



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PORTOVIEJO Y MANTA A LOS 90 DÍAS POSTERIORES AL TERREMOTO DEL 16 DE ABRIL DE 2016.

AUTOR (ES):

**Santelli Romanó Mónica Daniela
Luzcando Defilippi Gianna Valeria**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. ANDRÉS ZUÑIGA

Guayaquil, Ecuador

4 de MAYO del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **SANTELLI ROMANÓ MONICA DANIELA Y LUZCANO DEFILIPPI GIANNA VALERIA**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)

f. _____
ZÚÑIGA, ANDRÉS

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
AGUIRRE MARTÍNEZ, JUAN LUIS

Guayaquil, a los CUATRO DÍAS del mes de MAYO del año 2017.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **SANTELLI ROMANÓ, MÓNICA DANIELA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PORTOVIEJO Y MANTA A LOS 90 DÍAS POSTERIORES AL TERREMOTO DEL 16 DE ABRIL DE 2016** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los CUATRO DÍAS del mes de MAYO del año 2017

EL AUTOR (A)

f. _____
SANTELLI ROMANÓ MÓNICA DANIELA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **SANTELLI ROMANÓ, MÓNICA DANIELA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PORTOVIEJO Y MANTA A LOS 90 DÍAS POSTERIORES AL TERREMOTO DEL 16 DE ABRIL DE 2016** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los CUATRO DÍAS del mes de MAYO del año 2017.

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
SANTELLI ROMANÓ, MÓNICA DANIELA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **LUZCANDO DEFILIPPI, GIANNA VALERIA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PORTOVIEJO Y MANTA A LOS 90 DÍAS POSTERIORES AL TERREMOTO DEL 16 DE ABRIL DE 2016** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los CUATRO DÍAS del mes de MAYO del año 2017

EL AUTOR (A)

f. _____

LUZCANDO DEFILIPPI, GIANNA VALERIA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **LUZCANDO DEFILIPPI, GIANNA VALERIA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PORTOVIEJO Y MANTA A LOS 90 DÍAS POSTERIORES AL TERREMOTO DEL 16 DE ABRIL DE 2016** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los CUATRO DÍAS del mes de MAYO del año 2017.

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____

LUZCANDO DEFILIPPI, GIANNA VALERIA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. CHRISTIAN ENRIQUE ELÍAS ORDOÑEZ
DOCENTE

ÍNDICE

RESÚMEN.....	VIII
INTRODUCCION.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
CAPÍTULO 1: Trastorno por Estrés Postraumático	11
CAPÍTULO 2: Diagnóstico y Síntomas Relacionados con TEPT.....	12
CAPÍTULO 3: TEPT Después de un Terremoto.....	14
MATERIALES Y MÉTODO.....	15
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
PARTICIPANTES.....	16
PROCEDIMIENTO.....	16
INSTRUMENTO.....	17
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	17
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS.....	31

RESÚMEN (ABSTRACTO)

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia del conjunto de manifestaciones psicopatológicas englobadas dentro del Síndrome de Estrés Posttraumático en la población adulta de Portoviejo y Manta a los noventa (90) días posteriores al terremoto ocurrido el 16 de Abril de 2016 y el grado de correlación entre estas variables. Se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo transversal en el que se evaluaron 286 personas de las zonas afectadas por el terremoto dentro de Portoviejo y Manta, mediante encuestas directas en los puntos de Albergues Comunitarios implementados. Para la medición del grado de estrés post traumático de cada persona evaluada se utilizó la escala de Trauma de Davidson Modificada. Dentro de los resultados, de un total de 286 participantes analizados el 52.8% fueron hombres versus un 47.2% mujeres; las edades promedio fueron de 37.18 años en Portoviejo y 35.8 años en Manta. La población del cantón Portoviejo mostró niveles significativamente más altos en síntomas como la re-experimentación (med=13,56; p 0,008), hiperactivación (med=12,91; p 0,007) y evitación (med=16,44; p<0,001). Por lo que, los habitantes de Portoviejo presentaron un grado de afectación según la escala aplicada más alto que los del cantón Manta, tanto en frecuencia como gravedad (med=44,45; p<0,001). Se pudo concluir que la población mayormente afectada en el terremoto, fueron los habitantes del cantón Portoviejo, coincidente al ser el cantón con mayor número de pérdidas de vidas humanas, número de viviendas y la menor capacidad de acceso a servicios de salud que abordaran integralmente las secuelas psicopatológicas de este desastre natural.

Palabras clave: trastorno, terremoto, prevalencia, validación, escala de Trauma de Davidson.

SUMMARY (ABSTRACT)

The objective of this study was to determine the prevalence of the set of psychopathological Manifestations encompassed within the Posttraumatic Stress Syndrome in the adult population of Portoviejo and Manta at ninety (90) days after the earthquake occurred on April 16, 2016 and the degree of correlation between these variables. This is cross-sectional, multicenter study in which 286 people from the earthquake-affected areas of Portoviejo and Manta were evaluated through direct surveys of community shelters. The Davidson Modified Trauma Scale was used to measure the degree of post-traumatic stress of each person evaluated. As a result, out of a total of 286 participants analyzed, 52.8% were men versus 47.2% women; The average ages were 37.18 years in Portoviejo and 35.8 years in Manta. The population of the canton Portoviejo showed significantly higher levels of symptoms such as re-experimentation (med = 13.56, $p < 1\%$), hyperactivation (med = 12.91, $p < 1\%$) and avoidance 44, $p < 1\%$). Therefore, the inhabitants of Portoviejo presented a higher level of affectation according to the scale applied compared to those from Manta, both in frequency and severity (med = 44.45; $p < 0.001$). It was concluded that the most affected population by the earthquake were the habitants of Portoviejo, which was the same place with the most number of human losses, the number of dwellings and the lower capacity for access to health services that fully address the psychopathologic aftermaths of this natural disaster.

Keywords: Disorder, stress, prevalence, validation, Davidson Trauma Scale.

Introducción

El Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que aparece cuando el individuo ha estado expuesto a un peligro para su vida o para su seguridad (1); así como cuando la persona observa situaciones que ponen en peligro a otros, por lo que es común en sobrevivientes a distintos hechos traumáticos entre los que se destacan los desastres naturales (2).

El día sábado 16 de Abril del 2016 ocurrió en Ecuador un sismo de magnitud de 7.8 en la escala de Richter con epicentro entre las Parroquias Pedernales y Cojimíes de la Provincia de Manabí afectando indistintamente a todas las Provincias de la Costa Ecuatoriana. Se publicaron datos oficiales en los que se constató cifras de 671 y 8690 muertos y albergados respectivamente (3).

Dentro de las múltiples manifestaciones englobadas dentro del trastorno de estrés post traumático, los individuos presentan síntomas como desapego y pérdida de reactividad emocional, pudiendo llegar a manifestar despersonalización y pérdida de la capacidad para recordar momentos específicos del traumatismo, aunque podría experimentarlos a través de intrusiones en el pensamiento, sueños o reviviscencias. Por lo tanto, debe ser considerado como un trastorno debilitante, que necesita remitirse a un especialista para atención continua ya que este genera un profundo trastorno de la psiquis del afectado superando el umbral para el trauma e interfiriendo negativamente en su vida cotidiana. Es decir, el trauma viene definido por la respuesta traumática patológica, y no por el suceso traumático desencadenante en sí mismo. (4)

A su vez, el alcance de los daños psíquico y psicológico están mediados por la gravedad del suceso, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (pérdida de familiar, bienes o trabajo) y pasados (expuestos a desastres naturales previos), el apoyo social existente y los

recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello configura la mayor o menor resistencia de la víctima al estrés al que fue expuesto (5).

La realización de esta investigación se justifica en que la evaluación de los trastornos de estrés post traumáticos en situaciones de desastre aporta elementos útiles para formular mejores estrategias evitando o minimizando los efectos que producen los desastres sobre la salud mental de la población. (6).

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

Trastorno por Estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático anteriormente era considerado como la respuesta esperada de una persona como resultado de un trauma extremo y su aparición era considerada rara. Sin embargo, a través de los años se realizaron diferentes tipos de investigaciones epidemiológicas que lograron demostrar que las experiencias traumáticas eran mucho más comunes de lo que se creía dentro de la población en general. Existen síntomas posteriores a la experimentación directa, observación o conocimiento de sucesos extremadamente traumáticos, a los que las personas responden con impotencia, miedo u horror intenso. Alrededor de un 40-60% de las personas tienen al menos una experiencia traumática que lleva al desarrollo de TEPT y es más probable, grave o duradero cuando el estrés recae directamente sobre el hombre. (7).

Según el DSM-V-TR el diagnóstico de síndrome por estrés postraumático requiere que los síntomas que se presenten duren más de 1 mes y que el malestar que estos producen, tengan una afección clínicamente significativa y que produzcan un deterioro social y laboral que afecten áreas importantes del funcionamiento del individuo. (8)

Un trauma emocional puede llegar a tener un gran impacto sobre la vida del hombre, las experiencias transforman al ser humano y pueden lograr que este cambie en el plano biológico, psicológico y social. (9). Las personas por lo general, envían a su memoria las situaciones por las que van pasando a lo largo de su vida, sin embargo, aquellas personas que estuvieron expuestas a algún acontecimiento estresante (trauma), este continúa permaneciendo presente en la psiquis del individuo, pueden recordar todos los detalles del momento del trauma, incluso olores, sabores y detalles insignificantes. Este sin duda no es el funcionamiento habitual de nuestra memoria, estas personas tienen pensamientos intrusos, siguen experimentando el momento con imágenes incluso mucho tiempo después, condicionan su vida con el recuerdo a esta exposición traumática, ocurre también una situación paradójica, el enfermo requiere revivir el momento del trauma para intentar cambiarlo. (10)

Capítulo 2

Diagnóstico y Síntomas Relacionados con TEPT.

Actualmente se conocen una amplia gama de instrumentos para el diagnóstico del síndrome de estrés postraumático, como entrevistas, o encuestas que son representadas en escalas según la sintomatología de la persona. Dentro de las más conocidas se encuentra la Escala de Trauma de Davidson (The Davidson Trauma Scale), traducida al español por Bobes et al. (2000). Esta escala se diseñó con el propósito de medir la frecuencia y severidad de los síntomas de estrés postraumático en sujetos que han estado expuestos a un evento estresante. Posee 17 *ítems* que se basan en criterios DSM-V, y cada uno consta de 5 alternativas de respuesta en frecuencia (de 0 = nunca a 5 = todos los días) y en severidad (de 0 = nada a 5 = extremadamente alta) y cuya positividad se establece con un puntaje de corte de

40/136 mostrando una Sensibilidad 92% y Especificidad 0,79% con VPP 83%. Los ítems que se refieren a intrusión y evitación tratan directamente sobre el acontecimiento. Por otro lado, los de embotamiento, aislamiento e hiperactivación valoran la presencia o ausencia de los mismos. (11)

Las intrusiones en el trastorno de estrés postraumático suelen manifestarse como intensas emociones o impresiones somatosensoriales que aparecen cuando el individuo se encuentra en estado de alerta o si se encuentra expuesto a situaciones que revivan el trauma. (12). La evitación y embotamiento aparece cuando las víctimas empiezan a sentirse acosados por recuerdos del evento, tienen pesadillas o hasta incluso vuelven a sentir las mismas sensaciones corporales, estos síntomas provocan que el paciente intente huir de lo que él cree está relacionado con su experiencia, esto provoca que el individuo comience a distanciarse del mundo, perdiendo así su reactividad y llegando incluso a la apatía (13). El trastorno de estrés postraumático se caracteriza por una serie de criterios diagnósticos claramente definidos por el *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-V)*. Dichos criterios incluyen inicialmente que la persona haya experimentado o haya estado expuesto a cualquier evento traumático previamente descrito, y por lo menos durante un mes que presente disminución de la intensidad de la expresividad emocional respecto a lo que se considera normal, re experimentación del suceso traumático o evitación persistente de estímulos o eventos asociados con el mismo. Teniendo en cuenta estos criterios, se puede clasificar el TEPT como agudo, si los síntomas tienen una duración menor a 3 meses, y crónico si estos se prolongan por más tiempo, que puede llegar hasta cambios permanentes de la personalidad. (8). Los factores que se asocian a la cronicidad del TEPT es poseer mayor número de síntomas, ansiedad, trastornos

afectivos, enfermedades médicas concomitantes, abuso de alcohol, ser de sexo femenino o antecedente de trauma desde la infancia. (14)

Este trastorno puede darse a cualquier edad, los síntomas pueden agravarse con el tiempo y dependiendo de exposiciones o periodos de estrés, aproximadamente la mitad de los pacientes que desarrollan TEPT inicialmente presentaron TEA. Dentro de los factores de riesgo que se pueden considerar para desarrollar un TEA están los siguientes: trastorno mental previo, neuroticismo, mayor gravedad percibida tras el evento y un estilo de afrontamiento de evitación y reactividad elevada. (15)

Capítulo 3

TEPT después de un Terremoto

Cova, F., y Rincón, P. después del terremoto de 8.3 grados ocurrido en Chile el 27 de febrero de 2010, evaluaron oportunamente la aparición de una gama de trastornos psicopatológicos posteriores al desastre: en particular a la de los trastornos por estrés postraumático, y concluyeron con estos datos que el impacto psiquiátrico y psicológico de estos eventos, depende tanto de pérdidas humanas y materiales, daños, injurias, y serias amenazas sobre la integridad física de las personas y su entorno, y posteriormente el apareamiento de sentimientos de angustia y recuerdos de temor con un altísimo impacto a corto, mediano y largo plazo, sobre sus vidas en dimensiones sociales, económicas y políticas. (16)

El 12 de Mayo en el año 2008, un terremoto de 8 grados de magnitud sobre la escala de Richter sacudió Wenchuan, ubicado en la provincia Sichuan en China, y se calculó un total de 69.227 personas fallecidas, 274,643 heridos, 17,923 personas perdidas y millones de pérdidas materiales. Kun et al. reportó una prevalencia del TEPT de 45,5% en dicha región luego de 3 meses ocurrido el terremoto. (17,18)

Alrededor del mundo, la población de países subdesarrollados posee mayor tendencia a enfrentar los peores efectos de las catástrofes naturales. Situaciones como falta de comida y agua potable durante los días posteriores al suceso, la pérdida de trabajo y las condiciones inadecuadas para dormir por las que deben pasar están fuertemente asociadas al desarrollo de TEPT. (19)

Si una persona ha estado expuesta a este tipo de situación traumática, padece del trastorno y continúa sin tratamiento psicoterapéutico postraumático eficaz, existe el riesgo de que se produzcan secuelas a largo plazo como pérdida en la calidad de vida, también predispone al aumento del ausentismo laboral, y a la probabilidad de que se produzcan otras condiciones psiquiátricas como el trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada. (20,21)

MATERIALES Y MÉTODO

Objetivo General

Determinar la prevalencia de los síntomas relacionados con el síndrome de estrés postraumático a los 90 días posteriores al terremoto ocurrido en Ecuador el 16 de abril del 2016.

Objetivos Específicos

- Valorar grado de afectación en las poblaciones de Portoviejo y Manta por la escala de Davidson.
- Valorar si la atención psicológica modifica las manifestaciones del síndrome de estrés postraumático.
- Determinar variantes en el grado de afectación si la persona estuvo dentro o fuera de la zona cero.
- Comparar prevalencia de población afectada con otros países en situación de catástrofes similares.

Participantes

La población en estudio fue de 8690 personas catalogadas como damnificados según las instituciones de control estatal y municipal, en las ciudades de Portoviejo y Manta (223.086 y 217.553 habitantes, INEC 2010), que fueron de las urbes más afectadas por el terremoto, así como por concentrar el mayor número de damnificados en relación con otras ciudades.

La muestra estuvo compuesta por 286 individuos, cálculo obtenido según previsible porcentual del 23% de prevalencia del trastorno de estrés postraumático dentro de la población estudiada (16). El muestreo fue de tipo aleatorio no estratificado y por conglomerados con un nivel de confianza del 95% y un error máximo de 5%.

Procedimiento

La información fue recolectada en campo directamente por los investigadores en los puntos de Albergues Comunitarios implementados para la catástrofe en cada una de las urbes ya mencionadas.

Se contó con el aval de la Unidad de Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil para la realización del Protocolo de Investigación, las Encuestas de Recolección de Datos y la conducción del Estudio. Durante todo este proceso se protegió la identidad de los pacientes encuestados. Este estudio no posee auspicio comercial alguno, ni presenta conflicto a nivel comercial, financiero o político.

Se procedió a la encuesta de acuerdo a los siguientes **Criterios de Inclusión:** Personas de sexo Masculino y Femenino, Residentes de las ciudades de Portoviejo y Manta, Personas catalogadas como Damnificadas o Afectadas por el terremoto según Organismos Estatales o Municipales; y **Criterios de Exclusión:** Personas menores de 18 años, mayores de 65 años, personas extranjeras afectadas por la catástrofe, pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo conocido o referido,

habitantes de cualquier condición social, cultural o física que no puedan ser valorado mediante la Encuesta de este Estudio.

Instrumento

El cuestionario aplicado constó de una primera parte con variables sociodemográficas como edad, sexo y empleo. Además, se incluyó preguntas sobre la pérdida de hogar y familia, apoyo psicológico y el punto de cercanía a la zona cero.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 22.0 en español para Windows. Los 17 ítems se sometieron a pruebas de fiabilidad y validez de alfa de CronBach, esfericidad de Barlett y prueba KMO mediante análisis de componentes principales. Para la comparación entre poblaciones se aplicó comparación de medias con una distribución T de Student con un nivel de confianza del 95%. Previo a esto se verificó la normalidad de los datos en las variables usadas mediante la prueba de Kolmovorov –Smirnov, para el uso de la estimación en intervalos al mismo nivel de confianza.

Resultados

En cuanto a la validación de la escala de Trauma de Davidson modificada en población de la costa ecuatoriana, se realizó encuestas a 30 personas sanas pertenecientes a esa población, con el fin de mostrar los niveles de consistencia interna. La escala mostró adecuados niveles de consistencia interna de acuerdo al análisis del alfa de CronBach ($\alpha=0,907$).

El análisis en conjunto de las poblaciones fue bastante homogéneo, con una ligera mayoría en la proporción de hombres (52,8%) que mujeres (47,2%). Las edades promedios de los participantes fueron similares en ambos cantones con medias de 37,18 años en Portoviejo y 35,8 años en Manta. De igual manera la proporción de

personas analizadas que ejercían durante ese momento una actividad laboral formal 52,1%, similar a aquellos que no tenían trabajo 47,1%

Tabla 1. Características basales de la población.

<i>Cantón</i>	<i>Portoviejo</i>		<i>Manta</i>	
Variable	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Género	81	69	70	66
	Si	No	Si	No
Empleo	64	86	85	51
Edad promedio	37,18		35,8	

La muestra del cantón Portoviejo mostró una mayor tasa de pérdida de vivienda (68%) en comparación con la población del cantón Manta (39.7%), por el contrario, los afectados de este cantón refirieron encontrarse cerca de las inmediaciones de la zona cero (62.5%) en comparación con los de Portoviejo (54.7%). En cuanto a pérdida de algún familiar los resultados muestran un mayor porcentaje referido en el cantón Portoviejo (43.3%) versus Manta (37.5%).

Tabla 2. Caracterización de la muestra según cantón.

Cantón	Portoviejo		Manta	
	Si	No	Si	No
Pérdida de vivienda	102 (68%)	48 (32%)	54 (39.7%)	82 (60.3%)
Pérdida familiares	65 (43.3%)	85 (56.7%)	51 (37.5%)	85 (62.5%)
Cerca de zona cero	82 (54.7%)	68 (45.3%)	85 (62.5%)	51 (37.5%)

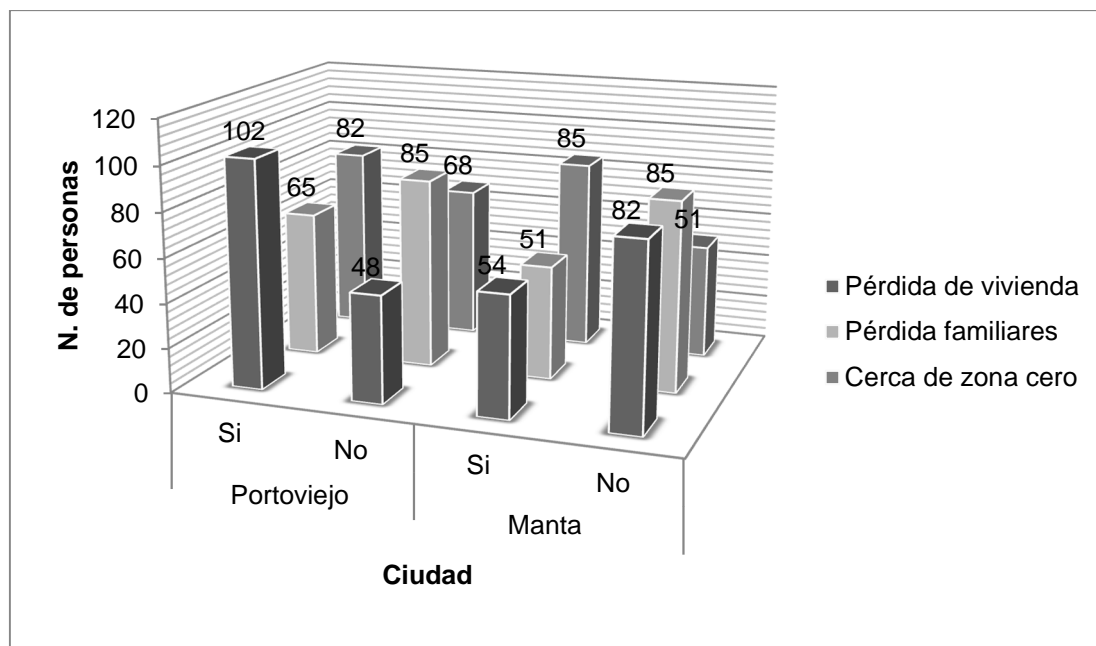


Figura 1 Respuesta a reactivos pérdida de vivienda, pérdida familiares y cercanía a zona cero. Según ciudad.

Tabla 3 Comparación de niveles de TEPT entre cantones

	<i>Media</i>		<i>t</i>	<i>Nivel p</i>	<i>Intervalos de diferencia</i>	
	Portoviejo	Manta			Inferior	Superior
Reexperimentación	13,56	12,38	2,68	0,008	0,32	2,05
Hiperactivación	12,91	8,98	8,56	0,007	3,02	4,83
Evitación	16,44	11,57	8,33	0,000	3,72	6,02
Frecuencia	44,45	32,94	8,99	0,000	8,99	14,03
Gravedad						

La población del cantón Portoviejo muestra niveles significativamente más altos en síntomas de Re Experimentación (med=13,56; p 0,008), Hiperactivación (med=12,91; p 0,007) y Evitación (med=16,44; p<0,001). Por lo mismo, los habitantes de este lugar presentaron un resultado total de la encuesta de TEPT más alto que en el cantón Manta, tanto en frecuencia (med=44,45; p<0,001), como en gravedad.

Tabla 4. Comparación de resultados de las subescalas según pérdida de vivienda, familia y ubicación respecto a la zona cero. Portoviejo.

	<i>Media</i>		<i>t</i>	<i>Nivel p</i>	<i>Intervalo de diferencia</i>	
	Sí	No			Inferior	Superior
Pérdida de vivienda						
Reexperimentación	14,300	12,000	-3,190	0,002	-3,729	-0,878
Hiperactivación	13,520	11,630	-2,520	0,012	-3,375	-0,414
Evitación	16,960	15,330	-1,810	0,072	-3,403	0,148
Frecuencia						
Gravedad						
Cerca de la zona cero						
Reexperimentación	15,085	11,735	-5,220	0,000	-4,619	-2,081
Hiperactivación	13,817	11,824	-2,860	0,005	-3,373	-0,614
Evitación	17,768	14,838	-3,600	0,000	-4,544	-1,317
Frecuencia	47,732	40,500	-3,980	0,000	-10,817	-3,647
Gravedad						
Pérdida de familiar						
Reexperimentación	15,015	12,459	-3,817	0,000	-3,880	-1,233
Hiperactivación	13,708	12,306	-1,972	0,051	-2,807	0,003
Evitación	17,323	15,765	-1,843	0,067	-3,229	0,113
Frecuencia	48,508	41,353	-3,919	0,000	-10,762	-3,547
Gravedad						

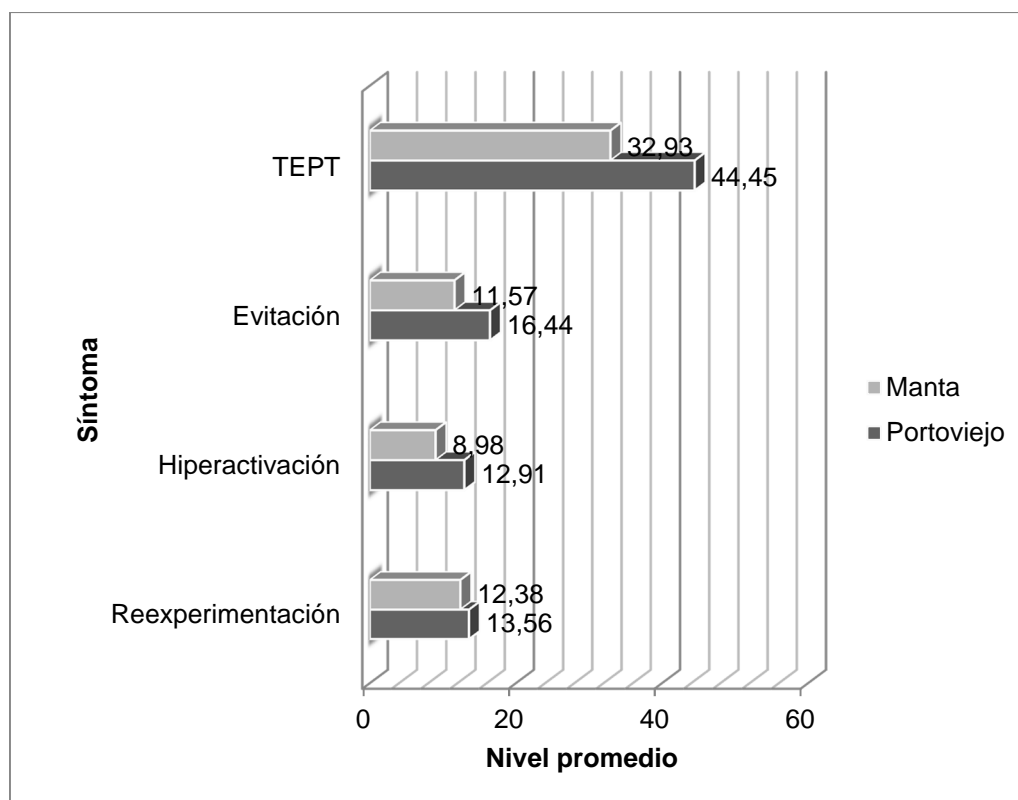


Figura 2 Nivel promedio del síntoma de acuerdo a la ciudad.

La pérdida de vivienda aumenta el porcentaje de re experimentación hasta en 3,72 puntos más (p 0,002), y la hiperactivación en 3,36 puntos más (p 0,012). La evitación no varía significativamente en personas que perdieron o no su vivienda (p 0,072).

Los niveles promedio más altos en el síntoma de re experimentación (med=15,08; p<0,0001), hiperactivación (med=13,81; p0,005) y evitación (med=17,77; p<0,001) se presentan cuando el afectado se encontró muy cerca de la zona cero.

El nivel total más alto en la escala de frecuencia de TEPT se da en las personas que perdieron algún familiar (med=48,51; p<0,001) y llega a elevarse un extra de hasta 10.82 puntos (p<0,001) en personas que estuvieron en cercanías a la zona cero.

Tabla ¡Error! No hay texto con el estilo especificado en el documento. **5. Comparación de niveles TEPT según pérdida de vivienda, familia y ubicación respecto a la zona cero. Manta.**

	<i>Media</i>		<i>t</i>	<i>Nivel p</i>	<i>Intervalo de diferencia</i>	
	Sí	No			Inferior	Superior
Pérdida de vivienda						
Reexperimentación	12,111	12,561	0,844	0,400	-0,604	1,504
Hiperactivación	8,685	9,183	0,870	0,386	-0,634	1,629
Evitación	10,889	12,024	1,397	0,165	-0,472	2,743
Frecuencia						
Gravedad						
Cerca de la zona cero						
Reexperimentación	12,071	12,902	1,553	0,123	-0,227	1,890
Hiperactivación	8,918	9,098	0,311	0,756	-0,966	1,327
Evitación	11,188	12,216	1,249	0,214	-0,599	2,654
Frecuencia	32,176	34,216	1,168	0,245	-1,414	5,493
Gravedad						
Pérdida de familiar						
Reexperimentación	12,824	12,118	-1,315	0,191	-1,767	0,356
Hiperactivación	9,510	8,671	-1,459	0,147	-1,977	0,299
Evitación	12,000	11,318	-0,827	0,410	-2,314	0,950
Frecuencia	34,333	32,106	-1,277	0,204	-5,677	1,222
Gravedad						

Por el contrario, en Manta los niveles de la media obtenida en cada una de las variables o síntomas evaluados dentro del TEPT no varían significativamente entre los participantes que reportaron haber perdido su vivienda (p 0,4), familiar (p 0,2), ni tampoco en aquellos que afirmaron encontrarse en la zona cero (p 0,25).

Tabla 6. Comparación de respuestas positivas equivalentes a presencia de manifestaciones o síntomas entre Portoviejo y Manta

Ítem	Frecuencia con respuesta positiva		Estadístico U Man Whitney	Mediana para respuesta positiva	Nivel p
	Portoviejo	Manta			
Subescala de re experimentación					
Ítem 1	39,30%	20,60%	-1,62	>3	0,10
Ítem 2	18,70%	7,40%	-0,09	>3	0,93
Ítem 3	26,00%	7,40%	-2,33**	>3	0,02
Ítem 4	56,00%	30,90%	-3,83*	>2	0,00
Ítem 5	38,00%	38,20%	-0,18	>2	0,86
Subescala de evitación					
Ítem 6	50,00%	20,60%	-5,88*	>2	0,00
Ítem 7	56,70%	16,20%	-7,02*	>2	0,00
Ítem 8	38,70%	10,30%	-3,99*	>2	0,00
Ítem 9	58,70%	13,20%	-7,64*	>2	0,00
Ítem 10	47,30%	9,60%	-5,76*	>2	0,00
Ítem 11	49,30%	4,40%	-8,44*	>2	0,00
Ítem 12	57,30%	11,80%	-8,40*	>2	0,00
Subescala de activación psicofisiológicas					
Ítem 13	57,30%	16,90%	-6,16*	>2	0,00
Ítem 14	46,00%	13,20%	-4,88*	>2	0,00
Ítem 15	61,30%	22,10%	-6,27*	>2	0,00
Ítem 16	70,00%	26,50%	-6,51*	>2	0,00
Ítem 17	70,00%	4,40%	-6,00*	>3	0,00

** p < 5%; * p < 1%

Todos los ítems, correspondientes a las preguntas realizadas mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones, con excepción de los número 2 y 5, correspondientes a la subescala de síntomas de re experimentación en los que no se encontraron diferencias entre las frecuencias obtenidas entre ambos cantones.

En la subescala de re experimentación el ítem que más diferencia significativa muestra ($p < 0,001$) es el número cuatro, que es el reactivo que explica si recordar el suceso le genera molestia. Más de la mitad de la muestra portovejense (56%) reportó experimentar ese sentimiento, mientras en Manta solo la tercera parte (30.9%) de la muestra expresó sentir esa molestia.

Todos los síntomas de evitación mostraron una frecuencia estadísticamente significativa, a favor de la población del cantón Portoviejo y dentro de estos, la

pregunta 9 acerca si el afectado “¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas? “. Más de la mitad de la muestra en Portoviejo 58.7%, respondió afirmativamente y en Manta apenas el 13.20% reportó el síntoma.

El total de ítems de la subescala de activación psicofisiológicas fueron también significativos para los portovejenses afectados, destacándose entre estos, la pregunta 17: “¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?”. En Manta apenas un 4.40% de los participantes reportaron esta sensación, mientras en Portoviejo el 70% de la muestra expresó si haber percibido en un estado de nerviosismo o inquietud.

Tabla 7. Comparación de la aparición de los síntomas respecto a apoyo psicológico brindado.

<i>Recibió apoyo psicológico</i>					
<i>Síntoma</i>	<i>Media</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Nivel p</i>	<i>Intervalo de diferencia</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
<i>Reexperimentación</i>		-1,04	0,3	-2,01	0,62
SI	12,91				
NO	13,61				
<i>Hiperactivación</i>		-2,41	0,07	-3,36	-0,35
SI	10,81				
NO	12,66				
<i>Evitación</i>		-1,75	0,016	-3,65	0,19
SI	13,91				
NO	15,63				
<i>TEPT</i>		-2,03	0,04	-8,66	-1,28
SI	38,43				
NO	42,83				

Se muestran las diferencias de la incidencia del apoyo psicológico sobre el nivel de los síntomas. Los niveles de los síntomas de re experimentación e hiperactivación no se ve influenciados por la ayuda psicológico (p 0,3). Una persona que ha recibido apoyo psicológico va a experimentar en promedio los mismos niveles de hiperactivación (med: no =12,66; si = 10,81) y de re experimentación (med: no = 13,61; si = 12,91).

Por el contrario, el síntoma de evitación si se ve reducido significativamente reducido en los participantes que reportaron haber recibido apoyo psicológico (med: no = 15,63; si = 13,91; p 0,016%).

Globalmente el TEPT, se reduce significativamente en los afectados que recibieron apoyo psicológico (med: si = 38,43; no = 42,83; p 0,04). Las personas que recibieron apoyo psicológico redujeron hasta en 8 puntos sus puntuaciones en la Escala de Valoración de TEPT.

Para determinar la frecuencia de TEPT de acuerdo al cantón, se estableció un punto de corte a partir de la mediana. Así, aquellos individuos que superen el punto de corte son catalogados como personas que presenta el trastorno. La muestra fue evaluada globalmente para establecer el punto de corte, en este caso la mediana fue de 84 puntos en el TEPT, por lo que los participantes que superen los 84 puntos en su TEPT se definen como aquellos que presentan el trastorno. El resto de personas evaluadas las hemos considerado como TEA, debido al tiempo en el que fueron hechas las entrevistas.

La figura 3 muestra la cantidad de individuos con presencia del trastorno de acuerdo al cantón. Es evidente que la muestra portovejense muestra una frecuencia mucho mayor de casos con el trastorno que la muestra que corresponde a Manta. El 70.7 % de los participantes en el cantón Portoviejo presentan el trastorno mientras en Manta este porcentaje es de apenas 21.3%.

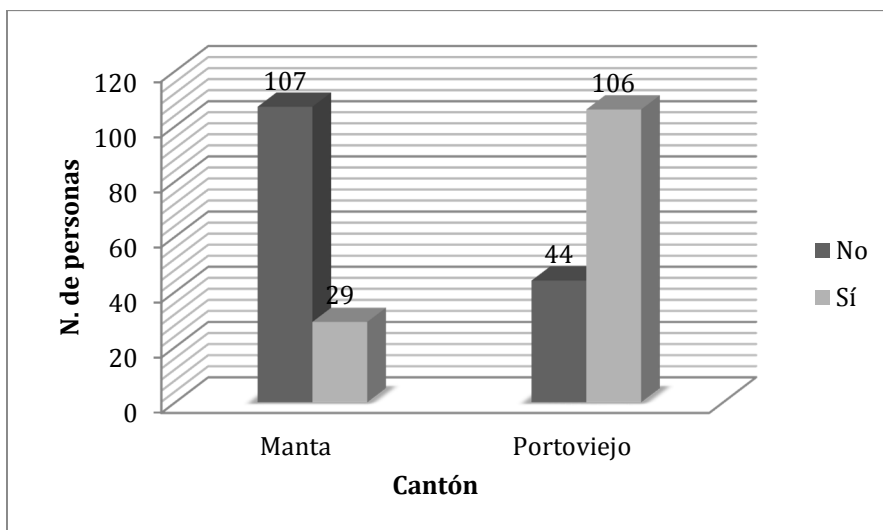


Figura 3 presencia de TEPT según cantón.

Discusión

En cuanto a las propiedades psicométricas de la Escala de Davidson, podemos verificar su validez interna de acuerdo a la aplicación de la fórmula alfa de Cronbach obtenida, la cual alcanzó los niveles significantes, reportados en otros estudios. (22) Así, una vez confirmada su consistencia cabe destacar la utilidad de la misma, pues ofrece una perspectiva dimensional, cuantificando el trastorno de estrés postraumático de manera global y por síntomas, gracias a sus subescalas (5). En Ecuador, posteriores estudios deberían realizarse para determinar la eficacia diagnóstica de la escala global y las subescalas y en diversas muestras que hayan experimentado otro tipo de trastornos como agresión física, violencia familiar, accidentes de tránsito, u otros.

La capacidad discriminativa de cada ítem de la escala también pudo ser comprobada mediante los puntos de cortes obtenidos en las pruebas de medianas y los porcentajes de respuesta positiva según la ciudad. Sin embargo, no es algo nuevo que el nivel de exigencia en la subescala de reexperimentación sea más alto, por ello la significancia no se da en todas las variables consideradas como ítems, esto se

puede deber a que este criterio es el más relevante en el trastorno de estrés postraumático y el que lo diferencia de otros trastornos de ansiedad. (23)

De acuerdo a los resultados del podemos observar que los niveles promedios de todos los síntomas de TEPT es más alto en los habitantes portovejenses, lo cual se explica por la cercanía de la zona al punto de origen del sismo y a que según las cifras oficiales publicadas por los organismos estatales, hubieron mayor cantidad de muertes y pérdidas de bienes.

En comparación con estudio realizado por Cairo JB et Al. En Pisco, Perú en 2010, posterior al terremoto de 2007 (19) se detecto una prevalencia de TEPT del 25,2% del total de personas estudiadas, muy inferior a nuestros resultados con una prevalencia del 70% en el cantón Portoviejo, pero coincidente con una mayor tendencia en correlación con las variables sexo femenino, perdida de familiares y vivienda; pero es de considerar además que la realización del mismo fue a los 150 días posteriores comparado con los 90 días de la realización de nuestro estudio.

De acuerdo al estudio de Abeldaño R et Al. Santiago de Chile en 2010 (6) también se aplicó la escala de Davidson modificada, arrojó una prevalencia de TEPT del 30% acentuando una diferencia similar, con las comparativas de ser un sismo de similar magnitud y proporción de daños tanto humanos como materiales; y una correlación individual entre la magnitud del impacto psicopatológico y las variables perdida de familiares y vivienda.

Cabe recalcar como limitantes de nuestra investigación, el no poder establecer una prevalencia global con la población total de los cantones en estudio, por las dificultades logística que supone tener acceso a la población de estos, por las notables dificultades para el acceso a cada uno de los poblados afectados y que con ello

supondría una demora circunstancial en el periodo de recolección de los datos, disminuyendo así la validez interna en el procesamiento de los mismos.

Conclusión

La población mayormente afectada en el terremoto en base a la escuela de Trauma de Davidson modificada, fueron los habitantes del cantón Portoviejo, coincide que fue el cantón con mayor número de pérdidas de vidas humanas, número de viviendas y la menor capacidad de acceso a servicios de salud (INEC, 2016). De acuerdo a las entrevistas realizadas, Portoviejo tiene mayor puntaje en la presencia de síntomas evaluados en la escala (re experimentación; evitación; hiperactivación). La diferencia de las medias obtenidas según el cantón de residencia en cada uno de los síntomas evaluados, llega a diferir en 2,05 puntos más en la Escala en el síntoma de re experimentación, 4,83 puntos más en hiperactivación, y 6,02 puntos más en evitación. En general, la media un residente portovejense puede llegar a tener hasta 14,03 puntos extras en su Puntuación Total según la Escala Modificada de Davidson comparado con un mantense.

Se pudo constatar que tanto la pérdida de algún familiar o vivienda, aumenta el porcentaje de re experimentación e hiperactivación, la evitación no se ve modificada. El general los niveles más altos de TEPT según la mediana se dieron en aquellos que perdieron algún familiar. La ayuda psicológica no modificó los puntajes totales de re experimentación e hiperactivación, mientras que la evitación se vio claramente influida por este tipo de tratamiento.

Finalmente, en el presente estudio se pudo comprobar la consistencia interna y la capacidad discriminatoria de la Escala de Davidson, por lo que futuras investigaciones deberán evaluar otras propiedades psicométricas del instrumento como su fiabilidad, estructura factorial, validez convergente y divergente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria From DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Bokszczanin A. PTSD symptoms in children and adolescents 28 months after a flood: Age and gender differences. *Journal of Traumatic Stress*. 2007 Jun;20(3):347–51.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Guayaquil, Ecuador: INEC 2016. Disponible desde: http://www.inec.gob.ec/cpv/index.php?option=com_content&view=article&id=232&Itemid=128&lang=es
4. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th Ed. McGraw-Hill. 2011.
5. Echeburúa E. The challenge of posttraumatic stress disorder prevention: How to survive a disaster. *Terapia Psicológica*. 2010;28(2):147–154.
6. Abeldaño R, Fernández AR, Estario JC, Enders JE, Neira M. Screening de trastornos de estrés postraumático en la población afectada por el terremoto chileno de 2010. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014 Nov;30(11):2377–86.
7. Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*. 2016;34(2):111–128.
8. Daskalakis NP, Lehrner A, Yehuda R. Endocrine Aspects of Post-traumatic Stress Disorder and Implications for Diagnosis and Treatment. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2013 Sep;42(3):503.
9. Vicente-Herrero MT, Torres Alberich JI, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Terradillos García MJ, López-González AA, Aguilar Jiménez E. Trastorno de estrés postraumático y trabajo. Criterios de valoración en incapacidad y discapacidad. *Revista Española de Medicina Legal*. 2014 Oct;40(4):150–60.

10. Bobes J, Calcedo-Barba A., García M., François M, Rico-Villademoros, F, et al. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del TEPT. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2000; 28(1), 207-218.
11. Davidson J, Foa E. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991. Nov; 100(3), 346.
12. Derivois D, Mérisier GG, Cénat J-M, Castelot V. Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Social Support Among Children and Adolescents After the 2010 Haitian Earthquake. *Journal of Loss and Trauma*. 2014 May;19(3):202–12.
13. López-García JJ, López-Soler C. Trastorno de estrés postraumático en escolares tras el terremoto de Lorca (España) en 2011. *Gaceta Sanitaria*. 2014 May;28(3):230–3.
14. Dell’Osso L, Carmassi C, Massimetti G, Stratta P, Riccardi I, Capanna C, et al. Age, gender and epicenter proximity effects on post-traumatic stress symptoms in L’Aquila 2009 earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders*. 2013 Apr;146(2):174–80.
15. Chan CLW, Wang C-W, Ho AHY, Qu Z-Y, Wang X-Y, Ran M-S, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among bereaved and non-bereaved survivors following the 2008 Sichuan earthquake. *J Anxiety Disord*. 2012 Aug;26(6):673–9.
16. Cova F, Rincón P. El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental. *Terapia psicológica*. 2010;28(2):179–185.
17. Ying L-H, Wu X-C, Lin C-D. Longitudinal linkages between depressive and posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors following the Wenchuan

- earthquake in China: A three-wave, cross-lagged study. *School Psychology International*. 2012 Aug;33(4):416–32.
18. Guo J, Wu P, Tian D, Wang X, Zhang W, Zhang X, et al. Post-traumatic Stress Disorder among adult survivors of the Wenchuan Earthquake in China: A repeated cross-sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2014 Jan;28(1):75–82.
19. Cairo JB, Dutta S, Nawaz H, Hashmi S, Kasl S, Bellido E. The prevalence of posttraumatic stress disorder among adult earthquake survivors in Peru. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2010;4(01):39–46.
20. Leiva-Bianchi M. Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile: public health problem in Constitución, Chile. *Revista de salud pública*. 2011;13(4):551–559.
21. Cerdá M, Paczkowski M, Galea S, Nemethy K, Péan C, Desvarieux M. Psychopathology in the aftermath of the Haiti earthquake: a population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression. *Depress Anxiety*. 2013 May;30(5):413–24.
22. Villafañe A, Milanesio MS, Marcellino CM, Amodei C. La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. *Revista Evaluar* [Internet]. 2003 [cited 2017 Apr 26];3(0). Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/608>
23. Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 1997;27(01):153–160.

Anexos

1. Escala modificada de Davidson traducida al español por BOBES, 2000.

ESTA ENCUESTA TIENE COMO OBJETIVO VALORAR A LA POBLACIÓN AFECTADA TRAS EL **TERREMOTO OCURRIDO EL PASADO 16 DE ABRIL DEL 2016**, DE MAGNITUD 7.8° EN LA ESCALA DE RICHTER, CON EPICENTRO ENTRE LAS PARROQUIAS PEDERNALES Y COJIMÍES EN LA PROVINCIA DE MANABÍ; ADEMÁS DE LAS 2350 RÉPLICAS OCURRIDAS HASTA LA ACTUALIDAD. **LA INFORMACIÓN QUE USTED COMPARTA A CONTINUACIÓN, SERÁ EVALUADA POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL, SERÁ EXCLUSIVAMENTE CON FINES DE INVESTIGACIÓN MÉDICA, Y NO SE HARÁ USO DE INFORMACIÓN PERSONAL.**

EDAD PÉRDIDA DE VIVIENDA SI NO

SEXO Femenino Masculino PÉRDIDA DE FAMILIAR SI NO

POSEE EMPLEO SI NO SE ENCONTRABA DENTRO O CERCA DE LA ZONA O DURANTE EL EVENTO? SI NO

Considere, para cada pregunta, **CUÁNTAS VECES LE HA MOLESTADO EL SÍNTOMA Y CON CUÁNTA INTENSIDAD, DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA.** Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

FRECUENCIA	GRAVEDAD
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?..	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE APOYO PSICOLÓGICO PARA SOBRELLEVAR LA SITUACIÓN? SI NO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Santelli Romanó, Mónica Daniela**, con C.C: # 0924365620 y **Luzcando Defilippi, Gianna Valeria**, con C.C#.0922913892, autoras del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PORTOVIEJO Y MANTA A LOS 90 DÍAS POSTERIORES AL TERREMOTO DEL 16 DE ABRIL DE 2016** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de **Mayo** del **2017**

f. _____

Nombre: **Santelli Romanó, Mónica**

C.C: 0924365620

f. _____

Luzcando Defilippi, Gianna

C.C: 0922913892

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	PREVALENCIA DE SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PORTOVIEJO Y MANTA A LOS 90 DÍAS POSTERIORES AL TERREMOTO DEL 16 DE ABRIL DE 2016.		
AUTOR(ES)	Santelli Romanó, Mónica Daniela Luzcando Defilippi, Gianna Valeria		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Andrés Zúñiga		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de Mayo del 2017	No. DE PÁGINAS:	35
ÁREAS TEMÁTICAS:	PSIQUIATRÍA, SOCIOLOGÍA, ANTROPOLOGÍA		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Trastorno, estrés, trauma, prevalencia, validación, Escala de Trauma de Davidson.		

RESUMEN/ABSTRACTO:

OBJETIVO: determinar la prevalencia del conjunto de manifestaciones psicopatológicas englobadas dentro del Síndrome de Estrés Posttraumático en la población adulta de Portoviejo y Manta a los noventa (90) días posteriores al terremoto ocurrido el 16 de Abril de 2016 y el grado de correlación entre estas variables. **MÉTODO:** estudio multicéntrico, descriptivo transversal en el que se evaluaron 286 personas de las zonas afectadas por el terremoto dentro de Portoviejo y Manta, mediante encuestas directas en los puntos de Albergues Comunitarios implementados. Para la medición del grado de estrés post traumático de cada persona evaluada se utilizó la escala de Trauma de Davidson Modificada. **RESULTADOS:** de un total de 286 participantes analizados el 52.8% fueron hombres versus un 47.2% mujeres; las edades promedio fueron de 37.18 años en Portoviejo y 35.8 años en Manta. La población del cantón Portoviejo mostró niveles

significativamente más altos en síntomas como la re-experimentación (med=13,56; p 0,008), hiperactivación (med=12,91; p 0,007) y evitación (med=16,44; p<0,001). Por lo que, los habitantes de Portoviejo presentaron un grado de afectación según la escala aplicada más alto que los del cantón Manta, tanto en frecuencia como gravedad (med=44,45; p<0,001). **CONCLUSIÓN:** la población mayormente afectada en el terremoto, fueron los habitantes del cantón Portoviejo, coincidente al ser el cantón con mayor número de pérdidas de vidas humanas, número de viviendas y la menor capacidad de acceso a servicios de salud que abordaran integralmente las secuelas psicopatológicas de este desastre natural.

Palabras clave: trastorno, terremoto, prevalencia, validación, escala de Trauma de Davidson.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-991478347, +593-4-998049267	E-mail: monica.santelli@hotmail.com E-mail: gianna.luzcando@live.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Andrés Zúñiga Vera	
	Teléfono: +593-4-210-9081	
	E-mail: andres.zuniga@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		