



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

“DIMENSIONES DE LA SALUD METAL AFECTADAS EN LAS PERSONAS DEL  
BARRIO BRISAS DEL PACÍFICO, CANTÓN PEDERNALES, PROVINCIA DE MANABÍ  
DESPUÉS DEL TERREMOTO DE ABRIL, A JULIO 2016”

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORES**

ARIAS PARDO LUIS MARTÍN

CHÉRREZ PAREDES MARÍA FERNANDA

**DIRECTORA:**

ORTIZ PATRICIA, MGTR

**LECTORES**

RIVAS ALEXIS, ANTROPÓLOGO SOCIAL

CARRION FREDDY, MD

Quito, septiembre 2016

## **DEDICATORIA**

A todas las personas fallecidas en el terremoto de Pedernales, a sus familias y a los sobrevivientes; que la Paz de Dios llene sus corazones y les ayude a salir adelante.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, creador de la vida. A nuestros padres como instrumentos de bendición y formación en nuestra carrera. A nuestras familias por el empeño y la ayuda brindada a lo largo de nuestros estudios. A la Iglesia Río de Vida y la Familia Soledispa que hicieron posible el realizar misiones en Pedernales, de la cual nuestro interés por realizar esta investigación.

María Fernanda Chérrez Paredes

Luis Martín Arias Pardo

# **ÍNDICE**

Listado de tablas.....	6
Resumen.....	11
Abstract.....	13
<b>CAPÍTULO I Introducción.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO II Marco Teórico.....</b>	<b>18</b>
<b>I. SALUD MENTAL.....</b>	<b>18</b>
1. GENERALIDADES Y ORIGEN CONCEPTUAL.....	18
2. LA SALUD MENTAL COMO UNA NECESIDAD HUMANA BÁSICA.....	31
3. NOSOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL.....	34
3.1 Dimensión Cognitiva.....	36
3.2 Dimensión Afectiva.....	38
3.3 Dimensión Conductual.....	41
<b>II LOS DESASTRES NATURALES.....</b>	<b>43</b>
1. GENERALIDADES.....	43
2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS DESASTRES NATURALES.....	47
3. HISTORIA DE LOS DESASTRES NATURALES.....	48
4. ECUADOR UN PAÍS VULNERABLE.....	49
4.1. Historia de los terremotos en Ecuador.....	51
4.2. Terremoto de Manabí abril 2016.....	53
5. DESASTRES NATURALES Y SALUD MENTAL.....	53
6. LA VIDA EN PEDERNALES.....	57
<b>III JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>59</b>
<b>CAPÍTULO III Métodos.....</b>	<b>61</b>
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	61
3.2 OBJETIVOS.....	61

3.3 METODOLOGÍA .....	62
3.3.1 Categorización de variables del estudio .....	62
3.3.2 Universo y selección de informantes.....	63
3.3.3 Criterios de inclusión y criterios de exclusión .....	63
3.3.4 Tipo de estudio.....	64
3.3.5 Procedimiento de recolección de información .....	64
3.4 ASPECTOS BIOÉTICOS .....	65
<b>CAPÍTULO IV Resultados.....</b>	<b>67</b>
4.1. SUBCATEGORÍAS DE LA DIMENSION COGNITIVA: .....	68
4.1.1 Recuerdos vívidos .....	68
4.1.2 Resolución de conflictos .....	72
4.1.3. Planes para el futuro.....	75
4.1.4. Religiosidad.....	77
4.1.5. Economía.....	79
4.2.- SUBCATERORÍAS DE LA DIMENSION AFECTIVA:.....	81
4.2.1. Sentimientos de la persona.....	81
4.2.2. Sentimientos sobre los hijos.....	83
4.2.3. Relaciones interpersonales .....	85
4.2.4 Presencia gubernamental y no gubernamental .....	88
4.3. SUBCATEGORÍAS DE LA DIMENSION CONDUCTUAL .....	92
4.3.1 Actividades cotidianas antes del terremoto .....	92
4.3.2. Actividades cotidianas después del terremoto.....	93
4.3.3. Otras actividades .....	95
4.3.4. Hábitos de sueño .....	96
<b>CAPÍTULO V Discusión .....</b>	<b>103</b>
Limitaciones del estudio.....	106
<b>CAPÍTULO VI Conclusiones y Recomendaciones.....</b>	<b>107</b>

<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	112
<b>ANEXOS</b> .....	120

ANEXO 1 Entrevista: Preguntas

ANEXO 2 Hoja informativa del Consentimiento Informado

ANEXO 3 Formulario de Consentimiento Informado

ANEXO 4 Sismicidad en la costa ecuatoriana

ANEXO 5 Emergency Response Coordination Center (ERCC)

## **LISTADO DE TABLAS**

### **MARCO TEÓRICO**

TABLA 1. Emociones primarias y sus funciones adaptativas.....	41
TABLA 2. Clasificación de los desastres naturales por la duración.....	46
TABLA 3. Clasificación de los desastres naturales por las consecuencias.....	46
TABLA 4. Clasificación de los desastres naturales por el origen.....	47

### **MÉTODOS**

TABLA 5. Categorización de variables.....	62
---	----

### **RESULTADOS**

TABLA 6. Distribución por grupos etarios y sexo de las personas entrevistadas .....	68
TABLA 5. Afectación de Salud Mental en hombres y mujeres.....	101

## **LISTADO DE GRÁFICOS**

### **MARCO TEÓRICO**

GRÁFICO 1. Factores de riesgo para desarrollar trastornos mentales.....	23
GRÁFICO 2. Salud Mental y Autonomía persona.....	32
GRÁFICO 3. Razonamiento creencia-deseo.....	36
GRÁFICO 4. Formula del desarrollo de un desastre.....	45
GRÁFICO 5. Fases del desastre natural.....	56
GRÁFICO 6. Mapa de la Provincia de Manabí.....	58

### **RESULTADOS**

GRÁFICO 7. Subcategorías de la Dimensión Cognitiva.....	91
GRÁFICO 8. Subcategorías de la Dimensión Afectiva.....	96
GRÁFICO 9. Mapa sísmico Pedernales 18/05/2016.....	98
GRÁFICO 10. Subcategorías de la Dimensión Conductual.....	100

## **LISTADO DE FOTOGRAFÍAS**

### **RESULTADOS**

FOTOGRAFÍA 1. Casas en el centro de Pedernales.....	71
FOTOGRAFÍA 2. El trabajo, la forma de salir adelante.....	74
FOTOGRAFÍA 3. Viviendas provisionales.....	76
FOTOGRAFÍA 4. Nueva forma de congregarse en las iglesias.....	78
FOTOGRAFÍA 5. Fuentes de trabajo.....	80
FOTOGRAFÍA 6. El dibujo de un niño.....	84
FOTOGRAFÍA 7. Barrio Brisas del Pacifico.....	87
FOTOGRAFÍA 8. Presencia gubernamental y no gubernamental.....	90
FOTOGRAFÍA 9. Viviendas sin paredes.....	94

## **GLOSARIO DE SIGLAS**

a.C.	Antes de Cristo
APA	American Psychiatric Association
CERESIS	Centro Regional de Sismología para América del Sur
CRED	Centro de Investigación en Epidemiología de Desastres
d.C.	Después de Cristo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IGEPN	Instituto Geofísico de la Escuela Politécnica Nacional
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MFE	Ministerio de Finanzas del Ecuador
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSK	Escala de Mercalli
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud

PNUMA	Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PRMARG	Programa Regional de Meteorología Argentina
SGRE	Secretaría de Gestión de Riesgos Ecuador
UNITAR	Instituto de las Naciones Unidas para la Formación Profesional e Investigaciones

## **GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**ESCALA DE RICHTER:** Esta escala se emplea para evaluar los daños ocasionados por los sismos y mide la cantidad de energía liberada de un temblor en su centro o foco, el rango de la escala va de 1 a 10 grados, y la intensidad crece de forma exponencial de un número al siguiente.

**ESCALA DE MERCALLI:** Es una escala de doce grados desarrollada para evaluar la intensidad de los terremotos a través de los efectos y daños causados a distintas estructuras. Así, la intensidad de un terremoto no está totalmente determinada por su magnitud, sino que se basa en sus consecuencias, empíricamente observadas.

**FALLA GEOLÓGICA:** Fractura en las rocas que por efecto de las grandes fuerzas a la que está sometida, se mueve, provocando sismos.

**TRASTORNOS MENTALES:** Los trastornos mentales son muy diversos y cada uno se acompaña de diferentes síntomas. No obstante, suelen caracterizarse por una combinación de pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones sociales anormales.

**POLÍTICA DE SALUD MENTAL:** La política sobre Salud Mental es el enunciado oficial por el cual un gobierno define la visión y los detalles, así como un conjunto de valores, principios, objetivos y campos de actuación para mejorar la Salud Mental de un grupo de población.

**PLAN DE SALUD MENTAL:** Recoge con pormenores las estrategias, actividades, plazos y presupuestos que habrán de aplicarse para materializar la visión y lograr los objetivos de la política, así como los resultados previstos, las metas y los indicadores que se aplicarán para determinar si la ejecución dio buen resultado.

**GRUPOS VULNERABLES:** son diferentes en los distintos países, pero suelen afrontar obstáculos parecidos en cuanto a su situación socioeconómica, los medios de apoyo social y las condiciones de vida (estigma y la discriminación; violencia y el maltrato, entre otras). Esta vulnerabilidad es el resultado de factores sociales y del ambiente circundante.

**RIESGO AMBIENTAL:** Se entiende por medio ambiente el entorno o suma total de aquello que nos rodea y que afecta y condiciona las circunstancias de vida de las personas o la sociedad en su conjunto. Se refiere a la contaminación sociocultural y psicosocial, en la que incluiríamos la dependencia, violencia, estrés, competitividad.

**CARGA MUNDIAL DE MORBILIDAD:** Es una imagen completa de la situación mundial de la salud utilizando los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) como una nueva medida de utilidad para cuantificar las pérdidas de vida sana, ya sea por mortalidad prematura o por el tiempo vivido con una salud menguada. Para tener en cuenta en su justa medida esas dos posibilidades, los AVAD obligan a asignar pesos numéricos a las muy diversas consecuencias no mortales de diferentes enfermedades y lesiones.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las dimensiones de la salud mental afectadas en las personas del barrio Brisas del Pacífico, cantón Pedernales, provincia de Manabí después del terremoto a julio 2016.

**Metodología:** Se realizó una Investigación cualitativa de tipo interpretativa. Se entrevistaron a 12 personas que aceptaron voluntariamente, utilizando criterios de inclusión y exclusión, previa autorización del consentimiento informado a participar en el estudio. Se aplicó una entrevista a profundidad, con una guía semiestructurada; por saturación. Se utilizó un registro de documento de forma escrita y en audio.

**Análisis:** Se categorizó las dimensiones: cognitiva, afectiva y conductual. Se identificaron nuevas subcategorías en las respuestas de los entrevistados. Se comparó las respuestas de acuerdo a los: grupos etarios (adultos jóvenes, adultos y adultos mayores) y sexo (hombres y mujeres).

**Resultados:** Los moradores de Brisas del Pacífico han sido afectados en su salud mental. La *dimensión cognitiva*: recuerdos vívidos detallados y puntuales del suceso, los jóvenes recuerdan con tristeza y con lágrimas en sus ojos; la resolución de conflictos mediante resiliencia y prevención de un suceso futuro; el plan a futuro de los varones moradores se basa en reconstruir sus viviendas; la religiosidad se presenta en un nuevo estilo de vida. En la *dimensión afectiva*, presentan: miedo, nerviosismo, susto y desesperanza. Las redes de apoyo como: la familia, los amigos y la solidaridad del barrio, han ayudado a “salir delante” de esta crisis emocional; la migración interna y externa de la provincia es un factor negativo. La presencia de entidades gubernamentales y no gubernamentales ha resuelto la problemática de las necesidades, pero han disminuido a medida que el tiempo transcurre. La *dimensión conductual*: no han cambiado sus actividades cotidianas después el terremoto. Otras actividades que refieren son: acudir a una

iglesia y lo jóvenes prefieren pasar con sus amigos. Los hábitos del sueño han cambiado para las mujeres, con insomnio y preocupación por sus hijos; los hombres no tienen problemas al conciliar el sueño. La inseguridad como factor negativo.

**Conclusiones:** Las percepciones de las personas entrevistadas después de terremoto ha cambiado, ahora las madres tienen una cultura de prevención para futuros. Las mujeres, niños y ancianos son el grupo vulnerable al enfrentar esta situación. Las redes de apoyo son fundamentales para salir adelante después de un desastre natural (iglesia y la comunidad). La familia se ha convertido en el eje principal para la población. La población entrevistada se encuentra con positivismo y resiliencia. Las mujeres fueron afectadas mayormente en las dimensiones afectiva y conductual, que los hombres. Hombres y mujeres, han sido afectados por igual en su dimensión cognitiva.

**Palabras clave:** Salud Mental, Terremoto, Dimensiones cognitiva-afectiva-conductual.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To analyze dimensions of mental health affected in the neighborhood “Brisas del Pacífico” in Pedernales, Manabí province after the earthquake to July 2016.

**Methodology:** A qualitative study was performed interpretative type. We interviewed twelve voluntaries, using inclusion and exclusion criteria, with authorization of informed consent. We applied an interview semi structured; with cumulative and sequential criterion (saturation). Selected categories derived from the cognitive, affective and behavioral dimensions that were asked in the interview questions. The registration was written and recorded.

**Analysis:** Cognitive, emotional and behavioral: pre-structured categories were analyzed. New subcategories were identified. The answers were compared between age groups (young adults, adults and seniors) and sex (male and female):

**Results:** The residents of “Brisas del Pacifico, in Pedernales” have been affected in their mental health and show changes in these dimensions. *The cognitive dimension* combines detailed and vivid timely memories of the event. Young people remember with sadness and tears in their eyes;; conflict resolution through resilience and preventing a future event; the future plan of the men are building their homes and women want to help their children become professionals; share their beliefs and religiosity as an opportunity to change their way of life; and how to generate resources in the economy. *In the emotional dimension*, women sustain feelings of empathy for their children as far as, fear, nervousness, fright and despair. Interpersonal relationships such as family, friends and neighborhood solidarity are the support networks that have helped "get ahead" of this emotional crisis, finding internal and external migration of the province as a negative factor. The presence of governmental and nongovernmental entities has solved the problem of the immediate needs of food and shelter, mediate such as health and

psycho-emotional support. *The behavioral dimension* of the residents has not changed their daily activities after the earthquake; men work fishing, women are homemakers and care for their children. Other activities that concern the inhabitants of the neighborhood are living with their families and attending a church, young people prefer to spend time with their friends. Sleep habits have changed for women with insomnia and concern for their children; the men have no trouble falling asleep. Insecurity in the neighborhood is a negative factor for this subcategory.

**Conclusions:** The perception of people interviews after the earthquake has changed dramatically. Now mothers have a plan in case of future earthquakes (every family has food kits, flashlights, clothing in a backpack). Women, children and the elderly are the vulnerable group to address this situation. Support networks are essential to move forward after a natural disaster. The family has become the main hub for the population. The church and the community are also strong support networks for each individual. The population interviewed is a strong, with good resilience. Women have been affected mainly in the behavioral dimensions than men. Men and women are affected equally in their cognitive dimension.

**Keywords:** Mental Health, Earthquake, cognitive-affective-behavioral dimensions.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de Salud Mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013). Sandoval (2008) la describe como “el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”

El campo de la Salud Mental ha sido indagado mucho más a fondo en las últimas décadas, debido a políticas mundiales; dadas por la generación de discrepancias o incluso aislamiento de este tema en el marco de la Salud. Podemos decir que la salud mental, en el contexto de necesidad básica de todo ser humano, es por principio preocupación de las entidades gubernamentales, núcleos sociales y comunidades que se preocupan por conservar y mantener este concepto aplicado en una manera eficaz. (Sandoval, 2008)

Ecuador implementó las políticas y planes de Salud Mental resueltos en América Latina del 2007 (Caldas-de-Almeida, 2007). Según la Constitución del año 2008 y la Ley Orgánica de Salud 2006 ponen en un marco de importancia la asistencia psicológica para garantizar la estabilidad física y mental de la población. Si bien, esta política actual promueve la ejecución de estrategias para la Salud Mental, están sólo destinadas para el abuso de alcohol, consumo de drogas entre otras. Las alteraciones psicoemocionales a raíz de los desastres naturales no se contemplan en estas políticas.

Lo ocurrido en Quito con el volcán Guagua Pichincha o el volcán Tungurahua, ambos a finales del siglo pasado, son desastres naturales que cambiaron las conductas de los moradores de estas ciudades. Los desastres naturales son desencadenantes de alteraciones en la salud mental. Actualmente la OMS define desastre como: “al fenómeno natural combinado con sus efectos nocivos (por ejemplo, la pérdida de vidas o la destrucción de edificios [después de un terremoto o inundación])”. (OMS, 1948).

La vulnerabilidad es “la susceptibilidad o la predisposición intrínseca de un elemento o de un sistema de ser afectado gravemente”. El riesgo, se entiende como: “la probabilidad de la generación de daños por la presentación del fenómeno esperado, en un lugar específico y con una magnitud determinada” (OPS, 2004)

El Ecuador tiene un alto riesgo de sufrir un desastre natural. Debido a que geográficamente se encuentra ubicado en el Cinturón de Fuego del Pacífico y atraviesa al país la Cordillera de los Andes. Además, se conoce sobre las placas tectónicas y fallas geográficas de la región; Como lo dijo hace un par de siglos Alexander von Humboldt, “Los ecuatorianos son seres raros y únicos: duermen tranquilos en medio de crujientes volcanes (...)” (Cuesta, 2014).

El 16 de abril del 2016 a las 18:58 ocurrió un terremoto de 7,8 en escala de Richter, el epicentro fue entre las parroquias de Pedernales y Cojimíes del cantón Pedernales, provincia de Manabí. (UNITAR, 2016). El cantón Pedernales ubicado a 170 km a de distancia de la capital del Ecuador contaba con una población de 55. 128 (INEC, 2016). Según datos oficiales hasta mayo 2016 hay 661 muertos, 12 desaparecidos, 6.274 personas heridas y otras afectaciones directas, 113 personas rescatadas con vida, 28.678 personas albergadas (SGRE, Informe de situación N°65, 2016)

Se entiende a la magnitud de los desastres naturales como un “potenciador” de las alteraciones en la Salud Mental de los individuos que han sido víctimas de esta. (Calderón, 2002). Esta investigación es un estudio cualitativo interpretativo de la importancia de las dimensiones de la Salud Mental afectadas por el terremoto en Manabí; abarcando el área cognitiva, área afectiva y el área conductual (Sandoval, 2008) su identificación y análisis serán el objetivo de esta investigación. Se aplicó una entrevista individual, a profundidad semiestructurada a los moradores del Barrio Brisas del Pacífico, cantón Pedernales, Provincia de Manabí.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### I. SALUD MENTAL

##### 1. GENERALIDADES Y ORIGEN CONCEPTUAL

###### *1.1 Un acercamiento a su historia*

Los primeros relatos de occidente descritos en “El Libro Sagrado”, La Biblia, muestran problemas de Salud Mental en sus narraciones. En el siglo X a.C., el primer rey de Israel, el Rey Saúl fue “atormentado en su alma [mente] por un espíritu de parte de Dios” (1ra Samuel 16:14-23). En la antigua Babilonia en el siglo VI a.C. se relata la locura del Rey Nabucodonosor, castigado por su soberbia perdió la razón; se lo describe como una “bestia” porque vivía y comía igual que los animales (Daniel 4:1-37). Se creía que todo “mal” que se albergaba en el cuerpo humano era fruto de una maldición divina, dependía de la cosmovisión de cada cultura, su topografía, su historia, sus ritos (Salaverry, 2012).

En el siglo V a.C., Hipócrates describe el origen sobrenatural de las enfermedades mentales, al realizar su primera clasificación de las enfermedades basándose en las alteraciones de los humores (corriente somatista); los desequilibrios mentales debían estar ubicados en el lugar que les causaba, es decir, el cerebro (Faraone, 2011). En el primer siglo, en el Nuevo Testamento, Jesús de Nazaret es citado en los evangelios por numerables ocasiones como “sanado a endemoniados” o “librando a los cautivos”. Un poder sobrenatural que contrastaba con la filosofía hipocrática; que no dudaba de una explicación natural de la enfermedad, pero incitaba que no sólo esta puede ser la causa de la perturbación humana (Marcos 5:1-20; 9:14-29; 10:1)

En el siglo II d.C, Galeno el padre de la medicina, sistematizó la medicina griega y aceptó el carácter “natural” de la enfermedad mental. Constantino a causa del decreto de 313 d.C., por la difusión y oficialización del cristianismo, condujo a conflictos entre el carácter naturalista de la ciencia y medicina grecorromana con la visión cristiana, que enfatizaba la omnipotencia y omnipresencia divina (Salaverry, 2012). Durante la Edad Media (siglos V al XV d.C.) se denominó “locos o lunáticos”, a las personas con algún tipo de desequilibrio mental por la influencia de la luna en los comportamientos (Bruce-Chawatt, 1972).

En el Renacimiento la Salud Mental da un giro debido al gran aporte de Descartes del dualismo, dividiendo al hombre en dos componentes: material (*res extensa*) y racional (*res cogitans*) (Robinson, 1729). Tomas Willis, el anatomista neurológico, indaga sobre la posibilidad de la afectación del comportamiento regido por la razón y su relación con las funciones corporales (Salaverry, 2012). A finales del siglo XVII d.C. Herman Boerhaave y Von Haller difundieron la concepción neural de la enfermedad mental, contribuyendo a la desaparición del constructo de posesiones demoniacas como causa de enfermedades mentales (Skultans, 1979).

William Cullen, en el siglo XVIII d.C. difundió la interpretación por John Locke: “la mente es como una hoja en blanco en la cual se generan ideas a partir de sensaciones que provienen de los sentidos” (Arnold, 1806). El psiquiatra Chiarugi incorporó un componente “psicológico” y su colega Pinel, luego de sus investigaciones sin encontrar cambios morfológicos en las necropsias de enfermos mentales, describieron las alteraciones mentales sin deterioro de las funciones intelectuales, es decir, los estados corporales influenciarían la mente a través de la actividad de los sentidos y en general del sistema nervioso, nombrándolo: “*sensorium commune*”. (Chiarugi, 1746).

La Salud Mental precede a la “Higiene Mental” (Clifford Whittingham Beers, 1908), a partir de la 2ª Guerra Mundial (1945) cambia la percepción de las enfermedades mentales y se añaden teorías sociológicas, que propugnan sobre las enfermedades mentales no tener un origen orgánico, si no qué las genera: la propia sociedad, la cultura, las relaciones personales, etc.; las conductas intrapersonales e interpersonales se modificaron. El desequilibrio del cuerpo y la mente, dio como resultado la aparición de nuevas instituciones que tomaran en cuenta esta área que necesitaba urgentemente un cuidado especial (Glasser, 1961).

### *1.2 Conceptos*

La OMS define de salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1948), incluyendo “la mente” como factor vulnerable a cambios. La primera definición de Salud Mental fue: “la capacidad para conseguir unas relaciones armoniosas con los demás y para participar o contribuir de manera constructiva a la modificación del medio social o físico” (OMS, 1950). Otro concepto se cita “la capacidad para poder ser, para poder realizarnos como seres humanos, para poder enfrentarnos con los problemas, los conflictos, las dificultades, los avatares de la vida” (Elisa N. Cortese, 2004).

El concepto actual de la OMS es: “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013). En la infancia se toma en consideración los aspectos del desarrollo (identidad), la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales

o la aptitud para aprender y adquirir una educación, que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad. Es decir, Salud Mental “es la capacidad potencial de realizarnos en nuestra propia vida; no es innata, sino que debemos conquistarla permanentemente y sufre contratiempos” (Elisa N. Cortese, 2004).

La Salud Mental es la armonía de elementos que constituyen la fuente del ser, es decir: lo físico, los pensamientos, las emociones, las ideologías y las creencias religiosas (Guiddens, 2014). Entonces se puede decir, como la Academia Americana de Psiquiatría (APA), que Salud Mental es algo tan sencillo como poder experimentar: “el estar bien con uno mismo, estar bien con los demás y enfrentar las exigencias de la vida diaria” (APA, 2013). Sin embargo, la OMS, establece que no existe una definición “oficial” sobre la Salud Mental y que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesiones, la forma en que las personas se relacionan con su entorno y la realidad subjetiva, etc.

En los últimos años, investigaciones han advertido sobre la necesidad de un proceso de concienciación social, al detectar que los problemas relacionados con la enfermedad mental han sido muy subestimados e ignorados. El bienestar mental es parte de la salud del individuo, más las personas que sufren un trastorno mental han constituido uno de los grupos peor asistidos, menos comprendidos y uno de los más discriminados a lo largo de la historia como lo hemos presentado en esta investigación (Mesquita-Dummar, 2015).

### ***1.3 El panorama mundial de la Salud Mental***

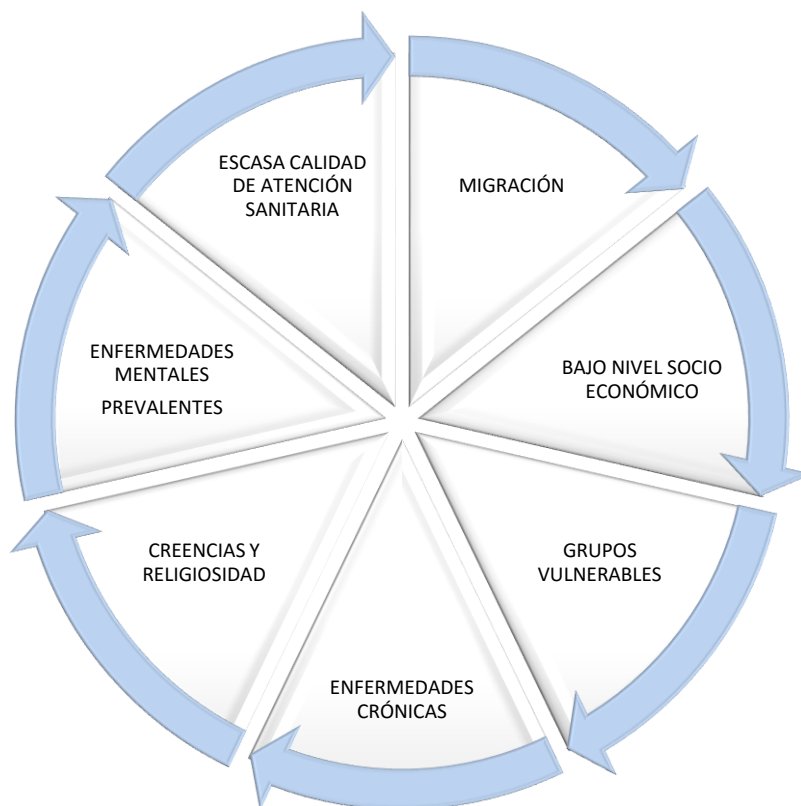
En la Salud Mental incluyen características individuales (capacidad de gestionar pensamientos, emociones y comportamientos), factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Las condiciones que hacen vulnerable a la persona y/o al colectivo, son: pobreza,

enfermedad crónica, maltrato y abandono, abuso de sustancias, discriminación, extremos de la vida, privados de libertad; el desempleo y migración por la actual crisis financiera mundial. De la misma manera, los desastres naturales y emergencias humanitarias provocan trastornos mentales (OMS, 2013).

Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad. Depresión mayor o Esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura del 40% al 60% con relación a la población general, ligados a comorbilidades (salud física, cáncer, enfermedad cardiovascular, diabetes, infección VIH); la depresión sin otra comorbilidad, representa el 4,3% de carga mundial de morbilidad y la principal causa de discapacidad, sobretodo en mujeres. El suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en jóvenes. El 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004 corresponde a los trastornos mentales-neurológicos por abuso de sustancias (OMS, 2010).

Los trastornos mentales “hunden” a las personas y a las familias en la pobreza. La carencia de redes de apoyo exagera la marginación y la vulnerabilidad de estos. Los sistemas de salud no dan respuesta a la carga de trastornos mentales. En países de ingresos bajos y medios, del 76% al 85% de personas no reciben tratamiento para trastornos mentales graves; para los países de ingresos altos entre el 35% y 50%. El impacto mundial acumulado de trastornos mentales del 2011 al 2030, será de US\$ 16.3billones de pérdida (Foro Económico Mundial, 2011). (Ver Gráfico 1)

## GRÁFICO 1. Factores de riesgo para desarrollar trastornos mentales



**Elaborado por:** Los autores, adaptado de OMS. (2013). *PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL 2013-2020*. Resolución de la 65ª Asamblea Mundial de la Salud mayo 2013, Ginebra, Suiza.

La escasa calidad de atención, la distribución inequitativa y uso ineficiente de recursos son parte de la problemática de la Salud Mental. El gasto mundial anual por persona es inferior a US\$2 (US\$0.25 en países de ingresos bajos). El 67% de recursos económicos se destinan a hospitales psiquiátricos. El número de profesionales sanitarios especializados es insuficiente (1 psiquiatra por cada 200.000 personas). La situación alarma cuando de legislación se trata en materia de

salud mental, solo el 36% de personas en países de ingresos bajos son amparadas, versus 92% en los países de ingresos elevados (OMS, 2015).

Existen pocas organizaciones y movimientos en favor de la Salud Mental, que además no cuentan con un adecuado desarrollo. El 49% de los países de ingresos bajos cuentan con organizaciones para trastornos mentales y discapacidades psicosociales; en contraste con el 83% en países con ingresos altos. El Atlas de Salud Mental (2015) sobre la disponibilidad de medicamentos básicos en atención primaria es baja (comparando con enfermedades infecciosas o crónicas no transmisibles), así como de personal capacitado para brindar un tratamiento no farmacológico.

La reorganización financiera de los servicios comunitarios con integración de programas de promoción de Salud Mental materna, atención a enfermos crónicos, en enfermedades de transmisión sexual son fundamentos que la OMS ha tomado para elaborar un plan de atención a la Salud Mental en el período 2013-2020. Creando políticas nacionales de protección social, calidad de vida, condiciones laborales y redes de apoyo; concientizando una atención adecuada a dichos pacientes (OMS, 2013).

En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de Salud adoptó la resolución para el plan de acción integral, basados en la carga mundial de trastornos mentales; con un enfoque multisectorial, coordinación de servicios sanitario y social, asociaciones internacionales, regionales y nacionales. Proponiendo indicadores y metas clave para la aplicación, progreso e impacto; con lineamientos, tales como: reducir el uso nocivo del alcohol, salud de los trabajadores y enfermedades no transmisibles. Debido al pilar del plan: “no hay salud sin salud mental” (OMS, 2013)

### ***1.2.1 La perspectiva Sudamericana***

En la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI, Colombia, Paraguay, Ecuador, Argentina, Uruguay, Brasil y Perú elaboraron una política pública de Salud Mental como *derecho*. Este avance se evidencia en la primera década del año 2000 cuando la OPS apoyó los procesos de reforma presentados en Sudamérica en el campo de la Salud Mental. Impulsando a los países a desarrollar programas nacionales de Salud Mental y a modernizar la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familiares (Henaó S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S., 2016).

La OPS en el 2005 presentó un informe estadístico acerca de los problemas mentales y morbilidad en el continente americano: “En 1990 existía en América 114 millones de personas con trastornos mentales, esa cifra aumentará en 176 millones para el 2010 (...) lo preocupante es que tan sólo una minoría recibe tratamiento”. El 80% de los pacientes diagnosticados no habían recibido ningún tipo de atención 12 meses previos al realizado por la OPS. Además, una cuarta parte de la población adulta en América Latina y en el Caribe ha sufrido de algún problema mental, al menos cinco millones de personas sufren epilepsia y de estos sólo unos 1,5 millones reciben algún tipo de atención (OPS, 2005).

La OPS reportó en el 2012 la afectación por depresión a 350 millones de personas en el mundo; en Latinoamérica y el Caribe el 5% de los adultos tienen diagnosticado dicho trastorno; 6 de cada 10 no reciben tratamiento. Entre el 20% y el 40% de mujeres desarrollan depresión durante el embarazo. Se calcula que el 25% de las personas sufre uno o más trastornos mentales o del comportamiento en su vida. La carga por enfermedad mental corresponde al 22%. Alrededor de

63.000 personas se suicidan cada año. Tan solo el 76.5% de países tienen un plan nacional de Salud Mental (PAHO, 2012).

No todas las políticas de Salud Mental de los países sudamericanos contienen el concepto del mismo. Actualmente, la Salud Mental en Colombia es definida como la “capacidad que poseen las personas o grupos para interactuar entre sí (...)” (Ministerio de Salud Colombia, 1998) (Congreso de Colombia., 2013), para Paraguay y Brasil es una equidad de oportunidades por ello la definen como un “derecho” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay, 2011) (Congreso de Brasil, 2001); mientras que Perú declara que es “un estado dinámico donde se integra lo biológico y lo social” (Ministerio de Salud Pública Perú, 2004). La población objetivo en Perú son los niños y niñas, adolescentes-jóvenes, adultos mayores y grupos nativos; estas poblaciones han sido afectadas por la violencia política y desastres.

Cada país propone metas según sus entidades gubernamentales, el Ministerio de Salud Pública o el Congreso Nacional. Así, por ejemplo, Colombia tiene como objetivos:

- a) Promover la Salud Mental y prevenir la aparición de enfermedad mental;
- b) Mejorar el acceso, cobertura y calidad de atención. Paraguay se centra en el goce del grado máximo de Salud Mental y de las condiciones de afrontamiento de las adversidades, es decir la calidad de vida. (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2015)

En Colombia, desde 1993 se lleva a cabo una encuesta nacional de Salud Mental, ha recogido información sobre: factores relacionados a salud mental, trastornos psiquiátricos y su atención, consumo de sustancias psicoactivas, etc. Se ha realizado en cuatro ocasiones, la última en el 2015; sustentados en el marco Constitucional de la República y en el Plan Decenal de Salud

Pública. Es uno de los países que ha adoptado como prioridad nacional la Salud Mental, que no centra su acción en los hospitales psiquiátricos, por el contrario, tienen como actor principal al primer nivel de atención. (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2015)

La mayoría de los países en Sudamérica cuentan con una política pública de salud mental, como se ha descrito anteriormente. La OPS enunció que “los gobiernos están en el deber de formular e implementar políticas públicas en materia de salud mental” (OPS, 2014). Sin embargo, existen países como Chile, Bolivia y Venezuela, que determinan sus políticas en materia de planes, programas y proyectos de intervención sin asumir un documento normativo de obligatorio cumplimiento (Henaos S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S., 2016).

La OPS, diseñó el plan de acción que recoge la experiencia alcanzada en el continente y expresa el compromiso de los gobiernos para contribuir al mejor servicio de la Salud Mental 2015-2020. El Plan se basa en una visión general de la Región; con la flexibilidad pertinente debido a las diferencias entre las nacionalidades y los contextos culturales (OPS, 2014), explicado de otra manera la Salud Mental es “un problema que constituye relevancia internacional desde hace dos décadas” (Ausgburger, 2015)

### ***1.3 La situación actual en la República del Ecuador***

Ecuador, estructuró la Salud Mental como un derecho. Planteando el concepto de “un estado de bienestar subjetivo que favorece desarrollar todas sus potencialidades psíquicas, trabajar de forma productiva y contribuir al bienestar colectivo”. Siguiendo los principios de integridad y equidad, participación y respeto por los derechos humanos; debido a su objetivo de las políticas

de salud, que se fundamenta en la problemática de coexistencia de patologías propias de la modernidad con enfermedades de los países en desarrollo (MSP, 1999).

El Ministerio de Salud Pública (MSP), cuenta con los principios de descentralización, calidad y oportunidad. En la práctica, no ha existido una evaluación de lo que acontece en los distintos servicios de salud en relación con los derechos humanos y de igual manera no se han ejecutado acciones de formación al personal de salud sobre este tema. No se organizó de manera regionalizada, en forma equitativa de acuerdo a las necesidades de la población. Siendo evidente una mayor concentración en las grandes ciudades del país, como lo son: Quito, Guayaquil y Cuenca (Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S., 2016).

La Salud Mental y los riesgos ambientales son condiciones y problemas que tienen la prioridad en el sector salud. Los indicadores a nivel nacional, no reflejan las profundas disparidades a nivel territorial y la situación de desventaja de los grupos poblacionales en situación de pobreza, de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro-ecuatoriana (representada por el 11% de la población del país) (MSP, 2012). En el 2007, como parte de los objetivos del Buen Vivir; el país define como sector prioritario a la salud (sector social), con un incremento del presupuesto del estado, política de universalidad y gratuidad progresiva a la atención pública de salud (MSP, 2012).

La Constitución del Ecuador (art. 38 literal 9) referente a políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores; y la Ley Orgánica de Salud (cap. IV, Art. 31) referente a la violencia como problema de salud pública y sustancias que generan dependencia (cap. VII), ponen en un marco de importancia la asistencia psicológica para garantizar la estabilidad física y mental de la población. El Plan Nacional del Buen Vivir inscribe los aspectos relacionados a

promoción de la Salud Mental, cuando se refiere a auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad. Todas estas políticas en beneficio de los grupos vulnerables.

Se define Salud Mental como “un estado de armonía y equilibrio del ser humano, que le permite sentirse bien con sigo mismo, realizarse en relación a sus creencias, interactuar de una manera consciente, coherente y respetuosa con su entorno cultural, social, natural y con el otro; desarrollar valores y suscitar condiciones éticas, para construir un proyecto de vida y desarrollarse como sujeto de derechos” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2009). Es decir, es más que la usencia de enfermedad mental; incluyendo el bienestar propio con autonomía, competencia y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), destaca la importancia de interesarse en las condiciones de la Salud Mental, adoptar modelos de Salud Mental comunitaria. Dejando de lado el modelo tradicional curativo-clínico biológico, actualmente practicado por los servicios psiquiátricos (MSP, 2012). Entre 2008 y 2010 las cinco primeras causas asociadas con la Salud Mental fueron:

- a) La depresión, que aumentó de 108 a 113 casos por 100.000 habitantes;
- b) La ansiedad, 66 a 99 casos por 100.000 habitantes;
- c) La epilepsia, 47,8 a 63,2 casos por 100.000 habitantes y
- d) El retardo mental, 25,2 a 37 casos por 100.000 habitantes (MSP, 2011),

Todas estas enfermedades tratadas bajo este modelo tradicional de atención a los pacientes.

El boletín del MSP del 2011, presentó la distribución de las consultas de Salud Mental. El MSP reportó el 30%, la Seguridad Social (IESS) reportó el 10%, las Instituciones Privadas reportaron el 20% e incluso se informa que no existió cobertura para un 30% de pacientes. Es decir, de las enfermedades prevalentes, la mayor cantidad de pacientes acudían al servicio médico público; el diagnóstico y tratamiento eran realizados en los hospitales, más no en el primer nivel de atención.

Del presupuesto total de salud del año 2012, el 0.44% fue destinado a Hospitales Psiquiátricos, utilizando únicamente el 95.8% de este. La problemática del financiamiento de los servicios de salud mental, se daba por la demanda de recursos dispuestos en el intervencionismo, es decir, los hospitales psiquiátricos (MFE, 2013). Las políticas establecidas para las acciones de un plan de Salud Mental, no describen los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para llevar a cabo dicho plan; como una estrategia o lineamiento de un nuevo plan de acción sobre la promoción y la prevención de Salud Mental.

“Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes”, es decir, pese a las políticas establecidas, existía una piedra angular que debía ser formulada. (Sandoval J. M., 2004). El gobierno ecuatoriano integró los sistemas nacionales de salud en todas las áreas médicas, dando atención a la población para mejorar sus condiciones de vida y desarrollo, disminuyendo el impacto de mortalidad, prevención de enfermedades y mejorando la calidad de vida.

El MSP desde el 2012 desarrolló una propuesta y presentó el 30 de julio del 2014 el Plan Estratégico Nacional y Modelo de Atención de Salud Mental. Las metas propuestas para la

Salud Mental en el país son: la implementación del enfoque de promoción de la salud y prevención del sufrimiento mental; el fortalecimiento de los servicios de salud mental, entre otras. Creando un soporte técnico para una década de desarrollo en esta área tan importante; enfocado a mitigar los problemas existentes en el Ecuador (abuso de sustancias), pero dejando de lado a la Salud Mental en el contexto de desastres naturales.

## **2. LA SALUD MENTAL COMO UNA NECESIDAD HUMANA BÁSICA**

Len Doyal e Ian Gough mencionan: “La sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas (...)” (Doyal & Gough, 1991), y Max-Neef en su obra Desarrollo a Escala Humana integra la categoría axiológica [el valor de algo] con la categoría existencial; esto explica el por qué la Salud Mental es una *necesidad humana de subsistencia*, ya que es una categoría existencial del ser (Max-Neef & al., 1993). Todos los individuos están inmersos en el contexto de Salud Mental, cada actividad que se realiza se verá influenciada por las circunstancias que se ha vivido y sentido (experiencia). (Ver Gráfico 2)

## GRAFICO 2. Salud Mental y Autonomía personal



**Elaborado por:** Los autores. Basado en Doyal, & Gough. (1991). *A Theory of Human Need*. Londres: MacMillan.

La Salud Mental ha sido definida de múltiples formas por autores de diferentes culturas. Los conceptos incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. La Salud Mental se relaciona con el raciocinio, las emociones y el comportamiento frente a diferentes situaciones de la vida cotidiana; también ayuda a determinar cómo manejar el estrés, convivir con otras personas y tomar decisiones importantes (Pardo A., Sandoval D., Umbarila Z., 2004). Existiendo una Salud Mental que incorpora la integralidad en todas las esferas sociales de la vida (OMS, 2013).

Numerosos profesionales de la Salud Mental han comenzado a entender la importancia de la diversidad religiosa y espiritual en lo que compete a la Salud Mental. La Asociación Estadounidense de Psicología explícitamente expresa que la religión debe ser respetada y también dice la APA, que la educación en asuntos religiosos y espirituales es también una necesidad (Richards P.S, Bergin A.E, 2000). Se contrasta la dicotomía entre lo “orgánico” y lo “espiritual”, siendo relevante el concepto de integralidad, y lo holístico dentro de ello. La fe en el Dios de la Biblia sigue rondando en la psique de los individuos alrededor del mundo (que

antiguamente traía una armonía al ser), entonces, podríamos decir que Salud Mental incorpora la *salud espiritual* (Guiddens, 2014).

### ***2.1 De enfermedad mental a Salud Mental: un derecho***

Debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos. Sufren también condiciones de vidas inhumanas y poco higiénicas, maltratos físicos y abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios (OMS, 2006). Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para el desarrollo de los objetivos nacionales e internacionales (OMS, 2003).

La violación de los derechos y la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales, han producido una reformulación sobre la perspectiva de derechos humanos para responder a la carga mundial de morbilidad mental (Alberto Minoletti, et. al., 2015). La Organización de las Naciones Unidas (ONU) menciona que todas las personas tienen el derecho a una mejor atención en Salud Mental englobado en un sistema de asistencia sanitaria y social (sin discrimen alguno) (ONU, 2011). Protegiendo al paciente de cualquier daño maltrato físico, ansiedad mental, uso de medicamentos, explotación, etc.), tratándolo con humanidad y respeto a su dignidad. (OMS, 2013).

Algunos autores coinciden en que “Salud Mental” y “enfermedad mental” no son dos conceptos simplemente opuestos, es decir, la ausencia de un desorden mental reconocido no indica necesariamente que se goce de Salud Mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental

no constituye siempre y necesariamente un impedimento para disfrutar de una Salud Mental razonablemente buena (Pardo A., Sandoval D., Umbarila Z., 2004).

En el Manual de los derechos en Salud Mental (2015), por el Dr. Alberto Minoletti, esboza un marco de derechos para ejercerlos, defenderlos y que amparan a todos los actores y participantes de la salud mental. Mencionados como derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible; derecho a la capacidad jurídica, libertad y seguridad personal; derecho de vivir independiente y ser incluido en la comunidad. Además, incluye el derecho a la protección contra la tortura y penas crueles; como la explotación, violencia y abuso. Tema amplio y extenso que por razones de los objetivos de la investigación serán únicamente citados.

### **3. NOSOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL**

Las clasificaciones de la Salud Mental varían según el enfoque: social, económico, cultural, político, legal, de grupo etario, sexo, género, psicológico, antropológico e incluso religioso. Basados en el estudio e investigación en las Dimensiones de la Salud Mental como los pensamientos, las emociones y las conductas los autores las clasifican como dimensión cognitiva, dimensión afectiva y dimensión conductual, respectivamente (Pardo A., Sandoval D., Umbarila Z., 2004).

La Salud Mental se relaciona con el raciocinio (DIMENSION COGNITIVA), las emociones (DIMENSION AFECTIVA) y el comportamiento (DIMENSION CONDUCTUAL) frente a

diferentes situaciones de la vida cotidiana. Debido a que estas tres áreas son el resultado de procesos neurofisiológicos integrales complejos, ante un evento cualquiera, estas áreas actúan de manera conjunta. Ejemplo, al estar en un ambiente de peligro un individuo experimenta la emoción de miedo (DIMENSION AFECTIVA), recurre a pensamientos (DIMENSION COGNITIVA) concretos de situaciones similares para actuar (DIMENSION CONDUCTUAL) de manera pertinente ante dicho peligro (Pardo A., Sandoval D., Umbarila Z., 2004).

Numerosos científicos a lo largo de siglos han estudiado el comportamiento humano, como expresan sus emociones y como se construyen los pensamientos, a la par de investigaciones sobre las estructuras cerebrales donde residen estos (Martínez, 2007).

Dado que es la observación del comportamiento de una persona en su vida diaria, el principal modo de conocer el estado de su Salud Mental en aspectos como el manejo de sus conflictos, temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, la forma en que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente, siendo de concepto subjetivo y culturalmente determinado (Guiddens, 2014), Wellman (2016) estructura un razonamiento a partir de las dimensiones de la Salud Mental.

Wellman (2016) simplificó el razonamiento de la creencia (DIMENSION COGNITIVA) y deseo para el comportamiento (DIMENSION CONDUCTUAL) emocional (DIMENSION AFECTIVA) del individuo. Donde las percepciones recibidas por los sentidos actúan sobre las creencias de la persona (lo que cree saber, imaginar o suponer), su experiencia; mientras que las

emociones básicas influyen en los deseos y anhelos del individuo. Las creencias y deseos estructuran una acción o una conducta que a su vez es reflejada en una reacción emocional de un suceso, dicha reacción individual es resultado del razonamiento creencia-deseo. (Ver Gráfico 3).

**GRAFICO 3. Razonamiento creencia-deseo**



**Fuente:** Esquema simplificado del razonamiento creencia-deseo. Adaptado por Wellman, 2014

### ***3.1 Dimensión Cognitiva***

Se define cognición como la facultad del individuo para procesar información a partir de la percepción de sus sentidos, la experiencia del conocimiento adquirido (experiencia) y las características propias que posibilitan valorar dicha información. Se utiliza para dar significado al acto de conocer, en un sentido cultural o social, como el desarrollo de nuevos conocimientos dentro de un grupo, que finaliza con el enlace de nuevos pensamientos y nuevas acciones. Esta área abarca procesos como: el aprendizaje, el razonamiento, la atención, la memoria, la

resolución de problemas, la toma de decisiones y el proceso del lenguaje. Tiene una relación estrecha con procesos abstractos tales como: la mente, percepciones, inteligencia, entre otros. (M. Méndez, T. Ghitis, 2015)

La actividad cognoscitiva es el proceso mental del sujeto que comprende los aspectos de la realidad percibidos por los sentidos. Este proceso mental consta de la capacidad de recibir, integrar, relacionar y modificar la información; construyendo el conocimiento a partir de ideas, imágenes y sonidos de la estructura cognitiva. La estructura cognitiva se forma por la observación, identificación de variables, comparación, relación, ordenamiento y clasificación jerárquica. “El desarrollo moral depende del desarrollo cognitivo, porque no se puede hacer un juicio sin la capacidad de dejar de lado la propia perspectiva y situarse en el lugar del otro.” (Papalia, 2003).

### ***3.1.1 Componentes de la Dimensión Cognitiva***

**3.1.1.1 Memoria:** Es la facultad del cerebro que permite registrar experiencias nuevas, y recordar otras pasadas. Dicho, en otros términos, es la capacidad de incorporar, almacenar y evocar en forma clara y efectiva (J. Barroso, Martín, J. León-Carrión, 2002) Existen tres tipos:

- a) **INMEDIATA:** oscila entre 30 a 60 segundos. En general esta actividad es interferida en las lesiones de los lóbulos prefrontales.
- b) **RECIENTE** Se prolonga por minutos u horas. Para su integridad interviene el hipocampo, la corteza entorinal, fórnix y cuerpos mamilares.

- c) REMOTA Es la que se extiende a períodos más o menos lejanos de la vida del paciente y en general, en las lesiones degenerativas más se conserva.

Además, existen "olvidos benignos", no son progresivos y se acompañan de componentes emocionales, que no interfieren en las actividades sociales o laborales.

**3.1.1.2 Funciones intelectuales superiores:** Se trata de las funciones de más alta jerarquía y anatómicamente se encuentra en los lóbulos frontales con los sectores multimodales de la parte posterior del cerebro (J. Barroso, Martín, J. León-Carrión, 2002):

- a) PLANIFICACIÓN: Es elaborar o establecer el plan conforme al que se ha de desarrollar algo, especialmente una actividad.
- b) RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: Es el conjunto de conocimientos y habilidades para comprender e intervenir en la resolución pacífica y no violenta de los conflictos.

Para efectos de la investigación no se toman en cuenta la capacidad judicativa, las aptitudes secuenciales, la flexibilidad mental, la estructura de personalidad y la capacidad de abstracción.

### **3.2 Dimensión Afectiva**

Se refiere a las emociones y sentimientos que dan color a la manera en que percibimos la vida. Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo, de manera rápida o fugaz. Una emoción es un estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos. En

el ser humano la experiencia de una emoción involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que se utiliza para valorar una situación concreta e influyen en el modo en el que se percibe dicha situación. Es decir, posee una plasticidad y capacidad para modificarse (APA, 2014).

Las emociones básicas: alegría, aflicción, ira, miedo, sorpresa y repugnancia. Son procesadas en estructuras subcorticales, no son aprendidas, se dan en todas las culturas y son comunes en todas, se asocian a una expresión facial. Las emociones cognoscitivas superiores o sentimientos: amor, culpabilidad, vergüenza, desconcierto, orgullo, envidia, celos. Se basan en estructuras corticales, son automáticas y lentas, no se asocian universalmente a una expresión facial característica, solo se dan en relaciones entre seres humanos (T. Dalgleish, B. Dunn, D. Moobs, 2009).

Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y nos alejan de otros. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, y poseen ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas (Levenson, 1994). Es difícil saber a partir de la emoción cual será la conducta futura del individuo, aunque nos puede ayudar a intuirlo.

Los sentimientos son reacciones positivas o negativas a una vivencia, en un lapso de tiempo dependiendo de las variables cognitivas y fisiológicas. Es la experiencia subjetiva de la emoción, es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta (Chóliz, 2005).

El afecto es la condición neurofisiológica más primitiva, abarca más que solo una manifestación de emoción de la persona; implica el modo en que el individuo parece estar sintiendo, según lo revelan los indicios físicos, como su expresión facial, postura, contacto visual y tendencia al llanto, con respecto a la interacción social. Posee valencia positiva o negativa; intensidad baja o alta. El humor (estado de ánimo) es una forma específica del estado afectivo, una línea de base emocional. Refleja la probabilidad de que la persona obtenga placer o dolor a partir de sus relaciones con el medio ambiente físico y social. Es difuso y generalizado (Chóliz, 2005).

### 3.2.1 Funciones adaptativas de las Emociones primarias:

Preparan al organismo para la acción, facilita la conducta apropiada a cada situación.

**TABLA 1. Emociones primarias y sus funciones adaptativas**

EMOCIÓN	FUNCIÓN	CARACTERÍSTICAS
<b>SORPRESA</b>	Exploración	Facilita la aparición de la reacción emocional y conductual. Produce sobresalto, asombro, desconcierto. Promueve la exploración, curiosidad e interés por la situaciones nuevas o novedosas
<b>ASCO</b>	Rechazo	Produce aversión o disgusto. Genera una respuesta de escape o evitación. Desarrolla de hábitos higiénicos.
<b>ALEGRÍA</b>	Afiliación	Produce diversión, euforia, gratificación y contentos. Produce sensación de bienestar y disfrute de diferentes aspectos de la

		vida. Genera actitudes positivas, comunión, competencia. Favorecer el aprendizaje y la memoria.
<b>MIEDO</b>	Protección	Produce una respuesta de escape y anticipación de una amenaza que genera inseguridad. Focaliza estímulos temidos. Moviliza energía.
<b>IRA</b>	Autodefensa	Produce rabia, enojo, furia e irritabilidad. Moviliza energía. Elimina obstáculos e inhibe relaciones indeseables.
<b>TRISTEZA</b>	Reintegración	Produce pena, soledad y pesimismo. Genera cohesión con las personas. Valora otros aspectos de la vida. Genera reclamo y ayuda de las personas. Fomenta la empatía.

**Fuente:** basado en el Procesamiento emocional y funciones de las emociones de Plutchik, 1980.

Elaborado por los autores.

### 3.3 Dimensión Conductual

Se define comportamiento o conducta a la manera de proceder que tiene los individuos en relación con su entorno. Puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado según las circunstancias que atraviese. Particularidad, individualidad e integralidad lo caracteriza y hace única a cada persona (Felices, G. 2005). La conducta está formada por patrones de comportamiento estables, mediados por la evolución, resguardada y perpetuada por la genética. Esta conducta se manifiesta a través de sus cualidades adaptativas, dentro de un contexto o una comunidad. Es un indicador observable, físico de los procesos internos del individuo. (C. Manchena, G. Gupio, 2015)

El comportamiento es una función global del sistema nervioso. Los impulsos del tronco encefálico activan: la estimulación de la corteza, los sistemas neuro-hormonales (excitadores e

inhibidores) y el tálamo como centro de relevo bidireccional (núcleos del tálamo y áreas de la corteza). De esta manera, el comportamiento es resultado de memorias previas (propias) ya existentes y ejercitados, perturbadas por información o sucesos nuevos (que no hayan sido antes memorizados) y modificados en un repertorio comportamental mediados por el cerebro. (H. Laborit, 1975)

### **3.3.1 Conducta adaptativa**

De la niñez a la adolescencia es una etapa de grandes cambios a nivel biológico, social, cognitivo y emocional el individuo transita y logra adaptarse, con el fin de adquirir las habilidades necesarias para llegar a ser un adulto responsable y autónomo. Ante un factor “estresor” externo (desastre natural, crisis económica, violación, etc.) o interno (enfermedad, cambios biológicos puberales), cada individuo crea conductas para enfrentar el cambio inesperado. Comportamientos que generen redes de apoyo positivas o negativas como: amigos, familia, consumo de sustancias, deportes, estudios, mayor esfuerzo en el trabajo, etc.; dependiendo del sexo y la edad (Becerra, 2016).

Las conductas adaptativas son un grupo de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, que las personas han aprendido, para funcionar en su vida diaria y que permiten responder a las circunstancias cambiantes de la vida y a las exigencias contextuales. Algunas pueden ser: agresividad, hiperactividad, liderazgo, compañerismo, etc. (Carrasco, Trianes, 2010).

### **3.3.2 Hábito sueño-vigilia**

El sueño forma parte de un ritmo circadiano (Hernán Andrés Marín Agudelo, Francisco Lopera., 2008) entre dos estados: vigilia/ sueño. Se puede definir como un estado del organismo, regular, recurrente y fácilmente reversible, se caracteriza por una relativa tranquilidad y por un gran aumento del umbral o de la respuesta a los estímulos externos en relación con el estado de vigilia. El sueño es un proceso fisiológico necesario, durante el cual el sujeto no está fácilmente en contacto con el entorno, a nivel consciente (Kuhna B. Elliottb, 2003).

El ciclo diario de vigilia/sueño permite organizar nuestra conducta en el tiempo y sincronizar internamente la regulación de muchos procesos biológicos, como el ritmo de la temperatura corporal, el ritmo del cortisol y el ritmo de la secreción de la hormona de crecimiento, entre otros. Se encuentra afectado por aspectos sociales como: organización familiar (cultural) y los horarios de actividades diarias. (Solari, 2015)

## **II LOS DESASTRES NATURALES**

### **1. GENERALIDADES**

Fenómeno natural se define como “un cambio de la naturaleza que sucede por sí solo” (PRMARG, 2016) por ejemplo la lluvia, el arcoíris, el viento etc., se convierten en desastre natural cuando superan el límite de la normalidad, por lo cual se han creado escalas, como la escala de Richter que valora el movimiento sísmico. Estos desastres son inesperados y afectan a las personas directa o indirectamente. La palabra desastre se origina del latín “DES” negativo

o infortunio y “ASTRE” estrella, astro (Calderon, 2002). Lewis define al desastre en forma cuantitativa cuando “la cifra de fallecidos y víctimas en peligro inminente de muerte, se calcula entre mil y un millón” y define como catástrofe cuando las cifras de fallecidos y víctimas son superiores al millón (Villalibre, 2013).

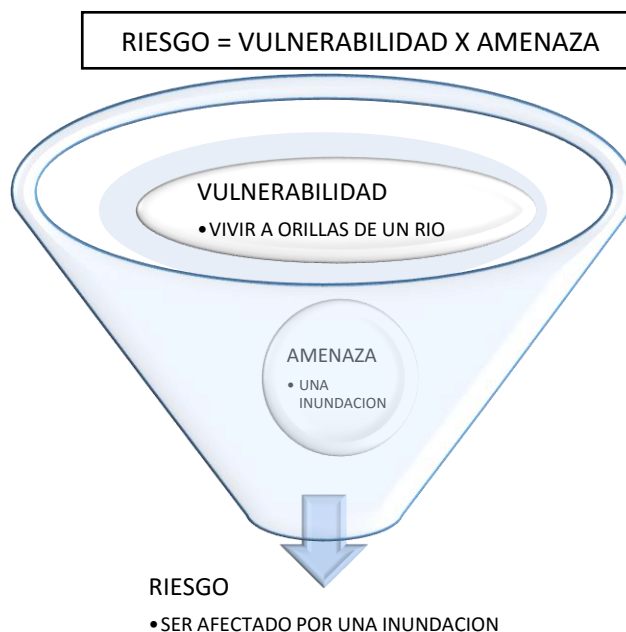
La OMS define desastre natural como: "una situación de ruptura del funcionamiento normal de un sistema o comunidad, cuyos efectos en las personas, así como las pérdidas y daños materiales o ambientales, sobrepasan la capacidad de esa sociedad o comunidad para responder y recuperarse de la situación" (OMS, 2003). La amenaza, la vulnerabilidad y el riesgo son factores que interactúan entre sí provocando un desastre:

- Amenaza o peligro “el factor externo de riesgo, representado por la posibilidad de que ocurra un fenómeno o un evento adverso que podría generar daño en las personas o su entorno, derivado de la naturaleza, de la actividad humana o de una combinación de ambos, y que puede manifestarse en un momento y un lugar específicos con una magnitud determinada”. (OPS, 2004)
- Vulnerabilidad es “la susceptibilidad o la predisposición intrínseca de un elemento o de un sistema de ser afectado gravemente” (OPS, 2004).
- Riesgo es “la probabilidad de generar daños por la presentación del fenómeno esperado, en un lugar específico y con una magnitud determinada” (OPS, 2004)

Por lo tanto, es necesario que se produzca la interacción de vulnerabilidad y amenaza para generar un riesgo. Por ejemplo, el vivir a las orillas de un río es considerado una vulnerabilidad (factor intrínseco) mientras que una inundación es una amenaza (factor extrínseco); entonces

decimos que todas las personas que viven a la orilla del río tienen riesgo de ser afectados por una inundación. (OPS, 2004) (Ver Gráfico 4)

**GRÁFICO 4. Fórmula del desarrollo de un desastre**



**Elaborado por:** Los autores, basado en OPS. (2004). MANUAL DE EVALUCION DE DAÑOS Y NECESIDADES EN SALUD PARA SITUACIONES DE DESASTRE (Vol. 4). ECUADOR.

### *1.1 Clasificación de los desastres*

Los desastres naturales se pueden dividir en: la duración, las consecuencias o el origen. Por sus consecuencias la clasificación de Noto en más extensas, se preocupa de las secuelas del desastre sobre la comunidad, las personas y en su atención. (Ver Tablas 2, 3, 4)

**TABLA 2. Clasificación de los desastres naturales por la duración**

<b>DURACIÓN</b>	Instantáneos o estáticos: produce el humano, dura minutos u horas. Ejemplo: explosiones o incendios.
	Duraderos o dinámicos: originado por la naturaleza, tiene cuatro fases amenaza o pre impacto, impacto, urgencia inmediata y rehabilitación.

**Elaborado por:** Los autores. **Adaptado de:** Perez-Berrocal , A. J., & Arcos Gonzalez , P. (2009). *Epidemiología de los desastres en España*. España: Ediuno-Universidad de Oviedo. Recuperado el 6 de julio de 2016

**TABLA 3. Clasificación de los desastres naturales por las consecuencias**

<b>CONSECUENCIAS</b>	<b>Efectos sobre la comunidad</b>	<b>Simples: si se mantiene la estructura de la comunidad</b>	<b>Complejos: se altera la estructura de la comunidad</b>	
	Duración del factor desencadenante	Corto: dura menos de una hora	Medio: dura menos de 24 horas	Prolongado: duración mayor de 24 horas
	Duración del salvamento	Corto: menos de 6 horas ejemplo Accidente de tráfico	Medio: entre 6 y 24 horas ejemplo: accidentes industriales	Prolongados: duración mayor de 24 horas ejemplo desastre naturales
	Extensión geográfica	Radio menor de 1 kilómetro ejemplo: incendios, atentados	Radio entre 1 y 100 kilómetros ejemplo desastres naturales	

**Elaborado por:** Los autores. **Adaptado de:** Perez-Berrocal , A. J., & Arcos Gonzalez , P. (2009). *Epidemiología de los desastres en España*. España: Ediuno-Universidad de Oviedo. Recuperado el 6 de julio de 2016

**TABLA 4. Clasificación de los desastres naturales por el origen**

<b>ORIGEN</b>	Naturales: climatológicos (inundaciones, sequías, huracanes, tornados) y geológicos (terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, avalanchas de nieve).
	Origen humano: transporte (carretera, aéreos, marítimos), lugares de concurrencia pública (incendios, explosiones o hundimientos en grandes edificios), accidentes industriales (incendios, explosiones, escapes tóxicos o radiactivos en grandes industrias o minas), incendios forestales, alteraciones del orden público (disturbios civiles, actos de terrorismo), sanitarios (emergencias epidémicas) y guerras

**Elaborado por:** Los autores adaptados de: Perez-Berrocal , A. J., & Arcos Gonzalez , P. (2009). *Epidemiología de los desastres en España*. España: Ediuno-Universidad de Oviedo. Recuperado el 6 de julio de 2016

## **2. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS DESASTRES NATURALES**

La base de datos del Centro de Investigación en Epidemiología de Desastres (CRED) de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Lovaina, Bélgica lleva un registro de todo tipo de desastres en el mundo desde 1988, tomando en cuenta el número de fallecidos y las pérdidas económicas. El número de desastres ha ido incrementando “en la década de 1970-1979 existieron 1.230 desastres y en los años 80 el número fue 2.8562, en los años 90 fueron 4.790” (Perez-Berrocal & Arcos Gonzalez , 2009) desastres mundialmente registrados. En la década pasada se reporta un total de 4.920 desastres y en los últimos 6 años han existido 2290 con un total de muertes de 43712 personas.

### **3. HISTORIA DE LOS DESASTRES NATURALES**

#### ***3.1. Historia de los desastres naturales en el mundo***

John Withington (2009), en su libro historia mundial de los desastres, documenta el primer desastre hace 74.000 años que corresponde a la erupción de un volcán en Sumatra (Indonesia) y devastó a la humanidad; en esa época la población era aproximadamente un millón de personas quedando apenas diez mil después de la erupción. La erupción del Vesubio, (79 d.C), es otro ejemplo de la destrucción de la población de Pompeya y Herculano, las muertes fueron principalmente por asfixia y se estima que fueron alrededor de 200 personas fallecidas. En el siglo XX uno de los desastres naturales que devasto el sudeste asiático fue en el año 2004, un tsunami que produjo 214.000 muertes, 142.000 desaparecidos y 34.000 heridos (Perez-Berrocal & Arcos Gonzalez , 2009).

#### ***3.2. Historia de los desastres naturales en América Latina***

América Latina tiene una historia muy antigua de desastres naturales. Se registra actividad en el volcán Llopano del Salvador, aproximadamente en el año 260 d.C (Manzanilla, 1997).

En la época colonial en el año de 1746, en la ciudad de Lima a las 22:30 del 28 de octubre, ocurrió un terremoto de intensidad 8.4 en escala de Richter, con una destrucción total de la ciudad; según “(...) el relato oficial constata que murieron 1 141 personas de una población total cercana a los 60 mil habitantes” (Oliver- Smith, 1997) correspondiente al 20 % de la población debido a la hora que sucedió el evento. La narración de los ciudadanos menciona: “(...) de las tres mil casas existentes sólo 25 quedaron en pie” (Oliver- Smith, 1997). Treinta minutos después del terremoto de Lima ocurrió un tsunami en la población de Chalaca ahogando a sus

habitantes y desapareciéndolos completamente; las réplicas del terremoto ocurrieron durante cinco meses (aproximadamente 429 réplicas).

En la época actual el 31 de marzo de 1983, en la ciudad de Popayán, Colombia ocurrió un sismo de magnitud 5.5 en escala de Richter, con 18 segundos de duración, aunque la cantidad de víctimas fueron pocas (250 de una población de 100 mil habitantes) se empezaron a realizar proyectos para la amenaza sísmica en Colombia entre los años 1983-1994.

#### **4. ECUADOR UN PAÍS VULNERABLE**

El Ecuador por su disposición geográfica se encuentra ubicado en “una de las zonas de más alta complejidad tectónica del mundo, en el punto de encuentro de las placas de Nazca y Sudamérica” (FAO, 2008). Esto quiere decir que la Placa Oceánica de Nazca se encuentra bajo la Placa Continental Sudamericana creando la zona de subducción, ubicado en una zona de convergencia intertropical y pertenece al Cinturón de Fuego del Pacífico. Todos estos factores hacen vulnerable al Ecuador a desastres naturales como: la actividad sísmica, las erupciones volcánicas, las sequias, el fenómeno del Niño y las inundaciones.

Se han identificado 5 sistemas tectónicos en donde se producen los sismos:

- 1) Zona de subducción de la placa Nazca bajo el continente sudamericano: “Se inicia frente a las costas ecuatorianas y continúa al este bajo el territorio continental. Puede generar sismos superficiales si el epicentro está cerca de la costa o sismos profundos bajo la parte continental, llegando a tener profundidades de hasta 200 km, en la zona oriental del Ecuador. Los sismos superficiales que alcanzan magnitudes grandes, superiores a 7.8

- grados, tal como los sismos: 1906 (magnitud 8.7), 1942 (magnitud 8.1), 1958 (magnitud 7.8), 1979 (magnitud 8.2) y 1998 (magnitud 7.1)” (PNUMA,, FLACSO , & MAE, 2008)
- 2) El Sistema de fallas transcurrentes dextrales: “Cruza el país desde el norte en el sector de nororiental del volcán Cayambe, ingresando al callejón interandino cerca de las ciudades de Latacunga, Ambato y Riobamba, desde donde se dirige hacia el sur occidente llegando al Golfo de Guayaquil”. Se piensa que el terremoto de Riobamba en 1797 (magnitud mayor a 7) y el Terremoto de Ambato en 1949 se debe a esta falla. (PNUMA,, FLACSO , & MAE, 2008)
  - 3) Sistema del borde subandino de la cordillera Oriental de los Andes: “compuesto principalmente por fallas que permiten el levantamiento de los Andes. Pasa por la zona cercana al volcán El Reventador, se dirige al sur por el valle del río Quijos, cerca de la ciudad de Baeza y continúa por el borde hasta las cordilleras de Cutucú y Cóndor. Este sistema se caracteriza por estar compuesto de fallas principalmente transcurrentes e inversas. Este sistema provocó los sismos de marzo de 1987, con magnitud 6.9 y el de Macas de octubre 1995 con magnitud 6.9. (PNUMA,, FLACSO , & MAE, 2008)
  - 4) Sistema de fallas del borde de la cordillera Occidental: “se ubican al norte del callejón interandino en el margen oriental de la cordillera Occidental. Se caracterizan por tener movimientos principalmente transcurrentes y cruzan las provincias de Carchi, Imbabura y Pichincha. El sismo de 1868 cuya intensidad fue de IX y que destruyó la ciudad de Ibarra, fue causado por una falla de este sistema”. (PNUMA,, FLACSO , & MAE, 2008)

#### ***4.1. Historia de los terremotos en Ecuador***

En el Ecuador han ocurrido alrededor de 40 terremotos de gran intensidad, registrados desde 1541 hasta esta época. Se calcula que “en promedio cada 12 años nuestro país ha tenido que soportar un terremoto destructor” (Rivadeneira F.; et al., 2007)

La historia muestra que desde la colonia han ocurrido terremotos, en la provincia de Chimborazo en 1645 (intensidad IX escala Mercalli-MSK), 1698 (intensidad X en escala de MSK) que afectaron a provincias vecinas como: Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua y Bolívar.

El 4 de febrero de 1797 a las 07:45 de la mañana ocurrió el terremoto de Riobamba, con magnitud de 8,3 en escala de Richter y una intensidad de 11 MSK siendo el más destructivo de la historia del Ecuador.

La destrucción fue total, las personas que sobrevivieron decidieron reconstruir la villa en otro sitio [lugar actual] ya que no solo afectó a las personas y viviendas, sino que “(...) fue tal la energía liberada, que se alteró la configuración topográfica de montes, valles y ríos de la región, desplome de cerros completos, valles que se rellenaron, ríos que cambiaron de curso, desaparición de haciendas enteras”. (Egred, 2000). Se conoce por documentos que existieron replicas hasta 4 meses después, las cuales causaban pánico en los habitantes de la zona. La cantidad de fallecidos fue 12.293, dato no exacto debido a la falta de registro de mestizos e indígenas.

El terremoto de Esmeraldas con una magnitud de 8,8 es considerado mundialmente por su gran magnitud, aunque ocasionó un tsunami, el número de víctimas fue de 1000 considerando que en esa época la provincia no se encontraba muy poblada.

En el siglo pasado el terremoto de Pelileo o de Ambato, el 5 de agosto de 1949, a las 14:08. El epicentro ocurrió a 20 km nororiente de Pelileo con una intensidad de 6,8 en escala de Richter (IGEPN, 2013) en el que murieron 5050 personas, algunas ciudades como Patate, Pelileo, y Píllaro totalmente destruidas e incluso se reporta daños mínimos en Quito y Guayaquil.

En la región oriental existen varios sismos que son menores y que han ocasionado daños menores. Existen dos importantes como: “(...) El reventador, ocurrido el 5 marzo de 1987 y el de Cutucú el 3 de octubre de 1995, ambos de magnitud 6,9 en la escala de Richter” (Rivadeneira F.; et al., 2007)

La costa ecuatoriana registra algunos terremotos, la mayoría se encuentran ubicados en la provincia de Manabí, por su situación geográfica al encontrarse en la placa de subducción en los años de 1906, 1942, 1956, 1958, 1979. (CERESIS, 1998)

El terremoto de Bahía de Caraquez, el 4 de agosto de 1998 a las 13:59 con magnitud de 7.1, no existieron grandes pérdidas humanas debido al sismo premonitor a las 12:35 de magnitud de 5.4, ya que las personas salieron de las edificaciones, pero las estructuras hoteleras, viviendas sufrieron grandes daños. La mayor cantidad de daños fue Bahía de Caraquez, San Vicente y Canoa. Otras poblaciones con menor daño: Tosagua, Jama, Portoviejo, Manta, Crucita, Jipijapa, Chone. “Se registran 200 réplicas hasta final del año, la de mayor clase tuvo una magnitud de 5.0” (CERESIS, 1998), además del daño en los servicios de luz, agua potable y red de comunicación las carreteras se encontraban en mal estado por el Fenómeno del Niño en meses anteriores.

#### ***4.2. Terremoto de Manabí abril 2016***

El sábado 16 de abril del 2016 a las 18:47 hubo un sismo premonitor con una magnitud de 5.7, nueve minutos después a las 18:58 pm ocurrió el terremoto con magnitud de 7,8 en escala de Richter y escala de Mercalli de IX, siendo el epicentro entre Pedernales y Cojimíes, reportándose daños alrededor de todo el Ecuador. En el lugar del epicentro los servicios de luz, agua potable, comunicación fueron dañados; las carreteras aledañas fueron cerradas.

Hospitales, clínicas e infraestructura fueron seriamente dañados de la provincia y sus alrededores. Se registraron 663 personas fallecidas, 6274 personas heridas, 113 personas rescatadas con vida con hasta el 18 de mayo del 2016 (SGRE, 2016); En el cantón Manta se registró la mayor cantidad de fallecidos con 219, seguido de Pedernales con 183 muertes.

### **5. DESASTRES NATURALES Y SALUD MENTAL**

Los desastres naturales pueden ocurrir en cualquier lugar del planeta y de un momento a otro, cobran al año millones de vidas humanas y se ha convertido en un tema de importancia para la Salud Pública Mundial, se han implementado un sin número de proyectos, guías y manuales para disminuir el número de muertes. Este problema tomo importancia entre la década de 1990-1999 ya que “la Organización de Naciones Unidas en su 44 Asamblea General como Década Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales y en su contexto se celebró en Yokohama en 1994 la Conferencia Mundial sobre la Reducción de Desastres Naturales.” (Pérez-Berrocal & Arcos González, 2009)

Las personas o las comunidades no están preparadas para enfrentar un evento traumático (OMS, 2013). La manera como las personas enfrentan un evento depende de su personalidad y de las experiencias vividas; cada día las personas sufren: miedo, ansiedad, tristeza e ira. El cerebro guarda la información de las reacciones de cada una de esas emociones, se activa el sistema de estrés agudo, pero en los momentos de las catástrofes es cuando se confrontan las emociones, la personalidad y el aprendizaje que han realizado en el transcurso de la vida.

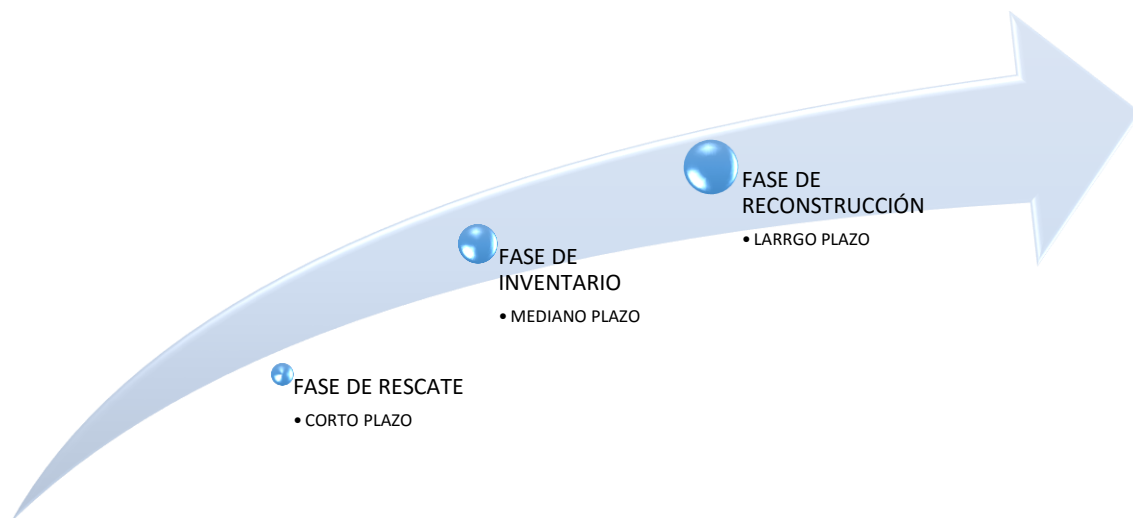
Se han visto conductas diferentes de acuerdo a las fases del desastre (Ver Gráfico 5) por lo que se han dividido en:

- 1) Fase de Rescate: “las primeras horas o días después del desastre, la mayoría de la actividad de asistencia se enfoca en rescatar a víctimas y buscar estabilizar la situación” (Enhrenich, 1999) Las emociones que se observan en la mayoría de la población son: negación, apatía, palpitaciones, miedo, agresividad o la culpabilidad por haber sobrevivido.
  
- 2) Fase de Inventario: “la atención se torna a las soluciones a largo plazo” (Enhrenich, 1999). La ayuda disminuye poco a poco y las víctimas se dan cuenta sobre la realidad de su vida. En este período se ha visto que las víctimas tienen una fase de “luna de miel, caracterizada por alivio de estar seguro y el optimismo sobre el futuro” (Enhrenich, 1999) en esta etapa los síntomas de algunas patologías psiquiátricas son evidentes como:

Trastorno de ansiedad generalizada, Crisis de pánico, Depresión, Trastorno de estrés postraumático.

- 3) Fase de Reconstrucción: "... la distinción entre asistencia en desastre y el patrón mayor de desarrollo social y económico comienza a disminuir y eventualmente desaparece" (Enhrenich, 1999). En esta etapa se pueden observar síntomas parecidos a los de la fase inventario. Las personas pueden tener riesgos suicidas. Otra característica que se ha observado es el Síndrome del sobreviviente: "aparece la depresión crónica y la culpa del sobreviviente o alternativamente agresión crónica y una adicción a odiar" (Enhrenich, 1999)

### GRÁFICO 5. Fases del desastre natural



**Elaborado por:** Los autores, basado en Enhrenich. (1999). *Enfrentando el desastre, Una Guía para la intervención Psicosocial.*

Los niños y adolescentes se convierten en una población en riesgo, no tienen claro que reacción deben tomar, no han desarrollado un proceso de madurez ni aprendizaje. Los adultos creen que los niños tienen resiliencia y que se recuperaran fácilmente, pero son afectados al tener cerca experiencias como muerte, destrucción o separación de sus padres. “El niño puede sentirse ignorado, no valorado, no cuidado”. (Enhrenich, 1999) Se puede observar que los niños realizan juegos en los cuales se reproduce lo que ha ocurrido, otros pueden presentar retroceso del desarrollo o del lenguaje.

Los adultos mayores a pesar de tener una personalidad formada, sufren de enfermedades crónicas que no son atendidas en el momento del desastre, se convierten en una carga para la familia o comunidad, al tener mayor edad sienten que no hay esperanza para reconstruir su proyecto de vida. (Enhrenich, 1999).

La manera de responder del ser humano depende de su cultura, a pesar de ello se ha visto que en todo el mundo reacciones frente a estos desastres son iguales, pero existen factores de riesgo psicosocial y el personal de salud tiene que estar alerta como: “(...) las circunstancias en que transcurrió el evento traumático, los antecedentes personales, la manera como el sobreviviente responde a las diversas modalidades de ayuda humanitaria y atención psicosocial y el comportamiento de la vida cotidiana” (OPS, 2016)

En la mayoría de países en donde se ha estudiado estos eventos, se ha observado que la morbilidad psiquiátrica aumenta cuando existe un desastre natural. Los principales trastornos que se han observado son: Trastorno de ansiedad, Crisis de pánico, Depresión, Trastorno de

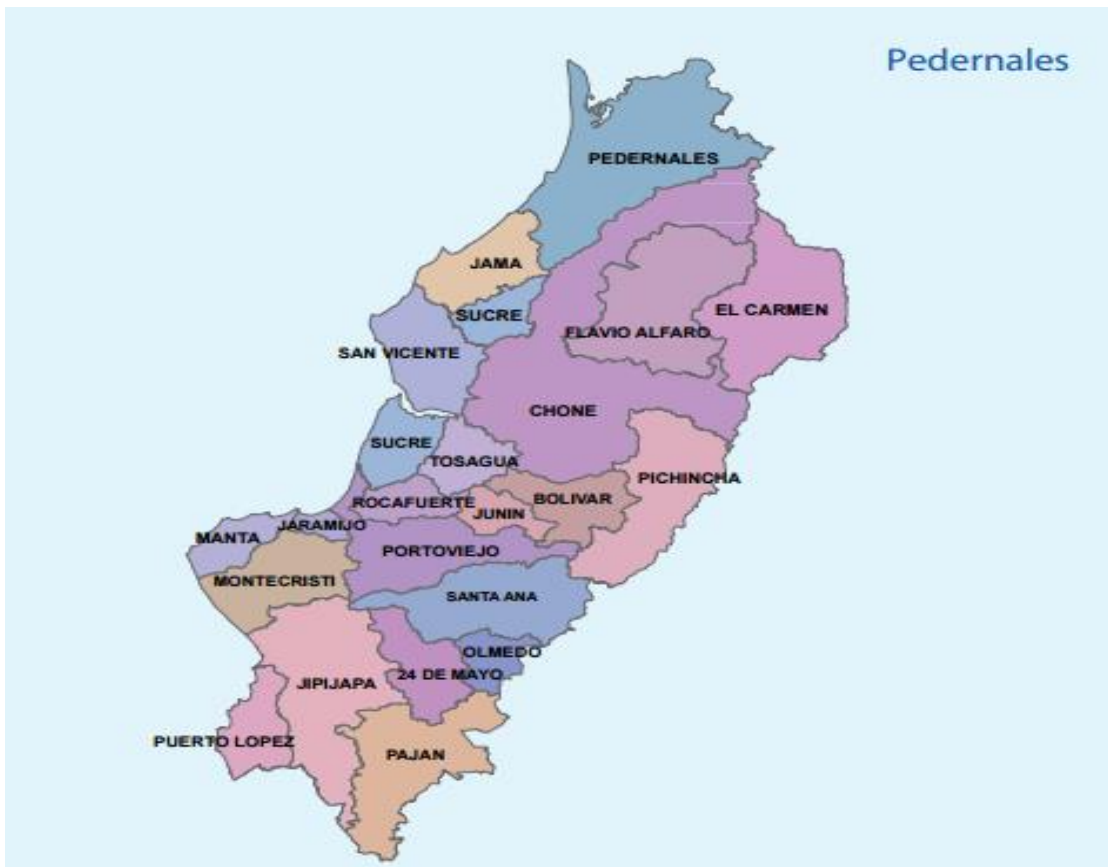
estrés postraumático, consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas y aumento en la violencia intrafamiliar.

En Japón después del terremoto de Kobe en 1995 se crea un modelo de Salud Mental, “(...) provocadas por emergencias como terremotos, tsunamis o cualquier otro fenómeno de impacto social” (Biblioteca Nacional de Chile, 2016) llamado Kokoronokea que significa cuidado del corazón.

## **6. LA VIDA EN PEDERNALES**

En la provincia de Manabí se ubica el cantón Pedernales con su cabecera cantonal Pedernales (ciudad), con una superficie de 1460,7 kilómetros cuadrados. Sus límites son al norte la provincia de Esmeraldas, al sur con los cantones Jama y Chone, al este con el cantón Chone y al oeste con el Océano Pacífico (Ver Gráfico 6). El cantón tiene 4 parroquias, una urbana (Pedernales) y 3 rurales (10 de Agosto, Atahualpa, Cojimíes). La población en el censo del 2010 era de 55.1 mil habitantes que corresponde al 4. % del total de la provincia de Manabí. El porcentaje de mujeres es de 48.4% y los hombres son el 51.5%; la edad promedio de la población es 24,4 años.

## GRÁFICO 6. Mapa de la Provincia de Manabí



**Fuente:** INEC Mapa de la Provincia de Manabí, <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>

La auto identificación de los ciudadanos es: mestizo 82%, afro ecuatoriano 7,9%, montubio 5,9%, blanco 3,6%, indígena 0,5% y otros 0,2%. (INEC, 2010) La vestimenta es sencilla sobre todo por el clima caluroso.

La población en su mayoría trabaja en la agricultura, pesca, silvicultura y ganadería en un 45,9%, en el comercio al por mayor y menor en un 15,4% y en el sector turístico el 3,9%

(SENPLADES, 2014); se ubica en una zona estratégica al estar cerca al mar y de las provincias de Esmeraldas y Pichincha.

Existen aproximadamente 10 escuelas públicas, cubren desde pre básica hasta el bachillerato, pero la tasa de analfabetismo es de 17,1%, tanto en hombres como en mujeres (INEC, 2010).

Las viviendas son de material mixto, en su mayoría de dos plantas. En el cantón el 8,1% tiene vivienda con servicios básicos (luz eléctrica, agua y eliminación de basura por carro recolector), el agua potable se distribuye por tanqueros, que es almacenada en cisternas.

En cuanto al transporte cuenta con tres carreteras importantes: Santo Domingo – El Carmen – Pedernales, San Vicente-Jama – Pedernales y Vía del Pacífico tramo Esmeralda – Atacames – Pedernales.

Pedernales pertenece a la zona 4, distrito 13D10, cuenta con una unidad operativa de salud tipo B, con atención las 24 horas, Consulta externa, Emergencias, Medicina General, Atención de parto, Tamizaje de HIV entre otras.

El barrio Brisas del Pacífico se ubica al este a unos 3 minutos del centro de la ciudad de Pedernales, está al frente al mar, por lo que la mayoría de hombres se dedican a la pesca y las mujeres en cambio están al cuidado de su hogar.

### **III JUSTIFICACIÓN**

El Ecuador por su disposición geográfica está ubicado en una zona con alto riesgo de sismos y erupciones volcánicas. En los últimos años el país se ha encontrado con varios fenómenos

naturales como: erupción del Volcán Tungurahua, la activación del Volcán Cotopaxi y el Terremoto de Manabí (abril, 2016). Todo esto nos convierte en un país vulnerable a desastres naturales, que no son predecibles, pero si podemos prevenir las consecuencias de éstos. Por lo tanto, las autoridades y la población deben conocer las maneras de prepararse.

A pesar de ello la población ecuatoriana no tiene un conocimiento en cuanto a Salud Mental para afrontar un desastre natural. Pese a que se han estructurado: normativas, políticas, reglamentos que amparan a los ciudadanos un abordaje clínico en algún problema mental (ej. adicciones), no se ha considerado a las personas víctimas de desastres en el contexto de una Salud Mental.

Los investigadores quieren conocer cuál es el impacto en la Salud Mental de los manabitas después del terremoto de abril 2016. Ya que es un fenómeno nuevo, poco estudiado y nunca antes descrito en el Ecuador. A futuro las enfermedades se modificarán, no solo biológicamente sino también psicopatológicamente, creando un nuevo perfil epidemiológico.

Es por ello que se investigará las dimensiones de la Salud Mental afectados en los pobladores de Pedernales.

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODOS**

#### **3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las dimensiones de la Salud Mental afectadas en las personas del barrio Brisas del Pacífico, Cantón Pedernales, Provincia de Manabí después del terremoto, a julio 2016?

#### **3.2 OBJETIVOS**

##### **Objetivo general**

- Analizar las dimensiones de la Salud Mental afectadas en las personas del barrio Brisas del Pacífico que sufrieron el terremoto en Pedernales, Manabí a Julio 2016.

##### **Objetivos específicos**

- Describir la percepción de la población del Barrio Brisas del Pacífico, como el terremoto ha influenciado en sus conductas.
- Indagar la percepción que tiene la población del Barrio Brisas del Pacífico sobre la afectación en la dimensión afectiva luego del terremoto.
- Identificar como perciben los pobladores del Barrio Brisas del Pacífico el daño cognitivo después del terremoto.
- Analizar las diferencias de la percepción según sexo y grupos de edad sobre las dimensiones cognitivas afectivas y conductuales

### 3.3 METODOLOGÍA

#### 3.3.1 Categorización de variables del estudio

- 1) SALUD MENTAL: un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad
- 2) DESASTRE NATURAL: fenómeno natural que supera el límite de la normalidad, que esta estandarizada por una escala.

**TABLA 5. Categorización de variables**

VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORÍAS	PREGUNTAS
SALUD MENTAL	COGNITIVO	RECUERDOS	¿Puede usted hablarme sobre los recuerdos del terremoto?
	AFECTIVO	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	¿Cómo usted piensa superar esos recuerdos?
		RESILIENCIA	¿Cuáles son sus planes a futuro?
		SENTIMIENTOS	¿Qué sentimiento tiene usted con respecto al terremoto?
		REDES DE APOYO	¿Con quién vive ahora? ¿Dónde están sus amigos y familiares?

	CONDUCTUAL	<p>ACTIVIDADES COTIDIANAS</p> <p>SUEÑO-VIGILIA</p>	<p>¿Cómo era un día normal/habitual antes del suceso?</p> <p>¿Cómo son sus hábitos del sueño?</p> <p>¿Cómo han cambiado después del terremoto?</p>
--	------------	--	--

**Elaborado por:** Los autores, formulación de preguntas adaptadas del Test de Estrés Postraumático de Davidson 2010.

### 3.3.2 Universo y selección de informantes

Se entrevistaron a 12 personas del Barrio Brisas del Pacífico, cantón Pedernales, provincia de Manabí; distribuidos en dos grupos de igual cantidad de hombres y mujeres. Se entrevistó a adultos jóvenes, adultos y adultos mayores con criterio de saturación. (Ver Tabla 6)

### 3.3.3 Criterios de inclusión y criterios de exclusión

#### Criterios de inclusión

Personas de Manabí que hayan estado en Pedernales durante el evento del terremoto.

Personas mayores de 20 años de edad hombres y mujeres.

Personas que hayan consultado por algún problema de Salud Mental en la Misión Médica “mayo 2016”.

Personas que deseen formar parte del estudio y firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

Personas que no deseen formar parte del estudio y no firmen el consentimiento informado.

Personas con deficiencia intelectual.

Personas que no hayan estado en Pedernales durante el evento del terremoto.

### **3.3.4 Tipo de estudio**

Investigación cualitativa de tipo interpretativa. Se aplicó una entrevista individual a profundidad, semiestructurada; con criterio acumulativo y secuencial (por saturación).

### **3.3.5 Procedimiento de recolección de información**

Se acudió al Barrio Brisas del Pacífico, en el cantón Pedernales, Manabí – Ecuador durante la última semana de julio, para realizar las entrevistas por los individuos seleccionados a partir del registro obtenido en una visita previa realizada por los investigadores. Se ubicó a los pacientes que fueron atendidos en el mes de mayo y se acudió al lugar de residencia. Las entrevistas fueron individuales, a profundidad con una guía de entrevista semiestructurada, facilitando las repreguntas para una mejor obtención de la información, con criterio acumulativo y secuencial. Cada una de las entrevistas se las realizó en alrededor de 45 minutos, siendo registradas en un documento escrito adjunto al consentimiento firmado y grabadas en audio.

### **3.3.6 Análisis de resultados**

Las entrevistas fueron transcritas del archivo de audio a un documento Microsoft de Word Office. Se agruparon por sexos y grupos etarios. Se llevó a cabo un análisis narrativo del contenido, con una clasificación sistemática, descripción e interpretación de las categorías y subcategorías estructuradas previamente: cognitiva, afectiva y conductual. Se identificaron nuevas subcategorías en las respuestas de los entrevistados. Se comparó las respuestas con criterios de: grupos etarios (adultos jóvenes, adultos y adultos mayores) y sexo (hombres y mujeres). Se tomó lo más representativo y pertinente de cada entrevista para ser analizado, con lo cual se estructuraron los argumentos de resumen de cada subcategoría. Se realizaron gráficos de resumen con los factores que intervienen en las dimensiones antes mencionadas. No se utilizó programa alguno para el análisis de información.

## **3.4 ASPECTOS BIOÉTICOS**

La presente investigación se realizó en Pedernales, por lo se contó una carta de aprobación por parte de la alcaldía de la ciudad. A cada persona que se incluya en el estudio se le explicó la investigación y se solicitó la autorización individual por medio del consentimiento informado (ANEXO 1).

Al tratarse de una investigación que involucró la integridad emocional de la paciente, en sus áreas biopsicosociales, se corrió el riesgo de traer recuerdos, momentos o circunstancias que el sujeto quiso olvidar. Por lo que se trató de disminuir la ansiedad con preguntas abiertas y no directas que afecten el estado emocional de las personas entrevistadas (ANEXO 2).

Los beneficios para este grupo de individuos afectados por el terremoto son: la socialización de los resultados al Centro de Salud u Hospital Cantonal para que hagan un seguimiento de las personas y se puedan realizar grupos de apoyo a futuro en el barrio.

Se mantuvo la confidencialidad de todos los datos obtenidos. Se asignó un código a cada participante (TABLA 6). Los datos obtenidos de la investigación únicamente se hicieron uso para la misma. Al finalizar la investigación se compartirán los resultados de forma grupal con los participantes y otros actores sociales para que sirva de educación en prevención.

La investigación propuesta fue evaluada y aceptada por el Sub-Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### **Descripción del barrio Brisas del Pacífico, Pedernales- Manabí:**

El barrio Brisas del Pacífico, está ubicado en la zona costera rural de la ciudad de Pedernales, a unos 3 minutos del centro de la urbe, cerca del mar. Después del terremoto del 16 de abril 2016 las casas de dos o tres pisos están totalmente destruidas. Rótulos del MIDUVI que dicen: “no habitable o habitable”, las calles no pavimentadas que con la lluvia se convierten en verdaderos charcos de lodo, son las primeras imágenes que se obtiene del barrio.

Las personas viven a las afueras de sus domicilios, han utilizado plástico como paredes y algo de zinc como techo son sus nuevos hogares improvisados. Las habitaciones, el comedor, la cocina, el patio están unidos en un solo lugar. Postes torcidos que amenazan con caerse, alambres colgantes algunos sin corriente eléctrica.

La mayoría de los hombres son pescadores, mantienen sus viviendas con lo que se vende en el día. Las mujeres son amas de casa y están cuidando de sus hijos.

Del total de 30 pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico en la misión médica de mayo se seleccionaron doce personas que cumplieron con los criterios de inclusión. La división de sujetos fue por voces múltiples, tomando en cuenta la representatividad de los informantes, así: los grupos etarios constaron de a) adultos jóvenes (de 20 años a 35 años de edad), b) adultos (de 36 años a 59 años de edad) y c) adultos mayores (mayores de 60 años). Divididos en hombres y mujeres designados con un número (1, para hombres; 2, para mujeres). (Ver tabla 6)

**TABLA 6. Distribución por grupos etarios y sexo de las personas entrevistadas**

SEXO/EDAD	a) ADULTO JOVEN (20-35 años)	b) ADULTO (36-59 años)	c)ADULTO MAYOR (>60 años)
1) VARON	N	A E M D	J
2) MUJER	K F	B C	H

**Elaborado por:** Los autores.

#### **4.1. SUBCATEGORÍAS DE LA DIMENSION COGNITIVA:**

##### **4.1.1 Recuerdos vívidos**

El terremoto del 16 de abril, fue un evento que marcó las vidas de los individuos que vivieron ese acontecimiento y difícilmente se podrá olvidar. Las personas entrevistadas evocan los hechos y eventos de una manera vívida y clara, la información es detallada mencionando el lugar, hora y fecha del suceso. Ellos describen a sus familiares y las actividades que se encontraban realizando. Los jóvenes recuerdan de forma pensativa, nostálgica, con voz entrecortada y algunos con lágrimas en sus ojos. Las personas utilizan la onomatopeya para describir sus recuerdos como: estar sujeto con sus manos del marco de la puerta y escuchar ¡Ñan, Ñan! El caso de un padre que estaba en alta mar durante el terremoto hacia ¡Unn!,

Pocas personas entrevistadas hacen referencia a un sismo preliminar pero no salieron de sus viviendas.

Las mujeres se encontraban junto a su familia e hijos al momento del terremoto, los hombres se encontraban fuera de casa; algunos se encontraban trabajando, pese a que era día sábado en la noche aprovechaban el tiempo para remendar sus redes. Las personas adultas mayores son puntuales y sus recuerdos del terremoto son escasos.

Adulto Mayor:

*“...eso fue cosa fea. Estábamos adentro. La puerta se cerró, mi marido le cogió el dedo. Mis nietas y yo nos quedamos ahí, y no sé de donde un trozo de ladrillo me partió la cabeza. A lo que pudimos salimos corriendo y nos quedamos en la esquina...” H2c*

*“...yo estaba parado y estaba afuera, cuando algo me levantaba y me sacudía. Tumbó las paredes, casi me mata...” J1c*

Mujeres:

*“...estaba en mi casa, mi casa era de dos pisos. La nena más pequeña quería salir a la carrera. Y cuando se vino el piso de arriba abajo, el piso era de madera, solo quedaron tres columnas, las paredes se nos vinieron abajo.” B2b*

*“Fue el diez y seis de abril, un día sábado, casi a la seis de la tarde, fue algo inexplicable porque todas las casas se cayeron, parecía el fin del mundo... a mí me habían invitado a una*

*fiesta de unas amigas de al frente... y gritaban “entra! entra!” yo estaba justo en la puerta principal, me prendo duro...” C2b*

*“... yo estaba sola con mi bebe que tenía doce meses, estaba en el cuarto me había quedado dormida con él. Mis hijos estaban en una fiesta que les habían invitado del barrio y mi esposo estaba en alta mar pescando...” E2a*

Hombres:

*“...Yo soy pescador y estaba a fuera en el mar...mi esposa era la que estaba aquí en tierra...uno afuera no lo siente duro. Si se siente, pero no mucho... yo solo escuchaba “Unn Unn” ... Cambio los que se quedaron aquí en tierra sintieron bastante.” A1b*

*“yo estaba en el centro de pedernales, eran como las seis y media, estaba solito en el hotel, sentí el primero y no le hice mucha atención. El segundo si, cuando se nos cayeron toditas las paredes. Y ahí en el centro lo que se cayó todos los edificios y todas las casas, fue fuerte” R1b*

*“...yo estaba en la casa y se cayó todo. Se fue encima todo, hasta la taza del baño se quebró...cuando yo escucho ¡ÑAN ÑAN! Me dicen “no te muevas tío”. Yo les digo “¿para dónde corro? Quise prenderme de la pared de por ahí y era que me sacudía la pared. Peligrosísima.” M1b*

Jóvenes:

*“... mamá estaba haciendo la merienda y comenzó el terremoto (suspira)...cuando empezó a moverse todo, sentí algo feo (sus ojos se llenan de lágrimas) ...estaba abrazándola a mi mamá. Yo gritando y llorando.” K2a*

*“... Yo estaba donde mis abuelos, reunidos con mis tíos para un bautizo en la finca. Cuando la tierra empezó a menearse, asustados todos salimos corriendo y vimos como todo se caía (nostálgico)...” N1a*

### **FOTOGRAFÍA 1. Casas en el centro de Pedernales**



**Foto:** Carlos Soledispa, morador de Pedernales. Domingo 17 de abril del 2016.

**Análisis:** Se observa las viviendas y negocios en el centro de Pedernales en una mañana lluviosa y algo fría por las chompas que utilizan las personas. En el plano frontal vemos a un hombre

caminando por las calles, alejado de los restos de la edificación de tres pisos por la magnitud del terremoto, hacia la derecha observamos una escalera que diera paso en su momento para recoger las cosas que aun servirían en la vivienda. En el plano posterior observamos a la izquierda una edificación de cuatro pisos con sus paredes de bloque caídas, el poste de luz muy contiguo a la vivienda; hacia la derecha observamos tres hombres dialogando, con sus manos en los bolsillos de sus pantalones expresando con lenguaje corporal de preocupación. La ropa tendida en los alambres nos dice que el suceso fue en un día habitual y cotidiano de los moradores. Mientras la casa esquinera esta desplomada, a la derecha se puede observar la iconografía de los negocios o tiendas pequeñas, construidas de un piso de ladrillo que no han sufrido mayores daños. Observamos los cables de la luz como una enramada en todas direcciones, algo muy peligroso por la corriente eléctrica que se desprendería si llegasen a caer.

#### **4.1.2 Resolución de conflictos**

Ante un suceso inesperado el área cognitiva de la persona es capaz de aportar ideas, conocimientos para salir de la situación crítica, generando una solución oportuna y eficaz; a esto se denomina resolución de conflictos. El cerebro es capaz de crear una interrogante y responder con un plan para lograr superar una crisis. (C. Manchena, G. Gupio, 2015) (M. Méndez, T. Ghitis, 2015)

Todas las personas entrevistadas mencionan superar lo sucedido, poco a poco desean regresar a sus actividades habituales, esforzándose en sus trabajos y adaptándose a su realidad actual. Por otro lado, tenemos sujetos que optan por la resiliencia, es decir toman las adversidades negativas y las convierten en positivo para superar esta experiencia del terremoto, que ha sido un gran impacto para sus vidas. Las mujeres tienen deseos de superación y se está forjando una cultura

de prevención a futuros terremotos. De la misma manera los hombres adultos y adultos mayores piensan superar este suceso trabajando. Los jóvenes quieren seguir estudiando y olvidar esos pensamientos distrayendo su mente (divirtiéndose, saliendo con sus amigos). Resulta oportuno resaltar que solamente una mujer joven-adulta entrevistada mencionó que el evento fue tan impactante para su vida que sería muy difícil olvidar el suceso.

Adultos Mayores:

*“...hay que comenzar de nuevo. Hay que tener linternas, fósforos a la mano para alguna cosa.  
Y ahora dicen que hay que tener una mochilita para salir...” H2c*

Mujeres:

*“...Pedernales va a ser como era antes, por su gente y todos tenemos optimismo que todos vamos a salir adelante. De aquí a cinco años va a ser el Pedernales que era antes...” C2b*

*“... no creo que me olvide, no creo que lo supere algún día...” F2a*

Hombres:

*“...seguir trabajando, trabajar de nuevo. Porque tengo ahí bebidas regadas para ahí seguir vendiéndolas...” J1c*

Jóvenes:

*“...dedicándome a mis estudios, y este terremoto borrarlo y dejarlo en el pasado. Porque ese terremoto fue lo que nos marcó la vida de nosotros para siempre.*

*Pero debemos seguir adelante.” N1a*

*“...comenzar a hacer mi vida otra vez, de nuevo. Estudiar, salir con mis amigos, reírme y  
olvidar eso” K2a*

## **FOTOGRAFÍA 2. El trabajo, la forma de salir adelante**



**Foto:** Josué Quinteros, misionero ecuatoriano. Pedernales, sábado 25 de junio del 2016.

**Análisis:** En la noche, cerca del malecón de Pedernales, en la entrada de una covacha, venden batidos de fruta y comida típica se lee la frase “CON TU COMPRA NOS AYUDAS A SALIR ADELANTE. ¡NO NOS VAMOS, NOS QUEDAMOS!”. Realizado en un papel, sin pretensión a ser reacios a la realidad después del terremoto, pero con un sentido de humildad y responsabilidad para salir adelante. El trabajo es la fuente que mueve su economía, ya sea pescando o vendiendo en una tienda, las personas buscan la manera de reactivar sus negocios.

Deberíamos hacer caso a este pedido, ya que en letra grande nos insta a comprar sus productos y seguir ayudando de esta manera.

#### **4.1.3. Planes para el futuro**

Todas las personas quieren trabajar para construir su vivienda que ha sido afectada por el terremoto para dar seguridad y protección a sus familias, aunque también esperan que el gobierno les de las facilidades de reconstrucción. Las mujeres piensan en sus hijos: ayudarles en los estudios, a culminar de la mejor manera y a que tengan una profesión. Los jóvenes están cambiando sus proyectos de vida, se dieron cuenta de la necesidad de ser profesionales en ramas que sirvan al país y a los niños, pero sobre todo en este tipo de catástrofes.

Mujeres:

*“...Bueno, tener una casa. Tener un hogar porque donde vivo no es mío. Tener mi casa, mi hogar y reunirme con mi familia” D2b*

*“...mis hijos salgan adelante, que sean profesionales, que tengan buena vida. Poder yo estar ahí para poderles ayudar a todo” E2a*

Hombres:

*“...tener una casa donde refugiarlos a ellos (refiriéndose a sus hijos) ...” A1b*

Jóvenes:

*“...ser sargento, ser un defensor de la patria. Poder ayudar...” N1a*

*“...yo quiero ser abogada para defender a los niños que los papás les abandonan...” K2a*

### FOTOGRAFÍA 3. Viviendas provisionales



**Foto:** Carlos Soledispa, morador de Pedernales. Barrio Brisas del Pacífico, 20 de julio del 2016.

**Análisis:** Es una mañana tranquila, los habitantes del barrio fueron desplazados de la costa del mar hacia la carretera principal cercana. A cada lado de la carretera se observan viviendas provisionales, algunas con forros plásticos de alguna fundación (por la iconografía debe tratarse de una entidad asiática), otras dejan ver la estructura de caña guadua sin ser cubiertas o siendo un árbol a manera de columna para sostenerla firme. Los tanques de agua que han sido llenados en la madrugada por el tanquero reemplazan a la inexistente agua potable, además la escases de letrinas para el control de excretas. Las escasas prendas de vestir y cosas de hogar que pudieron ser obtenidas en buen estado después del terremoto están expuestas, lo que es un peligro potencial para hurtos y robos. Parece que la energía eléctrica que reciben son conexiones hechas caseramente sin ninguna protección, parece muy peligroso.

#### 4.1.4. Religiosidad

Las creencias de una persona y sus convicciones mueven sus pensamientos y conocimientos para actuar de diferentes formas. Ante un suceso externo o interno la religiosidad es un factor subjetivo de la persona que experimenta sus creencias de una manera personal para superar eventos catastróficos (Guiddens, 2014) (Jacobo, 2014)

Las personas entrevistadas hacen referencia a Dios, lo ubican como el causante indirecto del terremoto, no por un castigo sino por la maldad y desobediencia de las personas. Ellos piensan que este desastre natural es una reprimenda y alerta de parte de Dios para que las personas cambien sus hábitos y conductas negativas como: vicios, enemistades, relaciones rotas, etc. Las personas creen que Dios les ha dejado con vida para cuidar de los niños; le deben a Dios el tener una segunda oportunidad y no tener la pérdida de familiares cercanos. Las personas adultas mayores tienen fe y su confianza está puesta en la voluntad de Dios y piden que sea Él quien borre sus recuerdos y pensamientos. Confían que su muerte será parte de los planes de Dios.

Mujeres:

*“...confiamos en Dios y es el único que nos puede ayudar, pero esto solo es un jaloncito de orejas que Dios nos ha dado para ver si las personas reflexionamos, cambiamos nuestro modo de vivir, y ahora ya vivimos diferente...” C2b*

*“...la voluntad de Dios dice toda la gente...pero yo les digo que todavía no es la hora, que todavía debemos pasar por cosas más difíciles... yo le pido a Dios que ya me olvide de estas cosas. Tener fe en Dios que él me haga quitar esos pensamientos que tengo, hasta el día que me lleve...” H2c*

Hombres:

*“...este rato le doy gracias a Dios, a veces mi Dios lo hace para ver si nos asuntamos un poquito. Si estamos vivos este rato es por la misericordia de Dios... esto que pasa, a veces es por la desobediencia de uno mismo, de las personas que vivimos en la tierra... le digo, que por lo niños estamos en esta vida, que si no hubiera niños nosotros ya estuviéramos hundidos...” Alb*

#### **FOTOGRAFÍA 4. Nueva forma de congregarse en las iglesias**



**Foto:** Los autores. Barrio Brisas del Pacífico, domingo 24 de julio del 2016.

**Análisis:** Se aprecia una estructura de caña guadua cubierta de plásticos. Se puede observar a alrededor de 50 personas de ambos sexos, personas adultas mayos e incluso jóvenes aplaudiendo con rostros de preocupación mientras otros se notan contentos y felices; algunos están sentados mientras la mayoría permanecen de pie. Las mujeres tienen en sus brazos a sus pequeños bebés.

No visten ropa formal, pero asisten a una iglesia que está en la calle, no tiene paredes que les protejan, pero creen en alguien más fuerte y poderoso que puede cubrirlos para salvaguardar sus vidas.

#### **4.1.5. Economía**

Un factor externo a la resolución de conflictos es el factor económico. Cómo la persona piensa superar las adversidades está ligada a la posibilidad o limitaciones de adquirir un medio de subsistencia, para afrontar sus necesidades básicas. Los entrevistados hacen referencia a la crisis económica que vive el país, y a la dificultad que tienen de conseguir trabajo. Se plantean alternativas que les permita tener un ingreso económico como: invertir en un negocio, hacer un préstamo, entre otros, esta situación especialmente es mencionado por los hombres quienes son los jefes del hogar y por tanto responsables por el bienestar de su familia, a esto se suma las pérdidas materiales que tuvieron por el terremoto.

Mujeres:

*“...la situación económica esta mala, porque mi marido es mecánico y no tiene ni un trabajo...” D2b*

*“...no hay trabajo como había antes. La gente solo compra las cosas de uso diario... ahora hay tantas cosas, que alerta de tsunami y ni sé que, ha disminuido la pesca y a veces no tenemos para comprar las cosas...” C2b*

Hombres:

*“... yo necesito una lancha para trabajar, quiero hacer un préstamo, pero no me sale nada...” Alb*

*“...ahora ya no hay nada, no tengo plata, no puedo hacer nada...” J1c*

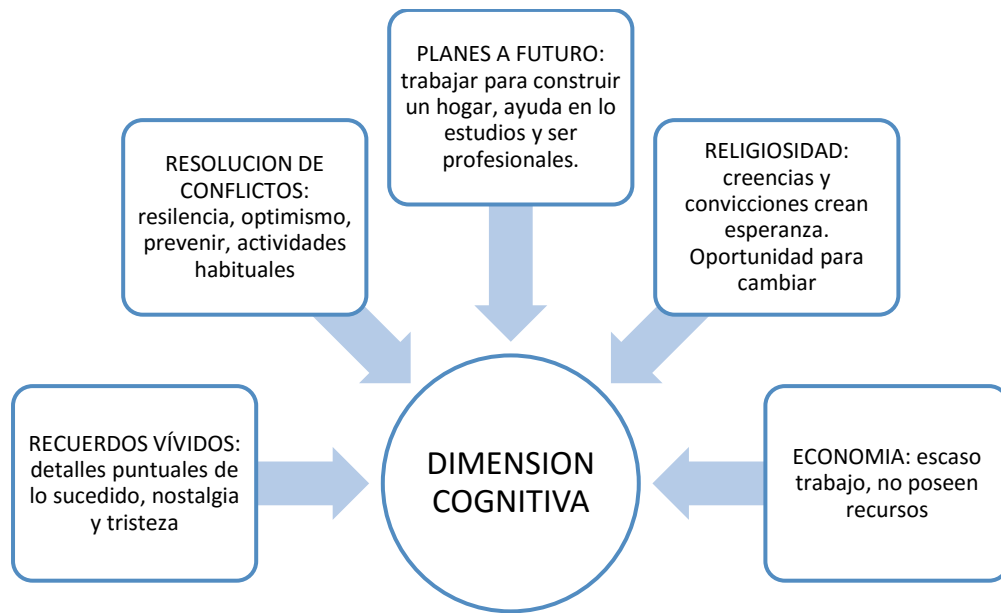
### **FOTOGRAFÍA 5. Fuentes de trabajo**



**Foto:** Josué Quinteros, misionero ecuatoriano. Pedernales, 25 de junio del 2016

**Análisis:** Las viviendas no fueron las únicas afectadas por el terremoto, a estas se suman todos los negocios y lugares donde se comercializaban los productos del cantón Pedernales. Podemos observar la infraestructura de esta “sala de belleza” totalmente destruida; hacia la parte posterior se puede ver una estructura de madera y zinc, y el techo colapsado. En la izquierda igualmente otro negocio que está abandonado, dando a notar que estos inmuebles eran las fuentes de ingresos económicos, pero ahora están inhabilitados.

### **GRAFÍCO 7. Resumen de las subcategorías de la Dimensión Cognitiva**



**Elaborado por:** Los autores.

## **4.2.- SUBCATERORÍAS DE LA DIMENSION AFECTIVA:**

### **4.2.1. Sentimientos de la persona**

Ante un suceso inesperado las reacciones de las personas se basan en una dimensión afectiva y la suma de experiencias del sujeto, la madurez emocional propia de cada individuo (Chóliz, 2005). Las personas entrevistadas refieren temor, susto, miedo, una preocupación por su familia y las cosas materiales que perdieron. Las mujeres son las más afectadas anímicamente, se sienten nerviosas, perturbadas y con labilidad emocional, se mantienen en alerta esperando otro nuevo terremoto. Los hombres mencionan sentirse más tranquilos por estar con vida y con sus familias, además dicen sentirse seguros conforme pasa el tiempo. Los jóvenes y los adultos mayores sienten tristeza, pena, se sienten mal por la situación que está viviendo solos y sin apoyo de la sociedad.

Adultos mayores:

*“...yo no estoy muy bien, porque parece que a cualquier rato viene otro movimiento... estoy nerviosísima” H2c*

*“...yo me siento mal, porque al rato del terremoto estaba bien y me siento mal porque no hay nada...” J1c*

Mujeres:

*“...me siento deprimida. Al principio lloraba porque me sentía sola, no había nadie solo mi marido y un tío que había quedado. A veces las lágrimas de me salían, cuando iba al centro se me salían las lágrimas; mi marido me decía ¡no llores! La verdad nunca me imaginé ver a Pedernales así...porque fuimos al centro a ver todo el desastre y había muertos por donde quiera...” F2a*

Hombres:

*“... ahí yo me asusté, lo primero que pensaba era en mi casa, preocupado...” A1b*

Jóvenes:

*“...un día muy triste, apenoso, feo, me siento mal...” N1a*

#### 4.2.2. Sentimientos sobre los hijos

Las mujeres hacen referencia a los sentimientos de sus hijos con respecto al terremoto y lo que ellos perciben a su alrededor; esta situación afecta anímicamente a las madres de familia, además de sus propias emociones deben escuchar y lidiar con los sentimientos sus hijos como: miedo, susto, nerviosismo e inseguridad. Las madres se convierten en las primeras personas para responder las interrogantes de los niños como - ¿qué pasó? ¿Por qué la tierra sigue temblando? - y se convierten en sus únicas consoladoras. Los hijos varones hacen referencia a sentir miedo y estar asustados por lo ocurrido, tratan de calmar a sus familias con sus actitudes. Esperanza es una palabra a la que están acostumbrándose a escuchar, generando un propio concepto de lo que significa desde tan pequeños. Una persona entrevistada mencionó que su hijo se sentía angustiado por lo que habría de sucederles en el futuro.

Mujeres:

*“...mis hijos no quieren ir a clases porque dicen: ¡Ahí viene el terremoto!... y tienen miedo de estudiar en las aulas de cemento, ellos quieren estudiar en las carpas, tienen mucho miedo de estudiar así... porque el terremoto que fue de mañana, les cogió en la escuela...” B2b*

*“...ellos están todavía psicosiados, ellos todavía preguntan: ¿A dónde vas mami? ¿A qué hora vienes? ¿Ya no va a haber más movimientos?... cuando hay movimientos ellos lloraran y salen asustados...” E2a*

*“...mi hijo me decía: ¡aunque soy hombre nosotros sentimos miedo, aunque no lo demostramos, pero yo si siento miedo...yo le decía tranquilícese... ¡mami, pero que pasa! ¿Qué va a ser de nuestras vidas?” F2a*

Hombres:

*“...tengo un hijo que... ese si estaba asustado. Me dice: ¡Papi, llévame a mi casa! Y yo no sé qué hacer” Alb*

### FOTOGRAFÍA 6. El dibujo de un niño



**Foto:** Dibujo realizado por un niño de 5 años de edad. Pedernales, 25 de junio del 2016.

**Análisis:** Mientras se realizaban las entrevistas, se facilitó a los niños una hoja de papel y lápices de colores, para que a manera de juego ellos pudieran distraerse. La indicación fue “dibujen lo que ustedes quieran”. Esta fotografía muestra el dibujo de un niño de 5 años de edad, se aprecia un día tranquilo en la playa, el sol radiante, las aves en el cielo, un poco de nubes (que no llegan a oscurecer el firmamento). Se puede divisar a dos niños en la playa jugando a la pelota y a una persona recostada en una hamaca descansando; en segundo plano se divisa una carretera y a un automóvil. Parece que el autor de este dibujo expresa, a manera de recuerdo, la paz y

tranquilidad que vivía antes del terremoto; podría referirse a un anhelo, plasmado en una hoja de papel para que todo retorne a su normalidad.

#### **4.2.3. Relaciones interpersonales**

El terremoto fue un desencadenante para que las redes de apoyo se activen. La familia es ahora su mayor preocupación. Las mujeres desean restablecer las relaciones matrimoniales, relaciones de paternidad y que toda la familia esté unida.

Para los hombres sus amigos se han convertido en una fuente de apoyo y de motivación para continuar, juntos se alientan a seguir adelante. Antes las relaciones en el barrio eran individualistas, cada persona miraba por sí misma; ahora existe colaboración entre todos, se ayudan mutuamente, la solidaridad es lo que ha afianzado las relaciones. Las personas adultas mayores están siendo cuidadas por sus hijos o familiares cercanos, antes vivían solos y marginados del barrio.

Adultos mayores:

*“... de mi familia están bien, todos están regados por pedernales... ahora vivo solo con mi hijo...en el barrio ya no me toman en cuenta porque no trabajo, nada...” J1c*

Mujeres:

*“... la gente ha cambiado mucho porque se veía mucha borrachera, muchas cosas en la juventud, vicios. Si, para qué, estamos unidos en conjunto. Cuando salimos de una carpa que tenemos que hacer algo, ya cuida la otra persona y así...” B2b*

*“...yo dije la familia debe estar unida, entonces desde ahí ya estamos todos juntos. Con mi familia nos hemos unido más... quisiera reunirme con mi familia que está lejos” D2b*

*“...quedarme aquí, yo no me muevo de aquí. La gente te da la mano, aunque sea un arroz con pescado te comes...” E2a*

Hombres:

*“...antes cada uno era por su lado, ahorita si nos sentimos más unidos. Antes se separaban de la mujer, había drogas y alcohol, problemas con la familia. Ahora que hubo esto la gente se ha unido con su familia...” A1b*

*“...me siento feliz digamos, porque he conocido muchas personas que de verdad a uno lo motivan bastante a seguir, a continuar...” N1a*

Un factor que influye negativamente en las relaciones interpersonales es la migración. Familiares y amigos de los entrevistados han decidido migrar internamente en la provincia de Manabí; otras han tomado la decisión de salir fuera de la provincia a las ciudades grandes como Esmeraldas, Guayaquil y Quito parece ser un destino seguro para lograr sus metas, movidos por

la situación económica, no quieren recordar todo lo vivido y en busca de mejores oportunidades de trabajo.

Mujeres:

*“...mis hermanos se fueron a Esmeraldas. Un hijo se llevó a mis dos nietos a Quito. Mi marido quería irse a Quito, pero allá vamos a gastar más de lo que tenemos...”* D2b

*“solamente mi hermano se fue con la mujer a Quito a trabajar allá, supuestamente...”* E2a

*“...mi familia anda en Guayaquil y en Santo Domingo...”* K2a

*“...mis amigas, una se fue a Quito, la otra a La Maná y la otra a Riobamba...”* F2a

*“... mis amigos algunos se han ido a Santo Domingo y otros a Quito...”* C2b

#### **FOTOGRAFÍA 7. Barrio Brisas del Pacífico**



**Foto:** Los autores. Barrio Brisas del Pacífico, 21 de mayo del 2016.

**Análisis:** Se observa en el plano posterior, a un hombre barriendo el exceso de agua que ha dejado la lluvia de aquel día. Las viviendas de los moradores ahora son las carpas que se pueden apreciar en la imagen. La cancha de concreto ahora sirve de albergue provisional, donde cada familia convive con los demás vecinos. En el plano frontal se observa restos de material de construcción y la tierra mojada por la lluvia. Parece que la cooperación conjunta da un tiempo para conocerse más entre ellos.

#### **4.2.4 Presencia gubernamental y no gubernamental**

En las primeras horas del suceso la presencia y la ayuda brindada por parte de entidades públicas, privadas y entidades extranjeras fue apoyo incuestionable. La ayuda inmediata fue de alimentos, víveres, brigadas médicas y construcción de albergues. Por otro lado, las madres de familia son las que conforme pasa el tiempo perciben que esta ayuda escasea y no abastece a las demandas necesarias de la población. Los servicios básicos son los más afectados en un desastre natural, las personas no cuentan con agua potable, ni un sistema de control de excretas. Las madres de familia hacen referencia que una medida inmediata fue la colocación de letrinas, pero el agua que les entregan en tanquero disminuyendo paulatinamente hasta que las personas deben obtener agua por sus propios medios.

Las complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles es otro problema. Las personas no tienen un fácil acceso a un centro de salud (también afectado por el terremoto), los controles y chequeos médicos se demoran, no hay suficiente medicación ni suficiente personal médico capacitado para el manejo de la población durante un terremoto. El soporte psicoemocional y espiritual es una ayuda mediata, que actúa cuando comienza a escasear la ayuda de alimentos.

Los padres mencionan que se sienten felices y contentos, porque miran a sus hijos sonreír y divertirse cuando organizaciones hacen programas o eventos, se sienten respaldados porque no se olvidan de ellos.

Los hombres esperan la ayuda a largo plazo, como medidas para la reconstrucción de las viviendas y parques, se ha planificado reubicarlos en un año plazo, en una explanada a dos kilómetros para todos los moradores del barrio.

Adultos Mayores:

*“...estaba malita, estaba flaquita, enferma. Y hasta ahora sigo así. Hasta la presión estoy altísima...” H2c*

Mujeres:

*“...a mi madre ahí la atendieron y estaba en tratamiento. Una brigada de médicos coreanos la semana anterior nos trajeron alimentos...la iglesia evangélica está a full de gente, para ayudar y toda la gente del barrio asisten a una iglesia...” B2b*

*“... vinieron a hacer baños, cuatro baños para todo el barrio. Pero no tenemos agua y de los estanqueros solo vinieron a decirnos que teníamos a gua hasta el veinte de este mes y de ahí que nosotros veamos cómo hacemos...” B2b*

*“...lo que teníamos de los kits de principio, porque ahorita no están dando nada. Ya vamos a tener un mes que no hay ayuda.” E2a*

Hombres:

*“...yo me siento feliz, los niños por lo menos se divierten llegan a atender a la gente por lo menos no nos olvidan...bastante ayuda tuvimos por aquí, para que le voy a decir, demasiado digamos en los alimentos...” A1b*

*“...a mí me hicieron firmar para que derriben mi casa y que mañana venían a construir, vinieron y derribaron y hasta ahora espero que construya... esto es pura promesa. A la final prometen, pero no cumplen...” M1b*

#### **FOTOGRAFÍA 8. Presencia gubernamental y no gubernamental**

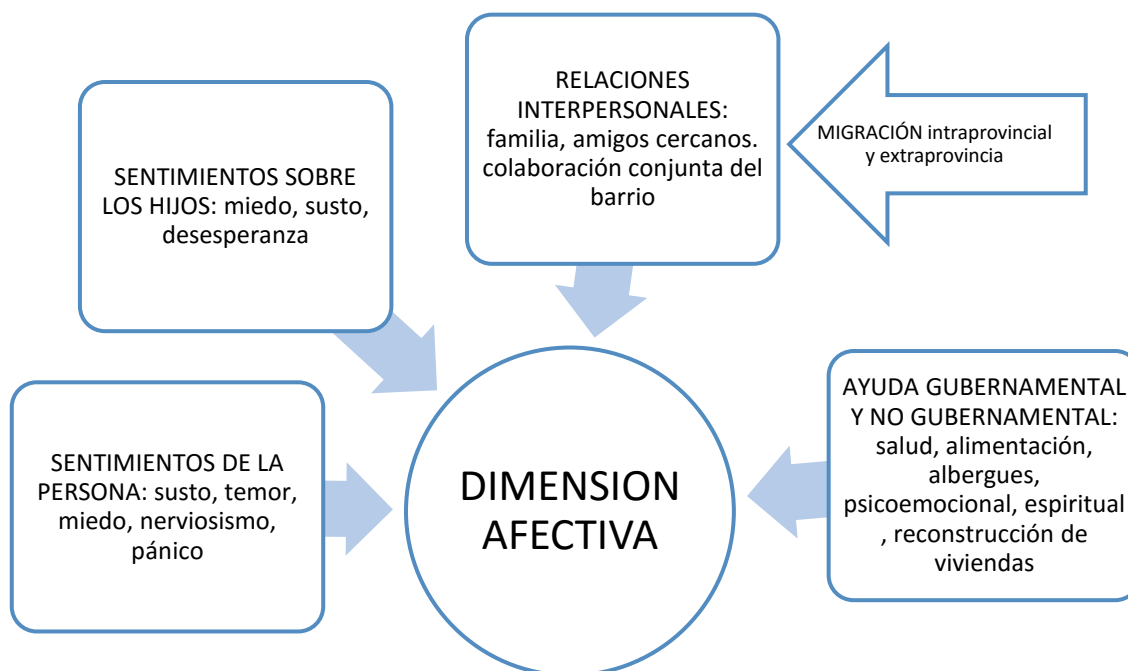


**Foto:** Los autores. Sábado, 23 de julio del 2016

**Análisis:** En segundo plano se observa a un grupo de personas llevando cajas en sus brazos hacia una carpa grande que está ubicada en el lado derecho. Las cajas contienen víveres, útiles

escolares, medicinas. Se ve a los moradores del lugar en el lado izquierdo esperando con intriga la ayuda que estas personas puedan brindar. En este lugar se realizó una jornada médica, apoyo psicoemocional y espiritual, se brindó el servicio de corte de cabello y se realizó un programa para niños con música y juegos. La presencia de entidades gubernamentales como no gubernamentales son redes de apoyo en los momentos de crisis.

**GRÁFICO 7. Resumen de las subcategorías de la Dimensión Afectiva.**



**Elaborado por:** Los autores

### 4.3. SUBCATEGORÍAS DE LA DIMENSION CONDUCTUAL

#### 4.3.1 Actividades cotidianas antes del terremoto

Los moradores del barrio son pescadores, se despiertan muy temprano en la mañana y regresan en la noche de sus trabajos. En cambio, las mujeres se encargan de criar a sus hijos o nietos, los quehaceres domésticos y ayudar a los niños sus tareas escolares forma parte de sus actividades diarias. Los jóvenes solían asistir a clases en las mañanas y en las tardes ayudaban a sus padres en el trabajo o en los quehaceres domésticos.

Mujeres:

*“...como mis hijos estudiaban si tenía que levantarme a las seis de la mañana. Seis y treinta les preparaba el desayuno, les daba de comer. De ahí lavar, hacer el almuerzo. A la una de la tarde almorzaban y de ahí hacían los deberes.” B2b*

*“...yo estudiar todos los días y ayudar a mi papa en el trabajo. En mi casa hacer la comida, barrer, el aseo. A las seis de la mañana me voy con mi papa al trabajo, tiene un puesto de encebollados hasta las cinco de la tarde...” K2a*

Hombres:

*“...tenía por costumbre levantarme a las seis de la mañana, ocho de la mañana salía a pescar. A las doce regresaba a almorzar o lo llevaba preparado. De lunes a viernes si el clima estaba bueno, si había mucho viento ya nos quedábamos en casa... de ahí a las diez de la noche dormir” A1b*

#### 4.3.2. Actividades cotidianas después del terremoto

Las actividades de hombres y mujeres no han cambiado, siguen su rutina diaria: salir a trabajar, a pescar o quedarse en casa cuidando los niños, para los hombres y las mujeres, respectivamente. Pocas personas no trabajan en la pesca por lo tanto han cambiado sus horarios de trabajo. Las madres refieren el cambio de actividades por parte de sus hijos con relación a la escuela, ahora reciben clases en las carpas adaptadas y cerca de las casas. Las actividades cotidianas están siendo afectadas por las réplicas periódicas existentes, que paralizan sus actividades diarias, los rumores de un tsunami disminuyen el trabajo de la pesca. Las actividades que se realizaban en el centro de Pedernales han sido suspendidas, no hay tanta diversión como antes.

Mujeres:

*“...yo tenía a niño que estudiaba de las tres para adelante en una escuela de futbol en Pedernales, ahorita ya no le mando por la lejanía...” B2b*

*“...yo antes salía, ahora ya no salgo. Si mi hijo tiene alguna clase o consulta yo le acompaño, pero de ahí no salgo. Cuando él quiere ir donde su papá no le gusta ir solo, pero yo no salgo...” F2a*

*“...mi vida ha cambiado bastante, donde trabajaba con mi papá era un local. Ahora es una carpita así no más al aire libre...” K2a*

Hombres:

*“...antes trabajábamos desde las ocho de la mañana hasta las doce de la noche, ahorita en cambio es de las once de la mañana a las ocho de la noche...” R1b*

### **FOTOGRAFÍA 9. Viviendas sin paredes**



**Foto:** Los autores. Pedernales, 21 de mayo del 2016

**Análisis:** En primer plano se observa a personas conversando con rostros de preocupación y desconcierto. El piso es de tierra con piedras. En segundo plano se observa a un grupo de personas sentadas alrededor de la mesa. Se nota la ausencia de paredes y la estructura de caña guadua con techo de zinc. Se observa que la cocina y la sala están “protegidas” con una lata corroída por el óxido, donde la familia ve los programas de televisión recostados en hamacas. La inseguridad que ocasionan estas viviendas, los animales pasean libremente siendo focos de enfermedades, la salud de las personas es afectada. Ahora su hogar no tiene paredes, pero eso no les limita para que la familia vuelva a sus actividades diarias.

### 4.3.3. Otras actividades

Los que entrevistados realizaban actividades como: salir a divertirse, bailar o conversar. Ahora prefieren pasar su tiempo libre con su familia, leyendo un libro o asistiendo a una iglesia. Los hombres adultos en su tiempo libre lo aprovechan para adelantar el trabajo. Los hombres jóvenes entrevistados mencionan su tiempo libre haciendo deporte. Los jóvenes en cambio prefieren al celular como una distracción para no pensar en el terremoto, la compañía de sus pares les hace olvidar esos momentos difíciles y escapar de la realidad; además de ayudar a sus padres en el tiempo libre después de sus estudios.

Mujeres:

*“...me gustaba mucho salir con mis amigas, salíamos a reírnos a contar cosas que hacíamos.*

*Incluso no asistía a una iglesia y ahora voy todos los domingos...” F2a*

*“...si yo también, me gustaba mucho bailar. Pero ahora voy a la iglesia, estoy con mis hijos.*

*Decir mi familia, pasar más tiempo con ellos. Los días domingos sacarles a pasear por ahí...”*

*B2b*

*“...bueno me dieron una biblia, no la tenía. Leer esta Biblia, ver un poco más de la vida,*

*como tenemos que concentrarnos para...vivirla...” D2b*

Hombres:

*“...lo paso afuera en la playa a remendar mi red, nuestras mallas. Tarde llego a ver una película unos quince minutos y me quedo dormido...” A1b*

*“...ver tele, como le digo me gusta el indor, el futbol, el vóley...” R1b*

Jóvenes:

*“...leer y salir con mis amigos del barrio, para reírme un taro y olvidar eso...” K2a*

*“...voy a divertirme con mis amigos, a hacer deporte en el centro o en la playa.*

*Me gusta jugar al futbol... ayudar a mis padres y cualquier trabajo*

*que haya que hacer en mi casa...” N1a*

#### **4.3.4. Hábitos de sueño**

Luego de una catástrofe natural el ciclo vigilia-sueño se altera (Calderón, 2002). Así, días y semanas después del terremoto los sujetos han sufrido algún tipo de alteración en su sueño o descanso, teniendo periodos largos de vigilia nocturna y prefiriendo dormir por las mañanas para estar atentos en la noche. Debido a las réplicas del terremoto constantes y durante las noches la mayoría de mujeres no puede conciliar el sueño y para estar tranquilas deben cerciorarse del sueño de su familia, el poder conciliar el sueño después de tres meses del terremoto; Antes de descansar levantan una plegaria y rezan para poder conciliar el sueño, ya que al dormir tienen pesadillas con imágenes de un tsunami como símbolo de destrucción del orden.

Las madres de familia velan el sueño de sus hijos, consuelan a los niños para que puedan descansar y dormir, porque se levantan o despiertan en las noches asustados preguntando por sus madres. Los hombres al ser entrevistados mencionan el poder dormir y descansar normalmente, pese a las murmuraciones de un tsunami que atentaría a la seguridad de los moradores de Pedernales.

Mujeres:

*“...casi que ni puedo dormir de noche, casi no podemos dormir por lo que...imagínese nosotros sentimos temblores pequeños casa dos o tres días...” B2b*

*“antes podíamos dormir tranquilos ahora estamos con ese susto de que parece que ya se viene ese movimiento... en las mañanas nos levantamos tarde, ahora ya no podemos dormir...parece que viene una réplica, como todo durante la noche...” C2b*

*“...al acostarme me pongo a rezar un rato y de ahí me trato de dormir, porque no puedo de que me acueste y dormir de una sola. No, no puedo. Si sueño con cosas feas de que puede subir el mar, me imagino cosas así...” F2a*

*“...incluso el niño no me duerme por un rato, tengo que consolarlo y decirle que todo va a estar bien... y que para eso estamos aquí los papás, para protegerle. Y la niña como también pone ahí asunto lo único que hace es decir ¿Mami ya no va a haber más temblores?” E2a*

Hombres:

*“...a las diez de la noche me duermo porque me levanto de mañana. Decían que iba a haber un tsunami por eso no dormíamos bien, cada vez más cómodos, más tranquilos...” A1b*

*“...normalmente yo dormía a la ocho de la noche para madrugar a las cinco...ahora a las nueve de la noche escucho algo de noticias y si ya es tarde me da sueño  
...tranquilo, ahora sí puedo dormir” M1b*

*“... si descanso bien, sin ningún temor a nada...” N1a*

### GRÁFICO 9. Mapa sísmico Pedernales 18/05/2016

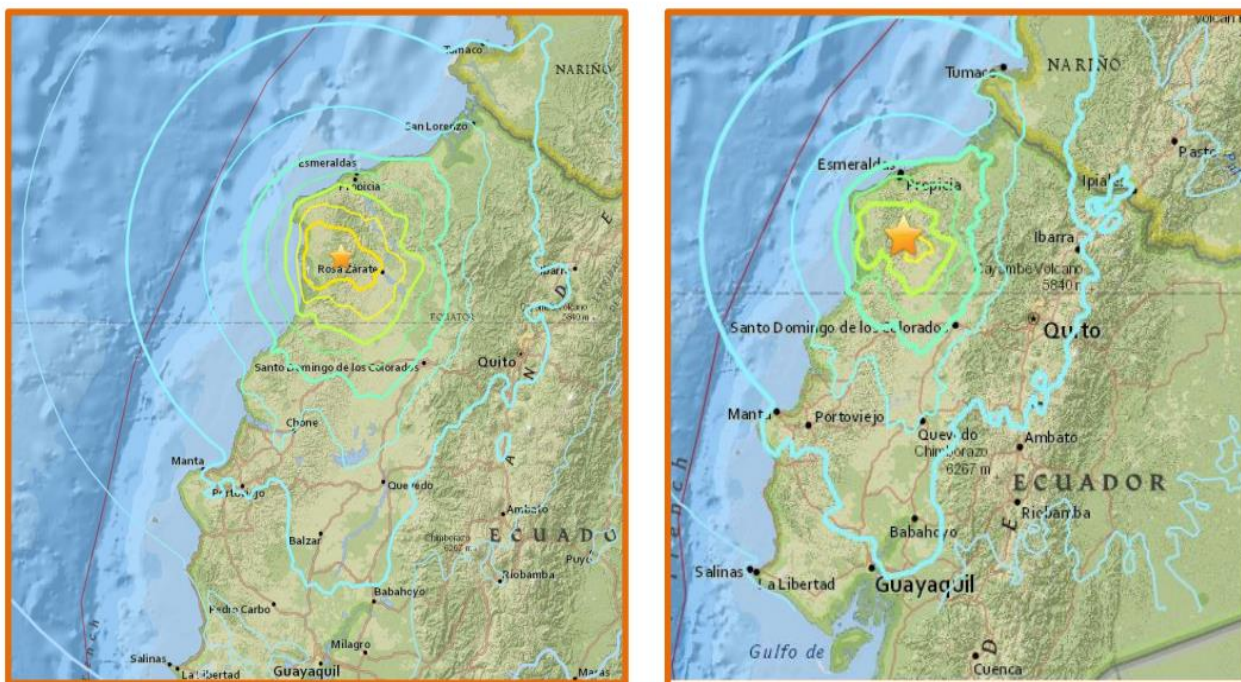


Foto: Secretaría de Gestión de Riesgos del Ecuador. Informe-No.-67-18/05/2016

**Análisis:** Este mapa sísmico muestra la última información registrada del 18 de mayo del 2016, a consecuencia de la crisis sísmica del 16 de abril. Habiéndose provocado dos sismos con epicentro en Quinindé, Muisne y Pedernales; de magnitudes de 6,7 y 6.8, respectivamente. Las personas entrevistadas mencionan comentarios realizados por agentes de la policía y militares sobre alerta de tsunami; en lo ocurrido, de acuerdo a este mapa sísmico, lo utilizan como un símbolo de catástrofe y muerte, reflejado en su alteración en el sueño y una prolongación de la vigilia.

#### **4.3.5 Inseguridad**

Ante una situación de emergencia y frente al terremoto ocurrido, el orden y la ley que hacen cumplir los agentes de policía han menguado desde que ocurrió el evento. Ahora existe inseguridad en las calles, poco control en los albergues. Las mujeres hacen referencia de la inseguridad de sus hijos, en especial de sus hijas, no se sienten resguardadas para dejarlas solas en casa. Los hombres entrevistados hacen referencia a la inseguridad de sus cosas materiales, sus pertenencias dentro y fuera de casa.

Mujeres:

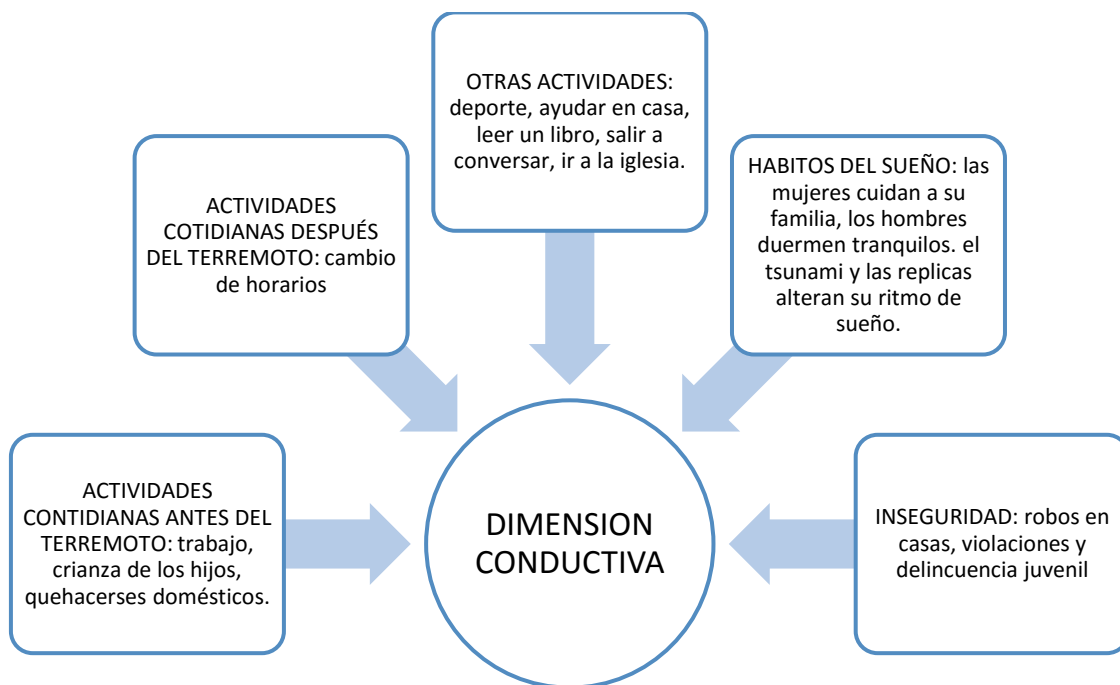
*“...porque en las carpas no es igual que estar en las casas. No se puede dejar botado porque se meten. Uno que tiene sus hijas no es seguro...” B2b*

*“...solo si escucho ruido me despierto a ver si no se han metido los ladrones...” F2a*

*Hombres:*

*“...uno no podía dejar su motito parqueada porque ya se la robaban. Yo tengo un colchoncito que me lo regalaron y de pronto se me lo llevaron...” M1b*

**GRÁFICO 10. Resumen de las subcategorías de la Dimensión Conductual.**



**Elaborado por:** Los autores

Las mujeres han sido más afectadas en su Salud Mental, las subcategorías afectadas mayormente son: los recuerdos, la religiosidad, los sentimientos propios y de los hijos, las relaciones interpersonales, los hábitos de sueño y otras actividades; mientras que para los hombres la subcategoría afectada mayormente es la resolución de conflictos y la economía, es decir, el trabajo como una forma para salir adelante. Las subcategorías que han sido pocamente afectadas

para los hombres son los sentimientos, los hábitos del sueño y otras actividades; mientras que las mujeres han sido afectadas pocamente en la economía, dado por que la fuente de ingresos económicos es principalmente el hombre, pero las mujeres son las administradoras de dichos recursos. (Ver Tabla 7)

**TABLA 7. Afectación de Salud Mental en hombres y mujeres**

DIMENSIONES	SUBCATEGORÍAS	HOMBRES	MUJERES
COGNITIVA	Recuerdos vívidos	+	++
	Resolución de conflictos	++	+
	Planes a futuro	+	+
	Religiosidad	+	++
	Economía	++	+/-
AFECTIVA	Sentimientos de las personas	+/-	++
	Sentimientos sobre los hijos	+	++
	Relaciones interpersonales	+	++
	Presencia gubernamental y no gubernamental	+	+
	Actividades cotidianas	-	-
CONDUCTUAL	Otras actividades	+/-	++
	Hábitos de sueño	+/-	++
	Inseguridad	-	+

**Fuente:** Los autores. Las subcategorías que han sido afectadas se marcan con un signo positivo (+), la subcategoría que no ha sido afectada se marca con un signo negativo (-). Si hay mucha afectación se marca con un doble signo positivo (++), si hay poca afectación se marca con un signo positivo y uno negativo (+/-).

La similitud de subcategorías afectadas entre hombres y mujeres son: los planes a futuro con la reconstrucción de viviendas; la presencia de entidades gubernamentales y no gubernamentales como apoyo en alimentación, albergues, medicinas. Otra subcategoría en semejanza de hombres y mujeres es la no afectación de actividades cotidianas, los hombres continúan trabajando y las mujeres dedicándose a los quehaceres domésticos. La diferencia en la subcategoría de inseguridad indica que los hombres no se sienten afectados en su seguridad, mientras que las mujeres por el contrario sienten peligro al dejar a sus hijos solos en las carpas de los albergues. Hombres y mujeres, han sido afectados por igual en su dimensión cognitiva. (Ver Tabla 7)

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

La presente investigación se planteó analizar las dimensiones de la Salud Mental afectadas en las personas del Barrio Brisas del Pacífico, cantón Pedernales, provincia de Manabí-Ecuador después del terremoto de abril. Los resultados obtenidos muestran que después del terremoto hubo una modificación y afectación de las dimensiones de la Salud Mental de las personas entrevistadas, al igual que Uchuya et al. (2013) describe del terremoto de Pizco Lima-Perú en el 2010 y Larenas (2012) menciona de los desastres socio-naturales, como un factor que acrecienta el deterioro de la salud física y mental de las personas víctimas del mismo.

La dimensión cognitiva de la Salud Mental fue afectada en la permanencia de recuerdos vívidos y resiliencia, descrita como resolución adecuada de conflictos y fortalecimiento de los planes a futuro. La resiliencia como un obrar positivo y exitoso de las personas a pesar de vivir una situación de alto riesgo definido por Rutter (1993); y como refieren González, Delgado y Jordán (2011), ha forjado en los moradores del Barrio Brisas del Pacífico un fortalecimiento en la competitividad empresarial, potenciador de las capacidades individuales y colectivas frente a la problemática surgida por el terremoto vivido; además los jóvenes han retomado sus estudios y quieren ser profesionales, que concuerda con un mejor rendimiento académico mencionado por Villasmil (2010).

Se añadió a la dimensión cognitiva la religiosidad como factor protector no institucional, creando redes de apoyo que aporta esperanza después del terremoto; concuerda con lo dicho por Giddens (2014; p331) menciona respecto a los Salmos de la Biblia, como los pasajes sagrados que han influenciado a las personas durante muchos años, la religiosidad es un sustento del cuidado y provisión a cada ser humano por parte de Dios.

La economía fue identificada en la investigación como un factor de preocupación para los jefes de familia, una vulnerabilidad grupal y amenaza individual de acuerdo con lo citado por Cabieses, Bernales, Obach y Pedrero (2016), que afecta directamente a la dimensión cognitiva.

La dimensión afectiva de la Salud Mental fue afectada en los sentimientos de la persona y las relaciones interpersonales (familia, amistades, solidaridad en el barrio). Las alteraciones de índole emocional como labilidad emocional, aplanamiento afectivo, intensificación de emociones como miedo o ansiedad generalizada son parte de las alteraciones de esta dimensión al igual que lo reportado por Arriagada y Valdebenito (2011).

Las relaciones interpersonales encontradas son similares a las descritas por Del Valle, Yáñez y Peñaloza (2014) como una herramienta social y una red de apoyo a la familia, escuela, comunidad, amigos y el ámbito religioso; cuya combinación dice Wright y Pickett (2016) proporciona la expresión de nuestro bienestar [emocional] que permiten afrontar, adaptarse y superar las adversidades. Se añadió como subcategoría a la dimensión afectiva la migración forzada, el desplazamiento y reubicación como algo esperado después del terremoto, mencionado por Sarrible (2009), tanto internamente en la provincia como hacia las grandes ciudades.

Se añadieron a la dimensión afectiva los sentimientos sobre los hijos como factor que perturba a los padres de familia, caso mencionado por Fernández, Parra y Torralba (2012) al referirse a la capacidad de la familia para su auto-reparación y re-estructuración de las relaciones bi-direccionales de padres e hijos. Por otra lado se añadió como subcategoría de dimensión afectiva presencia de entidades gubernamentales y no gubernamentales como factor que favoreció a los moradores del Barrio con una importante estructuración de programas de apoyo, políticas

públicas y prioridad Nacional, de forma inmediata de acuerdo a la información de la Secretaría de Gestión de Riesgos del Ecuador (2016) que concuerda con lo dicho por De Andrade y Da Cruz (2011). Si bien es cierto, la ayuda que recibieron y las acciones después del terremoto relacionadas a salud fueron eficientes; las personas viven aún en lugares precarios, resultados que concuerdan con lo mencionado por Uchunnya et al. (2013), disminuyendo la presencia y ayuda de estas entidades con el paso del tiempo .

La dimensión conductual de la Salud Mental no fue afectada en las actividades cotidianas de las personas y las actividades en tiempo libre, al contrario de lo que menciona Arriagada y Valdebenito (2011) como impulsividad y paralización o aun el aumento del consumo de sustancias; los moradores del Barrio han vuelto a sus actividades normales de trabajo y estudios (salvo con una reorganización en sus horarios). El hábito de sueño ha sido afectado por el insomnio y la vigilia, en esto de acuerdo a lo descrito por Arriagada y Valdebenito (2011) que las personas sometidas a un factor estresor externo, como es el caso del terremoto ocurrido, tiene alteraciones del sueño.

La subcategoría de inseguridad como factor negativo de la conducta, consecuencia de la condición de pobreza que concuerda con lo citado por Del Valle, Yáñez y Peñaloza (2014); la inseguridad dentro del barrio, propia de la cultura de los moradores, revelada por la situación de convivencia en albergues que concuerda con lo dicho por Cabieses, Bernal, Obach y Pedrero (2016). Por último, la resiliencia, solidaridad, preocupación por el núcleo familiar, participación activa y conjunta de los moradores del barrio, resolución conjunta de problemas concuerda con lo dicho por Herscovici, (2011) siendo parte de las alteraciones “positivas” de las dimensiones de la Salud Mental encontradas en esta investigación.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La presente investigación tiene como limitaciones que no se aplicó la entrevista a los moradores del centro de la ciudad de Pedernales, razón por la cual no se mencionan pérdidas humanas en los relatos de los entrevistados. Los participantes fueron personas mayores de edad, es decir, los niños y adolescentes fueron criterios de exclusión teniendo estos últimos una experiencia diferente las personas adultas. Al describir la dimensión cognitiva se tomaron en cuenta únicamente la memoria y la resolución de conflictos dejando a un lado capacidad judicativa, las aptitudes secuenciales, la flexibilidad mental, la estructura de personalidad y la capacidad de abstracción. Además, la limitada información que obtenida por parte de las personas adultas mayores que representan dos entrevistas; los jóvenes por su lado al recordar los sucesos expresaron sus sentimientos con lágrimas en sus ojos no siendo oportuno las repreguntas por dicha situación.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 CONCLUSIONES

- Las percepciones de las personas entrevistadas después de terremoto han cambiado notablemente, ahora tienen una cultura de prevención para futuros terremotos (cada familia tiene kits de comida, linternas, ropa en una mochila) principalmente por parte de las madres, las cuales anhelan también que el Estado y entidades no gubernamentales les enseñe cómo actuar ante un desastre natural.
- La dimensión cognitiva se encuentra sustentada por 5 subcategorías: Recuerdos vívidos: como experiencia del terremoto de manera clara y precisa, mencionando hora, fecha y lugar. Resolución de conflictos: tomando la resiliencia como fuente de nuevas oportunidades, seguir a delante es el emblema de los moradores del barrio, trabajar es el medio por el cuál logran sus metas. Planes a futuro: los moradores del barrio tanto hombres como mujeres anhelan la reconstrucción de sus viviendas; los jóvenes quieren retomar sus estudios y ser profesionales, apoyados por sus padres. Religiosidad: como base de apoyo subjetiva de cada individuo, siendo esta la generadora de esperanza en medio de la crisis emocional que viven. Economía: los jefes de hogar buscan fuentes de trabajo para mejorar los ingresos de las familias, las mujeres son las administradoras de dichos recursos.
- La dimensión afectiva se encuentra sustentada por 4 subcategorías: Sentimientos personales: durante las primeras semanas después del terremoto fueron miedo, temor, susto, nerviosismo; que han ido cesando paulatinamente conforme pasa el

tiempo, lo cual se manifiesta con sentimientos tranquilidad. Sentimientos sobre los hijos: los niños y niñas sienten susto y miedo por un nuevo movimiento telúrico, esta es la principal razón por la cual las madres están afectadas por la relación con sus hijos. Relaciones interpersonales: la familia se ha consolidado con el grupo más cercano de apoyo, los amigos y el barrio han sabido superar este terremoto con solidaridad y compañerismo; migración dentro y fuera de la provincia es un factor negativo para las relaciones interpersonales, causando una brecha para la familia por migrar a ciudades grandes dentro del Ecuador. Presencia de entidades gubernamentales y no gubernamentales: han sido de apoyo desde las primeras horas después del terremoto, con brigadas de socorro y rescate, suministro de alimentos, construcción de albergues; a mediano plazo la ayuda psicoemocional y espiritual, esperando la reconstrucción de sus viviendas a largo plazo por parte del Gobierno del Ecuador.

- La dimensión conductual se encuentra sustentada por 4 subcategorías: Actividades cotidianas: que no han sido afectadas después del terremoto, dedicándose los hombres a sus trabajos como pescadores y las mujeres a los quehaceres domésticos y la crianza de los hijos. Otras actividades: los moradores actualmente prefieren pasar con sus familias, disfrutar de una conversación con sus amigos, leer un libro o acudir a la iglesia, los jóvenes mencionan el deporte como una manera de distraer su mente. Hábitos de sueño: han sido perturbados por el terremoto, las más afectadas son las mujeres pudiendo conciliar el sueño a tres meses después del evento, los hombres por el contrario pueden dormir con normalidad. Inseguridad: mencionado por las mujeres que temen por la seguridad de sus hijas mujeres y los hombres hacen

referencia al incremento de robos materiales, debido a los albergues donde actualmente viven.

- Las mujeres, niños y ancianos son el grupo vulnerable al enfrentar esta situación, los tres grupos tienen sentimientos negativos por su rol en la sociedad.
- Las redes de apoyo son fundamentales para salir adelante después de un desastre natural, en la magnitud que lo fue el terremoto de abril. La familia se ha convertido en el eje principal para la población. La iglesia y la comunidad también son fuertes redes de apoyo para cada individuo y han ayudado a que la población salga adelante.
- La población entrevistada se encuentra con un positivismo, con una buena resiliencia, al contrario de lo que algunos autores indican no se ha afectado su área conductual, no se ha visto alterado con violencia o uso de psicotrópicos al contrario tienen deseos de salir adelante.
- Las organizaciones no gubernamentales, las personas civiles, los militares todos ayudaron a que las personas no se sientan solas en este desastre, fue una ayuda oportuna a corto plazo y mediano plazo.
- Las mujeres han sido afectadas mayormente en las dimensiones afectiva y conductual, que lo hombres. Hombres y mujeres, han sido afectados por igual en su dimensión cognitiva.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- Realizar estudios cualitativos y cuantitativos adicionales en los que se entrevisten a los moradores del centro de Pedernales, utilizando entrevistas en grupos focales, como criterio de inclusión a los menores de edad, encontrar diferencias o similitudes en grupos de extremos de la vida (niños y adultos mayores), analizar las alteraciones de Salud Mental posteriores al terremoto.
- La creación y aplicación de leyes y guías para Salud Mental en desastres naturales a cargo del Ministerio de Salud Pública y la Secretaria de Gestión de Riesgos del Ecuador. Debido a que es un país situado en medio del cinturón de fuego del Pacífico, que ha sufrido un número pequeño de terremotos y no estaba preparado para el terremoto del 16 de abril en Pedernales.
- Capacitar a las comunidades sobre la prevención de desastres naturales, para evitar futuras muertes; realizando talleres en escuelas, barrios, lugares de trabajo, explicando la magnitud de los desastres naturales a los que están expuestos, de una manera pragmática realizando simulacros.
- Capacitación al personal de salud en el área de Salud Mental para ayudar a las personas a largo plazo a superar sus conflictos realizando un screening oportuno de enfermedades o trastornos de la Salud Mental.
- Ofrecer una actualización médica continua sobre el manejo a corto, mediano y largo plazo en el caso de un desastre natural.
- Apoyar a poblaciones vulnerables como las mujeres, los niños y adultos mayores.
- No cesar el apoyo y la ayuda, tanto gubernamental como no gubernamental, para la creación de redes de apoyo emocionales en los moradores de Manabí. Reconstruir no

solamente su vivienda, sino su vida con fuentes de empleo, siempre teniendo presente un desastre puede ocurrir en cualquier momento. Animar a las organizaciones no gubernamentales que continúen con la ayuda a largo plazo para que la gente no se sienta olvidada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alberto Minoletti, et. al. (2015). *Manual de los derechos en Salud Mental*. Escuela de Salud Pública. Dr. Salvador Allende G. Universidad de Chile. Obtenido de <https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Derechos-en-Salud-mental.pdf>
- APA. (2014). *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Asociación Americana de Psiquiatría*. New York : Manual Moderno. James Morrison. Trad. español Dra. Gabriela Enríquez Coterá. Recuperado el 17 de Junio de 2016, de <http://www.psiquiatria.com/diagnostico-76/la-asociacion-americana-de-psiquiatria-presenta-el-nuevo-manual-de-los-trastornos-mentales-dsm-5/#>
- Arnold, T. (1806). *Observations on the nature, kinds, causes and prevention of insanity*. . London: Richard Phillips: Voll II 2ºed.
- Ausburger, A. C. (2015). De la Epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario (CIUNR)*, Cuadernos médico social 81:61-75. Recuperado el 30 de 06 de 2016
- B. Cabieses; M. Bernal; A. Obach; V. Pedrero. (2016). Vulnerabilidad social y su efecto en la salud en Chile. Desde la comprensión del Fenómeno hacia la implementación de soluciones. *Ministerio de Salud Chile. Universidad del Desarrollo. Equipo de Estudios Sociales en Salud.*, pg. 15-33. doi:ISBN versión digital : 978-956-7961-81-8
- Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de la salud en un grupo de estudiantes de Lima. *Revista de Psicología.*, Vol. 34, ISSN 0254-9247.
- Biblioteca Nacional de Chile. (13 de Julio de 2016). *Programa Asia Pacífico*. Recuperado el 2 de Septiembre de 2016, de <http://www.bcn.cl/observatorio/asiapacifico/noticias/kokoronokea-modelo-gestion-crisis-japon>
- Bruce-Chawatt, L. (1972). *A medieval glorification of diseases and death*. ;16(1):76-7: Med Hist.
- C. Manchena, G. Gupio. (2015). Conductas Sociales Positivas ante Desastres en Adolescentes de Lima. *Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Nogguchi"* , vol. 31, No. 1 (2015). Lima Perú.
- Caldas-de-Almeida. (2007). *Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina*. Uruguay: revista Psiquiátrica.
- Calderón, J. (2002). *La salud mental en los desastres*. Cruz Roja Colombiana, Dirección General de Salud , Bogotá. doi:14985. Bogotá, Colombia. Recuperado el 2016 de Junio de 16, de <http://www.cruzrojacolombiana.org/sites/default/files/Manual%20Salud%20Mental.pdf>
- Carrasco, Trianes. (2010). Clima social, prosocialidad y violencia como predictores de inadaptación escolar en primaria. *European Journal of Education and Psychology*, Vol. 3, N° 2. doi:doi:10.1989/ejep.v3i2.62

- CERESIS, U. E. (agosto de 1998). *El terremoto de Bahía de Caraquez*. Recuperado el 28 de JULIO de 2016, de <http://www.cridlac.org/digitalizacion/pdf/spa/doc11114/doc11114.htm>
- Chiarugi, V. (1746). *Divisione generale delle piazze*. Florence: Luigi Carlieri: Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico analitico.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Dpto de Psicología Básica. Universidad de Valencia. Obtenido de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Congreso de Brasil. (2001). *Ley 10.216, abril 06*.
- Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616, enero 21, por medio del cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.
- Cuesta, D. (Noviembre de 2014). Surgimiento y evolución de Clusters de empresas de base tecnológica en regiones de bajo desarrollo tecnológico: Una mirada al caso de Cuatro Ríos Tecnologías, Cuenca-Ecuador. 179. Cuenca, Azuay, Ecuador. Recuperado el 11 de Junio de 2016, de <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/1967/1/T-SENESCYT-00834.pdf>
- Dols, M. (1987). *Insanity and its treatment in Islamic society*. ;31(1):1-14: Med. Hist.
- Doyal, & Gough. (1991). *A Theory of Human Need*. Londres: MacMillan.
- Egred, J. (2000). *El terremoto de Riobamba* (Vol. 2). Riobamba, Chimborazo , Ecuador : Abya-Yala . Recuperado el 1 de julio de 2016
- Elisa N. Cortese, e. a. (2004). *Psicología Médica: Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Librería Técnica de Nobuko. Recuperado el 2016 de 07 de 01, de <https://mmhaler.files.wordpress.com/2010/06/psicologia-medica-y-salud-mental2.pdf>
- Emiliana Lévano Uchunnya. Carmen Flores Sánchez. Carmen FUentes Pizarro. César Cabrel La Rosa. (2013). Impacto socio ambiental en la ciudad de Pisco después del terremoto. *Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional Federico Villareal*, V.1 N2. 153-166. Recuperado el 28 de 08 de 2016, de <http://www.rppsicometria.com.pe/catedra/index.php/rcv/article/viewFile/22/18>
- Enhrenich. (1999). *Enfrentando el desastre, Una Guía para la intervención Psicosocial*. Recuperado el 30 de Agosto de 2016
- FAO. (2008). *Ecuador: un país con alta vulnerabilidad*. FAO, FAO ECUADOR . Recuperado el 8 de julio de 2016, de <http://www.fao.org/docrep/013/i1255b/i1255b02.pdf>
- Faraone, C. A. (2011). *Magical and medical aproaches to the wandering womb in the ancient Greek world*. The Regents of the University of California: Classical Antiquity. Obtenido de [http://www.academia.edu/3631568/\\_Magical\\_and\\_Medical\\_Approaches\\_to\\_the\\_Wandering\\_Womb\\_in\\_the\\_Ancient\\_Greek\\_World\\_Classical\\_Antiquity\\_30\\_2011\\_1-32](http://www.academia.edu/3631568/_Magical_and_Medical_Approaches_to_the_Wandering_Womb_in_the_Ancient_Greek_World_Classical_Antiquity_30_2011_1-32)
- Foro Económico Mundial. (2011). *The global economic burden of non-communicable diseases*. Ginebra: World Economic Forum, the Harvarad School of Public Health.

- G. Del Valle; N. Yáñez; M. Peñaloza. (2014). Estado de la resiliencia en Venezuela. *Biblioteca Digital Repositorio Académico. Universidad de Zulia., Vol. 21(2) Mayo -Agosto 2014*, pg. 198-206. doi:ISSN 1315-4073 N Depósito legal pp 13340221141
- Glasser, W. (1961). *ental Health or Mental Illness? Psychiatry for Practical Action*. doi:ISBN 0-06-091092-5
- Gobierno Provincia Manabí. (2016). *Manabí Gobierno*. Recuperado el 1 de agosto de 2016, de <http://www.manabi.gob.ec/cantones/pedernales>
- González, O., & Jordán, M. D. (2011). Resiliencia y Ventajas competitivas en empresas del sector petrolero. Recuperado el 28 de 08 de 2016, de <http://www.uru.edu/fondoeditorial/articulos/Mariadelgado/RESILIENCIA0/020Y0/020VENTAJAS%20COMPETITIVAS.pdf>
- Guiddens, A. (2014). *SOCIOLOGIA 7ma*. Madrid. version español: Alianza Editorial. p.331 Religión
- Henaos S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. (2016). *Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte*. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia: Rev. Fac. Nac. Salud Pública. doi:DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07
- Hernán Andrés Marín Agudelo, Francisco Lopera. (2008). Medicina Comportamental el Sueño: un campo emergente dentro de la psicología de la salud y la medicina del sueño. *International Journal of Psychological Research 2008. ISSN 2011-7922*, Vol. 1, No. 1, pp. 58-67.
- Herscovici, C. (2011). Resiliencia Familiar y el énfasis en los recursos del sistema. *Cultura, Educación, Sociedad*, 2(1), 105-110.
- Hipócrates. (1990). *Sobre la enfermedad sagrada*. Tratados Hipocráticos Vol. I, Madrid: ed Gredos.
- IASC, The Inter-Agency Standing Committee. (2007). *Guidelines in mental health and psychosocial support in emergency settings*. Ginebra.
- IGEPN. (13 de agosto de 2013). Recuperado el 28 de julio de 2016, de Instituto Geofísico del Ecuador de la Politécnica Nacional: <http://www.igepn.edu.ec/cayambe/805-terremoto-del-5-de-agosto-de-1949>
- INEC. (2010). *Ecuador en cifras*. Recuperado el 1 de septiembre de 2016, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
- J. Barroso, Martín, J. León-Carrión. (2002). Funciones ejecutivas: control, planificación y organización del conocimiento. *Rev. de Pícol. Gral y Aplic.*, 2002, 55 (1), 27-44, Departamento de Psicología Experimental. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.
- J. Fernández; B. Parra; J. Torralba. (2012). Trabajo social con familias y resiliencia familiar: un análisis de la relación entre ambos conceptos. *Revista Atlántida*, 4, 91-102.
- J. Larenas. (2012). Algunas reflexiones en torno a las estrategias de intervención del Estado en Chaitén. *Centro de investigación en Vulnerabilidades y Desastres Socionaturales*.
- Jacobo, M. (2014). Religiosidad instituyente y corporalidad en la iconografía sagrada de los exvotos de San Juan de los Lagos. *Universidad Nacional Autónoma de México, México.*, vol. VIII / N° 2/ julio-diciembre 2014 / pp. 7-32.

- John Wright, Kate Pickett. (2016). Vulnerabilidad social y su efecto en Salud en Chile. Prólogo. . *Professor of Epidemiology, Director of Bradford Institute for Health Reseach. United Kingdom*, pg. 1-2.
- Kuhna B. Elliottb, A. (2003). *Treatmente efficacy in behavioral pediatric sleep medicine Journalsl Psyc Res* . 58-597.
- M. De Andrade; S. Da Cruz. (2011). Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promocion y prevencion en salud. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(1), 43-55.
- M. Méndez, T. Ghitis. (2015). La creatividad: un proceso cognitivo, pilar de la educacion . *Universidad de La Sabana, Bogotá-Colombia.*, Estudios Pedagógicos XLI, N° 2: 143-155, 2015.
- Manzanilla, L. (1997). INDICADORES ARQUEOLÓGICOS DE DESASTRES: MESOAMÉRICA, LOS ANDES. En A. Virgina, *Historia y desastres en America Latina* (Vol. II). Peru. Recuperado el 8 de julio de 2016, de [http://www.desenredando.org/public/libros/1997/hydv2/hydv2-todo\\_sep-09-2002.pdf](http://www.desenredando.org/public/libros/1997/hydv2/hydv2-todo_sep-09-2002.pdf)
- Marín, R. F. (2016). *Neuropsicología aplicada a la educación: Implicacion de las funciones ejecutivas en el desarrollo lecto-escritos*. (I. 978-84-945424-2-8, Ed.) Alicante, España: Área de Innovacion y Desarrollo, S.L. doi:<http://dx.doi.org/10.17993/DidelnnEdu.2016.15>
- Martínez, C. B. (2007). *EMOCIONES Y CEREBRO*. Vol. 101, N°. 1, pp 59-68, 2007, Rev.R.Acad.Cienc.Exact.Fís.Nat. (Esp). 035550 San Juan (Alucantge): Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. Instituto de Neurociencias, Universidad Miguel Hernández.
- Max-Neef, & al., e. (1993). Desarrollo a la Escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Montevideo, Uruguay: Nordan-Comunidad, S.A. Segunda Ed. octubre 1998.
- Mesquita-Dummar, A. (2015). SALUD MENTAL Y EXCLUSION SOCIAL: un análisis a partir de la esquizofrenia. *Tesis Doctoral - Departamento de Psicologia*, pág. 11. Oviedo, Asturias, España: Universidad de Oviedo. Recuperado el 30 de 06 de 2016, de [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33960/1/TD\\_alinedemesquita.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33960/1/TD_alinedemesquita.pdf)
- MFE. (2013). *Dir. Coordinacion Estratégica y Planificación*. Ministerio de Finanzas de Ecuador .
- Ministerio de Salud Argentina. (2010). *Presidencia de la Nación. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Buenos Aires: se impone el desafío de edificar un nuevo ordenamiento jurídico, administrativo y sanitario.
- Ministerio de Salud Colombia. (1998). *Resolucion 2358 de 1998, julio 23, por la cual se expide la política de salud mental*. Bogotá.
- Ministerio de Salud Pública Perú. (2004). *Resolución 075-2004, enero 28*. Lima: por la cual se aprueba lineamientos para la accion en salud mental.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. (2011). *Resolución 1090 de 2011, octubre 6, por la cual se aprueba el manual de normas y procedimientos en la atencion de salud mental*. Asunción : se dispone su implementación y aplicación en todos los establecimientos de salud dependientes del ministerio de salud pública y bienestar social.

- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Dirección de Epidemiología y Demografía. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblaciones para Salud Mental: conceptualización y guía metodológica. Obtenido de [http://www.odc.gov.co/portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/co031102015-salud\\_mental\\_tomoi.pdf](http://www.odc.gov.co/portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/co031102015-salud_mental_tomoi.pdf)
- MSP. (1999). *Acuerdo 01745 de 1999, octubre 21*. Quito: por la cual se expide la política de salud mental que señala los principios rectores de las acciones.
- MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
- MSP. (2013). *Prioridades de Investigación en salud 2013-2017*. Quito: Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Dirección de Inteligencia de la Salud. Obtenido de [https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu\\_medicina/Investigacion/PRIORIDADES\\_INVESTIGACION\\_SALUD2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf)
- MSP, M. d. (2011). *SALUD EN LAS AMERICAS - VOLUMEN PAISES*. Quito. Obtenido de [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=202&Itemid=](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=202&Itemid=)
- Oliver- Smith, A. (1997). El terremoto de 1746 de Lima: el Modelo colonial, el desarrollo Urbano y los peligros naturales. En V. g. Acosta, *Historia y desastres en America Latina* (Vol. II, pág. 225). Recuperado el 8 de Julio de 2016, de [http://www.desenredando.org/public/libros/1997/hydv2/hydv2-todo\\_sep-09-2002.pdf](http://www.desenredando.org/public/libros/1997/hydv2/hydv2-todo_sep-09-2002.pdf)
- OMS. (1948). *definicion de salud*. Recuperado el 8 de JUNIO de 2016, de Natural Disasters: Protecting the Public's Health
- OMS. (2003). *Legislación sobre la Salud Mental y Derechos Humanos*. Editores Médicos, s.a. EDIMSA. versión español difundida por la Organización Panamericana de la Salud. : Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. doi:ISBN: Conjunto de Guías 84-95076-79-9
- OMS. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías , Ginebra, Suiza. Obtenido de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)
- OMS. (2010). *Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2013). *PLAN DE ACCION SOBRE SALUD MENTAL 2013-2020*. Resolución de la 65° Asamblea Mundial de la Salud mayo 2013, Ginebra, Suiza.
- OMS. (2015). *MENTAL HEALTH ATLAS 2014*. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication.

- ONU. (2011). *El derecho a la salud mental como una de las preocupaciones de las Naciones Unidas*. Montevideo - Uruguay: Organización de las Naciones Unidas. Obtenido de <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/SaludMentalO neUNWeb.pdf>
- OPS. (2004). *MANUAL DE EVALUCION DE DAÑOS Y NECESIDADES EN SALUD PARA SITUACIONES DE DESASTRE* (Vol. 4). ECUADOR. Recuperado el 11 de JUNIO de 2016, de <http://www.eird.org/isdr-biblio/PDF/Manual%20de%20evaluacion%20de%20danos.pdf>
- OPS. (2005). *Simposio "Salud mental y física durante toda la vida"*. Washington, D.C.: sede de la Organizacion Panamericana de la Salud.
- OPS. (2014). *Plan de Acción sobre la Salud Mental*. Washington, D.C EUA 29 septiemore al 3 octubre 2014: 53° CONSEJO DIRECTIVO. 66° SESION DEL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS. Obtenido de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26721&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26721&Itemid=270&lang=es)
- OPS. (2016). *Guía práctica de salud mental en desastres*. (J. Rodriguez, M. Zaccarelli Davoli, R. Pérez, & OPS/OMS, Edits.) Washington, D.c, Estados Unidos de Norteamerica . Recuperado el 1 de agosto de 2016
- P. Arrigada; L. Valdebenito. (2011). Para reconstruit la vida de los niños y niñas. . *Guia de intervenciones psicossociales en Emergencia y Desastres.*, Santiago:UNICEF.
- PAHO. (9 de Octubre de 2012). [www.paho.org](http://www.paho.org). Recuperado el 06 de 07 de 2016, de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3Adia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=1926&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3Adia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=1926&lang=en)
- Papalia, D. (2003). *Desarrollo Humano. México* .
- Pardo A., Sandoval D., Umbarila Z. (2004). *Adolescencia y Depresión* . Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia: La salud mental se relaciona con el raciocinio, las emociones y el comportamiento frente a diferentes situaciones de la vida cotidiana. También ayuda a determinar cómo manejar el estrés, convivir con otras personas y tomar decisiones importantes.
- Perez-Berrocal , A. J., & Arcos Gonzalez , P. (2009). *Epidemiología de los desastres en España*. España: Ediuno-Universidad de Oviedo. Recuperado el 6 de julio de 2016
- PNUMA,, FLACSO , & MAE. (2008). desastres naturales. En *GEO ECUADOR 2008: Informe sobre el estado del Medio Ambiente*. Ecuador . Recuperado el 8 de JULIO de 2016, de <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/41444.pdf>
- PRMARG. (2016). *PRMARG*. Recuperado el 2016 de julio de 1, de <http://www.prmarg.org/fenomenos-meteorologicos>
- Richards P.S, Bergin A.E. (2000). *Handbook of psychotherapy and Religious Diversity*. Washington D..C.: Asociacion Estadounidense de Psicología. doi:ISBN 978-1-55798-624-5
- Rivadeneira F.; et al. (2007). *Breves fundamentos sobre los terremotos en el Ecuador* (Vol. 1). Quito, Ecuador : Corporacion Editorial Nacional. Recuperado el 29 de julio de 2016, de

<http://www.igepn.edu.ec/publicaciones-para-la-comunidad/35-breves-fundamentos-sobre-los-terremotos-en-el-ecuador/file>

- Robinson, N. (1729). *A new system of the spleen, vapours and hypocondriack melancholy*. London: Lievrpool: Ingram A.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. . *Journal of Adolescent Health.*, vol. 14, n.8, pp.626-631.
- Salaverry, O. (2012). La Piedra de la Locura: Inicios Históricos de la Salud Mental. *Rev Peru Med Exp - Historia de la Salud Pública*, 29(1):143-48.
- Sandoval. (2008). *La Salud Mental en México*. Distrito Federal. México.: Cámara de Diputados. División de Política Social. Recuperado el 11 de 6 de 2016, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Sandoval, J. M. (2004). La Salud Mental en México. Recuperado el 11 de 6 de 2016, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). *Encuentro Nacional "Salud Mental para el Nuevo Milenio"*. Direccion Nacional de Atencion Integral de Salud Mental.: Política Pública de Salud Mental para el Buen Vivir. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>
- SENPLADES. (25 de febrero de 2014). Recuperado el 1 de septiembre de 2016, de [http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/FICHAS%20F/1317\\_PEDERNALES\\_MANABI.pdf](http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal%20SNI%202014/FICHAS%20F/1317_PEDERNALES_MANABI.pdf)
- Serrano-Puche, J. (2015). *Emociones en el uso de la tecnología: Un análisis de las investigaciones sobre telefonos móviles*. Pamplona. España: Observatorio Journal, vol.9-nº4(2015), 101-112. doi:1646-5954/ERC123483/2015
- SGRE. (2016). *Informe de situación N°65*. Secretaria de Gestión de Riesgos del Ecuador, QUITO. Recuperado el 16 de 05 de 2016, de <http://gestionriesgosec.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=da3427b0e35f473bb3029467a9b4f1fc>
- SGRE. (2016). *Informe situacionla N° 71*. Recuperado el 28 de julio de 2016, de <http://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/05/INFORME-n71-SISMO-78-20302.pdf>
- Skultans, V. (1979). *English Madnes. Ideas in insanity 1580-1890*. London:Routledge.
- Snell, R. S. (2014). *Neuroanatomía Clínica 7a Revisada* (ISBN : 9788416004188 ed.). Washington, D.C.: Lippincott.
- Solari, F. (2015). Trastornos del Sueño en la Adolescencia. *Rev. MEDICA CLINICA DE LAS CONDES*, PAG. 26 (1) 60-65.
- T. Dalgleish, B. Dunn, D. Moobs. (2009). *Afferctive neuroscience: Past, Present asnd future*. Emotion Review. 1(4), 355-368. Recuperado el 29 de 07 de 2016, de <http://www.mrc-cbu.cam.ac.uk/our-research/dalgleish/>

- Villalibre, C. (Junio de 2013). Concepto de Urgencia, Emergencia, Catastrofe y Desastre: Revisión Historica y Biciografica . Oviedo, España: Universidad de Oviedo.
- Villasmil, J. (2010). El autoconcepto académico en estudiantes universitarios resilientes de alto rendimiento: un estudio de casos. *Universidad de lo Andes. Tesis Doctoral. Mérida*. Recuperado el 28 de 08 de 2016, de <http://www.human.ula.ve/doctoradoeducacion/doula.ve/doctoradoeducacion/do>
- Wellman, H. M. (530 Church St., Ann Arbor MI, 49109-1043, USA de 2016). COGNICION SOCIAL Y EDICACION: TEORIA DE LA MENTE. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL CHILE. Facultad de Educación.*, Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana 2016, 53(1), 1-23. doi:10.7764/PEL.53.1.2016.2
- Withington. (2009). *Historia Mundial de los desastres. Cronica de guerras, terremotos, inundaciones y epidemias*. España: Turner. Recuperado el 6 de julio de 2016

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: ENTREVISTA**

#### **PREGUNTAS SEMIESTRUCTURADAS**

**Código: .....**

- Podría decirme:
  - ¿Cuántos años tiene?
  - ¿Cuál es su nivel de instrucción?
  - ¿A qué se dedica?
- Ahora, cuénteme
  - ¿Cómo era un día normal/habitual antes del suceso?
  - ¿Cómo han cambiado sus actividades después del terremoto?
- ¿Qué sentimiento tiene usted con respecto al terremoto?
  - ¿su situación actual y su grupo familiar?
- Por favor, ¿Puede usted hablarme sobre los recuerdos del terremoto?
  - ¿Cómo usted piensa superar esos recuerdos?
- Entonces, dígame ¿Cómo son es su hábito del sueño?
- ¿Con quién vive ahora? ¿Dónde están sus amigos y familiares?
- ¿Qué es lo que le gusta hacer en su tiempo libre?
- Para terminar, ¿cuáles son sus planes a futuro?

**NOTA: SI ES NECESARIO HACER REPREGUNTAS**

## **ANEXO 2: HOJA INFORMATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN DE TESIS**

#### **1. Información sobre la investigación de tesis.**

Somos egresados de la carrera de Medicina, previos a la obtención de título de Médico Cirujano de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos investigando sobre DIMENSIONES DE LA SALUD METAL AFECTADAS EN LAS PERSONAS DEL BARRIO BRISAS DEL PACÍFICO, CANTÓN PEDERNALES, PROVINCIA DE MANABÍ DESPUÉS DE UN DESASTRE NATURAL TERREMOTO ABRIL, A JULIO 2016 que es un tema desconocido para el país y de suma importancia.

Usted ha sido invitado e invitada a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy su participación, puede consultar con alguien antes de decidir. Le vamos a dar la información que usted considere necesaria ya que probablemente existen palabras con las que usted no este familiarizado. Siéntase libre de hacernos cualquier tipo de pregunta, en cualquier momento.

La investigación tiene un enfoque cualitativo y se realizara a profundidad, es decir, se le dará una serie de preguntas abiertas. La información que usted proporcione en la entrevista quedará registrada en una grabación de audio y en forma escrita; será sometida a análisis, en total confidencialidad. No será conocida por nadie fuera del investigador/a responsable y su tutora.

Estamos invitando a todos los adultos, mayores de 20 años, hombres y mujeres que estuvieron la noche del 16 de abril del 2016 en la ciudad de Pedernales para participar en esta entrevista. Su participación es de forma voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo, teniendo derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que ello le afecte de ninguna forma.

Utilizaremos la entrevista con una guía, donde se preguntarán algunos temas sobre su salud mental, en una sola ocasión. La entrevista durara aproximadamente 45 minutos. Al participar en esta investigación los riesgos probables son: recuerde momentos dolorosos y que usted haya querido olvidarlos se sienta incomodo al responder.

Los beneficios de esta investigación serán el conocimiento científico de estas enfermedades y la prevención a futuro. No se le dará dinero ni regalos por participar en esta investigación.

Nosotros no compartiremos la identidad de las personas que participen en la investigación. La información producida en esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad. Una vez firmado el consentimiento de informado, a cada persona se le asignará un seudónimo. Al analizar la información se producirá un informe final, donde se mantendrá igualmente el anonimato de los/as entrevistados/as.

Además, le ofrecemos conocer los avances y resultados de la investigación y una copia del documento final. Habrá encuentros con los participantes para compartir los resultados encontrados y para que otras personas puedan aprender de nuestra investigación.

Este documento es una garantía de que Usted no corre ningún riesgo, y que su participación en esta investigación no le significará ningún gasto de dinero.

Cualquier duda o pregunta que usted tenga puede realizarlas ahora o durante la entrevista. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas mencionadas en la parte inferior del documento.

Muchas gracias por su ayuda.

#### **Contacto Investigadores**

Luis Martín Arias Pardo

0999200070

[luchin\\_pardo@hotmail.com](mailto:luchin_pardo@hotmail.com)

María Fernanda Chérrez Paredes

0996859814

[fer\\_chp@hotmail.com](mailto:fer_chp@hotmail.com)

#### **Contacto Tutora de Investigación**

Magister Patricia Ortiz

0996011431

### **ANEXO 3: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Documento del Consentimiento Participante:** Declaro haber leído o me han leído la información descrita, y que mis preguntas acerca de la investigación han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este documento, indico que he sido informado/a de la investigación: “*DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL AFECTADAS EN LAS PERSONAS DEL BARRIO: BRISAS DEL PACÍFICO, CANTÓN PEDERNALES, PROVINCIA DE MANABÍ DESPUÉS DE UN DESASTRE NATURAL TERREMOTO ABRIL, A JULIO 2016*” y que consiento voluntariamente participar entregando mis opiniones en una entrevista. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ellos me afecten de ninguna forma.

Nombre del participante:

Firma: \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha:

Testigo en caso de ser analfabeto

Firma: \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha:

**Persona que coordina la aprobación del consentimiento informado:** Confirmando que he explicado la naturaleza y el propósito de la investigación de tesis a la persona participante, y que ha dado su consentimiento libremente. Le he proporcionado una copia de este documento completo de Consentimiento Informado.

Nombre coordinador:

Firma: \_\_\_\_\_

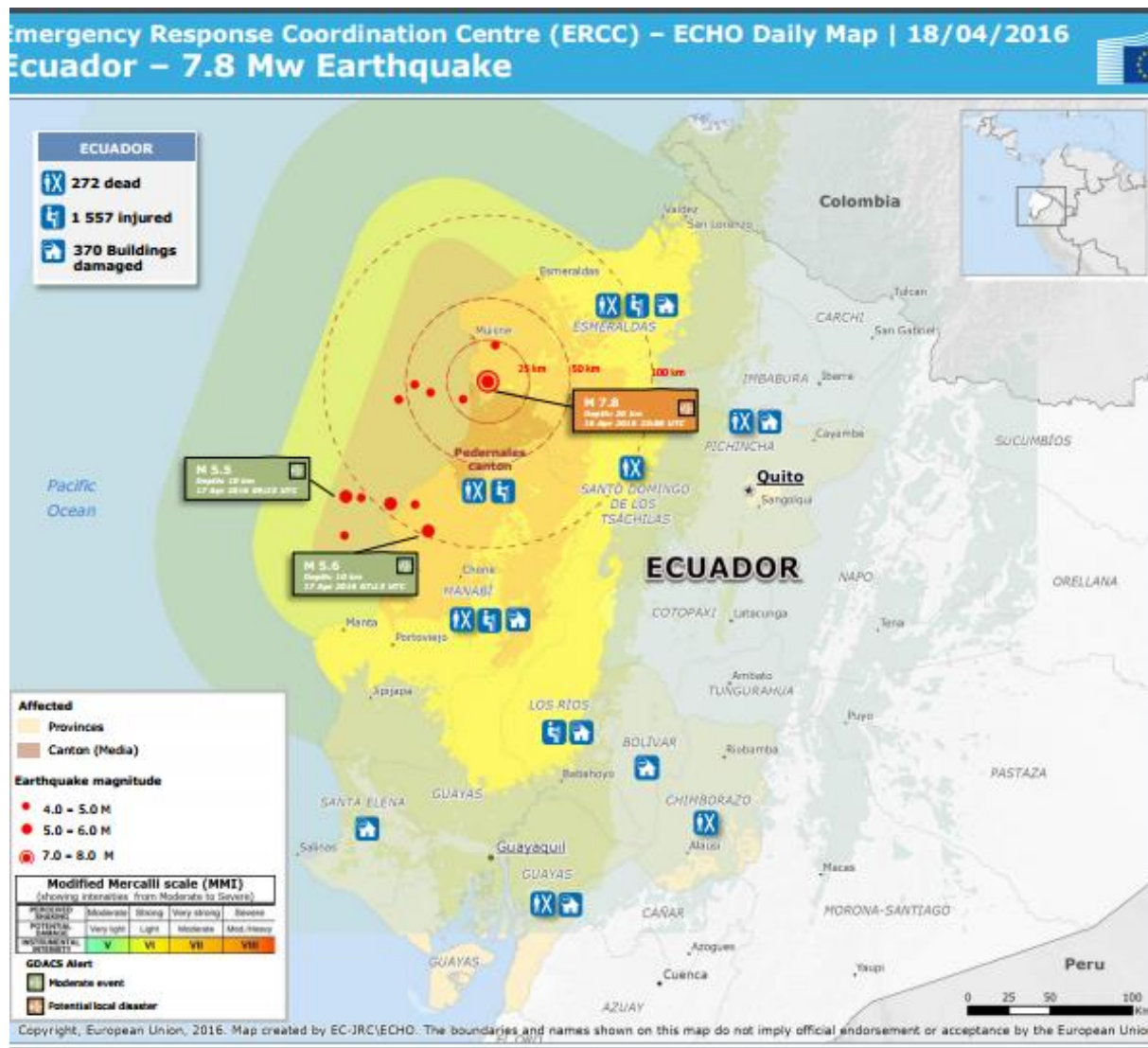
Ciudad y fecha:

#### **ANEXO 4. SISMISIDAD EN LA COSTA ECUATORIANA**

<b>SISMICIDAD EN LA ZONA COSTERA DEL ECUADOR</b>				
<b>CATALOGO SISRA</b>				
<b>AÑO MES/DIA</b>	<b>LATITUD</b>	<b>LONGITUD</b>	<b>PROFUNDIDAD</b>	<b>MZ</b>
1901 01/07	-2.00	-82.00	25	7.8
1906 01/31	1.00	81.50	25	8,7
1906 09/28	-2.00	-79.00	150	7.5
1942 05/14	0.75	-81.50	25	7.9
1956 01/16	-0,5	80.5	33	7.2
1958 01/19	1.37	-79.34	60	7.8
1979 12/12	1.60	-79.36	24	7.7

FUENTE: CERESIS, U. E. (agosto de 1998). *El terremoto de Bahía de Caraquez*. recuperado el 28 de JULIO de 2016, <http://www.cridlac.org/digitalizacion/pdf/spa/doc11114/doc11114.htm>

## **ANEXO 5. EMERGENCY RESPONSE COORDINATION CENTER (ERCC)**



FUENTE: [http://ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/ecdm\\_20160418\\_ecuador\\_eq.pdf](http://ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/ecdm_20160418_ecuador_eq.pdf) recuperado el 29 de julio del 2016