

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



**“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA
SALUD EN ADOLESCENTES QUE ESTUVIERON PRESENTES EN EL
TERREMOTO DE ABRIL 2016 EN LA CIUDAD DE PEDERNALES, A LOS 5
AÑOS DEL EVENTO”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

AUTORES: MD. VÍCTOR XAVIER CHÓEZ DELGADO

MD. DARÍO JAVIER HERRERA DÁVILA

DIRECTOR ACADÉMICO: DR. CARLOS FERNANDO CEPEDA MORA

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. CARLOS VINICIO ERAZO CHEZA

QUITO, 2 022

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por brindarme fortaleza, guiar mis pasos y nunca abandonarme.

A mi esposa Irina y mi hijo Victorito por ser mi motivación para ingresar y mantenerme firme en este camino.

A mis padres Víctor y Dolores, mis hermanos Iván y Tatiana por brindarme su apoyo incondicional.

A mi gran amigo Darío Herrera y su familia por convertirse en mi familia en una ciudad diferente.

A las familias Guillem Paredes, Macías Ávila y Pilay Delgado por demostrarme su cariño y amistad en los momentos difíciles.

A los doctores Carlos Cepeda y Carlos Erazo por su tutoría, dirección y paciencia.

Víctor.

En primer lugar, quiero agradecer a Dios que me ha guiado y me brindó la fortaleza para conseguir la meta de la especialidad.

A mis padres Marcelo y Silvia quienes me apoyaron de manera incondicional durante este camino, siendo mis consejeros y mi apoyo en los momentos complicados, disfrutando de los logros obtenidos.

A mis hermanos, Michelle por su dulzura y amor demostrado hacia mí, Jimmy por ser un ejemplo a seguir en lo personal y lo profesional.

A mi hijo Sebastián por su amor, comprensión y ser el motor que me impulsa a ser mejor cada día.

A mi gran amigo, colega y compañero de tesis Víctor por su amistad incondicional y por toda esa ayuda durante el posgrado.

A mis tutores y profesores quienes supieron compartir sus conocimientos y dar lo mejor para hacer de nosotros buenos especialistas.

Al Ministerio de Educación, Distrito Jama Pedernales y las instituciones educativas quienes nos permitieron realizar el estudio.

Darío.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mi hijo Victorito, por él, de él y para él.

A mi familia por apoyarme, guiarme y servir de motivación en cada paso realizado.

A todas las personas que de una u otra forma me influenciaron y apoyaron para conseguir este objetivo.

Víctor.

Este trabajo de titulación está dedicado a mis padres, a mi hijo y a mis hermanos por su sacrificio, ayuda y apoyo para poder culminar el postgrado. A mis pacientes a quienes me debo, por depositar en mí su confianza y la salud de sus hijos.

A la PUCE por haberme formado como Médico y como Pediatra en sus aulas.

Darío.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
LISTA DE TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN	10
1.1. JUSTIFICACIÓN	12
1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.3. OBJETIVOS	14
1.3.1. Objetivo General:	14
1.3.2. Objetivos Específicos:	14
1.4. HIPÓTESIS	14
CAPITULO II	15
MARCO TEÓRICO	15
2. Conceptos	15
2.1.1. Estrés	15
2.1.2. Trauma	16

	5
2.1.3. Estrés postraumático	16
2.2. Epidemiología	19
2.2.1. Mundial	19
2.2.2. Regional	20
2.2.3. Local	20
2.3. Conductas de riesgo para la salud en adolescentes	20
2.3.1. Adolescente	20
2.3.2. Conductas de riesgo	20
2.3.3. Conductas de riesgo para la salud	20
2.3.4. Consecuencias para la salud física y emocional	21
2.4. Conductas de riesgo para la salud luego de estrés postraumático	21
2.5. Antecedentes de la investigación	22
CAPITULO III	24
MATERIALES Y MÉTODO	24
3.1. Tipo de estudio:	24
3.2. Población de estudio/ Muestra:	24
3.3. Procedimientos de recolección de información	25
3.4. Análisis de datos	25
CAPÍTULO IV	30
ANÁLISIS DE RESULTADOS	30
4.1. Análisis univariado	30
4.1.1. <i>Características de los participantes</i>	30
4.1.2. <i>Conductas de riesgo para la salud más frecuentes en los adolescentes que vivieron el terremoto de Pedernales en abril del 2016</i>	31
4.2. Análisis bivariante	33

<i>4.2.1. Relación entre el estrés postraumático y el desarrollo de conductas de riesgo para la salud en los adolescentes que vivieron en el terremoto de abril del 2016 en Pedernales</i>	33
CAPÍTULO V	37
DISCUSIÓN	37
CAPÍTULO VI	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
6.1. Conclusiones	40
6.2. Recomendaciones	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	46

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de Variables	27
Tabla 2. Descripción de los adolescentes del estudio	30
Tabla 3. Conductas de riesgo para la salud que manifestaron los adolescentes del estudio	31
Tabla 4. Asociación entre estrés postraumático y características de los adolescentes del estudio	34
Tabla 5. Asociación entre estrés postraumático y conductas de riesgo para la salud que presentaron los adolescentes del estudio	35

RESUMEN

El carácter traumático de un desastre natural desencadena estrés, sin embargo, las respuestas psicológicas de los supervivientes tienden a ser muy variadas. El trastorno por estrés postraumático es frecuente en poblaciones vulnerables como niños y adolescentes, que se han visto muy afectados por esta situación, poniendo en riesgo su salud debido a las conductas negativas que este proceso puede conllevar. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de estrés postraumático y las conductas de riesgo para la salud de la población adolescente de Pedernales que vivieron el terremoto de abril del 2016. **Materiales y método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando las encuestas de Salud Global de la OMS y los criterios del DSMIV en línea, incluyendo un total 1008 estudiantes de 13-17 años, de las unidades educativas Ciudad de Pedernales, Técnico Pedernales y Pedro Agustín López Ramos, del Cantón Pedernales, en la provincia de Manabí. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. Se utilizó chi cuadrado, estableciendo un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo y análisis bivariado para el cálculo de la razón de prevalencias (RP), con IC 95%. **Resultados:** El 50.5% de los estudiantes eran femeninas, con una edad media de 14.9 (DE ± 1.45) años. La prevalencia de estrés postraumático fue de 11.2% y las conductas de riesgo más frecuentes fueron relaciones sexuales en 23.7%, consideración del suicidio 19.2% y consumo de alcohol 11.4%. Se evidenció asociación significativa entre estrés postraumático y sexo, escolaridad, acoso sexual, consideración de suicidio, edad de consumo de cigarrillos y alcohol y uso de drogas.

Conclusiones: El TEPT persiste en los adolescentes 5 años después de haber presenciado el terremoto de Pedernales en el 2016 y se relaciona con conductas de riesgo de graves consecuencias para la salud física y mental de estos jóvenes.

Palabras clave: Adolescentes, Conductas de riesgo, Desastres naturales, Estrés postraumático.

ABSTRACT

The traumatic nature of a natural disaster triggers stress, however, the psychological responses of survivors tend to be very varied. Post-traumatic stress disorder is common in vulnerable populations such as children and adolescents, who have been greatly affected by this situation, putting their health at risk due to the negative behaviors that this process can entail. **Objective:** To determine the prevalence of post-traumatic stress and health risk behaviors in the adolescent population of Pedernales who experienced the April 2016 earthquake. **Materials and method:** A cross-sectional descriptive study was carried out using the WHO Global Health surveys and the online DSMIV criteria, including a total of 1,008 students aged 13-17, from the Pedernales City, Pedernales Technical, and Pedro Agustín López Ramos educational units, in the Pedernales Canton, in the province of Manabí. Data were analyzed using descriptive statistics. Chi square was used, establishing a value of $p < 0.05$ as statistically significant and bivariate analysis to calculate the prevalence ratio (PR), with CI 95%. **Results:** 50.5% of the students were female, with a mean age of 14.9 (SD ± 1.45) years. The prevalence of post-traumatic stress was 11.2% and the most frequent risk behaviors were sexual relations in 23.7%, consideration of suicide 19.2% and alcohol consumption 11.4%. A significant association was found between post-traumatic stress and gender, schooling, sexual harassment, consideration of suicide, age of cigarette and alcohol consumption, and drug use. **Conclusions:** PTSD persists in adolescents 5 years after witnessing the Pedernales earthquake in 2016 and is related to risk behaviors with serious consequences for the physical and mental health of these young people.

Keywords: Adolescents, Risk behaviors, Natural disasters, Post-traumatic stress.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Según García (2010) el carácter traumático de un evento tipo desastre natural es innegable, sin embargo, las respuestas psicológicas de los supervivientes tienden a ser más variadas de lo que la gente supone. En tal sentido, es necesario resaltar que, tal como afirma Viktor Frankl (citado por García 2010) en su libro "El hombre en busca de sentido": ante una situación anormal, la reacción anormal constituye una conducta normal. La necesidad de normalizar las reacciones psicológicas en un primer contacto psicoterapéutico con los supervivientes, pasa a ser entonces un paso importante para ayudar en el proceso de adaptación.

García (2014) menciona que los desastres naturales, ya sean terremotos, erupciones etc. producen estados de hiperalerta, que son conductas que corresponden a respuestas de adaptación normales a una situación extrema. El tiempo en el que se demore los sobrevivientes en recuperarse de ese estado de hiperalerta, es el que se debe vigilar porque dará origen a los indicios para saber si van a padecer una patología crónica.

Varios autores en el mundo se han preocupado por estudiar el estrés postraumático y los factores de riesgo para desencadenar esta patología y las consecuencias que se presentan ante el padecimiento de la misma. En estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica se evidenció que los excombatientes de la guerra de Vietnam presentaron esta patología hasta treinta años después de haber terminado la guerra y los factores que

desencadenaron esta respuesta de estrés pos traumático fueron vivencias que recordaron el escenario de guerra.

En el estudio “*Post traumatic stress disorder clinical profile*” (Carvajal 2002) en que se evaluó la respuesta metabólica al trauma, se evidenció que las personas que presentaron estrés postraumático son más propensas de presentar resistencia a la insulina, con posterior debut de diabetes mellitus sin presentar herencia genética para la patología. Rodríguez Navarro (2012).

La adolescencia es una etapa que se produce entre la niñez y juventud. Está marcada por un cambio en las expectativas, en relación no solamente con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el status social Herrera Santi, Patricia. (1999).

Entre los cambios biopsicosociales que se mencionan en los adolescentes están: la "sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los coetáneos con necesidad de conformidad intergrupala, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares), entre otros (Rosaba et al, 2015).

Se estima que los niños y adolescentes se encuentran entre las personas más vulnerables a los efectos negativos de los desastres naturales. Andrade Tobar, M. (2016). En adolescentes que vivieron un desastre natural se ha identificado que el 60 por ciento pueden desarrollar estrés postraumático, el cual debe ser diagnosticado un mes después de haber ocurrido el desastre, si se lo realiza antes no tiene mucho sentido ya que se podría tratar de síntomas relacionados con el impacto de la situación. Ante la presencia de estrés postraumático en este grupo etario, las respuestas conductuales que se pueden observar son: agresividad, violencia y consumo de sustancias, junto con el estrés postraumático, las

comorbilidades que se pueden presentar son depresión, trastorno de ansiedad, déficit de atención, hiperactividad (García, 2014).

Las conductas de riesgo se las puede considerar en ciertos casos, como aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden traer efectos negativos a la salud del adolescente (Rosaba et al, 2015). En la adolescencia se dan con mayor intensidad conductas de riesgo que pueden llevar a consecuencias nocivas, mismas que en este periodo son particularmente intensas. Herrera Santi, Patricia. (1999).

La relación entre el estrés postraumático y las conductas de riesgo en los adolescentes, se ha evidenciado en varios estudios, identificando el abuso de sustancias como una de las conductas de riesgo que presentaron los adolescentes que fueron diagnosticados de estrés postraumático. El estudio de Sarmiento (2016) también pudo evidenciar que los adolescentes que son diagnosticados de estrés postraumático presentan comorbilidades como ansiedad, depresión, déficit de atención.

La provincia de Manabí, área geográfica del presente estudio donde se encuentra el cantón Pedernales, de acuerdo al INEC (2010) tiene una población total de 1 369 780, de los cuales 288 246 son adolescentes comprendidos entre 10 a 19 años de edad que representan en porcentaje el 18.4 % de la población general. La mayoría de los habitantes se auto identifican como mestizos con un 69.7 %. El cantón Pedernales cuenta con un total de 55 128 habitantes, que representa el 8 % de la población total de la provincia, de los cuales el 44.3 % se encuentran en edades comprendidas entre 10 a 19 años.

La ciudad de Pedernales en abril del 2016, fue el epicentro del último terremoto que se vivió en Ecuador con una magnitud de 7.8 en la escala de Richter, mismo que devastó a la ciudad dejando una gran secuela de daños materiales que hasta la fecha no han sido reparados, además de pérdidas humanas con 183 muertos y 4859 heridos en total (INEC 2017).

El estrés que vive la población y en especial los adolescentes ante un desastre natural, se encuentra documentado en varios trabajos de investigación, cabe mencionar que no se

cuenta con ninguna investigación que se haya realizado en la población de Pedernales después del desastre natural que vivieron en el año 2016.

1.1. JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes son los más propensos a presentar estrés postraumático ante un evento adverso de tipo catástrofe natural. En el estudio realizado por De la Barra (2013) se cuantificó que hasta el 60 % de los adolescentes pueden presentar estrés postraumático después de haber vivido una catástrofe natural. Existen muchos factores que van a tener relevancia en los adolescentes que presenten esta patología, para mencionar algunos: la personalidad de cada individuo, la afectación material o familiar a la que se haya sometido durante la catástrofe y el apoyo psicológico que se haya brindado como ayuda en el momento de haber vivido este evento adverso.

No se cuenta con un registro exacto de la ayuda psicológica que se brindó a los adolescentes que estuvieron presentes durante el terremoto de abril del 2016 con epicentro en la ciudad de Pedernales, Manabí, Ecuador. Se conoció por los diferentes informativos del país que se brindó ayuda psicológica pero al parecer no fue suficiente, ya sea por la falta de personal para brindar ayuda o por la dispersión de las poblaciones ante estos hechos (Muñoz, 2016).

No se cuenta con datos exactos de la ayuda y tampoco se ha realizado una investigación acerca de las consecuencias psicológicas que presentan los adolescentes que vivieron el terremoto de abril en la ciudad de Pedernales luego de 5 años del mismo, por lo que el presente estudio tiene como finalidad determinar la prevalencia de estrés postraumático en los adolescentes posterior a ese desastre natural. Los datos obtenidos permitieron determinar si existe estrés postraumático en los adolescentes e implementar medidas de apoyo para los que lo necesiten.

Este estudio aplicó en los adolescentes el test de la DSM-IV-TR con la *Children Posttraumatic Stress Disorder Symtoms Scale* y para los factores de riesgo para la salud en

los adolescentes se utilizaron las variables pertinentes que se encuentran en la Encuesta Global de Salud de la OMS. Esta escala y encuesta se aplicó en adolescentes en Unidades Educativas de la ciudad de Pedernales, Ecuador.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El estrés postraumático y las conductas de riesgo en los adolescentes parece ser una doble carga que llevaría a presentar problemas sociales y biológicos en este grupo de edad, por tal motivo para el desarrollo de este proyecto de investigación nos planteamos las siguientes preguntas:

Preguntas de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de estrés postraumático en los adolescentes que vivieron el terremoto de Pedernales en abril del 2016?

¿Cuáles son las conductas de riesgo para la salud más frecuentes en los adolescentes que vivieron el terremoto de Pedernales en abril del 2016?

¿Existe alguna relación entre el estrés postraumático y el desarrollo de conductas de riesgo para la salud en los adolescentes que vivieron en el terremoto de abril del 2016 en Pedernales?

1.3.OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la prevalencia de estrés postraumático y de las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes que vivieron el terremoto de Pedernales en abril del 2016, a los 5 años del acontecimiento.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar a los adolescentes que padezcan estrés postraumático entre los que estuvieron en el terremoto del 2016 en Pedernales.
2. Describir las conductas de riesgo más frecuentes en los adolescentes que vivieron el terremoto en Pedernales.
3. Identificar si las conductas de riesgo se asocian al estrés postraumático en los adolescentes después del terremoto de abril del 2016 en Pedernales.

1.4. HIPÓTESIS

La prevalencia de estrés postraumático y de conductas de riesgo que afectan la salud es elevada en los adolescentes presentes en el terremoto de abril 2016 en Pedernales.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Conceptos

Estrés

El estrés forma parte de las dificultades y afecciones por las que muchas personas atraviesan día a día, y es por ello que se ha convertido en una problemática social generalizada, normalizada y desestimada por todos. Sin embargo, el estrés tiene muchas variables causales que se relacionan tanto con el individuo que lo padece como con su entorno, arriesgando así su salud y bienestar tanto físico como mental si no es tratado con responsabilidad y comprensión a tiempo (Águila, Castillo, Monteagudo de la Guardia, & Achon, 2015).

Actualmente, las dos formas de estrés más conocidas que han sido descritas son: el estrés agudo y el estrés crónico. En cuanto al primero, se define como el estrés que afecta al paciente por un menor lapso de tiempo, siendo este el tipo de estrés que se presenta durante la cotidianeidad de casi todos y no es fácil de evitar debido a la índole de las situaciones que lo provocan, ya sea mientras pelea con alguien, presiona los frenos de su auto, vive una nueva experiencia, entre otros (Pérez, García, García, Ortiz, & Centelles, 2014).

El segundo es el tipo de estrés que afecta por un largo período de tiempo y que muchos pueden sufrir sin notarlo ya que, al empezar a convivir durante meses con el sentimiento, se puede normalizar. El estrés crónico es aquel que se presenta si el individuo tiene dificultades económicas o laborales, entre otros (Pérez, García, García, Ortiz, & Centelles, 2014).

Los síntomas que produce el estrés genera una variedad de trastornos en el paciente, lo que a su vez desencadena trastornos importantes en la salud mental del individuo, esto

puede ser la base de posteriores problemas, dificultad para desenvolverse en su entorno y conflictos de diferente magnitud. Dependiendo del grado o intensidad del estrés la afectación a la salud puede ser directamente física o psicológica y emocional, facilitando el desarrollo de enfermedades o acelerando la progresión de otras, finalmente se instalan las patologías crónicas; también es posible que el daño sea indirecto provocando comportamientos nocivos o disminuyendo la posibilidad de que se instalen comportamientos positivos (Pérez, García, García, Ortiz, & Centelles, 2014).

77161792.77161920.77162048. *Trauma*

Según el DSM-5, trauma se conoce como todo medio, experiencia, entorno o vivencia donde el individuo se encuentre expuesto a escenas de alto riesgo, violentas, de muerte, agresiones de todo tipo, tanto como víctima directa del caso, como alguien cercano a la misma o incluso como testigo (Figuerola, Cortés, Accatino, & Sorensen, 2016).

Estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático, también conocido como TEPT por sus siglas, se presenta en los individuos que experimentaron, estuvieron como testigos o les explicaron algún suceso con gran potencial traumático que se distingue por tratarse de muerte o agresión violenta que amenaza, no solo su integridad física o la de otros, sino también su bienestar y salud mental (Guzmán, Padrós, Laca, & García, 2015).

Algunas personas que experimentan acontecimientos violentos llegan a padecer el trastorno de estrés postraumático, ya que éste se manifiesta desde la subjetividad de cada individuo y el desarrollo del mismo se verá según los sucesos traumáticos por los que atravesó y cómo lidia con ellos a largo plazo. También existe algo similar llamado trastorno por estrés agudo, el cual se presenta a corto plazo, es decir, al menos un mes después del evento, y de continuar con los síntomas, este trastorno se convierte en TEPT (Garzón, Monroy, Castiblanco, Espinosa, & Báez, 2016).

Entre las causas principales del estrés se encuentra el atravesar eventos peligrosos estresantes, ya sean en gran cantidad y gravedad, riesgos de problemas mentales hereditarios como ansiedad o depresión, entre otros. Otras causas también pueden

presentarse en la forma de características hereditarias de la personalidad como el temperamento, así como la forma en la que el cerebro regula las sustancias químicas y las hormonas que el organismo libera en respuesta al estrés (Pruthí, 2021).

El TEPT se relaciona directamente con situaciones que incluyan maltrato físico o emocional, abuso sexual, presenciar o ser víctima de un asalto o un delito mayor, presentar una enfermedad grave, vivir la muerte de un familiar o amigo importante para el individuo, sobrevivir un accidente de auto o a un desastre natural o provocado por el hombre y que este sea de magnitud significativa (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021).

Se han logrado describir algunas comorbilidades que con frecuencia presentan los pacientes que padecen de estrés postraumático, entre estas se incluyen los trastornos de ansiedad, el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y conductas disruptivas como el trastorno oposicionista desafiante (TOD), abuso de sustancias y comportamientos de riesgo e incluso delictivos (Barra, 2013).

El TEPT puede presentarse en cualquier individuo sin importar la edad que tenga, entre los más frecuentes descritos están los soldados y veteranos de Guerra, otros que hayan presenciado o vivido de cerca eventos violentos con agresiones físicas, abusos sexuales, maltratos psicológicos, accidentes catastróficos, asaltos terroristas, entre otros. Las personas que han sido sometidas a tales eventos o situaciones, con el tiempo se mantienen bajo estrés, con miedos y cambios de conductas, aspectos que se pueden prolongar mucho tiempo después de que haya pasado el evento y ya no estén bajo peligro (National Institute of Mental Health, 2020).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el desarrollo de síntomas concretos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos es común en el TEPT. Por otro lado, los síntomas varían dependiendo de cada individuo, ya que también pueden presentar reexperimentación del miedo, así como también pueden predominar síntomas (Toledo & Barros, 2020).

Entre otros de los síntomas más comunes se encuentra la inestabilidad afectiva o familiar, comportamiento impulsivo y síntomas disociativos, sentimientos de inutilidad, vergüenza, sensación de perjuicio permanente y distanciamiento social voluntario. También hay un riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, o algún tipo de fobia específica, entre otros (Serrano & Ugalde, 2019).

En los pacientes pediátricos, los síntomas de TEPT más comunes incluyen: reviven la situación con cierta frecuencia, aun estando distraídos en juegos o labores cotidianas, trastornos del sueño y pesadillas, afectación general al recordar el evento, dificultad para sentir emociones positivas, tristeza y miedo intenso frecuente, se asustan con facilidad, se muestran irritables, frecuentemente con ira y ataques de rabia, ideas suicidas, incluso con conductas desafiantes; en otros casos pueden presentarse retraídos, desesperanzados e indefensos, niegan el evento o esconden sus sentimientos al respecto, evitando acercarse al lugar o la persona relacionada con el trauma (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021).

Se ha comprobado que quienes trabajan recurrentemente con víctimas de sucesos traumáticos, o en general con el sufrimiento ajeno, son más vulnerables al estrés traumático secundario y el riesgo a padecerlo aumenta, dependiendo de lo que dichos trabajadores han experimentado y los tipos de eventos estresantes o traumáticos de los cuales han sido testigos (Ruiz & Guerrero, 2017).

En términos generales, la clínica del TEPT puede iniciar tres meses luego del evento traumático, mientras que en otros casos pueden comenzar tiempo después. Entre los criterios de TEPT se incluye la duración de los síntomas, estos deben presentarse por un periodo mayor a un mes y con la suficiente intensidad como para alterar la cotidianidad del paciente, así como sus relaciones sociales, tanto laborales como las personales (National Institute of Mental Health, 2020).

Otra condición para cumplir con los criterios diagnósticos, es que los síntomas manifestados no puedan explicarse en relación a la administración de algún medicamento,

consumo de sustancias de abuso o que el paciente presente alguna enfermedad con síntomas similares. La evolución del TEPT es variable y diferente entre cada persona, puesto que la recuperación puede presentarse a los 6 meses en unos y hasta más de un año en otros. Un aspecto común es el desarrollo de alteraciones concurrentes como la ansiedad y el abuso de sustancias (National Institute of Mental Health, 2020).

El TEPT se presenta como consecuencia de presenciar desastres naturales, representa un evento particularmente incapacitante en los pacientes pediátricos, por lo que este grupo etario conforma una población muy vulnerable para presentar esta patología, es por ello que el médico pediatra requiere herramientas para diagnosticarlo de manera oportuna en una consulta por cualquier otro motivo (Hernández, Sanango, Carrión, & Pereira, 2019).

Epidemiología

Mundial

Según Pérez, Fernández y Rodado (2005) la prevalencia de quienes han presentado TEPT alguna vez en la vida a nivel mundial es de 1 a 4 %, cifras que pueden cambiar dependiendo de diversos factores como el tipo de suceso traumático, grupo etario o sexo. Asimismo, un estudio en Tailandia evidenció la prevalencia de TEPT con cifras de 71,7 % en niños camboyanos que estaban en un campamento de refugiados. Por otro lado, otro estudio mostró una prevalencia de TEPT de 50 % en niños de otras regiones.

Desde 1987 se cuenta con cifras de TEPT en la población general con valores que oscilan entre 0.5 y 10.8%, para los hombres y desde 1.3 hasta 18.3% para la población femenina. Estudios recientes en víctimas de guerras o conflictos bélicos en países de bajos ingresos han encontrado prevalencias de TEPT con 15.8% en Etiopía, 17.8% en Gaza, 28.4% en Camboya y 37.4% en Argelia (Leal, Vázquez, & Cantú, 2013).

Se han realizado estudios de seguimiento de cohortes para determinar la prevalencia del TEPT, evidenciando su presencia entre el 25% y el 60% de los niños. La mayoría de los eventos traumáticos suelen ser domésticos, donde se incluye el maltrato físico o emocional

y el abuso sexual y los comunitarios, donde se incluye la violencia escolar, los desastres naturales, accidentes automovilísticos a partir de cierta gravedad, guerras, asaltos terroristas, terrorismo, movilización de refugiados, entre otros. Sin embargo, buena parte de los pacientes pediátricos son resilientes ante el trauma (Scheeringa, 2011).

La prevalencia del TEPT, de acuerdo a las principales investigaciones, se encuentra entre el 6 al 13%, sin embargo, cuando se trata de desastres naturales, las tasas de prevalencia aumentan intensamente alcanzando cifras de hasta un 40 a 90%. Es importante destacar que los pacientes pediátricos cuando se presentan sub-sindromáticos, desarrollan algún tipo de impedimento funcional equivalentes a los que sí cumplen a cabalidad con los criterios diagnóstico para TEPT. En todos los casos, las tasas de TEPT suelen disminuir con el tiempo luego del evento, sin embargo, es posible que en algunos grupos persistan mucho tiempo después (Scheeringa, 2011).

Regional

En Colombia, existen estudios que evidencian una prevalencia global de TEPT en población general manifestada alguna vez en sus vidas con cifras entre 3% y 8%, siendo mayor en mujeres que en hombres, en comparación a un 10%-15% de prevalencia de síntomas de TEPT en población desplazada, siendo también las mujeres el grupo poblacional que presenta las más altas prevalencias (Morales, Agudelo, & Berbesi, 2021).

Local

En Ecuador, se realizó un estudio para determinar TEPT en personas desplazadas debido a la activación del volcán Tungurahua en el Cantón Penipe, donde se obtuvo un 63% TEPT. De igual forma, otro estudio realizado en Portoviejo estableció la cifra de 70% de TEPT en un lapso de 3 años luego del terremoto del 2016 (Avellán & Bolaños, 2019).

Conductas de riesgo para la salud en adolescentes

Adolescente

La adolescencia se conoce como un lapso de transición donde ocurre el desarrollo de la niñez a la adultez, de los 13 y 19 años aproximadamente, definiéndose como todo aquel

cambio físico, psicológico y social a través del cual atraviesan los seres humanos en esa etapa de sus vidas (Betancur, 2019).

Durante la adolescencia se adquieren nuevas capacidades, aparecen necesidades que se determinan según la edad, siendo este un período sensible para la aparición de conductas de riesgo, las cuales pueden encontrarse por sí solas u ocurrir y traer consecuencias para la salud de tipo tanto económico como social, entre otros (Borrás, 2014).

Conductas de riesgo

Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, las cuales conllevan a eventos de carácter nocivo. Pueden ser múltiples y de índole biopsico-social, y su estudio ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia, siendo ésta una etapa vulnerable para los individuos (Corona & Peralta, 2011).

Conductas de riesgo para la salud

Las conductas de riesgo para la salud son acciones activas o pasivas que involucran peligro para el bienestar tanto físico como mental de la persona y que conllevan directamente a consecuencias negativas para la salud o que pueden llegar a comprometer algunas etapas de su desarrollo. Algunas de estas son: Las conductas delictivas y la conducta sexual de riesgo, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, deserción escolar y relación sexual precoz, entre otras. Entre estas conductas de riesgo las más frecuentes a presentar posterior a padecer TEPT en la adolescencia, incluyen los trastornos alimenticios, las autolesiones, el bullying, vida sexual de riesgo, adicción, el suicidio y delincuencia juvenil (Argaez, Echeverría, Evia, & Carrillo, 2018).

Según Salas (2018), los factores relacionados a las conductas de riesgo en adolescentes pueden variar desde el tipo de relación que cada individuo mantiene con su familia y amigos, hasta los vínculos que establece en el colegio y la comunidad, los cuales tienen la capacidad de influir y condicionar en dichas conductas. También se presenta como factor relacionado la fragilidad o inexistencia de los valores inculcados desde la infancia, así

como las dificultades socioeconómicas que sin una solución concreta pueden llegar a afectar todo su entorno y desarrollo.

Consecuencias para la salud física y emocional

Algunas de las consecuencias físicas para la salud, tanto física como emocional, pueden ser el desarrollar enfermedades crónicas, y eventualmente, la muerte. Este tipo de eventos drásticos se deben principalmente a inactividad física, al consumo de alimentos no saludables y al consumo de tabaco y bebidas alcohólicas en forma excesiva, entre otros (Becerra, 2016).

Otra de las consecuencias puede ser las conductas alimentarias de riesgo (CAR), las cuales pueden ser causadas por alteraciones genéticas y neurológicas, ansiedad, depresión, abuso físico o sexual, problemas familiares, comparación social, baja autoestima e insatisfacción corporal, entre otros (Altamirano, Lamotte, & Unikel, 2011).

Conductas de riesgo para la salud luego de estrés postraumático

Existen una serie de distorsiones cognitivas que generan que la víctima modifique la visión que tiene del mundo, provocando así que aparezca dificultad para confiar en otros, temor constante sobre su seguridad personal, baja autoestima, entre otros. Asimismo, se evidencia un procesamiento disfuncional por parte del paciente, el cual da como resultado a la interpretación subjetiva de ciertos acontecimientos que son percibidos como una amenaza, ya que ésta sigue presente y el trauma padecido genera conflictos cognitivos que traen consigo pensamientos intrusivos, pesadillas, activación y evitación (Faridy, Rodríguez-Orozco, & Santander-Ramírez, 2021).

Antecedentes de la investigación

En una investigación, los estudiantes de un instituto en España, específicamente 1239 adolescentes de educación secundaria, se plantearon analizar diversas conductas de riesgo social y de bienestar personal en adolescentes, en la muestra participaron 612 masculinos y

627 femeninas. Los resultados indican que más del 25% de alumnos realizan acciones con riesgo social y para su salud, destacando el consumo de drogas y conducir bajo los efectos del alcohol. El consumo fue similar para ambos sexos. Existe relación significativa entre conductas de riesgo con fracaso escolar y participación en bullying (Cerezo & Méndez, 2012).

En Colombia se realizó un estudio que estimó la prevalencia de Estrés Agudo (TEA) y TEPT en el Hospital Militar Central, a través de un estudio descriptivo, trasversal mediante entrevista semiestructurada del DSM 5, donde se incluyeron a 102 militares hospitalizados que hayan resultado heridos en algún combate. Entre los resultados encontraron que la prevalencia de TEA al ingreso y a los 15 días del evento traumático fue 1.96% y prevalencia de TEPT al mes 3.921 %, a los 3 meses 4.90% y a los 6 meses 10.78%. (Garzón, Monroy, Castiblanco, Espinosa, & Báez, 2016).

En Portoviejo, Ecuador, se realizó un estudio 2 años después del terremoto ocurrido en el año 2016 para determinar TEPT y ansiedad en los niños y adolescentes de dos unidades educativas que hayan presenciado el evento. A través de un estudio trasversal, retrospectivo, descriptivo, analítico, incluyeron a 277 niños con edades entre 10 a 14 años a quienes se les aplicó la Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS) y la Escala de Ansiedad de Spence; obteniendo que el TEPT se presentó en 18,1% y el Trastorno de Ansiedad en 23,1%, con mayor Frecuencia entre los alumnos de sexo femenino para ambos trastornos, el trastorno de ansiedad presentó una diferencia significativa en los escolares respecto a los adolescentes, la probabilidad de presentar comorbilidad entre ambos trastornos fue elevada y en más aun aquellos niños provenientes de familias de bajos recursos (Avellán & Bolaños, 2019)

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODO

3.1. Tipo de estudio:

Descriptivo, transversal.

3.2. Población de estudio/ Muestra:

En el presente estudio se aplicó una encuesta al total de la población que incluyó a 2 791 estudiantes de las instituciones educativas urbanas ubicadas en Pedernales y que están bajo la jurisdicción de la Coordinación Zonal de Educación Jama-Pedernales (Unidad educativa Ciudad de Pedernales, Unidad Educativa Técnico Pedernales y Unidad Educativa Pedro Agustín López Ramos), de los cuales se analizaron 1008 encuestas cuando se cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y si se encontraban en el rango de edad del estudio de 13 a 17 años.

- Criterios de Inclusión

- Ser residente del Cantón Pedernales y haber estado presente en el terremoto de abril 2016.
- Pertener a la nómina de estudiantes inscritos en los colegios en los cuales se realizará la investigación: (Unidad educativa Ciudad de Pedernales, Unidad Educativa Técnico Pedernales y Unidad Educativa Pedro Agustín López Ramos).
- Pertener al grupo etario del estudio.
- Tener aprobación del consentimiento por parte de los padres.
- Tener aprobación en el asentimiento por parte del adolescente

-Criterios de exclusión

- Ser residente de otros Cantones que no sea el Cantón Pedernales y no haber estado presente en el terremoto de abril 2016.
- No pertenecer a la nómina de estudiantes de los colegios en los cuales se realizó la investigación: (Unidad educativa Ciudad de Pedernales, Unidad Educativa Técnico Pedernales y Unidad Educativa Pedro Agustín López Ramos).
- No encontrarse en el rango de edad pertinente para el estudio.
- No haber aceptado la participación en el estudio.

3.3. Procedimientos de recolección de información

Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos de recolección, la *Children Posttraumatic stress disorder Symtoms scale* (anexo 1), permitió recolectar datos sobre el estrés pos traumático y la encuesta de salud global de la OMS, (anexo 2) para identificar las conductas de riesgo. Fueron utilizadas las preguntas pertinentes para este estudio, las cuales se digitalizaron en *Google forms* y se administraron a través de las plataformas de cada uno de los colegios, previa autorización de los padres y asentimiento de estudiantes.

El procedimiento incluyó la socialización con los padres de familia de los adolescentes o representantes legales, seleccionados para el estudio, con la presentación del consentimiento informado y asentimiento informado (en línea a través de reuniones por zoom apoyados por las plataformas de los diferentes colegios) (Anexo 3).

Luego se envió el link de la encuesta a los padres que aceptaron que sus hijos participen en el estudio, con la aplicación de cuestionario de la investigación (salud global de la OMS y de los criterios del DSMV con la *Children Posttraumatic Stress Disorder Symtoms Scale*, en línea por medio de plataformas digitales o por correo electrónico a través del link facilitados por el padre.

3.4. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizaron programas de análisis estadístico dependiendo de la complejidad del mismo: EPI INFO 7, y STATA 12. Se realizó un análisis descriptivo tanto de las variables cualitativas y cuantitativas obteniendo frecuencias absolutas y relativas, así como la medida de las tendencias central y dispersión respectivamente.

Se realizaron tablas de contingencia 2 x 2 entre las variables antes mencionadas para explorar y responder la hipótesis del estudio, a través de test como el Chi cuadrado y el exacto de Fisher para las variables categóricas y las pruebas de T de student para las variables numéricas dependiendo de la distribución de estas variables. Se realizó un análisis multivariado, con aquellas variables que fueron estadísticamente significantes en el análisis bivariado a través de modelos de regresión logística, obteniéndose la razón de prevalencia como medida de asociación y considerando el intervalo de confianza en 95% y un valor de p menor a 0.05.

Tabla 1. Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES						
Variable	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL			
			DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
ESTRÉS POST TRAUMÁTICO	Trastorno psiquiátrico que puede Ocurrir tras una exposición a un evento O situación traumática Se determina según los criterios Diagnósticos del Diagnostic and Stastistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).	Cualitativa. nominal	Reexperimentación Evitación conductual/cognitiva Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	Frecuencia absoluta, frecuencia relativa, gráficos , tabla de frecuencias	Categórica	DSM-IV-TR Children Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Scale. Ítem 1 Ítem 2 Ítem 3
SEXO	Características sexuales de femenino o masculino del adolescente	Cualitativa nominal	Hombre Mujer	FRECUENCIA (porcentaje)	Categórica	Encuesta de salud global de la OMS: pregunta 2

AÑO ESCOLAR DEL ADOLESCENTE	Número de años cursados en escolarización	Cuantitativa discreta	Número de años cursados	MEDIA, DS.MODA.MEDIANA	Numérica	Encuesta de salud global de la OMS :pregunta 3
EDAD DEL ADOLESCENTE	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad (13 a 17 años)	Cuantitativa discreta	Años cumplidos	MEDIA, DS MEDIA,DS.MODA.MEDIANA	Numérica	Encuesta de salud global de la OMS l:pregunta 1
PROCEDENCIA	Lugar en donde vive el adolescente	Cualitativa nominal	Urbana. Rural.	Frecuencia (porcentaje)	Categórica	Encuesta general: cuál es tu lugar de procedencia?

<p>CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD</p>	<p>Son aquellas acciones realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas para su salud física y mental.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Consumo de tabaco</p> <p>Consumo de alcohol</p> <p>Abuso de drogas: como marihuana, cocaína o éxtasis.</p> <p>Conducta sexual temprana o muy activa.</p>	<p>Frecuencia (porcentaje)</p> <p>Frecuencia (porcentaje)</p> <p>Frecuencia (porcentaje)</p> <p>Frecuencia (porcentaje)</p>	<p>Catagórica</p>	<p>Encuesta de salud global de la OMSI: preguntas 37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48</p> <p>Encuesta de salud global de la OMS: preguntas 39,50,51,52,53,54,55,56,57,58</p> <p>Encuesta de salud global de la OMSI: preguntas: 60</p> <p>Encuesta de salud global de la OMSI: preguntas: 61,62,63,64,65,66,67</p>
<p>Apoyo psicológico</p>	<p>Asesoramiento de un modo asertivo al paciente que padece algún tipo de trastorno emocional</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>FRECUENCIA (porcentaje)</p>	<p>Catagórica</p>	<p>Encuesta general: ¿Ha recibido apoyo psicológico después del terremoto? Si o no?</p>

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente estudio contó con la participación de 1 008 adolescentes que respondieron la encuesta.

4.1. Análisis univariado

4.1.1. Características de los participantes

Las características de los adolescentes de este estudio fueron las siguientes: el grupo más frecuente fue el femenino con 50.5 % (n= 509), grado de instrucción primero de bachillerato con 26.4 % (n= 266). La edad del adolescente presentó una media de 14.9 (DE \pm 1.45) años con un mínimo de 12 y máximo 17 años. La prevalencia de estrés postraumático fue de 11.2 % (n= 113) (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de los adolescentes del estudio

Características de la muestra	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Sexo del encuestado		
Femenino	509	50.5
Masculino	499	49.5
Grado de instrucción		
Octavo grado	164	16.3
Noveno grado	155	15.4
Décimo grado	122	12.1
Primero de bachillerato	266	26.4
Segundo de bachillerato	167	16.6

Tercero de bachillerato	134	13.3
Estrés		
Sí	113	11.2
No	895	88.8

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Víctor Chóez, MD. Darío Herrera (2 022)

4.1.2. Conductas de riesgo para la salud más frecuentes en los adolescentes que vivieron el terremoto de Pedernales en abril del 2016

La frecuencia de las conductas de riesgo más frecuentes fue acoso sexual una vez en el 4.9 % (n= 49) y 2 a 3 veces 2.1 % (n= 21), las actividades violentas 4.5 % (n= 45), consideración del suicidio 19.2 % (n= 194), la edad de inicio de consumo de cigarrillos 14 a 15 años 6.4 % (n= 65), consumo de alcohol por primera vez 14 a 15 años, 1 a 2 días de consumo de alcohol en el último mes en el 11.4 % (n= 115). Uso de drogas 1 a 2 veces 4.3 % (n= 43), relaciones sexuales en el 23.7 % (n= 239), siendo la edad de la primera relación sexual más frecuente los 16 años en 7.4 % (n= 75). (Tabla 3).

Tabla 3. Conductas de riesgo para la salud que manifestaron los adolescentes del estudio

Conductas de riesgo para la salud	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Acoso sexual		
Nunca	908	90.1
1 vez	49	4.9
2 a 3 veces	21	2.1
4 a 5 veces	9	0.9
6 a 7 veces	7	0.7

8 a 9 veces	6	0.6
Realiza actividades violentas		
No	963	95.5
Sí	45	4.5
No	814	80.8
Sí	194	19.2
Edad cuando probó cigarrillo por primera vez		
Nunca lo ha probado	812	80.6
7 años o menos	4	0.4
8 a 9 años	12	1.2
10 a 11 años	28	2.8
12 a 13 años	35	3.5
14 a 15 años	65	6.4
16 años o más	52	5.2
Edad cuando probó alcohol por primera vez		
Nunca lo ha probado	566	56.2
7 años o menos	23	2.3
8 a 9 años	20	2
10 a 11 años	35	3.5
12 a 13 años	95	9.4
14 a 15 años	153	15.2
16 años o más	116	11.5
Días de consumo de alcohol en los últimos 30 días		
0 días	745	73.9
1 a 2 días	115	11.4
3 a 5 días	27	2.7
6 a 9 días	29	2.9
10 a 19 días	25	2.5
20 a 29 días	30	3
Los 30 días	37	3.7

Uso de drogas como marihuana, cocaína, éxtasis		
0 veces	942	93.5
1 a 2 veces	43	4.3
3 a 9 veces	10	1
10 o más veces	13	1.3
Relaciones sexuales		
Sí	239	23.7
No	769	76.3
Edad de primera relación sexual		
Nunca ha tenido relaciones	761	75.5
11 años o menos	18	1.8
12 años	20	2
13 años	26	2.6
14 años	39	3.9
15 años	69	6.8
16 años o más	75	7.4

Fuente: Encuestas de la investigación

Elaboración: MD. Víctor Chóez, MD. Darío Herrera (2 022)

4.2. Análisis bivariante

4.2.1. Relación entre el estrés postraumático y el desarrollo de conductas de riesgo para la salud en los adolescentes que vivieron en el terremoto de abril del 2016 en Pedernales

La edad más frecuente en la que se presentó estrés postraumático fueron los menores de 15 años con 58 % (n= 65), entre estas variables no se evidenció asociación estadísticamente significativa. Entre los participantes, las femeninas presentaron mayor frecuencia de estrés postraumático con 73.2 % (n= 82) el p valor < 0.000 y una probabilidad de riesgo de 3.002 de que los adolescentes femeninos presenten estrés postraumático en comparación con los masculinos. Los cursantes de grados de primaria presentaron menor frecuencia de estrés

postraumático con p valor < 0.000 y un factor protector de 0.524 para que los estudiantes de primaria no presenten estrés postraumático en comparación con los estudiantes de bachillerato (Tabla 4).

Tabla 4. Asociación entre estrés postraumático y características de los adolescentes del estudio

Características	Estrés postraumático		P	RP	IC 95%
	Sí N (%)	No N (%)			
Edad					
Hasta 15 años	65 (58%)	566 (63.2%)	0.290	0.806	0.541-1.202
Mayor de 15 años	47 (42%)	330 (36.8%)			
Sexo					
Femenino	82 (73.2%)	427 (47.7%)	0.000	3.002	1.937-4.653
Masculino	30 (26.8%)	469 (52.3%)			
Escolaridad					
Grados de primaria	34 (30.4%)	407 (45.4%)	0.002	0.524	0.343-0.800
Grados de bachillerato	78 (69.6%)	489 (54.6%)			

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Víctor Chóez, MD. Darío Herrera (2 022)

Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre estrés postraumático y conductas de riesgo tipo acoso sexual con p valor < 0.000 y una probabilidad de riesgo de 3.815 de que los pacientes sometidos a estrés postraumático presenten acoso sexual; posibilidad de suicidarse con p valor < 0.000 y probabilidad de riesgo de 9.541 de que los pacientes sometidos a estrés postraumático consideren la posibilidad de suicidarse; edad de consumo de cigarrillos entre 7 a 16 años con p valor < 0.000 y probabilidad de riesgo de 2.179 de que los pacientes sometidos a estrés postraumático consumen cigarrillos entre esas edades. La edad de consumo de alcohol entre 7 a 16 años con p valor < 0.000 y probabilidad de riesgo de 3.057 de que los pacientes

sometidos a estrés postraumático consumen alcohol entre esas edades, uso de drogas con p valor < 0.000 y probabilidad de riesgo de 2.562 de que los pacientes sometidos a estrés postraumático consuman drogas. El resto de las variables no presentó asociación significativa (Tabla 5).

Tabla 5. Asociación entre estrés postraumático y conductas de riesgo para la salud que presentaron los adolescentes del estudio

Conductas de riesgo	Estrés postraumático		P	RP	IC 95%
	Sí N (%)	No N (%)			
Acoso sexual					
Sí	28 (25%)	72 (8%)	0.000	3.815	2.335-6.232
No	84 (75%)	824 (92%)			
Realiza actividades violentas					
Sí	5 (4.5%)	40 (4.5%)	0.617	1.000	0.386-2.589
No	107 (95.5%)	856 (95.5%)			
Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse					
Sí	69 (61.6%)	129 (14.4%)	0.000	9.541	6.244-14.579
No	43 (38.4%)	767 (85.6%)			
Edad cuando probó cigarrillo por primera vez					
Menos de 7 hasta más de 16 años	36 (32.1%)	160 (17.9)	0.000	2.179	1.415-3.356
Nunca lo ha probado	76 (67.9%)	736 (82.1%)			
Edad cuando probó alcohol por primera vez					
Menos de 7 hasta más de 16 años	76 (67.9%)	366 (40.8%)	0.000	3.057	2.012-4.645
Nunca lo ha probado	36 (32.1%)	530 (59.2%)			
Uso de drogas como marihuana, cocaína, éxtasis					

De 1 a más de 10 veces	15 (13.4%)	51 (5.7%)	0.002	2.562	1.388-4.729
Nunca probó	97 (86.6%)	845 (94.3)			
Relaciones sexuales					
Sí	29 (25.9%)	210 (23.4%)	0.565	1.141	0.728-1.790
No	83 (74.1%)	686 (76.6%)			

Fuente: Encuestas de la investigación

Elaboración: MD. Víctor Chóez, MD. Darío Herrera (2 022)

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En este estudio el grupo más frecuente fue el femenino con 50.5 %, aspecto que se asemeja con los resultados de las autoras Avellán & Bolaños (2019), quienes registraron mayor frecuencia de participantes de sexo femenino.

La edad de los adolescentes de este estudio presentó una media de 14.9 años, grupo etario considerado como el más vulnerable a los efectos adversos cuando viven la experiencia de presenciar un desastre natural, de acuerdo a las afirmaciones de Andrade Tobar, M. (2016)

La prevalencia de estrés postraumático fue de 11.2 %, esta cifra está cercana a los registros de otros estudios en el Ecuador, como el de Avellán & Bolaños (2019), quienes señalan que posterior al terremoto del 2016 en Portoviejo, el 18.1 % de los niños y adolescentes presentaron TEPT, sin embargo, se debe tener presente que de acuerdo con Sheeringa (2011) es posible que las tasas de TEPT disminuyan progresivamente con el tiempo en algunos pacientes. Al comparar los resultados de nuestro estudio con hallazgos regionales, la frecuencia fue similar al estudio de Colombia que registró TEPT entre el 10 al 15% en población desplazada de acuerdo con Morales, Agudelo & Berbesi (2021).

Las cifras de prevalencia de TEPT obtenidas en este estudio están más elevadas que las que sugieren Pérez, Fernández y Rodado (2005) nivel mundial entre 1 a 4 %, sin embargo, los datos muestran gran variabilidad, desde 15.8 a 37.4% según el país donde se mida el TEPT de acuerdo con Leal, Vásquez & Cantú (2013) y entre el 25 al 60 % según Scheeringa (2011) quien a su vez afirma que estas cifras pueden ascender hasta 40 a 90 % cuando se trata de desastres naturales, lo que concuerda con la cifra manejada por García (2014) y De la Barra (2013) estimada en 60 % de estrés postraumático luego de un desastre natural.

Los adolescentes de este estudio presentaron conductas de riesgo, tal como lo mencionan Herrera (1999), Borrás (2014) y Peralta (2011), quienes afirman que en esta etapa es cuando se

presentan con mayor intensidad. Entre las conductas de riesgo más frecuentes se presentaron acoso sexual 1 vez en el 4.9 % y 2 a 3 veces 2.1 %, de acuerdo con autores como Rosaba et al., (2015), Argaez, Echeverría, Evia & Carrillo (2018), Altamirano, Lamotte, & Unikel, (2011) y Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (2021)

En el presente estudio se evidenció la presencia de actividades violentas en 4.5 % y consideración del suicidio 19.2 %, en concordancia con Guzmán, Padrós, Laca & García, (2015) y mencionadas como frecuentes por Argaez, Echeverría, Evia & Carrillo (2018).

Se presentaron relaciones sexuales en el 23.7 %, siendo la edad de la primera relación sexual más frecuente los 16 años en 7.4 %, conducta de riesgo común en adolescentes de acuerdo con Argaez, Echeverría, Evia & Carrillo (2018) y Rosaba et al., (2015)

La edad de inicio de consumo de cigarrillos 14 a 15 años 6.4 %, consumo de alcohol por primera vez 14 a 15 años y uso de drogas 1 a 2 veces 4.3 %, aspectos que señalan Sarmiento (2016) y Argaez, Echeverría, Evia & Carrillo (2018) como conductas de riesgo comunes en adolescentes con diagnóstico de estrés postraumático.

Otro hallazgo importante en este estudio se relacionó con los días de consumo de alcohol de 1 a 2 días en el último mes en el 11.4 % de los casos, acorde con las afirmaciones de Becerra (2016) quien asegura que el consumo de alcohol se deriva de eventos que afectan la salud física y emocional del joven.

Las estudiantes femeninas presentaron mayor frecuencia de estrés postraumático en 73.2 % y una probabilidad de riesgo de 3.002 de presentarlo en comparación con los masculinos, hallazgos que concuerdan con los estudios de Leal, Vázquez, & Cantú, (2013), Avellán & Bolaños, (2019) y Morales, Agudelo, & Berbesi, (2021), donde las participantes femeninas presentaron mayor porcentaje de estrés postraumático en comparación con los masculinos.

Se evidenció una probabilidad de riesgo de 3.815 de que los pacientes sometidos a estrés postraumático presenten acoso sexual, aspecto señalado por Scheeringa, (2011) como uno de los principales eventos traumáticos que presentan estos niños.

La posibilidad de suicidarse presentó un riesgo de 9.541 en los pacientes sometidos a estrés postraumático, aspecto que señalan el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021) y Argaez, Echeverría, Evia, & Carrillo, (2018) como efecto de TEPT por lo que consideran la posibilidad de suicidarse

La edad de consumo de cigarrillos entre 7 a 16 años evidenció una probabilidad de riesgo de 2.179 de que los pacientes sometidos a estrés postraumático consumen cigarrillos y probabilidad de riesgo de 3.057 de que consuman alcohol entre esas edades, uso de drogas con probabilidad de riesgo de 2.562 de que los pacientes sometidos a estrés postraumático las consuman, relación que señala el National Institute of Mental Health, (2020) y Argaez, Echeverría, Evia, & Carrillo, (2018), así también, existe concordancia con los hallazgos de Cerezo & Méndez (2012), quienes afirman que en su estudio se presentó asociación significativa entre TEPT y abuso de sustancias

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Se determinó la prevalencia de estrés postraumático y de las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes que vivieron el terremoto de Pedernales en abril del 2016, a los 5 años del acontecimiento, evidenciado:

- Los adolescentes de este estudio que presentan estrés postraumático que estuvieron en el terremoto del 2016 en Pedernales, se caracterizan por predominio del sexo femenino, menores de 15 años y cursantes de grados de bachillerato.
- La prevalencia de estrés postraumático fue de 11.2 %
- Las conductas de riesgo más frecuentes en los adolescentes que vivieron el terremoto en Pedernales fueron las relaciones sexuales, consideración de suicidio y consumo de alcohol.
- Las conductas de riesgo asociadas al estrés postraumático en los adolescentes después del terremoto de abril del 2016 en Pedernales incluyeron el acoso sexual, considerar suicidarse y el consumo de cigarrillos, alcohol y drogas.

6.2. Recomendaciones

- Realizar las derivaciones a los servicios de salud mental de la zona para los casos detectados con TEPT en este estudio.
- Establecer programas que permitan orientar las conductas de riesgo de los estudiantes para que desistan de ellas y comprendan las graves consecuencias que pueden derivarse.

- Mantener evaluaciones periódicas en los niños y adolescentes que estuvieron presentes en el terremoto de Pedernales del 2016 para seguir detectando casos y poder brindarles la ayuda apropiada.
- Incluir en la consulta pediátrica, la valoración de aspectos psicológicos y emocionales en todos los pacientes, en especial a los que hayan presenciado algún evento traumático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, B., Castillo, M., Monteagudo de la Guardia, R., & Achon, Z. (abril-junio de 2015). Estrés académico. *EDUMECENTRO*, 7(2), 163-178. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5023824.pdf>
- Altamirano, M., Lamotte, B., & Unikel, C. (2011). *Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México*. Obtenido de <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n5/401-407/>
- Argaez, S., Echeverría, R., Evia, N., & Carrillo, C. (Mayo-Agosto de 2018). Prevención de factores de riesgo en adolescentes: intervención para padres y madres. 22(2), 259-269. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/pee/a/LMvxtgtSvLy66Wdm4wyYtrD/?lang=es&format=pdf>
- Avellán, K., & Bolaños, G. (2019). *Determinación de trastorno de estrés postraumático y ansiedad en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad en Unidades educativas de la ciudad de Portoviejo, 2 años posterior al terremoto de abril del 2016 en el período de julio a diciembre del 2018*. Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16246/TESIS%20COMPLET%20AJazminy%20Gaby%20final%202011-03-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barra, F. (2013). Trastorno de estrés post traumático en niños y adolescentes. *Rev. chil. pediatr.*, 84(1). Obtenido de

- Becerra, S. (Lima de 2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 34(2), 239-260. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3378/337846349002.pdf>
- Betancur, C. (2019). La adolescencia en contexto: Representaciones sociales en adolescentes de Medellín y Armenia, Colombia. *Revista Psicogente*, 22(42), 1-25. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v22n42/0124-0137-psico-22-42-00040.pdf>
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Revista Correo Científico Médico de Holguín*, 18(1). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2014/ccm141b.pdf>
- Centro para el Contro y la Prevención de Enfermedades. (2021). *Trastorno por estrés postraumático*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/ptsd.html>
- Cerezo, F., & Méndez, I. (octubre de 2012). Conductas de riesgo social y de salud en adolescentes. Propuesta de intervención contextualizada para un caso de bullying. *Revista Anales de Psicología*, 28(3), 705-719. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723774008.pdf>
- Corona, F., & Peralta, E. (Enero de 2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prevencion-conductas-riesgo-S0716864011703947>
- Faridy, E.-M., Rodríguez-Orozco, A., & Santander-Ramírez, A. (Enero de 2021). El trastorno por estrés postraumático desde una mirada cognitivo conductual. *Revista*

- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144, 643-655. Obtenido de <https://www.ceepal.com.uy/trastornoneurodesarrollo2.pdf>
- Garzón, M., Monroy, J., Castiblanco, J., Espinosa, M., & Báez, Á. (2016). *PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN PACIENTES HERIDOS EN COMBATE HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL (HMC) BOGOTÁ SERVICIO DE PSIQUIATRIA*. Bogotá. Obtenido de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/16180/MonroyGaleanoJohanaPatricia2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guzmán, M., Padrós, F., Laca, F., & García, T. (septiembre de 2015). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para el trastorno por estrés postraumático. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3). Obtenido de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num3/Vol18No3Art15.pdf>
- Hernández, R., Sanango, M., Carrión, F., & Pereira, H. (octubre-diciembre de 2019). TEPT y Ansiedad en niños y adolescentes 2 años posterior al terremoto de 2016 en Unidades Educativas de la ciudad de Portoviejo, Ecuador. *Revista de Psiquiatria infanto-juvenil*, 36(4), 6-13. Obtenido de <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/327/271>
- Leal, E., Vázquez, V., & Cantú, O. (2013). Prevalencia de estres postraumatico en unidades de medicina familiar de seis ciudades de la frontera Mexico-Estados Unidos de América. *Atención Familiar*, 20(4), 114-117. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2013/af134e.pdf>

National Institute of Mental Health. (2020). *Trastorno por estrés postraumático.* Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postrau-matico>

Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz, D., & Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 30(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300009

Pérez, I., Fernández, P., & Rodado, S. (2005). *Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia.* Cundinamarca. Obtenido de <https://scielosp.org/article/rsap/2005.v7n3/268-280/>

Pruthí, S. (2021). *Trastorno de estrés postraumático (TEPT).* Obtenido de Clinica Mayo: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>

Ruiz, A., & Guerrero, E. (julio-diciembre de 2017). AFECTACIONES PSICOLÓGICAS EN PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA: ¿TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO O ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 252-265. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233256001001.pdf>

Salas, F. (enero-junio de 2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. 38(56), 1-16. Obtenido de <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/10497/12976>

Scheeringa, M. (2011). PTSD in Children Younger Than the Age of 13: Toward Developmentally Sensitive Assessment and Management. *J Child Adolesc Trauma.*

Serrano, M., & Ugalde, R. (2019). *Prevalencia del trastorno de estres portraumatico en la poblacion rural del canton cuenca 2018*. Cuenca. Obtenido de <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9444/1/15080.pdf>

Toledo, D., & Barros, M. (2020). *Prevalencia del trastorno del estrés postraumático en los evaluadores de llamadas del sis ecu911 zonal 6 2019-2020*. Cuenca. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/19402/1/UPS-CT008863.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 *Children Postraumatic Stress Disorder Symtoms Scale*

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

Facultad
 Posgrad

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
Ítems	Valoración
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos	
Ítems	Valoración
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

PUNTO DE CORTE PARA CONSIDERAR ESTRES POSTRAUMÁTICO 24 PUNTOS

Bustos, P., & Rincón, P., & Aedo, J. (2009)

Anexo 2

Encuesta factores de riesgo

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc135A0r-oKQ9pv_Kec2EkGKMq_kgHWw0ms1iX_Dr0yh_ZFww/viewform?usp=sf_link

Anexo 3: Consentimiento informado dirigido a padres

DIRIGIDO A: PADRES/ CUIDADORES

INSTITUCIÓN A CARGO DE LA INVESTIGACIÓN: PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL ECUADOR

METODOLOGÍA: ENCUESTA ONLINE

INVESTIGADORA: Md. Víctor Chòez

Md. Darío Herrera

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Estamos invitando a su hijo/a a participar en la encuesta online para describir la presencia de estrés postraumático y conductas de riesgos de aquellos pacientes de entre 13 a 17 años de la ciudad de Pedernales que estuvieron presentes en el terremoto de abril del año 2016. El estrés postraumático es una patología que puede presentarse en los adolescentes que estuvieron presentes en el terremoto que azotó a la ciudad de Pedernales. La patología puede

presentarse sintomática por meses u años, basta una experiencia que se relacione con los eventos ya vividos, para ser el detonante de esta patología. Las conductas de riesgo son aquellas actividades que desarrollan los adolescentes y va a poner en riesgo su integridad física, mental y social.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted decide autorizar que su hijo/a participe en este estudio, aportará información valiosa y confidencial que los investigadores emplearán en el presente estudio, para investigar la prevalencia de estrés postraumático y conducta de riesgo de los adolescentes que vivieron el terremoto del 2016. La población de estudio será considerada aquella en rango de 13 a 17 años de edad que estuvieron presentes en el terremoto de abril de 2016, y que se encuentren cursando los cursos de octavo año de educación básica hasta a tercero año de bachillerato de las unidades educativas (Unidad educativa Ciudad de Pedernales, Unidad Educativa Técnico Pedernales y Unidad Educativa Pedro Agustín López Ramos) del cantón Pedernales.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de estrés postraumático y de las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes que vivieron el terremoto de Pedernales en abril del 2016, a los 5 años del acontecimiento.

PROCEDIMIENTOS: Para la recolección de datos se emplearán dos instrumentos de recolección, *la* Children Posttraumatic Stress Disorder Symtoms scale nos permite recolectar datos sobre el estrés y la Encuesta de Salud Global de la OMS.

COSTOS Y COMPENSACIÓN: No tiene costo ni compensación alguna para el participante.

PARTICIPACION VOLUNTARIA Y RETIRO DEL ESTUDIO: La participación en el presente estudio es voluntaria, para que su hijo ingrese en el estudio deberá aceptar el presente documento.

RIESGOS: Ninguno.



CONFIDENCIALIDAD: La información de su representado solo estará disponible para el investigador, y se recogerá solamente a través de correos electrónicos de los padres.

Facultad de Medicina
Posgrados

USO DE LA INFORMACION OBTENIDA: Los resultados obtenidos serán usados para determinar la prevalencia de estrés postraumático y de conductas de riesgo para la salud en los adolescentes que vivieron el terremoto de Pedernales en abril del 2016, a los 5 años del acontecimiento. La información de los resultados del estudio en macro será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación, se contará con el permiso del Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

DERECHOS DEL PARTICIPANTE:

Si usted decide que su hijo(a) no participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Víctor Xavier Chóez Delgado - Médico Cirujano, posgradista de la especialidad de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 0996437496, vxchoez@puce.edu.ec

Darío Javier Herrera Dávila - Médico Cirujano, posgradista de la especialidad de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 0995264787, djherrera@puce.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a los investigadores o con el Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina e la PUCE



Facultad de Medicina
Posgrados

Nombre del Representante: _____

Firma del Representante: _____

Fecha: _____

Anexo 4: Asentimiento informado dirigido a adolescentes a partir de 11 años en adelante

ASENTIMIENTO INFORMADO

Pedernales, a los 5 años del evento.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de estrés postraumático y las conductas de riesgo para la salud en los adolescentes que vivieron el terremoto de Pedernales en abril del 2016, a los 5 años del acontecimiento.

Hola nuestros nombres son Darío Herrera y Víctor Chòez y somos estudiantes del posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Uno de los requisitos para graduarnos como Pediatra es realizar un trabajo de titulación y para ello estamos realizando un estudio para conocer la situación en la que se encuentran los adolescentes de la ciudad de Pedernales que estuvieron en el terremoto de abril del 2016 con respecto a presentar estrés postraumático y conductas de riesgo.

Tu participación en el estudio consiste en contestar unas preguntas detalladas en el anexo 1 y 2.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando **tu** papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.



El presente estudio no representa ningún riesgo para sus participantes y sus familias, el beneficio a obtenerse ayudará para las estadísticas de nuestro país con relación al tema de estudio.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabremos las personas que formamos parte del equipo de este estudio. No es necesario que des tu nombre, el correo electrónico del que envíes la información será borrado inmediatamente después

de descargar el cuestionario mismo que tiene una duración aproximada en su respuesta de 20 minutos.

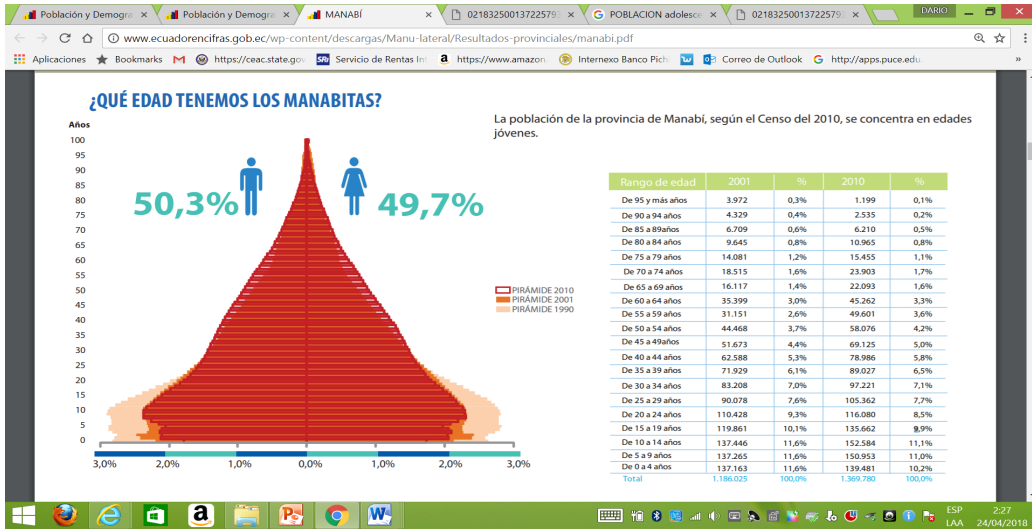
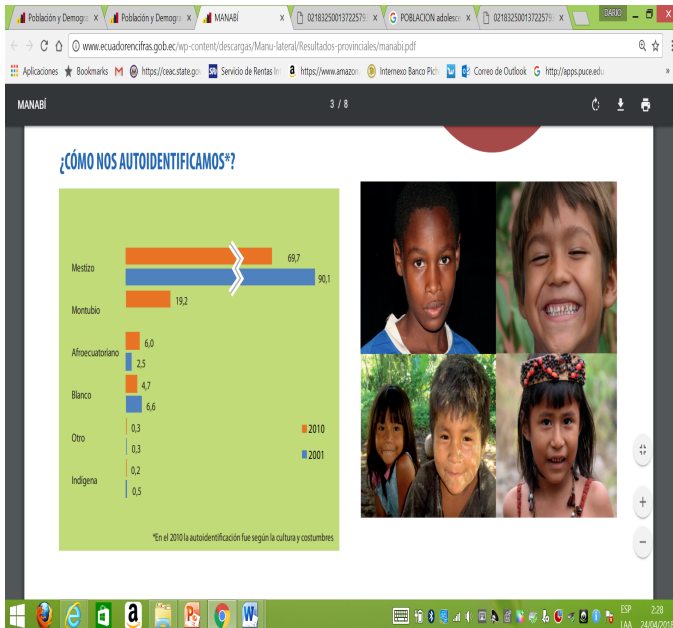
Facultad de Medicina
Posgrados

Si quieres participar, haz un círculo o una marca al dibujo del dedo apuntando hacia arriba y si no quieres, haz la marca en el dedo apuntando para abajo y escribe tu nombre.

SI quiero participar	NO quiero participar
	

Nombre: _____

Fecha: _____

INEN 2010 censo de vivienda

Figura 3
INEN 2010 Censo de Vivienda


INEC 2010 censo de vivienda

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN A NIVEL DE LOS CANTONES?

Cantones	Hombres	%	Mujeres	%	Total	Vivienda*	Vivienda**	Vivienda***	Razón niños mujeres****	Analfabetismo	Edad promedio
24 de Mayo	14.901	2,2%	13.945	2,0%	28.846	9.069	9.063	7.492	481,2	20,0%	31
Bolívar	20.814	3,0%	19.921	2,9%	40.735	11.326	11.308	9.555	395,6	9,7%	29
Chone	63.283	9,2%	63.208	9,3%	126.491	35.938	35.898	30.543	405,0	11,0%	28
El Carmen	45.517	6,6%	43.504	6,4%	89.021	24.957	24.937	21.130	445,7	10,9%	26
Flavio Alfaro	12.909	1,9%	12.095	1,8%	25.004	7.361	7.359	5.989	469,6	12,8%	27
Jama	11.850	1,7%	11.403	1,7%	23.253	4.096	4.087	3.804	458,2	10,9%	25
Jaramijó	9.511	1,4%	8.975	1,3%	18.486	5.107	5.104	4.373	480,5	9,7%	25
Jipijapa	36.071	5,2%	35.012	5,1%	71.083	23.155	23.135	18.842	400,3	12,5%	31
Junín	9.750	1,4%	9.192	1,4%	18.942	5.563	5.562	4.763	387,4	11,7%	30
Manta	111.403	16,2%	115.074	16,9%	226.477	67.554	67.447	56.573	355,6	5,4%	28
Montecristi	35.304	5,1%	34.990	5,1%	70.294	21.200	21.192	17.741	417,6	9,0%	27
Olmedo	5.083	0,7%	4.761	0,7%	9.844	3.018	3.017	2.526	489,9	20,7%	29
Paján	19.529	2,8%	17.544	2,6%	37.073	12.188	12.184	10.151	534,1	21,9%	30
Pedernales	28.420	4,1%	26.708	3,9%	55.128	14.275	14.251	11.921	580,9	17,1%	24
Pichincha	15.673	2,3%	14.571	2,1%	30.244	8.214	8.209	6.908	538,2	18,9%	26
Portoviejo	137.969	20,0%	142.060	20,9%	280.029	81.871	81.814	70.428	342,5	6,7%	29
Puerto López	10.564	1,5%	9.887	1,5%	20.451	6.131	6.098	5.023	504,1	12,3%	27
Rocafuerte	16.922	2,5%	16.547	2,4%	33.469	10.049	10.048	8.740	387,0	8,3%	29
San Vicente	11.264	1,6%	10.761	1,6%	22.025	6.861	6.824	5.676	427,5	12,7%	28
Santa Ana	24.093	3,5%	23.292	3,4%	47.385	13.603	13.590	11.294	437,4	17,6%	29



Facultad de Medicina
Posgrados