron de a uno o más seres queridos (entre papá, mamá, hermanos (as), etc), presentan estrés postraumático un 12.9% (19). Del 81% (119) de adolescentes que han sufrido lesión física durante el terremoto, el 12.9% (19) tiene estrés postraumático. Del 57.8% (85) adolescentes que refirieron haber recibido algún tipo de tratamiento y/o ayuda después del terremoto el 8.8% (13) presenta estrés postraumático. **Conclusiones**, el estrés postraumático está asociado a la edad, sexo, pérdida de un ser querido y con el tipo de tratamiento y/o ayuda recibido después del terremoto.

PALABRAS CLAVES: Estrés postraumático, adolescentes, terremoto.

"POST-TRAUMATIC STRESS IN ADOLESCENT WHO EXPERIENCED PISCO EARTHQUAKE OF 2007.MILL TOWN CENTER HIGH. PISCO 2013 "

Carlos Silva, Mercedes del cielo.

Tacas Inga, Suzanne

ABSTRACT

The study aims: To determine the presence of PTSD in adolescents 13 to 19 years who experienced the earthquake in Pisco 2007, held in the Town Center Alto El Molino. Pisco, Ica 2013. Methods: A quantitative approach, retrospective design, exploratory and descriptive, the population was 147 adolescents between 13 and 19 years of age. The technique and data collection was the interview, the instrument consists of the structured clinical interview questionnaire. Results found 23.1% (34) of adolescents with PTSD, for age 60.5% (89) were between 13 and 15 years of age whom 21.8% (32) has PTSD. In relation to sex, 41.5% (61) were female, whom 15.0% (22) has PTSD and 58.5% (86) male of which 8.2% (12) had PTSD. 39.5% (85) of adolescents who lost one or more loved ones (including father, mother, brothers (as), etc.), have PTSD 12.9% (19). From 81% (119) of adolescents who have suffered physical injury during the earthquake, 12.9% (19) have PTSD. 57.8% (85) adolescents who reported having received some form of treatment and / or assistance after the earthquake 8.8% (13) has PTSD. Conclusions, posttraumatic stress is associated with age, sex, loss of a loved one and the type of treatment and / or assistance received after the earthquake.

KEY WORDS: Posttraumatic Stress, adolescents, earthquake.

DEDICATORIA

A mis Padres, por demostrarme tanto amor con su apoyo indesmayable, Paciencia y Confianza; Porque de ellos siempre encontré comprensión a tantas ausencias en casa. A mis hermanos por ser ellos mismos. A Deybi y Cecilia por ser mi motivación constante, Y a mis ángeles en el cielo.

Mercedes del Cielo.

DEDICATORIA

A mi madre, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, motivación y su amor. A mi padre, por motivarme a ser perseverante, por su amor y apoyo. A Marcelo y Valkyria por ser el motivo de no decaer y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta Tesis.

¡Gracias a Ustedes!

Suzanne

AGRADECIMIENTO

A nuestra Casa Superior de estudios, la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos acogido todo este tiempo como estudiantes y permitirnos lograr uno de nuestros objetivos: ser profesional.

Así mismo, nuestra inmensa gratitud a toda la plana Docente de la Facultad de Enfermería, por habernos impartido los conocimientos necesarios para desarrollarnos con éxito en nuestra carrera profesional.

A las autoridades del Centro Poblado Alto el Molino, Distrito de Pisco que nos apoyaron en la recolección de datos y a los participantes que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A nuestra asesora. Mg. Enf. María Consuelo Quispe Loayza, por su apoyo decidido y desinteresado para la ejecución de la presente tesis y a todas aquellas personas que de alguna u otra manera nos brindaron su apoyo, para la culminación del presente trabajo.

INDICE

	Pag.
RESUMEN	II
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE	VII
INTRODUCCIÓN	08
CAPITULO II. REVISION DE LA LITERATURA	13
CAPITULO II. MATERIALES Y METODOS.	33
CAPITULO III. RESULTADOS.	37
CAPITULO IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	48
CONCLUSIONES,	62
RECOMENDACIONES,	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS.	71

INTRODUCCIÓN

El planeta entero ha sido testigo de las consecuencias devastadoras de desastres naturales de gran magnitud, como el gran terremoto ocurrido el año 2004, al Sud este Asiático, de 9.0 magnitud en la escala de Richter, varios tsunamis que asolaron las costas de Sri Lanka, Tailandia, Indonesia, la India dejando miles de víctimas fatales, miles de desaparecidos, heridos y daños psicológicos.

A pesar que el número de desastres naturales varía en tiempo y lugar, en las últimas décadas se observa incremento en frecuencia a nivel mundial, producto de los cambios en el medio ambiente, causados por diferentes factores como los modelos de crecimiento económico, las guerras, etc.

Los peruanos tampoco somos ajenos a estos desastres, ocurriendo el terremoto más grande en 1970, donde la Ciudad de Huaraz se destruyó en un 97%, unas 10.000 personas fallecieron; dejando niños en orfandad de quienes se desconoce cómo lograron superar las consecuencias emocionales que padecieron.

Posteriormente en agosto de 2007, se experimentó un sismo de 7.9 grados en la escala de Richter, que azotó las provincias de Pisco, Ica, Chincha, Cañete, Yauyos, Huaytará y Castrovirreyna, el cual fue considerado como uno de los terremotos más violentos ocurridos en el Perú en los últimos años; que dejó 1,500 muertos, casi 2291 heridos, 76,000 viviendas totalmente destruidas e inhabitables; aún son muchos los que siguen viviendo en campamentos, refugios, carpas; sin servicios básicos y en hacinamiento expuestos a severas variaciones del clima, arriesgando en especial la salud de los niños y los adultos mayores.⁽¹⁾

Existen reportes que evidencia las lamentables consecuencias en el orden social y económico; sin embargo, no existen reportes que describan el impacto en el orden psicológico en las personas que sobrevivieron al terremoto⁽²⁾. Respecto a los efectos en la salud mental, señala que no es igual para todos, siendo consideradas como poblaciones de mayor riesgo las mujeres, los niños y adolescentes, los ancianos y las personas de escasos recursos⁽³⁾

Las personas afectadas por un desastre natural de una magnitud mayor de 5 grados tienen alta probabilidad de presentar problemas psicosociales, altos niveles de estrés y el trastorno por estrés postraumático, en vista que estas personas perciben amenazas a su integridad física y a sus bienes materiales.⁽⁴⁾

El trastorno por estrés postraumático (EPT) es un trastorno debilitante que a menudo se presenta después de algún suceso aterrador, las personas que han sobrevivido se sienten con frecuencia paralizados emocionalmente de forma crónica⁽⁵⁾; Asimismo hay presencia de síntomas persistentes tales como:

insomnio, irritabilidad o explosiones de rabia, desconcentración, vigilancia extrema y sensibilidad aumentada sin causa aparente, sorpresa exagerada, sentimientos de culpa, etc.⁽⁶⁾

Así como refiere la OPS/OMS⁽⁷⁾, los efectos de los desastres sobre la salud física suelen ser bastante conocidos, con secuelas a corto, mediano y largo plazo. De igual manera los efectos sobre la salud mental, en situaciones de desastres y emergencias complejas, consiste en el incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo; aumenta en cierta medida la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales. Se estima que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) sufren alguna manifestación psicológica; aunque debe destacarse que no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría debe entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. Asimismo, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren de atención durante un periodo prolongado, cuando tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas.

Es así, que el terremoto del 2007, ocurrido en el Centro Poblado Alto El Molino, los niños de 7 a 9 años que en la actualidad son adolescentes puede que presenten trastorno de estrés postraumático que nos sugirió realizar el presente trabajo de investigación: "ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES QUE VIVENCIARON EL TERREMOTO DE PISCO del 2007. CENTRO POBLADO ALTO EL MOLINO. PISCO, 2013"

Los objetivos propuestos fueron:

Objetivo General:

Determinar la presencia de estrés postraumático en adolescentes de 13 a 19 años que vivenciaron el terremoto de Pisco 2007. Centro Poblado Alto El Molino. Pisco 2013

Objetivos Específicos:

- Identificar la presencia de estrés postraumático en adolescentes que vivenciaron el terremoto de Pisco 2007.
- Relacionar la presencia de estrés postraumático con sexo, intervalo de edad, pérdida de un ser querido, lesiones físicas, tratamiento y/o apoyo recibido.

La hipótesis propuesta fue:

Presentan estrés postraumático los adolescentes de 13 a 19 años que vivenciaron el terremoto de Pisco 2007. Centro Poblado Alto El Molino. Pisco 2013

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, con un diseño retrospectivo, exploratorio y descriptivo, el área geográfica comprende el Centro Poblado Alto el Molino- Pisco, del Departamento de Ica.

La población y la muestra fue de 147 adolescentes entre 13 y 19 años de edad. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento el Cuestionario de la entrevista clínica estructurado para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I).

Los resultados obtenidos según el Paquete Estadístico SPSS Versión 20 determinaron que el 23.1% presenta estrés postraumático y 76.9% no presentan estrés postraumático; respecto al intervalo de edad el 60.5% (89) tienen entre 13 y 15 años de edad de quienes el 21.8% (32) presenta estrés postraumático. En relación al sexo, 41.5% (61) son de sexo femenino de quienes el 15.0% (22) presenta estrés postraumático y 58.5% (86) de sexo masculino de los cuales 8.2% (12) presentan estrés postraumático. Del 39.5% (85) de adolescentes que perdieron de a uno o más seres queridos (entre papá, mamá, hermanos (as), etc), presentan estrés postraumático un 12.9% (19). Del 81% (119) de adolescentes que han sufrido lesión física durante el terremoto, el 12.9% (19) tiene estrés postraumático. Del 57.8% (85) adolescentes que refirieron haber recibido algún tipo de tratamiento y/o ayuda después del terremoto el 8.8% (13) presenta estrés postraumático.

La conclusión a la que llegamos, es que el estrés postraumático está asociado a la edad, sexo, pérdida de un ser querido y con el tipo de tratamiento y/o ayuda recibido después del terremoto.

El presente trabajo de investigación, consta de marco teórico, metodología y métodos, presentación, análisis y discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

REVISION DE LA LITERATURA.

1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

A continuación se presentan sólo trabajos de investigaciones a nivel internacional, al no encontrarse a nivel nacional ni local.

Aysun Dogan en su trabajo titulado: "Reacciones de estrés postraumático y problemas de conducta en adolescentes después del terremoto de Marmara" en Turquía el año 1999, tuvo como objetivos examinar las experiencias después de una catástrofe en adolescentes, los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los problemas de conducta 13 meses después del terremoto. El diseño: Los participantes incluyeron a 695 adolescentes entre 12 y 17 años, que vivían en tres distritos de Izmit a diversas distancias del epicentro (por ejemplo, áreas de impacto alto (HI), medio (MI), y bajo (LI)). Las medidas incluyeron datos demográficos, experiencias de exposición a terremotos, Índice de Reacción de TEPT en Niños e Índice de Problemas de Conducta. Resultados: Las conclusiones revelan que el 76% de los adolescentes refieren niveles de síntomas de TEPT de moderados a muy graves (82% HI, 70% MI, y 70% LI) después del devastador terremoto. Como se esperaba, el grupo HI refirió más síntomas que los miembros de los grupos MI y LI. En general, el 39% de la varianza en los síntomas de TEPT en adolescentes está justificada por el grado de exposición y el género. Los

análisis también indicaron un aumento de la frecuencia de problemas de conducta en los adolescentes después del terremoto⁽⁹⁾.

Canelones, P y otros, en su investigación titulado: "Estrés postraumático y depresión en respuesta a un desastre natural y su influencia sobre algunos parámetros inmunológicos", cuyos objetivos fueron: Investigar la incidencia de Estrés Postraumático (EPT) y Depresión (DEP) en sobrevivientes del Deslave ocurrido el año 1999 en el Estado Vargas, Venezuela; así como modificaciones en su respuesta inmune. Se estudiaron 95 personas (88 mujeres y 7 hombres, edad: $43,3 \pm 12,1$ años), diagnosticando EPT y DEP mediante la aplicación de la Escala Diagnóstica de EPT, diseñada por Foa, E.B. (1993) y el Inventario de Depresión de Beck. Además, se estudió la inmunidad local y la activación de linfocitos, midiendo niveles de Inmunoglobulina A secretora (IgAs) en saliva, y niveles de linfoproliferación frente a los mitógenos PHA, Con A y PWM, mediante técnicas de ELISA y transformación linfoblástica. Cuyos resultados fueron: Se diagnosticaron 44(46%) personas con EPT y 51(53,7%) sin EPT, de estas 11(11,6%) solo tenían EPT y 33(34,7%) tenían EPT+DEP, 16(16,84%) solo tenían DEP y 35(36,8%) eran asintomáticos para estas variables. Se observó mayor incidencia de DEP leve (DEPL) o DEP moderada/severa (DEPM/S) en el grupo con EPT que sin EPT (17,9% vs 10,5% y 16,8% vs 6,3%). Los niveles de IgAs fueron significativamente mayores en personas con EPT+DEP que con solo EPT. Las personas con EPT+DEPM/S mostraron niveles de IgAs y respuestas linfoproliferativas a PHA y ConA mayores que los DEPM/S sin EPT. Las respuestas linfoproliferativas a PWM fueron mayores en personas con EPT+DEPM/S que en aquellas con solo EPT.

Conclusión: El EPT se asoció con mayor DEP conjuntamente con modificaciones inmunológicas⁽⁴⁾.

Leiva-Bianchi, Marcelo, en su trabajo: Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile; teniendo como objetivo según investigaciones previas, después del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010, se esperó un aumento de la prevalencia del estrés postraumático (TEPT). Esta investigación pretendió mostrar la prevalencia del TEPT en la ciudad de Constitución, una de las más afectadas por el terremoto. Se utilizó la escala Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (SPRINT-E), se midió la cantidad de síntomas intensos de TEPT en dos muestras: apoderados de un colegio municipal y personal de la red de atención primaria. Los resultados a los que se llegó, fue: la prevalencia del TEPT en ambos grupos es mayor a lo esperado: 36 % en el grupo de apoderados (en el cual se esperaba un 23 %) y 20 % en el de funcionarios (en el cual se esperaba un 15%). En su conclusión reflexiona respecto del grave problema de salud mental pública presente en esta ciudad en particular y en todas las zonas afectadas en general.⁽¹⁰⁾

Cova, Felix y Rincón, Paulina, en "El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental", realizado en Chile (2010), el objetivo de este trabajo fue realizar una revisión global del estado de la investigación respecto al impacto de los desastres naturales en la salud mental y proponer reflexiones acerca de sus implicaciones para el país. La investigación se focalizó principalmente en la evaluación del incremento de trastornos psicopatológicos

post-desastres y, en particular, en los trastornos de estrés postraumático y depresivos. Se propuso que el impacto de los desastres depende tanto de pérdidas, daños y sentimientos de amenaza que generan sobre las personas y su entorno, como de las consecuencias de largo alcance que tienen para sus vidas, donde variables sociales y políticas son de particular relevancia.⁽¹¹⁾

1.2 BASE TEÓRICA

DESASTRE NATURAL

El término desastre natural hace referencia a las enormes pérdidas materiales y vidas humanas, ocasionadas por eventos o fenómenos naturales como los terremotos, inundaciones, Tsunamis, deslizamientos de tierras, deforestación, contaminación ambiental y otros.

Los fenómenos naturales, como la lluvia, terremotos, huracanes o el viento, se convierten en desastre cuando superan un límite de normalidad, medido generalmente a través de un parámetro. Éste varía dependiendo del tipo de fenómeno, pudiendo ser el Magnitud de Momento Sísmico (M_w), la escala de Richter para movimientos sísmicos, la escala Saphir-Simpson para huracanes, etc.⁽¹²⁾

TERREMOTO

Un terremoto es el movimiento brusco de la Tierra, causado por la brusca liberación de energía acumulada durante un largo tiempo. La corteza de la Tierra está conformada por una docena de placas de aproximadamente 70 km de grosor, cada una con diferentes características físicas y químicas. Estas placas ("tectónicas") se están acomodando en un proceso que lleva millones de

años y han ido dando la forma que hoy conocemos a la superficie de nuestro planeta, originando los continentes y los relieves geográficos en un proceso que está lejos de completarse. Habitualmente estos movimientos son lentos e imperceptibles, pero en algunos casos estas placas chocan entre sí como gigantescos témpanos de tierra sobre un océano de magma presente en las profundidades de la Tierra, impidiendo su desplazamiento. Entonces una placa comienza a desplazarse sobre o bajo la otra originando lentos cambios en la topografía. Pero si el desplazamiento es dificultado comienza a acumularse una energía de tensión que en algún momento se liberará y una de las placas se moverá bruscamente contra la otra rompiéndola y liberándose entonces una cantidad variable de energía que origina el Terremoto.

Las zonas en que las placas ejercen esta fuerza entre ellas se denominan fallas y son, desde luego, los puntos en que con más probabilidad se originen fenómenos sísmicos. Sólo el 10% de los terremotos ocurren alejados de los límites de estas placas.

La actividad subterránea originada por un volcán en proceso de erupción puede originar un fenómeno similar.

Se da en las placas tectónicas de la corteza terrestre. En la superficie, se manifiesta por un movimiento o sacudida del suelo, y puede dañar enormemente las estructuras mal construidas. Los terremotos más poderosos pueden destruir hasta las construcciones mejor diseñadas. Además, pueden provocar desastres secundarios como erupciones volcánicas o tsunamis. Los

terremotos son impredecibles. Son capaces de matar a cientos de miles de personas.⁽¹²⁾

Los desastres naturales pueden afectar significativamente la vida de comunidades y personas. Es decir, alude a eventos peligrosos y repentinos que abruman los recursos psicológicos, físicos y económicos de las personas y comunidades⁽¹³⁾. Aun cuando las consecuencias psicológicas de los desastres son diversas, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es la patología más comúnmente estudiada después de un desastre. Revisiones recientes de trastornos psicopatológicos ligados a desastres señalan que el TEPT sería la consecuencia más observada y probablemente la más incapacitante de los desastres⁽¹¹⁾.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP)

El concepto estrés surge a partir de las investigaciones realizadas por Selye, 1936, citado por Buceta y Bueno, 1995, donde plantea el llamado "síndrome general de adaptación", en el que un individuo en una situación de amenaza pierde el equilibrio y el organismo emite una respuesta con el fin de intentar adaptarse. Selye define este fenómeno como el conjunto de reacciones fisiológicas desencadenadas por cualquier exigencia ejercida sobre el organismo, por la incidencia de cualquier agente nocivo llamado estresor. Por lo tanto, el estrés se puede definir como aquella respuesta tanto física como específica del organismo frente a cualquier demanda o acontecimiento, ante agresores que pueden ser tanto físicos como psicológicos.⁽¹⁴⁾

Define TEP como la percepción y afrontamiento singular de un individuo ante un evento traumático; el TEP se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad; es conocido por sus siglas en inglés como PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) y definido como una reacción emocional intensa ante un evento traumático para la persona. Debido a que este trastorno no se desarrolla en todas las personas, independientemente de la situación traumática a la que se expongan, esta definición es la que se adoptó como guía para desarrollar la presente investigación. ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.

Según el sistema de clasificación DSM-IV, el TEP se caracteriza por presentar tres tipos de patrones sintomatológicos, los cuales son síntomas invasores (como imágenes, pensamientos o pesadillas relacionadas con el hecho traumático), síntomas de evitación (de lugares, personas, conversaciones o medios de información) y síntomas de hiperalerta (como insomnio, irritabilidad o respuesta exagerada a estímulos sensoriales).⁽¹⁵⁾

Signos y diagnóstico:

Para hacer el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático con base en los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se requiere lo siguiente:

1. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se ha presentado lo siguiente:
 - la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

- la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse mediante comportamientos desestructurados o agitados
2. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:
- recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 - sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 - el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks. Los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico
 - malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 - respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

3. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

- esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- mecanismo de disociación psíquica que es una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia que separa el acontecimiento traumático ocurrido de los sentimientos generados por este para sentir como si eso le hubiera pasado a otro
- mecanismo de evitación que puede producir la amnesia total o parcial de un aspecto puntual del acontecimiento traumático
- embotamiento psíquico de la capacidad de respuesta del individuo por el temor, la desesperanza o el horror
- esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- reducción acusada del interés, la participación en actividades significativas y la disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada «anestesia emocional»
- sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- restricción de la vida afectiva y disminución de la capacidad para sentir emociones, especialmente las que hacen referencia a la intimidad,

ternura y sexualidad en aquellos que han sido víctimas de un trauma sexual

- sensación de un futuro desolador, pesimismo

4. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- insomnio de conciliación o de mantenimiento
- irritabilidad o ataques de ira
- dificultades para concentrarse
- hipervigilancia
- sobresaltos
- síntomas de ansiedad o aumento de la activación (arousal) que no existían antes del trauma

El tiempo mínimo de evolución de los síntomas es de un mes. Las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El trastorno es agudo si los síntomas persisten menos de tres meses. Su prolongación hará que se considere crónico. En los casos en los cuales los síntomas se inician después de seis meses de padecido el evento traumático, se considerará de inicio demorado.

A diferencia del DSM IV TR los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas y no se consideran indispensables los síntomas por aumento de la activación, pudiendo

ser sustituidos por la incapacidad de recordar aspectos importantes que generaron el trauma⁽¹⁶⁾.

Causas

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación o un incendio, o eventos como:

- Un asalto
- Violencia doméstica
- Un encarcelamiento
- Violación
- Terrorismo
- Guerra

Por ejemplo, los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 pueden haber causado trastorno de estrés postraumático en algunas personas afectadas, en personas que presenciaron el desastre y en aquellas que perdieron amigos y parientes.

Los veteranos que retornan a casa de una guerra a menudo sufren trastorno de estrés postraumático.

La causa del trastorno de estrés postraumático se desconoce, pero hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales que intervienen. El trastorno de estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés. Éste afecta

las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores).

No se sabe por qué los hechos traumáticos causan trastorno de estrés postraumático en algunas personas, pero no en otras. Tener antecedentes de un trauma puede incrementar el riesgo de padecer este trastorno después de un acontecimiento traumático reciente.⁽¹⁷⁾

Prevención

Algunos traumas no puede prevenirse, pero puede resultar un gran alivio recibir terapias de asesoramiento y apoyo inmediatamente después del hecho. No se ha demostrado que la técnica llamada "*sesiones para estrés en incidente crítico*", reduzca el riesgo.

Después de la situación traumática, los profesionales de la salud deberían enfocarse primero en las necesidades físicas y emocionales de la víctima, brindándole tranquilidad y enfocándose en cómo afrontar la situación.

Tratamiento

El tratamiento puede llevar largo tiempo, lo que podría explicar la alta tasa de personas que lo abandonan. Algunos investigadores han descubierto que un 25% de las personas con TEPT abandonan el tratamiento. No obstante, si se continúa con el tratamiento (usualmente una combinación de medicamentos y sicoterapia) es posible observar mejoría.

Medicamentos: las personas responden al estrés severo de maneras muy diferentes. El médico podría recomendar medicamentos en caso de síntomas

prominentes. Hay numerosos tipos de medicamentos que normalmente se recetan para tratar la TEPT.

- **Antidepresivos:** los inhibidores selectivos de receptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos y muchos nuevos antidepresivos se usan para tratar problemas crónicos de ansiedad, depresión e irritabilidad. Los ISRS incluyen la sertralina (Zoloft), la paroxetina (Paxil), la fluoxetina (Prozac), y la citaloprama (Celexa). Si un ISRS no funciona o no tolera los efectos secundarios de ese medicamento, su médico podría sugerirle uno de los antidepresivos relativamente nuevos, como la venlafaxina (Effexor), o uno de los viejos antidepresivos tricíclicos, como la imipramina (Tofranil) y la amitriptilina (Elavil).
- **Ansiolíticos:** las benzodiacepinas son una familia de medicinas que funciona bien en el tratamiento contra la ansiedad, incluidos los síntomas de TEPT. Estos incluyen el diazepam (Valium), el alprazolam (Xanax), el clonazepam (Klonopin) y el lorazepam (Ativan). Estos medicamentos brindan alivio rápido para los síntomas de la ansiedad; no obstante, muchos pacientes temen que estos medicamentos causen dependencia. Afortunadamente, al menos en un estudio a largo plazo, los veteranos con TEPT *no* desarrollaron problemas atípicos cuando se los medicó con benzodiazepinas. Como alternativa, los médicos podrían recetar el ansiolítico buspirona (Buspar). La buspirona tarda más tiempo que las benzodiacepinas en hacer efecto, pero podría ser más segura a largo plazo en ciertos pacientes.

- **Estabilizadores del ánimo:** son medicamentos usados también para el tratamiento de los problemas de ánimo. A veces se recetan solos y otras en combinación con antidepresivos o ansiolíticos. Algunos ejemplos son el ácido valproico (Depakote) y el litio (se vende en varias marcas comerciales).

- **Sicoterapia:** el principal objetivo de la sicoterapia es ayudar a la persona a afrontar los recuerdos dolorosos y manejar las reacciones físicas y emocionales y el estrés, y hay varias técnicas que pueden ayudar. Independientemente de la técnica usada, es útil enseñarle al paciente sobre las respuestas humanas al trauma. La sicoterapia y la educación pueden ayudar a los miembros de la familia a entender el trastorno y a afrontar sus efectos.

Si tuvo una experiencia aterradora, esta puede cambiar su visión del mundo. Lidar con el estrés de una situación traumática puede ser más difícil si se ve como víctima y su propia imagen se centra en su experiencia como víctima. Si la sicoterapia refuerza esta creencia, puede resultar contraproducente. El objetivo es ayudarlo a llevar una vida óptima a pesar de su experiencia aterradora.

Las siguientes son técnicas que pueden ayudar:

- **Sicoterapia psicodinámica:** se enfoca en cómo el trauma ha afectado su capacidad para manejar las emociones o para calmar su ansiedad en momentos estresantes. La sicoterapia considera las experiencias inigualables de su vida. Las personas a menudo se vuelven abrumadas

por un recuerdo específico de situaciones traumáticas, por eso no es una buena idea dedicar mucha atención al trauma mismo, especialmente en las fases tempranas de la sicoterapia. En las fases finales, cuando se siente más seguro, puede afrontar ideas y situaciones que se interpongan en su camino y le devuelven el concepto de yo que antes tenía de su persona. Reconstruir las situaciones traumáticas debería ser un objetivo a cumplir.

- **Terapia cognitiva conductual:** ayuda a tratar de cambiar el pensamiento que sigue un trauma. Existen varios tipos que tienen como objetivo enseñarle a una persona a reconocer el origen de los síntomas y modificar sus reacciones psicológicas y físicas que recuerdan el trauma.⁽¹⁷⁾

IMPACTO DE LOS DESASTRES NATURALES EN LOS NIÑOS:

Cuando un niño sobrevive a un desastre, puede verse perturbada su salud física, mental y emocional; es decir, puede perturbar la vida de un niño de muchas maneras. Tras un desastre, las edificaciones de su hogar o de su escuela pueden quedar dañadas o incluso destruidas. Puede perderse el acceso a la electricidad o al agua potable. Es posible que el niño pierda a algún amigo o a algún miembro de su familia, o vea imágenes perturbadoras a su alrededor o en la televisión. Su vida cotidiana puede sufrir una conmoción considerable. Todos estos cambios violentos pueden tener un efecto prejudicial sobre su salud mental.

La primera etapa de respuesta después de un desastre está caracterizada por sentimientos de miedo, conmoción, ansiedad, desconsuelo o alivio de que otros miembros de la familia hayan sobrevivido, también pueden mostrar signos de querer ayudar y ponerse a disposición de los demás.

La segunda etapa de respuesta después del desastre puede presentarse varias semanas después del mismo. El niño puede volverse más exigente, irritable o necesitado, algunos niños pueden retroceder a niveles anteriores de su desarrollo y mostrar signos como mojar la cama o temer a la oscuridad. Los niños más grandes pueden experimentar síntomas físicos como alteraciones del apetito, constipación, dolor de cabeza o falta de sueño. Durante el juego pueden manifestar enojo, hostilidad y violencia hacia otros niños, también pueden usar el juego para recrear detalles del desastre, siendo éste un mecanismo de defensa. También pueden exhibir "pensamientos mágicos", cambiando el resultado final del desastre. Algunos niños incluso pueden creer que son responsables del desastre, teniendo sentimientos de culpa.

El niño puede empezar a experimentar sentimientos marcados de insatisfacción o amargura si no se restablece rápidamente la estructura de su vida. Otros niños podrán apartarse de las circunstancias sociales o perder interés en actividades que antes disfrutaban. Algunos especialistas consideran que estas respuestas son normales dentro de las primeras semanas siguientes al desastre.

La tercera etapa es la etapa reconstructiva. En ella, los niños y los miembros de la familia intentan reconstruir sus vidas. Esta etapa puede tomar varios meses o incluso años.⁽¹⁸⁾

ADOLESCENTES

Son todas las personas que tienen entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad.

Es una etapa en la cual se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro.⁽¹⁹⁾

Muchos problemas de salud mental surgen al término de la infancia y principios de la adolescencia. El hecho de potenciar la sociabilidad, la capacidad para resolver problemas y la confianza en uno mismo ayuda a prevenir problemas de salud mental como los trastornos del comportamiento, la ansiedad, la depresión o los trastornos ligados a la comida, junto con otras conductas de riesgo como las ligadas a la vida sexual, el consumo de sustancias o las actitudes violentas. Los profesionales de la salud deben contar con las competencias necesarias para relacionarse con gente joven, detectar con prontitud problemas de salud mental y proponer tratamientos que incluyan asesoramiento, terapia cognitiva conductual y, cuando convenga, medicación psicotrópica.⁽¹⁹⁾

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Se podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo

general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar.⁽¹⁹⁾

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad

de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

CAPITULO II

MATERIALES Y METODOS

2.1 Enfoque de investigación.

Cuantitativo

2.2 Nivel de investigación.

Exploratorio y descriptivo

2.3 Tipo de investigación

Aplicativo

2.4 Diseño de investigación

Retro prospectivo

2.5 Área de estudio:

Centro Poblado Alto el Molino de la Provincia de Pisco Departamento de Ica.

2.6 Población y Muestra

Población:

Estuvo constituido por los 147 adolescentes que vivenciaron el desastre natural del 2007, que en aquel entonces fueron niños de entre 7 y 9 años de edad, del Centro Poblado Alto el Molino.

Criterios de Inclusión

- ✓ Adolescentes que hayan estado presentes en el terremoto de 2007.
- ✓ Ambos sexos
- ✓ Adolescentes que aceptaron voluntariamente participar

Criterios de Exclusión

- ✓ Adolescentes que no hayan estado presentes en el mencionado terremoto.
- ✓ Adolescentes que no desearon participar del estudio
- ✓ Adolescentes que sufren algún tipo de deterioro mental.

Muestra:

Se tomó el total de la población de adolescentes (147), que vivenciaron el desastre natural del 2007, que en aquel entonces fueron niños entre 7 y 9 años de edad.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista y como instrumento el Cuestionario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I) de Pineda; Guerrero; Pinilla y Estupiñán; cuestionario breve con 24 preguntas de la sección F39 a la F64 del SCID-I, y que incluye todos los criterios diagnósticos del DSM-IV para TPET; se codifica como F64 –positivas para el diagnóstico de TEPT– las personas que reúnen todas las siguientes calificaciones:

- Criterio A: preguntas 1+2= 2.
- Criterio B: preguntas 3+4+5+6+7 > 1.
- Criterio C: preguntas 8+9+10+11a+11b+12+13+14 > 3.
- Criterio D: preguntas 15+16+17+18+19 > 2.
- Criterio F: preguntas 20a+20b+20c+20d > 1.

Los participantes que no reunían de manera completa los criterios anteriores se codificaron como negativos para TEPT.

La Lista de síntomas para el diagnóstico de TEPT: es una escala breve con 24 síntomas correspondientes al diagnóstico de TEPT, para responder mediante auto informe, y se usó una escala discreta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). La puntuación total se obtuvo mediante suma aritmética. Lo mínimo esperado es 24 y lo máximo 96 (Anexo).

2.8 Plan de recolección y procesamiento de datos.

Una vez autorizada la ejecución del proyecto; se procedió a solicitar una carta de presentación de la Facultad de Enfermería y autorización para la recolección de datos previa coordinación con las autoridades del Centro Poblado Alto el Molino.

Seguidamente se identificó a la población sujeto de evaluación (147) del Área de estudio y aplicó el consentimiento informado en cada uno de los adolescentes participantes. Se aplicó el instrumento de estudio: el Cuestionario de entrevista clínica estructurada (Pineda; Guerrero; Pinilla y Estupiñán) con la finalidad de determinar los objetivos planteados.

Finalmente se elaboraron los cuadros de doble entrada para la presentación de los resultados; de igual manera se utilizó la estadística descriptiva e inferencial para la lectura e interpretación de los resultados.

2.9 Plan de análisis e interpretación de datos

Para el análisis de la información se vació los datos al programa estadístico SPSS V. 20 en español.

Se utilizó la prueba estadística del Chi Cuadrado para el análisis estadístico.

Los resultados de la investigación están presentados en tablas de una y doble entrada para un mejor entendimiento de los mismos.

El presente cuestionario se aplicó a una muestra piloto de 24 participantes, cuyos resultados fueron sometidos a la prueba de Fiabilidad Alfa de Cronbach, obteniéndose un $p > 0.803$ con una significancia de 95%, por lo que la escala para el diagnóstico de TEPT es confiable.

CAPITULO III
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO N° 01

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS QUE
VIVENCIARON EL TERREMOTO DE PISCO 2007. CENTRO POBLADO
ALTO EL MOLINO. PISCO, 2013**

Adolescentes	N°	%
Con estrés post traumático	34	23,1
Sin estrés post traumático	113	76,9
Total	147	100,0

Fuente: Cuestionario de la entrevista clínica estructurada aplicado a los adolescentes del Centro Poblado Alto Molino 2013.

En el presente cuadro, se observa que del 100% (147) adolescentes entrevistados, el 23.1% (34) presenta estrés postraumático y 76.9% (113) no presenta estrés postraumático.

CUADRO Nº 02

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS QUE
VIVENCIARON EL TERREMOTO DE PISCO EN EL AÑO 2007 SEGÚN
INTERVALO DE EDAD. CENTRO POBLADO ALTO EL MOLINO. PISCO,
2013**

Edad	Estrés post traumático				Total	
	Con		Sin			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
13-15 años	32	21,8	57	38,8	89	60.5
16-19 años	2	1,4	56	38,1	58	39.5
Total	34	23,1	113	76,9	147	100.0

Fuente: Cuestionario de entrevista clínica estructurada aplicado a los adolescentes del Centro Poblado Alto Molino 2013.

$$g.l = 1$$

$$\alpha = 0.000$$

Del 100% adolescentes entrevistados, el 60.5% tiene actualmente entre 13 y 15 años de edad de los cuales 21.8% presentan estrés postraumático y 38.8% no presenta. El 39.5% tiene entre 16 y 19 años de edad, de los cuales 1.4% tiene estrés postraumático y no presentan estrés postraumático el 38.1%.

Sometido a la prueba estadística de chi cuadrado, se determina que existe dependencia ($p < 0.05$) entre el estrés postraumático y la edad del adolescente. Es decir la presencia de estrés postraumático está asociada a la edad del

adolescente del Centro Poblado El Molino; es decir a menor edad el impacto del desastre es mayor.

CUADRO N° 03

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS QUE VIVENCIARON EL TERREMOTO DE PISCO EN EL AÑO 2007 SEGÚN SEXO. CENTRO POBLADO ALTO EL MOLINO. PISCO, 2013

Sexo	Estrés post traumático				Total	
	Con		Sin			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	22	15.0	39	26.5	61	41.5
Masculino	12	8.2	74	50.3	86	58.5
Total	34	23.1	113	76.9	147	100.0

Fuente: Cuestionario de la entrevista clínica estructurada aplicado a los adolescentes del Centro Poblado Alto Molino 2013.

$$g.l = 1$$

$$\alpha = 0.002$$

Se observa en el presente cuadro, que del 100% de adolescentes entrevistados, 41.5% son de sexo femenino, de los cuales el 15.0% presentan estrés postraumático y 26.5% no presentan. El 58.5% son de sexo masculino, de los cuales 8.2% presentan estrés postraumático y no presentan 50.3%.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrado, se determinó significancia estadística ($p < 0.05$) entre el sexo y el estrés post traumático; lo que significa que el estrés postraumático se relaciona o está asociada al sexo en los adolescentes del Centro Poblado de El Molino, demostrándose que el sexo femenino son quienes presentan en mayor porcentaje estrés postraumático.

CUADRO N° 04
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS QUE
VIVENCIARON EL TERREMOTO DE PISCO EN EL AÑO 2007 SEGÚN
PÉRDIDA DE SERES QUERIDOS. CENTRO POBLADO ALTO EL MOLINO.
PISCO, 2013

Pérdida de seres queridos	Estrés postraumático				Total	
	Con		Sin			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	19	12.9	39	26.5	58	39.5
No	15	10.2	74	50.3	89	60.5
Total	34	23.1	113	76.9	147	100.0

Fuente: Cuestionario de la entrevista clínica estructurada aplicado a los adolescentes del Centro Poblado Alto Molino 2013.

g.l. = 1

α = 0.025

Del 100% de la muestra 39.5% de adolescentes perdieron a uno o más seres queridos tales como: papá, mamá, tíos, etc, en el terremoto, de los cuales 12.9% presentan estrés postraumático; 60.5% manifestaron no haber perdido a ningún ser querido, de los cuales 10.2% presentan estrés postraumático.

Realizada la prueba estadísticas de Chi cuadrado, se determinó significancia estadística ($p < 0.05$) entre la pérdida de un ser querido y el estrés post traumático; lo que significa que el estrés postraumático se relaciona o está

asociada a la pérdida de un ser querido en los adolescentes del Centro Poblado de El Molino.

CUADRO N° 05

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS QUE
VIVENCIARON EL TERREMOTO DE PISCO EN EL AÑO 2007 SEGÚN
LESIONES FÍSICAS. CENTRO POBLADO ALTO EL MOLINO. PISCO, 2013**

Lesiones físicas	Estrés postraumático				Total	
	Con		Sin			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	19	12.9	100	68.1	119	81.0
No	15	10.2	13	8.8	28	19.0
Total	34	23.1	113	76.9	147	100.0

Fuente: Cuestionario de la entrevista clínica estructurada aplicado a los adolescentes del Centro Poblado

Alto Molino 2013.

$$g.l = 1$$

$$\alpha = 0.000$$

Del 100% de adolescentes, el 81% han presentado algún tipo de lesión física durante el terremoto, tales como: golpes, heridas y fracturas en diversas partes del cuerpo, de los cuales 12.9% tiene estrés postraumático y 68.1% no lo tiene; el 19% no han sufrido lesiones físicas, de los cuales 10.2% tienen estrés postraumático y el 8.8% no tiene estrés postraumático.

Sometido a la prueba estadísticas de Chi cuadrado ($p < 0.05$), se determinó que existe alta significancia estadística entre haber sufrido alguna lesión física

durante el terremoto y la presencia de estrés post traumático en los adolescentes del Centro Poblado de Alto El Molino.

CUADRO N° 06

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS QUE VIVENCIARON EL TERREMOTO DE PISCO EN EL AÑO 2007 SEGÚN TRATAMIENTO Y/O APOYO RECIBIDO. CENTRO POBLADO ALTO EL MOLINO. PISCO, 2013

Tratamiento y/o apoyo recibido	Estrés postraumático				Total	
	Con		Sin			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	13	8.8	72	49.0	85	57.8
No	21	14.3	41	27.9	62	42.2
Total	34	23.1	113	76.9	147	100.0

Fuente: Cuestionario de la entrevista clínica estructurada aplicado a los adolescentes del Centro Poblado

Alto Molino 2013.

$$g.l = 1$$

$$\alpha = 0.008$$

En el presente cuadro se observa que del 100% de adolescentes, el 57.8% refirieron haber recibido algún tipo de tratamiento o apoyo después del terremoto, de los cuales el 8.8% presentan estrés postraumático y 49% no presentan; el 42.2% refiere no haber recibido tratamiento ni apoyo después del terremoto, de los cuales 14.3% presentan estrés postraumático y no tiene este trastorno el 27.9%.

Sometido a la prueba estadísticas de Chi cuadrado ($p < 0.05$), se determina que existe una dependencia altamente significativa entre la presencia de estrés postraumático en los adolescentes y el tratamiento y/o apoyo que han recibido después del terremoto.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el **Cuadro N° 01**, se observa que del 100% (147) adolescentes entrevistados, el 23.1% (34) presenta estrés postraumático y 76.9% (113) no presenta estrés postraumático.

Al respecto, muchos autores han definido al trastorno de estrés postraumático (TEPT) como la presencia persistente de síntomas característicos de re experimentación, evitación, horror, angustia y desesperanza, después de exponerse directamente a una situación realmente amenazante para la integridad física o la vida o sufrir heridas o maltrato físico de manera brusca e inesperada, o presenciar hechos que impliquen heridas, maltrato o muerte de otras personas.

Justamente una situación amenazante que puede ocasionar TEPT incluyen los desastres naturales, no es necesario ser víctima directa del suceso para padecer el TPET, sino tan solo ser testigo presencial de uno de estos sucesos, directa o indirectamente, puede ocasionar la aparición de los síntomas de TEPT⁽²²⁾.

Para el caso de la investigación realizada los adolescentes entrevistados que han vivenciado el terremoto, habiendo presenciado la muerte de un ser querido, la destrucción de sus viviendas, sufrir lesiones en el cuerpo

ocasionando el trastorno de estrés postraumático, que además tiene influencia negativo en el funcionamiento social, familiar o laboral.

Además, los desastres, como el terremoto pueden causar mayor estrés colectivo ya que implica un mayor número de víctimas afectadas, así como la ruptura en la mayoría de las estructuras sociales y la infraestructura comunitaria, (edificios, redes de comunicación, entre otros).

Respecto a las consecuencias del terremoto son todas aquellas reacciones que se prolongan en el tiempo, como es el EPT que impide a la persona adaptarse a la nueva situación de una manera exitosa; es así que a pesar de haber transcurrido 6 años desde el terremoto, los adolescentes de hoy que fueron niños en aquel momento, presentan el estrés postraumático ⁽²³⁾.

Los hallazgos son coincidentes con estudios previos como el de Saavedra⁽²⁴⁾, siete meses después del terremoto de Armero, obtuvo del total de afectados que fueron realojados en centros de acogida el 50% mostraron sintomatología del trastorno de estrés postraumático y las evaluaciones posteriores un año y medio y dos años después, el 67% y 70% respectivamente mostraban sintomatología de TEPT.

Asimismo, del 100% de víctimas del incendio Coconut Grove (Boston) el 57% del total de sobrevivientes de las inundaciones de Buffalo Creek, 80% presentaron TEPT. Kaiser, Satter, Bellack y Dersin⁽²⁵⁾ (1996) destacan que entre el 15% y el 30% de los supervivientes de desastres desarrollan un TEPT, presentando una alta comorbilidad con la depresión y el alto consumo de alcohol.

Cabe mencionar también a Cova, Felix y Rincón, Paulina⁽¹¹⁾ que destacan que situaciones de adversidad es uno de los factores más determinantes del TEPT.

Existen estudios, como el caso de Morgan, Scourfield, Williams, Jasper y Lewis⁽²⁶⁾, llevado a cabo 33 años después del desastre de Aberfan, obteniendo que la mitad de la muestra mostraron diagnóstico del TEP en algún momento de su vida.

Caro Monroy, Pamela⁽²⁷⁾, en su investigación hace referencia que los síntomas del estrés post traumático suelen aparecer en los primeros tres meses posteriores al trauma puede haber un lapso temporal de meses o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la re-experimentación, comportamiento de evitación y síntomas de activación pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno.

Se coincide, con los resultados obtenidos con los autores mencionados, por presentar estrés postraumático los adolescentes de hoy que vivenciaron el terremoto del año 2007, muerte de un ser querido, destrucción de sus viviendas que les ha obligado a vivir en carpas o esteras, haber sufrido lesiones en el cuerpo y muchos de ellos no recibieron ningún apoyo, es más muchos siguen viviendo hasta ahora pésimas condiciones.

En el **Cuadro N° 02**, del total de adolescentes 23,1% presentan estrés postraumático de quienes los más afectados 21.8% corresponden al intervalo de edad 13 a 15 años.

Al respecto, García Renedo, Mónica⁽²⁸⁾, refiere que los niños afectados por desastres, al igual que los adultos, pueden llegar a desarrollar problemas psicológicos a largo plazo.

Por ello que la variable edad, es considerada como un factor de riesgo por las reacciones y consecuencias psicológicas que a futuro puedan tener, porque los niños tienen dificultad de comprender y expresar sus emociones.

Desde el siglo pasado, las consecuencias de desastres naturales ha sido investigado; es así que Lacey,⁽²⁹⁾ evaluó las reacciones de 56 niños y sus padres durante 4 años después del desastre de Aberfan ocurrido en 1966; como resultado pudo observar que los niños estudiados mostraban principalmente siete respuestas, tales como: problemas de sueños, nerviosismo, aislamiento social, inestabilidad emocional, pocas ganas de ir a jugar, enuresis, miedo inmenso al mal tiempo. Como se puede ver este autor se adelantó a los efectos a largo plazo de un desastre y concluyó que había una alta probabilidad de que muchos niños mostraran problemas psicológicos a lo largo de su vida, problemas que fueron considerados a partir de 1980 como Trastorno de estrés postraumático.

Igualmente, Diaconu Aniela⁽³⁰⁾ en su trabajo refiere que entre los factores que influyen en la aparición del estrés postraumático son: la edad (ser joven en el momento del evento), el género (parece que la mujer tiene el doble

de probabilidades de desarrollar el TEPT en algún momento de su vida), habilidades de afrontamiento inefectivas, ciertos rasgos de personalidad, depresión o ansiedad tempranas.

El instituto Nacional de Salud Mental, Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, explican que las reacciones más comunes que se suelen observar en los niños después de un desastre, está en función de la edad, tal es así que los niños de 1 a 5 años, experimentan un miedo intenso e inseguridad por su impotencia para protegerse a sí mismo, así como un intenso miedo a la separación de sus padres y abandono. A estas edades muchos niños carecen de las habilidades verbales y conceptuales necesarias para enfrentarse al estrés y sus reacciones están fuertemente influidas por las reacciones que presenten las figuras de apego. A la edad de 6 a 11 años, ya son capaces de comprender que los cambios y las pérdidas son permanentes, las reacciones más comunes son: sentimientos de responsabilidad y culpa, repetición de juegos traumáticos, problemas de sueño y pesadillas, preocupación por la seguridad y el peligro, conductas agresivas, enfados, miedos, ansiedad relacionada con la ansiedad que muestren sus padres, arranques de ira, enfado, pérdida de interés por actividades, etc.

Los niños de 12 a 18 años, ya pueden mostrar respuestas similares a las observadas por los adultos, incluyendo pensamientos e imágenes intrusivas, pesadillas, embotamiento emocional, esfuerzos por eliminar cualquier imagen del desastre, depresión, abuso de sustancias, problemas con los pares y conductas antisociales, problemas con los estudios o abandono de ellos. Los

adolescentes pueden sentir sentimientos de culpa sobre su incapacidad de prevenir los daños o pérdidas, también pueden tener dificultades para expresar sus miedos y ansiedades, por temor a parecer menos competentes ante sus pares y ellos mismo⁽²⁸⁾.

Durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, se identifico que en los adolescentes, que en aquel tiempo fueron niños presentan estrés postraumático, por la pérdida física de los padres o algún familiar así como la destrucción de sus viviendas, tener lesión en alguna parte de su cuerpo y no haber recibido apoyo y/o tratamiento.

En conclusión, la edad es una variable que se debe tener presente luego de cualquier evento, ya que pueda afectar el desarrollo psicológico normal a lo largo de la vida de una persona, sea este niño, adolescente, adulto o adulto mayor y que el trauma experimentado en la niñez puede ser una causal para presentar sintomatología de TEP en la edad adulta.

En el **Cuadro N° 03**, el 41.5% son de sexo femenino, y 15.0% presentan estrés postraumático. El 58.5% son de sexo masculino; de los cuales 8.2% presentan estrés postraumático.

Los resultados de las investigaciones teniendo en cuenta la variable de género tampoco son unánimes (aunque la mayoría de ellas informa de que las mujeres muestran más sintomatología que los varones). Tal es así que Green, et al.⁽²⁶⁾ refiere que las niñas de edad escolar presentaban más síntomas de ansiedad, miedos y síntomas TEP que los niños. Asimismo, refiere que

después del desastre de Buffalo los niños mostraron más conductas agresivas que las niñas.

También, Sucrí Agustina⁽³¹⁾, menciona que se ha publicado en el "American Journal of Epidemiology", un estudio sobre los sobrevivientes del ataque a las Torres Gemelas en Estados Unidos, mostrando que las personas presentaban síntomas de estrés postraumático varios años después de la tragedia. Asimismo, los investigadores hallaron que las mujeres presentaban mayor riesgo de estrés postraumático.

Del mismo modo, Carvajal César⁽³²⁾, manifiesta que hay factores de riesgo propios del sujeto, pero que no se pueden considerar exclusivos para el TEPT; entre ellos está el sexo, por lo que las mujeres tienen el doble de riesgo de presentar TEPT que los hombres; asimismo, muestra en los resultados de prevalencia ante cualquier situación traumática, por sexo que entre un 13,0% y un 20,4% de las mujeres y entre un 6,2% y un 8,1% de los hombres desarrollará un TEPT.

Martín Ayala, J. L. y Ochotorena, J. P.⁽³³⁾, dentro de sus resultados obtenidos en su investigación apoyan la hipótesis de que el hecho de padecer una situación traumática constituye un factor de riesgo importante con el desarrollo de sintomatología postraumática. Los hallazgos también muestran la relevancia de algunas variables como productoras a la hora de que una persona sea diagnosticada de TEPT tras sufrir un acontecimiento traumático. En este sentido la variable género en el diagnóstico del TEPT muestra la mayor

vulnerabilidad de las mujeres ante el cumplimiento de los criterios de diagnóstico tras ser víctima de una situación traumática.

De acuerdo al análisis de los resultados de esta investigación mayor cantidad de mujeres del Centro Poblado Alto Molino, presentan estrés postraumático, coincidiendo así con los resultados de las investigaciones citadas,

El **Cuadro N° 04**, refleja buen porcentaje de adolescentes que perdieron a uno o más seres queridos, como a sus padres, abuelitos, tíos, entre otros en el terremoto, presentan estrés postraumático y también los que no perdieron.

La OMS-OPS⁽⁷⁾, manifiesta que: "es necesario recordar que los padres y la familia, en general, son el nicho de protección y seguridad natural para los niños. La ansiedad por la separación suele ser una de las reacciones psicológicas más frecuentes en situaciones de emergencia, en especial, en niños pequeños".

En un estudio llevado a cabo por Worden mencionado por García Renedo, Mónica⁽²⁸⁾, menciona como los niños de 6 y 17 años, respondieron a la pérdida de su padre o madre con tristeza y lágrimas, un 13% de los niños todavía lloraba diaria o semanalmente aun después del transcurso de 1 año.

Asimismo, estudios de Raphael⁽³⁴⁾, refiere que el duelo en los niños sigue un curso paralelo al de los adultos aunque marcando algunas diferencias determinado por las características específicas de la infancia los niños piensan, reflexionan y hablan sobre la muerte de distinta manera en las diversas etapas de su desarrollo. De hecho, a pesar que los adultos creemos que los niños "son

demasiado pequeños para comprenderla”, la muerte ejerce también un importante impacto en las personas de cualquier edad, desde la infancia hasta la adolescencia.

Asimismo, García Renedo, Mónica⁽²⁸⁾, refiere que los niños de 6 a los 8 años, pasan una etapa particularmente difícil para asumir un incidente crítico, cuando a un niño mayor de 6 años se le comunica la muerte de un ser querido la reacción casi inmediata gira en torno a tres preguntas: ¿la causé yo?, ¿me puede ocurrir a mí, a mi papa y mamá? Y ¿Quién cuidará de mí?, ya tiene una alta comprensión de la finalidad de la muerte y su realidad física.

Según Santiago y Montfragüe⁽³⁵⁾, los niños que distinguen entre la realidad y fantasía pueden aparecer sentimientos de culpa por conductas o deseos hacia la persona muerta, aunque se aferren a alguna de sus fantasías, son capaces de captar la realidad.

Al respecto Kroen⁽³⁶⁾, considera que las respuestas típicas de estas edades son las de: **Negación**: negar la muerte, es por ello que muchos padres creen que los niños son fríos o indiferentes o no les importaba la persona fallecida; pero la realidad nos indica que los niños intentan negar esa muerte para que el dolor de la misma no les afecte; **la idealización**; idealizar al a persona que ha muerto, por ejemplo se escucha decir: “mamá era la mujer más buena del mundo”, “mi papá era el hombre más inteligente”; **el sentimiento de culpabilidad**: pueden creer que la muerte de la persona se debe a comentarios que ellos hicieron alguna vez sobre el deseo de que se murieran; **el miedo y la vulnerabilidad**: se sienten muy asustados y vulnerables y como

respuesta a ese miedo pueden aparecer algunas conductas agresivas; **se ocupan de los demás**: pueden llegar a asumir el rol de la persona fallecida ejerciendo algunas de las tareas que realizaba la persona fallecida; **buscan a la persona que ha fallecido**: durante un buen tiempo los niños suelen buscar a la persona fallecida, esta conducta suele ser también muy típica entre los adultos.

Worden, mencionado por García Renedo, Mónica, refiere que los niños de 9 a 12 años ya tienen una gran conciencia del futuro y de las diferencias que él experimentará por la muerte. Sus respuestas van desde la negación, pretensión o deseo de creer que la muerte no ha ocurrido hasta la tristeza y dolor por la pérdida. Los preadlescentes pueden ser capaces de captar el significado de los rituales, comprender cómo ocurrió la muerte y entender el impacto que esa pérdida va a ejercer en ellos y su familia.

Las reacciones de los adolescentes al dolor son bastante parecidas a la de los adultos pero teniendo en cuenta las características de la etapa en la que se encuentran. Suelen aparecer sentimientos de miedo e inseguridad.

Los niños muestran reacciones más severas cuando resulta dañado o muerto algún ser querido, según Fernández⁽³⁷⁾, la exposición directa tales como la visión de muertos, de escombros, destrucción masiva de la comunidad, mayor será la incidencia de problemas psicológicos a largo plazo.

Los adolescentes entrevistados que presentaron estrés postraumático, también están influenciados por la pérdida de su ser querido al momento del terremoto como el de sus padres.

El estudio sometido a la prueba estadística de chi cuadrado, determina que existe dependencia ($p < 0.05$) entre el estrés postraumático y la edad cuando ocurrió el desastre. Se concluye que la presencia de estrés postraumático está asociada a la edad, a menor edad el impacto es mayor.

En el **Cuadro N° 05**, refleja el 81% han presentado algún tipo de lesión física durante el terremoto, tales como: golpes, heridas y fracturas en diversas partes del cuerpo, de los cuales 12.9% tiene estrés postraumático y 68.1% no lo tiene; el 19% no han sufrido lesiones físicas, de los cuales 10.2% tienen estrés postraumático y el 8.8% no tiene estrés postraumático investigamos que durante el terremoto los adolescentes en estudio que han y no han sufrido algún tipo de lesión física presentan estrés postraumático.

Los adolescentes respondieron haber sufrido alguna lesión física durante el terremoto, como lesiones en la pierna y brazos respectivamente, sufrieron también golpes a nivel de todo el cuerpo como en la cabeza, ojo, rostro, mano, y otras partes del cuerpo.

Al respecto, Dupén, Alberto Hugo⁽³⁸⁾, en la conclusión de su trabajo señala que, los veteranos de la guerra de las Malvinas, que sufrieron lesiones físicas, incluso perdidas de alguna parte del cuerpo presentaron síntomas como: sueños intrusivos, sueños angustiantes, desapego, alejamiento, afecto restringido, hipervigilancia, etc, por lo que aquel que sufrió lesiones está expuesto en mayor medida a padecer algunos de estos indicadores.

En conclusión, el hecho de que los adolescentes hayan sufrido alguna lesión física en cualquier parte de su cuerpo por más pequeña que este haya

sido durante el terremoto, ha influido a que muestren en la actualidad la sintomatología del estrés post traumático.

El **Cuadro N° 06**, refleja que los adolescentes que recibieron o no algún tipo de tratamiento o apoyo presentan estrés postraumático.

De los adolescentes que respondieron haber recibido tratamiento y/o apoyo después del terremoto, fueron víveres, frazadas, carpas, medicinas y sólo 3 de ellos manifestaron haber recibido en esos momentos el apoyo de psicólogos.

Ocurrido el desastre, determinados aspectos relacionados cómo la gestión de las demandas emergentes que afectan a las personas y el apoyo recibido por sus redes sociales e institucionales determinan en gran medida el reajuste de la persona a las condiciones de la nueva situación.

Al respecto Vogel y Verberg⁽³⁹⁾ sugieren que las redes de apoyo comunitario para las familias afectan a la respuesta de las personas, hace referencia también al estudio de Galance y Foa (1988) en la que se comprobó como el daño generado después de un terremoto en Italia no predecía los daños psicológicos pero la variable más potente para predecir la sintomatología de TEP fue el apoyo comunitario prestado a las familias.

Abeldaño, A, Fernandez, R. y Estario, J. C.⁽⁴⁰⁾ en su exposición en el Congreso Latinoamericano de Salud Publica sobre el TEPT después del terremoto de Chile en el 2010, refieren que las estrategias de afrontamiento de los afectados frente al terremoto, fueron la unión de la familia (50,5%) la unión con vecinos (14,3%). Las familias se organizaron con otros núcleos, el 20% lo hizo para abastecerse de agua y alimentos, el 9,6% para la seguridad del barrio

o del sector donde vivían, el 2,6% para la reconstrucción de las viviendas y el 3% para atender a niños pequeños y a personas adultas mayores enfermas o lesionadas. De las familias que recibieron algún tipo de ayuda por parte de sus vecinos, el 39% recibió alimentos, agua o leña, el 23,1% recibió protección e información, mientras que el 22,2% recibió algún tipo de contención emocional.

De hecho que el apoyo juega un papel importante al momento de que los afectados se sienten solos, triste por las diferentes pérdidas, así como menciona Basade, Paez y Rimé⁽⁴¹⁾ las manifestaciones y los ritos colectivos inducen al bienestar psicológico en las personas, ya que las “personas reunidas se reconfortan, disminuyen la soledad, así como reafirman las creencias sobre los aspectos beneficiosos de la reacción colectiva ante el hecho traumático”; es decir, la participación de las personas en ceremonias u homenajes de las víctimas brinda apoyo psicológico a los afectados.

Contrariamente, Cova, Felix y Rincón, Paulina ⁽¹¹⁾ mencionan que el terremoto, el tsunami, la inseguridad social, la situación de incomunicación y de carencia de servicios y respuestas ponen en duda de que el mundo sea un lugar seguro y predecible pierden la confianza en los demás, en la sociedad y en sí mismo. Asimismo la indolencia o el aprovechamiento político, son factores que impactan negativamente incrementando la vulnerabilidad de los afectados.

Si bien es cierto, las personas afectadas por el terremoto 2007, hizo que todo el país se puso de pie para apoyar a las familias, haciéndoles sentir que no estaban olvidados, a través de teletones, envío de víveres recaudados en las diferentes ciudades; pero no fueron suficientes, además las promesas

hechas por el gobierno aún no se han concretado ya que muchos de ellos aún continúan viviendo en módulos o esteras, haciendo más difícil su recuperación tanto emocional como económica, son importantes.

En conclusión, pese al apoyo y/o tratamiento recibido después del terremoto en forma de víveres, frazadas, medicinas o el apoyo de profesionales de la salud, no han sido suficientes para reconfortarse, más aún continúan en la actualidad viviendo muchos de ellos en carpas o módulos que les hace recordar año tras año esos momentos vividos, esta re experimentación constante es una de las características de padecer Estrés postraumático.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Del 100% de adolescentes entrevistados, el 23.1% presenta estrés postraumático y 76.9% no presenta estrés postraumático.
2. De acuerdo a la prueba estadística de chi cuadrado, se determina que existe un alto grado de dependencia entre la presencia del estrés postraumático en los adolescentes en relación al intervalo de edad, sexo, perdida de un ser querido, presencia de alguna lesión física sufrida durante el terremoto, tratamiento y/o apoyo recibido después del terremoto. De igual manera existe un alto grado de dependencia entre la presencia del estrés postraumático con la no pérdida de un ser querido, no presencia de lesiones físicas, ni apoyo alguno recibido después del terremoto, en los adolescentes del Centro poblado de Alto Molino.

RECOMENDACIONES

1. Por el aumento del número de desastres debe ser prioridad de los gobiernos tanto nacional, regional y local el de diseñar recursos y programas que permitan cubrir las necesidades psicológicas después de un desastre, para evitar o reducir en el futuro se tenga personas con estrés postraumático.
2. Que los datos encontrados, sirvan de base para futuras investigaciones en la cual se profundicen que consecuencias puedan presentar las personas que tienen el estrés postraumático y aplicar programas de ayuda para disminuir los casos de estrés post traumático.
3. Tomar en cuenta las edades, sexo entre otros para la aplicación de los programas de ayuda en la recuperación y reinserción de las personas a su comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silgado Ferro, Enrique. Historia de los sismos más notables ocurridos en el Perú (1513-1974)
2. Tolin, D.F., & Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and post-traumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959-992.
3. Groome, D., & Soureti, A. (2004). Post-traumatic stress disorder and anxiety symptoms in children exposed to the 1999 Greek earthquake. *British Journal of Psychology*, 95, 387-397.
4. Canelones y otros. Estrés postraumático y depresión en respuesta a un desastre natural y su influencia sobre algunos parámetros inmunológicos. *Revista Psiquiatría.com*. 2004;8(2) [Internet] 2006 [Consultado diciembre del 2012]. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/33210/1/teran_estres.pdf
5. Biblioteca Pediátrica de la Salud. Trastorno por Estrés Postraumático. [Internet] 2009 [Consultado diciembre del 2012]. Disponible en: <http://phoenixchildrens.staywellsolutionsonline.com/Spanish/Pediatric/ChildMentalHealth/90,P05689>
6. II Estudio de Salud Mental del adolescente Medellín – 2009. Informe final Facultad de Medicina – Universidad CES. [Internet] 2010 [Consultado diciembre del 2012]. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/In>

vestigaciones/Segundo%20Estudio%20de%20Salud%20Mental%20del
%20Adolescente%20Medell%C3%ADn%20-%202009.pdf

7. OPS/OMS. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Serie Manuales y Guías sobre Desastres No. 7. Washington, D.C. • Agosto 2006.
8. Drugs.com. Trastorno De Estrés Postraumático En Niños. [Internet] 2011 [Consultado enero del 2013]. Disponible en: http://www.drugs.com/cg_esp/trastorno-de-estr%C3%A9s-postraum%C3%A1tico-en-ni%C3%B1os.html
9. AysunDogan: "Reacciones de estrés postraumático y problemas de conducta en adolescentes después del terremoto de Marmara". Turquía 1999. *ClinicalPractice and Epidemiology in Mental Health*, 2006; 2: 17-17
10. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile [Internet] 2011 [Consultado enero del 2013]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100004&script=sci_arttext
11. Cova, Félix; Rincón, Paulina. El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental. *Ter Psicol*, Santiago, v. 28, n. 2, dic. 2010. [Internet] 2011 [Consultado febrero del 2013]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082010000200006&lng=es&nrm=iso. accedido en 04 abr. 2013.

12. Wikipedia. Enciclopedia: Desastres Naturales. [Internet] 2010 [Consultado febrero del 2013]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Desastre_natural
13. Gaborit, M. Desastres y trauma psicológico. PensPsicol. 2006; 2(7), 15-39.
14. Enrique. Neuroticismo introversion y estilo atribucional entre veteranos de guerra: una aproximación al estrés postraumático. 2004
15. Marcelo Leiva-Bianchi: Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile. Facultad de Psicología, Universidad de Talca. Recibido 12 Enero 2011/Enviado para Modificación 1 Agosto 2011/Aceptado 17 Agosto 2011. Rev. Salud pública. 13 (4): 551-559, 2011. Revista de salud pública · Volumen 13 (4), Agosto 2011
16. Wikipedia, enciclopedia Libre. [Internet] 2012 [Consultado enero del 2013]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_por_estr%C3%A9s_postraum%C3%A1tico
17. Medline plus. Información de salud para usted. Actualizado: 2/13/2012 [Internet] 2013 [Consultado enero del 2013]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000925.htm>
18. Mark Feldman Efectos psicológicos del desastre sobre los niños. [Internet] 2012 [Consultado enero del 2013]. Disponible en: <http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/Multilingual/ES/Pages/Psychological-Effects-of-Disaster-on-Children.aspx>

19. OPS. Salud del adolescente [Internet] 2013 [Consultado febrero del 2013]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/index.html
20. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia Una época de oportunidades. Febrero de 2011. [Internet] 2011 [Consultado febrero del 2013]. Disponible en: http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf
21. Dirección General de Salud de las Personas y Promoción de la Salud. [Internet] 2012 [Consultado mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adol-promocion.asp>
22. Asociación Americana Psiquiátrica. Manual diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales. Cuarta edición. DSM-IV. Washington; 2000.
23. Salomon, S.D. Research issues in assessing disaster's effects. En Revista Gist & B. Lubin (Eds), Psychosocial aspect of disaster. New York: Wiley. 1989
24. Saavedra, M. R. Desastre y riesgo: actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchina. Centro de investigación y Educación popular) Bogotá, Colombia, 1996.
25. Kaiser, C.F. Satter, D. N. Bellack, D. R. & Dersin, J. A. Conservation of resources approach to a natural disaster: Sense of coherence and

- psychological distress, *Journal of Social Behaviour and Personality* , 11, 459-476. 1996.
26. Morgan L., Scourfield, J, Williams, D., Jasper, A. y Lewis, G. The aberfan disaster: 33- year follow – up of survivors. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 532-536/ 2003
27. Caro Monroy, Pamela. Relación entre estrés postraumático, afrontamiento represivo y rumiación en estudiantes universitarios. Universidad de Concepción. Facultad de Ciencias Sociales. Programa de Magister en Psicología. Agosto 2011.
28. García Renedo, Mónica. “El 11-M un estudio sobre su impacto psicológico desde el entorno familiar y escolar en alumnos de infantil y primaria. Universidad de ciencias Humanas y Sociales. Departamento de Psicología evolutiva, Educativa, social y Metodología. Castellón, Mayo 2008.
29. Lacey, G. N. Observations on Aberfan. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 257-260/1972.
30. Diaconu A. El trastorno por estrés postraumático (TEPT) de origen laboral: Estudio de un caso clínico. UPF-UD “MateuOrfila” 2009-2010.
31. Sucrí Agustina, 11-S: el tiempo pasa, las secuelas quedan. *Diario la Prensa*. La Prensa Digital.[Internet] 2011 [Consultado mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.laprensa.com.ar/CienciaSalud/380836-11-S-el-tiempo-pasa-las-secuelas-quedan.note.aspx>
32. Carvajal César. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [revista en la Internet]. [citado 2013 Ago 18].

Disponible

en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600003&lng=es

33. Martín Ayala Juan Luis y Ochotorena Joaquín de Paúl Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. Universidad del País Vasco. *Psicothema* 2004. Vol. 16, Nº 1 pp. 45-49 ISSN 0214 – 9915.
34. Raphael: Cuando aparecen los desastre. Como los individuos y comunidades se enfrentan con la catástrofe. Nueva York: Libros básicos
35. Santiago, J. y Montfragüe, M. La vivencia de la muerte en el niño. Padres y maestros. 1999.
36. Kroen, W. C. Ayuda a niños que se enfrentan con la pérdida de un amado: Una guía para adultos. Minneapolis, EE.UU.: Industria editorial de Espíritu libre S.A. 1996.
37. Fernández, A. Un acto terrorista causa mayor impacto emocional en los niños que una catástrofe. *El país* 26 de marzo de 2002.
38. Dupén Alberto Hugo. Enfoque psicológico del Estrés Postraumático en los Veteranos de la Guerra de las Islas Malvinas. Tesis. 2002. [Internet] 2002 [Consultado abril del 2013]. Disponible en: <http://www.ihapw.org/tesis.pdf>
39. Vogel, J. M. y Verberg, E.M. Respuestas psicológicas de niños a desastres. *Diario de psicología infantil Clínica*, 22(4) 1993.

40. Abeldaño Ariel –Fernandez Ruth –EstarioJuan Carlos Trastornos de Estrés Postraumático (TEP) en población afectada por el terremoto Chileno del 27 de febrero de 2010.
41. Basade, N., Paez, D. y Rimé, B. Efectos y procesos psicosociales de la participación en manifestaciones después del atentado del 11 de marzo. *Ansiedad y Estrés*. 10(2/3),2004

ANEXOS

Anexo N° 01.

Lista de síntomas para valoración psicológica Del trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Sr, srta..

Las autoras, egresadas de la facultad de Enfermería; vienen ejecutando el trabajo de investigación titulado "Estrés Postraumático en Adolescentes que vivenciaron el terremoto de Pisco del 2007. Centro poblado Alto El Molino. Pisco 2013", con el objetivo de identificar el estrés postraumático en los adolescentes que vivenciaron el desastre; por ello le pedimos tengan la voluntad de responder la encuesta con veracidad. Sus respuestas serán anónimas.

I. Aspectos Generales:

1. ¿Qué edad tenias cuando sucedió el terremoto?.....
Actualmente ¿qué edad tienes?.....
2. Sexo: F () M ()
3. Grado de instrucción:
Primaria () secundaria ()
Universitario () técnico no universitario ()
4. A perdido a un ser querido: Si () No ()
De ser Si tu respuesta a quien.....
5. Haz tenido o tienes alguna lesión en tu cuerpo como producto del terremoto: Si () No ()
De ser Si tu respuesta, indicar en qué parte y qué tipo de lesión.....
6. Has recibido tratamientos o apoyo como consecuencia del terremoto:
Si () No ()
Qué tipo de tratamiento o apoyo has recibido?.....
.....

II. A continuación se le presenta preguntas en la cual marcará su nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases, según lo que usted considera, no se trata de establecer valores buenos o malos, sólo de elegir la respuesta que usted crea con relación a lo que siente.

Por favor señale con una X según corresponda:

- 1 = total desacuerdo
- 2= parcial desacuerdo
- 3 = de acuerdo parcialmente
- 4 = total acuerdo.

Items	1	2	3	4
1. Últimamente he vivido al menos una situación relacionada com muertes o amenazas contra mi vida o la de otras personas relacionadas conmigo				
2. Por esta situaciónhe experimentado mucha angustia o temor excesivo				
3. Constantemente tengo pensamientos que me recuerdan la situación desagradable y me provocan				

mucha angustia				
4. Sueño mucho con lo que pasó				
5. La mayor parte Del tiempo creo estar viviendo lo sucedido				
6. Cuando algo me recuerda la situación, me siento muy mal				
7. Cuando algo me recuerda un aspecto de La situación, mi cuerpo se altera				
8. Siempre evito pensar o hablar de lo que pasó				
9. La mayoría de las veces evito cosas y sitios que me recuerden la situación				
10. Olvidé muchas cosas de La situación desagradable				
11. (a) A partir de lo que pasó, siento que nada me importa				
11.(b) Después de la situación, tengo muchas dificultades para llevar a cabo las actividades que hacía antes				
12. A partir de lo que pasó, las personas que me rodea ya no son importantes para mí				
13. Después del suceso desagradable tengo muchas dificultades para querer como lo hacía antes				
14. A partir de lo que sucedió, siento que mi futuro es triste y desolador				
15. Después del suceso desagradable, me es muy difícil conciliar el sueño				
16. Después de la situación que viví, siento que frecuentemente estoy de mal humor				
17. Me es muy difícil concentrarme en mis actividades, después de lo sucedido				
18. Desde que tuve esa situación horrible, siempre observo con sospecha todo lo que ocurre a mi alrededor				
19. Desde lo que me pasó, cualquier cosa me pone en alerta y me asusta				
20(a) Después de esa situación, La mayor parte Del tiempo me siento mal, en todos los sentidos				
20.(b) He disminuido casi todas mis actividades sociales después de lo que me pasó				
20.(c) Después de lo sucedido, tengo muchas dificultades en mis relaciones con los demás				
20.(d) Después de lo que me pasó, he disminuido en gran medida mi ritmo de trabajo				

Adolescentes con EPT, tendrán todos los criterios

-Criterio A: preguntas 1+2= 2.

-Criterio B: preguntas 3+4+5+6+7 > 1.

-Criterio C: preguntas 8+9+10+11a+11b+12+13+14 > 3.

-Criterio D: preguntas 15+16+17+18+19 > 2.

-Criterio F: preguntas 20a+20b+20c+20d > 1.

Los adolescentes que no reúnan de manera completa los criterios anteriores se codificaron como negativos para EPT. (Cuestionario propuesto por Pineda; Guerrero; Pinilla y Estupiñán).

Gracias