



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLADORES DE TRES
DISTRITOS DE LAMBAYEQUE AFECTADOS POR EL
FENÓMENO EL NIÑO COSTERO, 2018”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORA:

BACH. KARLA MARÍA SALAZAR BUSTÍOS

ASESORA:

DRA. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA

LAMBAYEQUE – PERÚ
2019



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLADORES DE TRES
DISTRITOS DE LAMBAYEQUE AFECTADOS POR EL
FENÓMENO EL NIÑO COSTERO, 2018”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

BACH. KARLA MARÍA SALAZAR BUSTÍOS
AUTOR

DRA. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA
ASESORA



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLADORES DE TRES
DISTRITOS DE LAMBAYEQUE AFECTADOS POR EL
FENÓMENO EL NIÑO COSTERO, 2018”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

APROBADO POR EL JURADO:

Dr. MIGUEL ANGEL MARCELO VERAU
PRESIDENTE DEL JURADO

Dr. JULIO CESAR VILLANUEVA ANGELES
SECRETARIO DEL JURADO

Dr. LUIS RICARDO TELLO RODRÍGUEZ
VOCAL DEL JURADO

Dr. MOISÉS ALEJANDRO ROSARIO BORREGO
SUPLENTE DEL JURADO

DEDICATORIA

Con amor:

A Dios, por ser y por estar. Por regalarme una vez más, vida, y por devolverme la salud. Por permitirme poder cuidar de otros y darme una familia que cuida de mí.

A mi hermosa **Gloria**, en el cielo. Por haber sido una excelente madre, por haber confortado mi alma en días grises y haberme impulsado siempre hacia adelante.

AGRADECIMIENTO

En estas líneas, quiero agradecer a todas las que hicieron posible esta investigación.

A mis **padres, Carlos y Liliana**, pilares fundamentales en mi vida, por sus valiosos consejos y la paciencia infinita que han tenido para conmigo en estos últimos tiempos.

A **Josep**, por su inmenso amor y apoyo incondicional, por ser el principal defensor de mis sueños, y sobre todo por creer y confiar en mí. Y a toda mi familia, en general, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hacen de mí una mejor persona.

A mi querida, **Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo**, y a todos mis maestros, por haber compartido no solo conocimientos sino también valiosas lecciones de vida que me motivaron a desarrollarme como persona y profesional.

INDICE

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA	12
III. MATERIALES Y MÉTODOS	23
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIONES.....	31
VI. CONCLUSIONES	35
VII. RECOMENDACIONES.....	37
VIII.REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	39
ANEXOS.....	44

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de estrés postraumático en los habitantes de tres distritos de la provincia Lambayeque afectados por el fenómeno El niño costero.

Materiales y métodos: Estudio de diseño descriptivo, analítico y transversal, la muestra fue de 372 pobladores lambayecanos afectados por el fenómeno El niño costero, el instrumento utilizado fue la escala de trauma de Davidson.

Resultados: la prevalencia de estrés postraumático fue de 39.78%. De los participantes el 57.8% eran mujeres, 52.42% se encontraban entre los 30 y 60 años, el 42.20% eran casados/convivientes y el 38.71% tenía secundaria completa. La edad promedio de los ciudadanos fue de 38.76 años, con una desviación estándar de 15.42. El estrés postraumático presentó mayor prevalencia en: mujeres con un 58.11%, entre los 30-59 años con un 52.03% y en tanto en casados como convivientes con 41.89%. Asimismo, el distrito que presentó mayor prevalencia de estrés postraumático fue Pacora con 38.51%.

Conclusión: La prevalencia de estrés postraumático en los pobladores de los tres distritos en estudio fue de 39.78%.

Palabras clave: estrés postraumático, desastres naturales, fenómeno el niño costero

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of post-traumatic stress in the inhabitants of three districts of the province of Lambayeque affected by the phenomenon El Niño Coastal in 2018.

Materials and methods: Descriptive, analytical and cross-sectional design study, the sample was of 372 Lambayecan inhabitants affected by the El Niño coastal phenomenon, the instrument used was the Davidson trauma scale.

Results: the prevalence of post-traumatic stress was 39.78%. Of the participants, 57.8% were women, 52.42% were between 30 and 60 years old, 42.20% were married / cohabitant and 38.71% had full secondary education. The average age of the citizens was 38.76 years, with a standard deviation of 15.42. Post-traumatic stress was more prevalent in: women with 58.11%, between 30-59 years with 52.03% and in married couples as cohabitants with 41.89%. Likewise, the district with the highest prevalence of post-traumatic stress was Pacora with 38.51%.

Conclusion: The prevalence of post-traumatic stress in the inhabitants of the three districts under study was 39.78%.

Key words: post-traumatic stress, natural disasters, coastal child phenomenon.

I. INTRODUCCIÓN.

I. INTRODUCCIÓN.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), surge como respuesta diferida a un acontecimiento estresante o a una situación que puede ser breve o prolongada, de naturaleza excepcionalmente amenazante, después de por lo menos 3 meses de ocurrida. Se caracteriza por episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma (1,2). Los síntomas destacados y considerados como foco terapéutico son hiperactivación, reexperimentación y evitación (3). Este trastorno afecta aproximadamente al 8% de la población general. Y hasta un tercio de las personas que experimenten un solo episodio, continuarán desarrollándolo en forma crónica (4).

Se define desastre natural como un evento generalmente repentino e imprevisto que ocasiona pérdida de vidas y lesiones, hacinamiento, pérdida de bienes, interrupción de los servicios básicos, daños en la infraestructura, entre otros, afectando a una parte importante de la población. Diversas condiciones, hidrometeorológicas y climáticas favorecen su ocurrencia (5).

El Fenómeno El Niño (FEN) consiste en el aumento de temperatura del mar en la costa, que ocasionalmente produce lluvias intensas, impacta de manera negativa en el ecosistema marino y en ocasiones adquiere la magnitud de desastre, especialmente en la costa norte. Se ha descrito cuatro categorías de intensidad de estos fenómenos: leves, moderados, fuertes y muy fuertes (6). Debiéndose diferenciar de "El Niño costero" el cual se refiere a cuando la temperatura superficial del mar trimestral en la región **Niño 1+2**, ubicada frente a nuestra costa norte excede su promedio en más de 0,4°C por tres o más meses consecutivos (7).

Al producirse los primeros eventos de lluvias intensas e inundaciones, ocho departamentos, se declararon en emergencia sanitaria, siendo Lambayeque uno de ellos. El cambio climático abrupto aunado a la pérdida de viviendas y fuentes

de sustento de las familias lambayecanas, hizo manifiesto problemas de salud mental, tales como depresión y estrés post-traumático. (6,8)

Investigaciones recientes evaluaron los trastornos psicopatológicos post-desastres, y en particular los trastornos por estrés postraumático y depresivos, concluyendo que el impacto psicológico de los desastres depende tanto de las pérdidas, daños y sentimientos de amenaza que generan sobre las personas y su entorno, como de las consecuencias a largo alcance que tienen para sus vidas, en donde algunas dimensiones sociales y políticas tiene una importancia relevante. (9)

La presente investigación es importante porque en la región no existen estudios sobre el estado de la salud mental de la población afectada por el evento climático en estudio, por lo que se considera esencial, documentar datos epidemiológicos con respecto al porcentaje de pacientes que lo presentan, de este modo posteriormente sirva para que a nivel nacional se dicten políticas públicas de salud mental que reduzcan el impacto que estos desastres tengan en ella.

Por lo antes descrito, en este estudio se ha planteado el siguiente problema:

¿Cuál es la prevalencia de estrés postraumático en la población afectada por el niño costero en tres distritos de la provincia de Lambayeque en el año 2018?

Objetivo principal: Determinar la prevalencia de estrés postraumático en pobladores de tres distritos de la provincia de Lambayeque afectados por el fenómeno El niño costero en el año 2018.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el perfil sociodemográfico de los ciudadanos de los distritos Jayanca, Pacora e Íllimo.
2. Determinar la distribución de estrés postraumático según perfil sociodemográfico en habitantes de los distritos en estudio.
3. Precisar el distrito con mayor prevalencia de estrés postraumático.

II. ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA.

II. ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA.

ANTECEDENTES.

Waite et al (10) determinaron el impacto de las inundaciones en la salud mental para lo cual realizaron una investigación de tipo transversal en habitantes de diferentes barrios de Inglaterra. Usaron instrumentos validados para evaluar la posible morbilidad psicológica, el cuestionario de salud del paciente (PHQ 2), la escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-2) y la lista de verificación del trastorno de estrés postraumático (PTSD), obteniendo como resultado que la prevalencia de estrés postraumático fue de 15.2%, concluyendo de este modo que los impactos de las inundaciones son grandes, prolongados y se extienden más allá de aquellos cuyos hogares están inundados.

Chung et al (11) evaluaron la existencia de estrés postraumático y comorbilidad psiquiátrica entre las víctimas de las inundaciones en Pakistán y su relación con las características de exposición al desastre, las distorsiones cognitivas y la supresión emocional en 130 personas, aplicando la escala de diagnóstico de estrés postraumático y un cuestionario de salud emocional de Courtauld, obteniéndose que las características de exposición a desastres se asociaron significativamente con trastorno de estrés postraumático y comorbilidad psiquiátrica.

Dai et al (12) precisaron el grado de estrés postraumático y ansiedad que coexistían en sobrevivientes de inundaciones del lago Dongting, a los 17 años de seguimiento, e identificaron factores de riesgo para el trastorno de estrés postraumático, se contó con una muestra de 325 participantes, a los cuales se les aplicó cuestionarios de autoinforme. Determinaron que la prevalencia de estrés postraumático fue de 9.54% y la comorbilidad del trastorno de estrés postraumático y ansiedad fue del 6.15% concluyendo que el trastorno de estrés postraumático y la comorbilidad del trastorno de estrés postraumático y ansiedad, son prevalentes en sobrevivientes a inundaciones y ambos están relacionados con la intensidad de la exposición a la inundación y la personalidad, lo cual sugiere que se necesitan estrategias de intervención adecuadas para los sobrevivientes de las inundaciones.

Guo et al (13) estudiaron los componentes de estrés psicológico en las víctimas del tifón ocurrido en la provincia de Hainan en noviembre del 2013, y se verificó si existía correlación entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y las concentraciones plaquetarias de 5-HT a fin de establecer bases científicas para poder diagnosticar y tratar debidamente el trastorno de estrés postraumático y establecer una adecuada intervención psicológica en los moradores localizados en las zonas de desastre. La metodología utilizada fue la realización de una encuesta a 5500 habitantes que aceptaron atención psicológica. Por otro lado, se hizo uso de la cromatografía líquida de alto rendimiento para verificar la concentración de serotonina plaquetaria de 100 pacientes con TEPT y al mismo tiempo de 100 personas sanas. Como resultado, obtuvieron que, del total de casos, 3167 (61.93%) manifestaron resultados positivos para detección de sintomatología correspondiente a estrés psicológico, y a 399 (7.8%) se les halló sintomatología parecida a la del TEPT. En cuanto al nivel plaquetario de 5-HT hallado entre los pacientes con TEPT y los del grupo de control normal, las diferencias fueron estadísticamente significativas (13).

Wickrama et al (14) investigaron la salud mental de 160 madres afectadas por el tsunami en la aldea de Polhena después del tsunami en dos puntos temporales, así como sus estrategias de afrontamiento, para lo cual se usó un modelo de ecuación estructural de variable latente, concluyendo los niveles de estrés postraumático se encuentran asociados a las diversas estrategias de afrontamiento (el uso de rituales culturales, la fuerza psicológica interna y las creencias religiosas) (14).

López García y López Soler (15) estudiaron la proporción del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en menores de edad, pasados un mes y un año de ocurrido del terremoto de Lorca, en 2011. La muestra fue de 495 estudiantes, los mismos que fueron analizados para verificar TEPT total y parcial, haciendo empleo de la Escala de Síntomas de Desorden por Estrés Post Traumático en Niños. El análisis arrojó como resultados que 55,4% de los estudiantes (65,6% niñas y 46,9% niños) ya padecían de TEPT a un mes del movimiento telúrico, mientras que un 40,1% (44,5% niñas y 35,9% niños) empezaban a mostrar signos de TEPT al año de ocurrido el sismo. Además, se reportó gracias a este estudio que había una proporción que apuntaba el hecho de que cada dos niñas

pequeñas (8-10 años) muestra síntomas de TEPT después de año de ocurrido el movimiento sísmico (15).

Yang et al (16) valoraron el estado de salud mental de 7076 adultos de la comunidad de Ansan afectados de forma directa o indirecta por el Naufragio de Sewol, seis meses después del suceso, obteniéndose como resultado que la tasa de depresión entre los encuestados fue del 11.8% y, el 18.4% reportó ideación suicida, concluyendo de este modo que los residentes en el área victimizada de Ansan tenían una prevalencia significativamente mayor de trastornos psiquiátricos que en las comunidades de control. (16)

Lería et al (17) estimaron la prevalencia de la sintomatología de estrés post-traumático, así como del estrés subjetivo en estudiantes universitarios tras un aluvión de barro. La metodología consistió en una estrategia asociativa de tipo comparativa transversal y un diseño de grupos naturales, aplicada en una muestra de 149 estudiantes de universidades de la ciudad de Copiapó, Chile; a quienes se realizó una encuesta sociodemográfica, utilizando como instrumentos la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y la Escala de Impacto al Evento Revisada (EIE-R). El resultado del estudio arrojó que el 2% del total de la muestra exterioriza sintomatología concerniente a estrés postraumático; 85% tiene sintomatología asociada al impacto del evento de mediana intensidad y 13.4% presenta sintomatología severa asociada a estrés subjetivo. El sexo de los participantes no representó un factor donde se encontraron diferenciaciones en el resultado de la investigación. Los hallazgos realizados, finalmente, no apuntan la presencia de alta prevalencia de estrés postraumático en el grupo estudiado.

Cova y Rincón (18), precisaron el porcentaje de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en niños, niñas y adolescentes que presenciaron personalmente el terremoto del 27 de febrero del 2010. Para lo cual se usó la Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático y un cuestionario con preguntas de índole sociodemográfico, así como de y posibles elementos que pudieran predecir el estrés postraumático, contando para ello con una muestra consistente en 1.300 participantes cuyas edades fluctuaban entre los 9 y 16 años de edad, habitantes de la región del Bío Bío. Como resultado, se observa que la tasa posible de TEPT fue 30,4% en el grupo conformado por

niñas y mujeres adolescentes y de 15,0% en el correspondiente a varones. Estos resultados apuntan la urgencia de efectuar programas de prevención en la población de grupos etarios conformados por niños, jóvenes e incluso sus familiares, cuyas vidas se vieron afectadas por desastres de esta naturaleza (18).

Alarcón y Cohen (19) analizaron las distintas formas en que los fenómenos naturales presentados en zona Norte del Perú impactaron emocionalmente en la salud mental de las víctimas. La investigación de tipo epidemiológico demostró que 25 % de los habitantes afectados por un fenómeno natural tiene secuelas psicológicas regularmente significativas, con niños y adolescentes como los grupos más afectados. La prevalencia de cuadros clínicos de importancia en niños luego de un fenómeno natural, aumentan hasta en 15%. Determinaron además que entre un 15% a 30% de los habitantes afectados emocionalmente por un fenómeno de esta naturaleza, manifiestan evidencia clínica de Trastorno Depresivo Mayor; el Trastorno de Ansiedad mayor se encuentra en 10% de las víctimas; entre 4% y 5% de habitantes presentan Trastorno de Pánico; de 6 a 12% presenta Trastorno por Abuso por Sustancias y los Trastornos por Síntomas Somáticos representaron entre el 5% y el 7% (19).

Castro y Radas (20) especificaron la sintomatología prevalente de estrés post traumático y, en qué medida estas se encuentran en los habitantes emplazados en la instalación deportiva del Centro Poblado el Milagro, luego del fenómeno del niño costero sucedido en Huanchaco, el mes de setiembre de 2017. Se empleó la metodología observacional, transversal. El instrumento empleado fue el examen de Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP-5), hecho por Crespo, Gómez y Soberon. La muestra consistió en la cantidad total adultos emplazados en el albergue del C.P. del Milagro, de los que 77% fueron de sexo femenino y 23% del masculino. El resultado de la investigación reflejó que de los habitantes que dan muestras de presentar trastorno de estrés postraumático, el 50% de la población se encuentra en nivel medio bajo, 30% en nivel bajo, 18% se ubica en un nivel medio alto y 2% en nivel alto de estrés postraumático; revelando además aparición de criterios del trastorno de estrés post traumático como evitación, modificaciones cognitivas, cambios en la activación y la sintomatología intrusiva originada por haber presenciado el fenómeno del niño costero (20).

Espinoza et al (21) determinaron el porcentaje prevalente de estrés postraumático y realizó un estudio exploratorio de los elementos relacionados a esta perturbación. La metodología empleada fue de índole no probabilística por conveniencia, con una muestra de 184 personas, extraída de un conjunto total de 4321 de entre los damnificados y afectados por los huaicos en el centro poblado de Río Seco en la ciudad de Trujillo. Como instrumento emplearon la escala de trauma de Davidson (gravedad y frecuencia de los síntomas) y una encuesta de naturaleza sociodemográfica. Como resultado se encontraron 89 casos de TEPT, con prevalencia calculada en 48,4% (IC 95%: 40,9-55,9). Además, se encontró que, pese a que este porcentaje tuvo mayor incidencia en personas de estado civil separado, con sueldo de menos de 500 soles, y con casa derribada o que no contaba con condiciones para vivir, se halló que teniendo una ingreso de 500-1000 soles rebaja en sólo 45% la posibilidad de sufrir TEPT, no se descubrieron otros elementos relacionados (21).

Pérez et al (22) estableció el porcentaje de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en mayores de edad localizados en el Sector Río Seco del Distrito El Porvenir, afectado por el Fenómeno del Niño presentado en marzo 2017. La metodología empleada consistió en estudio descriptivo transversal prospectivo, con una muestra de 134 habitantes que presentaban puntuación de más de 15 en la Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. El resultado del estudio evidenció que el porcentaje de TEPT fue de 35%, presentándose en 61% de adultos, encontrándose con 97% de nivel socioeconómico E; 28% de pobladores con primaria completa. El 66% de los habitantes fueron mujeres, de las que el 53% tenían como ocupación ser amas de casa. El síntoma que más se presentó fue la evitación, representando el 83%, superior a la re-experimentación y al incremento de la activación.

BASE TEÓRICA.

La Organización Mundial de la Salud (23) define a los trastornos mentales como “una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.”. Todos estos procesos abarcan un gran abanico de funcionalidades psíquicas, por lo que se entiende que su alteración puede influenciar negativamente en cómo el paciente se relaciona con su entorno familiar y social.

Otra definición, es la propuesta en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), en la que indica que el término «trastorno mental» implica, lamentablemente tan solo, una distinción entre lo mental y lo físico (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta. (24)

La Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (25) por su parte, define a las enfermedades mentales como “desordenes del cerebro que afectan los pensamientos, sentimientos, estados de ánimo, la habilidad de relacionarse con otros y el funcionamiento diario de las personas”, definición que no se limita con lo que siente la población que sufre uno de estas enfermedades mentales, sino también a la interrelación que, como seres sociales, tienen para con los demás y cómo esta se ve afectada en su funcionalidad.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10) (1) el trastorno de estrés postraumático es una “respuesta tardía a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente peligrosa o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.”

Para el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (26), el Trastorno por Estrés Postraumático consiste en “un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante,

terrorífico o peligroso”. Estos trastornos son de tal naturaleza que la influencia que tienen en la psique del paciente también puede observarse en su parte física, activando a su vez, mecanismos de defensa que puede ir desde huir hasta luchar. Esta clase de trastorno se presenta en gran variedad de personas, desde las que presenciaron la muerte repentina de un familiar hasta las que presenciaron y padecieron guerras o desastres naturales.

El Colegio Real de Psiquiatras (27) define al Trastorno de estrés postraumático (TEPT) como una reacción desencadenada que padecen personas expuestas a un evento o experiencia traumática, la misma que puede tener una duración de meses o años. La misma institución apunta que la aparición de síntomas de TEPT puede darse dentro de los primeros seis meses después del evento que casó el trauma.

La Asociación Americana de Psiquiatría (24) divide la sintomatología del estrés postraumático en tres grupos:

Síntomas de re-experimentación del trauma: El paciente puede presentar pesadillas que guarden alguna relación con los instantes del acontecimiento que le produjo la enfermedad mental, se despierta súbitamente y con palpitaciones, por lo que a veces evita incluso dormir. También puede haber sentimientos de enojo o tristeza, pudiendo presentarse episodios intensos.

Síntomas de Activación: El paciente muestra reacciones de sobresalto ante contacto físico fortuito o simplemente ante un acercamiento, parecen estar permanentemente ‘en guardia’. Presenta problemas de concentración, insomnio y ataque de ira.

Evitación: La persona empieza a esforzarse por no tener pensamientos o sentimientos que guarden relación con el trauma; por lo que además es frecuente que empiece a distanciarse de ciertas situaciones, actividades o personas que le hagan recordar la mala experiencia. Se presenta también distanciamiento emocional del entorno que lo rodea, lo que le lleva a no poder relacionarse como quisiera con sus seres queridos, por lo que a veces se les oye decir ‘es como si no pudiera sentir nada por nadie’.

Luego del evento traumático, ciertos pacientes tienen la sensación de no ser los mismos de antes. La imagen que tienen de sí mismo se torna con mucha negatividad y se reprenden por situaciones por las que sienten culpa. Otras veces tienen sentimientos de vergüenza debido a que sienten que debieron reaccionar distinto antes de la situación que desencadenó el trauma. Presentan frecuentes pesadillas o tendencias negativas relacionadas al trauma, lo que los conducen a pensar que se están volviendo locos, haciendo más fuerte el sentimiento de vulnerabilidad. Esta impresión de pérdida de control y de enajenación surge también si el individuo no puede sentir de la misma manera que antes respecto a gente que jamás le produjo algún daño, también cuando tienen el sentimiento de que todo lo que observan alrededor suyo no tiene vida, o como si solamente estuvieran observando una foto. Su visión del mundo sufre una variación radical, por lo que empiezan a sentir desconfianza de todos, así como la sensación de que en cualquier instante le va a pasar algo que le haga daño. Estas sensaciones de susceptibilidad son más habituales en gente que pasó por traumas inducidos a propósito por otra persona. Por otro lado, como, por ejemplo, en los accidentes de tráfico, la desconfianza se circunscribe a asuntos asociados con el manejo y el transporte público. Estas variaciones en la forma de recapacitar ante lo que le rodea lo llevan por lo general a no ir a muchos lugares que antes del acontecimiento desencadenante del trauma suponía como seguros. La impresión de haberse transformado perpetuamente nutre su desilusión y el menoscabo en el interés de las cosas y asuntos que para él antes eran agradables. El estado mental puede volverse tan resquebrajado que quizá pierda el interés en el futuro y, por el contrario, sienta la necesidad de llorar. Finalmente, es muy frecuente hallar gente que reaccione con mucho enojo, ya que consideran que lo que le rodea o la vida no ha sido justa con ellos o porque perciben de todo ello una sensación de abandono.

Los tratamientos que se dan en caso de estrés postraumático consisten en: Terapia cognitivo-conductual y medicación farmacológica. A estas dos formas de tratamiento los especialistas las consideran como los más efectivos hoy en día. Dentro de la Terapia cognitivo-conductual, se da la exposición, consistente en instruir al paciente a controlar sus recuerdos para lograr hacer que estos no se presenten de manera involuntariamente, de modo que no lo vulneren ni le

inciten a sentir temor, desconsuelo, ansiedad o enojo cada vez que asomen. Esto se lleva a cabo hasta que llega un instante en que el paciente recuerda sin tener la sensación de temor y se da cuenta que recordar no le va a hacer daño. En cuanto a la administración de fármacos, las medicaciones serotoninérgicas son las más frecuentemente empleadas. Su eficacia ha sido probada en estudios controlados. Sin embargo, la diversidad de síntomas y la variedad de problemas severos que acompañan al cuadro requieren muchas veces que la estrategia farmacológica se enfoque en tratar estas patologías asociadas que pueden interferir en el tratamiento psicológico. Esta modalidad de tratamiento numerosas veces se emplea si el paciente tiene síntomas de angustia o de depresión, siendo estos de mucha intensidad, y cuando se crea que el paciente otra vez sufra un trauma o se presente una situación amenazante. Esta clase de tratamientos deben estar en todo momento bajo prescripción médica.

Un desastre es un evento de gran magnitud, que altera la estructura básica y el funcionamiento normal de una sociedad o comunidad, ocasionando víctimas y daños o pérdidas de bienes materiales, infraestructura, servicios esenciales o medios de sustento a escala o dimensión más allá de la capacidad normal de las comunidades o instituciones afectadas para enfrentarlas sin ayuda, también se considera, si existe una perturbación ecológica abrumadora que acaece a escala suficiente para que se necesite auxilio, concibiéndose a los desastres naturales como fenómenos que no son producidos por la acción directa del hombre. (28)

El fenómeno El niño (FEN) en forma global se definiría como aquellos eventos de duración de algunos meses, con altas temperaturas del mar en nuestra costa, que puede producir lluvias intensas, principalmente en la costa norte e influenciar de forma negativa en el biosistema marino (29), mientras que “El Niño costero” según la Comisión Multisectorial encargada del Estudio Nacional del Fenómeno El Niño (ENFEN) (30) se refiere al aumento del promedio de temperatura superficial del mar en 0.4°C, en la región **Niño 1+2**, ubicada frente a nuestra costa norte, por tres meses consecutivos a más, pudiendo estar asociados a lluvias muy fuertes, logrando inclusive en algunas ocasiones la trascendencia de desastre.

Por su parte El Instituto del Mar del Perú (31) define al “Niño Costero” como un evento climático el cual, independientemente de los procesos físicos que lo

puedan originar, está relacionado a la presencia de aguas anómalamente cálidas en forma persistente durante varios meses en la región del Océano Pacífico, principalmente a lo largo de la costa norte del Perú y de Ecuador. En algunos casos las aguas cálidas pueden extenderse hacia la costa central y sur del Perú. Este evento puede estar asociado a lluvias muy fuertes durante el verano en las zonas medias y bajas de la costa norte e inclusive de la costa central, así como a impactos en el ecosistema marino peruano, de acuerdo a su magnitud y persistencia.

III. MATERIALES Y MÉTODOS.

III. MATERIALES Y MÉTODOS.

1. Tipo de estudio.

Estudio descriptivo, analítico y transversal.

2. Población y muestra.

La conformación de la población de estudio se realizó mediante la identificación de todos los ciudadanos de la provincia de Lambayeque, afectados por el fenómeno El niño costero. Dicha información obtenida de la página del Instituto Nacional de Defensa Civil INDECI, constituyó una cantidad de 10135 damnificados.

La muestra fue de 372 personas, la cual se obtuvo mediante el programa EPIDAT V4.0, con un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada del 50%. Intencionalmente se dividió dicha muestra en 3 grupos de 124 personas para cada distrito. El muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión: Pobladores de ambos sexos, que habiten en los distritos de Jayanca, Pacora e Íllimo, mayores de 18 años, registrados en la Base de datos de Defensa civil de su distrito y además acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Exclusión: personas que tuvieran diagnóstico previo de estrés postraumático, quienes no se encuentren empadronados por defensa civil de su municipalidad, tampoco aquellos pobladores con deterioro cognitivo en los cuales no se pueda aplicar la encuesta, ni aquellos menores de 18 años.

3. Técnicas de recolección de datos, validez de instrumentos, equipos y materiales.

Después de que se obtuvo los permisos otorgados por las diferentes municipalidades a través de los Jefes de Defensa civil, se nos otorgó una base de datos con los pobladores damnificados agrupados en sectores. Se seleccionó al azar a 124 personas de cada distrito, creando posteriormente un consolidado. Luego, se acudió a los diferentes sectores de cada distrito, entrevistando al jefe de familia al cual se le explicó el objetivo principal de la investigación,

posteriormente se hizo entrega del consentimiento informado en el cual autorizó su participación en la realización del mismo, procediendo después con la aplicación de la encuesta.

Como instrumentos se utilizó, una encuesta sociodemográfica y la Escala de Trauma de Davidson. Esta última se trata de una escala autoadministrada de 17 ítems que evalúan frecuencia y la gravedad de los síntomas de TEPT que se presentaron durante la última semana previa a la realización de la encuesta. Pese a que los 17 ítems son los mismos en la escala de frecuencia y gravedad, el formato de respuesta varía en cada una de estas subescalas. El formato de respuesta ofrece 5 alternativas para "frecuencia" (de 0 = nunca a 4 = todos los días) y 5 para "gravedad" (de 0 = nada a 4 = extremadamente alta). Mason, Lauterbach, McKibben, Lawrence y Fauerbach, sugieren considerar una puntuación total, obtenida de la sumatoria del puntaje de las respuestas dadas tanto en la "frecuencia" como en la "gravedad" de cada síntoma. La puntuación total oscila entre 0 y 136 (a mayor puntuación, mayor incidencia del trastorno de estrés postraumático). Davidson et al. establecen como criterio de corte los 40 puntos. (32) Esta escala fue validada y traducida al español por Bobes et al (33) y aplicada en una población peruana en Lima y Moquegua (34).

4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Se diseñó una base de datos en Excel con la información obtenida de la encuesta, determinando la prevalencia con un intervalo de confianza de 95%. Las variables sociodemográficas fueron organizadas utilizando tablas de distribución de frecuencias, así como medidas de tendencia central y de dispersión según corresponda.

5. Aspectos éticos.

Este estudio cumplió con todas las normativas institucionales para la autorización de su ejecución. Las personas que participaron tuvieron la libertad de elegir y determinar sus propias acciones, para ello se hizo entrega del consentimiento informado, como constancia del respeto al ejercicio de la autonomía de la persona. El beneficio de esta investigación fue el de aportar datos epidemiológicos que sirvan como base para estudios posteriores.

La información brindada para la realización de este estudio es estrictamente confidencial y que no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin su consentimiento.

IV. RESULTADOS.

IV. RESULTADOS.

Cuadro N° 01. Prevalencia de estrés postraumático en pobladores de tres distritos de Lambayeque, afectados por el fenómeno El niño costero en el año 2018

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Fi	%
SÍ	148	39.78
NO	224	60.22
TOTAL	372	100.00

Fi: frecuencia absoluta

Fuente: Encuesta de Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS).

Cuadro N° 02. Perfil sociodemográfico de pobladores de tres distritos de la provincia de Lambayeque, afectados por el fenómeno El niño costero en el año 2018

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Fi	%
SEXO		
Femenino	215	57.80
Masculino	157	42.20
EDAD		
18-29	128	34.41
30-59	195	52.42
60 a más	49	13.17
ESTADO CIVIL		
Soltero	109	29.30
Casado / Conviviente	157	42.20
Divorciado / Separado	87	23.39
Viudo	19	5.11
NIVEL DE ESTUDIOS		
Sin estudios	30	8.06
Primaria	129	34.68
Secundaria	144	38.71
Superior	69	18.55
SITUACION LABORAL		
Trabajador tiempo completo	31	8.33
Trabajador tiempo parcial	218	58.60
Desempleado	13	3.49
Ama de casa	106	28.49
Jubilado	4	1.08
LESIÓN/FALLECIMIENTO DE FAMILIARES		
Sí	59	15.86
No	313	84.14

Fi: frecuencia absoluta

Fuente: Encuesta sociodemográfica

Cuadro N° 03. Distribución de estrés postraumático según perfil sociodemográfico en habitantes de tres distritos de la provincia de Lambayeque afectados por el fenómeno El niño costero 2018.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	
	n	%
SEXO		
Femenino	86	58.11
Masculino	62	41.89
EDAD (años)		
18-29	47	31.76
30-59	77	52.03
60 a más	24	16.22
ESTADO CIVIL		
Soltero	38	25.68
Casado / Conviviente	62	41.89
Divorciado / Separado	36	24.32
Viudo	12	8.11
NIVEL DE ESTUDIOS		
Sin estudios	14	9.46
Primaria	58	39.19
Secundaria	54	36.49
Superior	22	14.86
SITUACION LABORAL		
Trabajador tiempo completo	18	12.16
Trabajador eventual	81	54.73
Desempleado	3	2.03
Ama de casa	43	29.05
Jubilado	3	2.03
LUGAR DE RESIDENCIA		
Jayanca	47	31.76
Pacora	57	38.51
Illimo	44	29.73
LESIÓN/FALLECIMIENTO DE FAMILIARES		
Sí	52	35.14
No	96	64.86

Fi: frecuencia absoluta

Fuente: Encuesta de Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS).

V. DISCUSIÓN.

V. DISCUSIÓN.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) fue motivo de investigación debido a que este puede ocurrir en respuesta a sucesos traumáticos como por ejemplo fenómenos climáticos extremos que atropellen la integridad de la persona y/o supongan una amenaza, para su vida o la de sus allegados, provocando cambios conductuales, los cuales afecten la salud mental y física de quién lo posee y generen limitaciones en su entorno familiar y social (35).

Las inundaciones son el peligro natural global más frecuente. Pasar por un evento de lluvias torrenciales que las ocasionen, pueden dejar profundas consecuencias en la salud mental de las personas.

En nuestra investigación, los habitantes de los distritos en estudio, estuvieron expuestos a inundaciones ocasionadas por el fenómeno El niño costero, siendo la prevalencia de estrés postraumático, un año y medio después, de 39.78%. Este hallazgo de una elevación persistente en los niveles de morbilidad psicológica más allá de los 12 meses coincide con otras investigaciones transversales después de desastres naturales, las cuales hacen mención al impacto negativo que tienen las inundaciones durante un período prolongado para las personas cuyos hogares se inundaron (12,36–38), además en otros estudios epidemiológicos transversales se observan factores que modifican de forma constante la prevalencia de TEPT, han sido señalados: a) sexo femenino; b) bajos ingresos o bajo nivel educativo, c) severidad objetiva del desastre: haber sufrido la pérdida de vidas o de bienes como el hogar, haber sufrido lesiones físicas, ser testigo de la muerte de alguien cercano, estar sin comida o agua, desplazamiento prolongado y d) severidad subjetiva del desastre e) falta de habilidades de afrontamiento y apoyo social (21,22,39,40). Todo ello apunta a que, si bien la prevalencia de estrés postraumático disminuye con el tiempo, un porcentaje de personas podría presentarlo de forma crónica, a causa de la permanente presencia los factores antes mencionados.

Además, el porcentaje de prevalencia obtenido es bajo en comparación con otros desastres naturales como terremotos (41) debido a las consecuencias imprevisibles y catastróficas que estos últimos generan en la población.

Respecto a la caracterización sociodemográfica de la población y su correlación con la mayor prevalencia de estrés postraumático tenemos que las mujeres obtuvieron mayor prevalencia de estrés postraumático, lo cual coincide con múltiples investigaciones (21,22,42) y esto podría deberse a que forman parte del grupo vulnerable por tener mayor riesgo de exposición a aquellos traumas que están asociados a una mayor probabilidad TEPT, lo cual aumenta su percepción de amenaza e incrementa su pérdida de control ante el trauma, además de su mayor reacción emocional, el menor apoyo social que recibe, entre otros.

El grupo etario en el que se encontró mayor prevalencia de estrés postraumático fue en adultos de 30-59 años, lo cual si bien no concuerda con varios estudios epidemiológicos (43–45) en donde se muestra que el TEPT puede comenzar a cualquier edad, la edad de inicio predominante fue de 23 años en Estados Unidos, 26 años en Australia y 28 años en Europa. Lo encontrado en esta investigación podría deberse a que la edad de la mayoría de la población encuestada correspondía a las edades de 30 a 59 años.

Los grados de instrucción en donde se encontró mayor prevalencia de estrés postraumático fueron los de primaria / secundaria completa, lo cual coincide con las investigaciones hechas tanto en pobladores chilenos expuestos a un aluvión de barro como en ciudadanos peruanos expuestos al fenómeno El niño, habiéndose hallado mayor prevalencia de morbilidad psicológica en personas con grado de instrucción primario y nivel socioeconómico bajo (17,20) esto podría explicarse a que las personas, a mayor grado de instrucción tendrán mayor conocimiento sobre prevención lo cual permitirá hacer las consecuencias menos impredecibles, disminuyendo así la vulnerabilidad psicológica.

En este estudio hallamos que la prevalencia de TEPT fue mayor en pobladores que habían sufrido fallecimiento o accidente de algún familiar o conocido, lo cual corresponde a investigaciones en donde se resalta que el daño persistente en los hogares, así como las lesiones o pérdida de parientes, predispone a la población expuesta a un suceso traumático a una morbilidad psicológica que inclusive podría hacerse crónica (11,43,46–48).

Respecto al estado civil de los habitantes con mayor prevalencia de estrés postraumático, se encuentra el casado o conviviente, lo cual no está acorde a ciertas investigaciones que señalan que el TEPT predomina en personas que tienen algún déficit en relaciones sociales, tales como personas solteras, divorciadas, viudas o con un aislamiento social importante, lo cual se traduce en falta de apoyo social, que dicho sea de paso es una circunstancia que modifica la prevalencia, como se mencionó en un inicio; sin embargo los resultados obtenidos en este estudio pueden ser debido a que la mayor parte de la población encuestada convivían o se encontraban casados.

Se encontró que, la prevalencia de estrés postraumático obtenida en los distritos en estudio, concuerda con los diferentes estudios realizados en distritos afectados por inundaciones causadas por el Fenómeno El niño (21, 22). Sin embargo no existen investigaciones realizadas en el departamento de Lambayeque que nos permitan comparar los resultados obtenidos.

El alto porcentaje de prevalencia que presentan los ciudadanos del distrito de Pacora, podría ser causado por el poco apoyo socioeconómico que recibieron los pobladores por parte de sus autoridades, ya que existen estudios en los que se concluye que no solo la intensidad y duración del desastre son los principales predictores de estrés postraumático sino que influye de una forma importante en su prevalencia el apoyo social e institucional que recibe la población afectada (49).

Entre las limitaciones se encuentra el tipo de muestra utilizada, puesto que, al ser no probabilística, los datos no pueden ser generalizables a toda una población y sólo son representativos para los participantes del estudio, sin embargo, quedan las matrices de datos disponibles para posteriores estudios con otros alcances.

VI. CONCLUSIONES.

VI. CONCLUSIONES.

1. La prevalencia de estrés postraumático en los habitantes de los tres distritos en estudio fue de 39.78%
2. Al evaluar los datos sociodemográficos se concluye que en su mayoría fueron mujeres, la mayor parte de la población tenía de 30 a 59 años, el estado civil predominante fue el de casado o conviviente. Respecto a los grados de instrucción, destacaron la primaria y secundaria completa. La situación laboral prevaleciente fue la de trabajo de tiempo parcial.
3. El estrés postraumático presenta mayor prevalencia en mujeres, en pobladores con bajo grado de instrucción y en quienes debido al fenómeno El niño costero hayan sufrido el fallecimiento o accidente de algún familiar.
4. El distrito con mayor prevalencia de estrés postraumático fue Pacora.

VII. RECOMENDACIONES.

VII. RECOMENDACIONES.

- 1.** Organizar jornadas de consulta psiquiátrica con el propósito de detectar casos de estrés postraumático y de este modo iniciar el tratamiento psicoterapéutico que corresponde.
- 2.** Implementar políticas de salud mental dirigidas a cubrir las necesidades de este grupo social damnificado en especial de aquellas personas con trastorno de la autorregulación emocional.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. CIE 10 Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS [Internet]. Disponible en: http://psicoarea.org/cie_10.htm#43
2. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med*. 2017;376(25):2459–69.
3. Zhang X-D, Yin Y, Hu X-L, Duan L, Qi R, Xu Q, et al. Altered default mode network configuration in posttraumatic stress disorder after earthquake: A resting-stage functional magnetic resonance imaging study. *Medicine (Baltimore)*. septiembre de 2017;96(37):e7826.
4. Miller MW, Sadeh N. Traumatic stress, oxidative stress and posttraumatic stress disorder: neurodegeneration and the accelerated-aging hypothesis. *Mol Psychiatry*. noviembre de 2014;19(11):1156–62.
5. Hijar G, Bonilla C, Munayco CV, Gutierrez EL, Ramos W. Fenómeno el niño y desastres naturales: intervenciones en salud pública para la preparación y respuesta. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. abril de 2016;33(2):300–10.
6. Boletín epidemiológico [Internet]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=347&Itemid=249
7. Venkateswaran K, MacClune K, Enríquez MF, ISET I. El Niño Costero: Las inundaciones de 2017 en el Perú. 1°. Perú; 2017.
8. Damnificados serán evaluados para descartar estrés post traumático [Internet]. RPP Noticias. Disponible en: <http://rpp.pe/peru/lambayeque/damnificados-seran-evaluados-para-descartar-estres-post-traumatico-noticia-1047118>
9. Cova F, Rincón P. El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental. *Ter Psicológica*. diciembre de 2010;28(2):179–85.
10. Waite TD, Chaintarli K, Beck CR, Bone A, Amlôt R, Kovats S, et al. The English national cohort study of flooding and health: cross-sectional analysis of mental health outcomes at year one. *BMC Public Health*. el 28 de enero de 2017;17(1):129.
11. Chung MC, Jalal S, Khan NU. Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity following the 2010 flood in Pakistan: exposure characteristics, cognitive distortions, and emotional suppression. *Psychiatry*. 2014;77(3):289–304.
12. Dai W, Kaminga AC, Tan H, Wang J, Lai Z, Wu X, et al. Comorbidity of post-traumatic stress disorder and anxiety in flood survivors: Prevalence and shared risk factors. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(36):e7994.
13. Guo J-C, Tian Z-L, Wang X-D, Guo M, Li M-Y-W, Gao Y-S, et al. Post-traumatic stress disorder after typhoon disaster and its correlation with platelet 5-HT concentrations. *Asian Pac J Trop Med*. 2016;9(9):913–5.
14. Wickrama T, Wickrama KAS, Banford A, Lambert J. PTSD symptoms among tsunami exposed mothers in Sri Lanka: the role of disaster exposure, culturally

specific coping strategies, and recovery efforts. *Anxiety Stress Coping*. el 4 de julio de 2017;30(4):415–27.

15. López-García JJ, López-Soler C. Trastorno de estrés postraumático en escolares tras el terremoto de Lorca (España) en 2011. *Gac Sanit*. 2014;28(3):230–3.
16. Yang HJ, Cheong HK, Choi BY, Shin M-H, Yim HW, Kim D-H, et al. Community mental health status six months after the Sewol ferry disaster in Ansan, Korea. *Epidemiol Health*. 2015;37:1–14.
17. Lería Dulčić F, Salgado Roa J. Estrés post-traumático y estrés subjetivo en estudiantes universitarios tras aluvión de barro. *ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO ESTRÉS SUBJETIVO EN Estud Univ TRAS ALUVIÓN BARRO*. 2016;10(2):129–41.
18. Cova F, Rincón P. El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental. *Ter Psicológica*. 2013;28(2):179–85.
19. Alarcón R, Cohen R. Desastres Naturales y salud mental. *Rev Diagnóstico*. 2017;56(3):139–48.
20. Castro José, Radas D. Estrés post traumático por el fenómeno del niño costero en jóvenes y adultos en el Polideportivo del C.P. El Milagro – Distrito de Huanchaco, Setiembre 2017. *Cuad Crisis*. 2018;2(17):28–57.
21. Espinoza-Neyra C, Jara-Pereda M, Díaz-Vélez C. Trastorno de estrés postraumático en una población afectada por inundaciones ocasionadas por el niño costero en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017;34(4):751–2.
22. Pérez C del PA, Mendocilla EDA, Zumaeta NVS, Huayaney JKC. Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático en pobladores mayores de 18 años del sector Río Seco del distrito El Porvenir afectados por el fenómeno del Niño Costero en 2017. *Rev Médica Trujillo [Internet]*. el 15 de julio de 2018;13(2). Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/1945>
23. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 4° Edición. Barcelona: Masson; 2000. 897 p.
24. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 5° edición. España: Panamericana; 2014. 1000 p.
25. Alianza Nacional de Enfermedades mentales. Trastornos Mentales - NAMI Lane County [Internet]. NAMI Lane County. Disponible en: <https://namilane.org/trastorno-limite-de-la-personalidad/>
26. Instituto Nacional de Salud Mental. Trastorno por estrés postraumático [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/index.shtml>
27. Royal College of Psychiatrists. Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) [Internet]. RC Psych Royal College of Psychiatrist. Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/spanish/posttraumaticstressdisorder>

28. Navarro V, Rodríguez G, Sosa Á. Organización de los servicios de urgencia en la APS frente a la gran emergencia y los desastres. *Rev Las Cienc Salud Cienfuegos*. 2006;11:142–9.
29. Martínez A, Takahashi K. ¿El niño costero o fenómeno El niño? *Rev Moneda*. 2017;2(170):34–7.
30. Nota Técnica ENFEN Abril-2012 | Definición operacional de los eventos El Niño y La Niña y sus magnitudes en la costa del Perú [Internet]. ENFEN. Disponible en: <http://enfen.gob.pe/download/nota-tecnica-enfen-abril-2012-definicion-operacional-de-los-eventos-el-nino-y-la-nina-y-sus-magnitudes-en-la-costa-del-peru/>
31. Instituto del Mar del Perú. Definición “El Niño Costero” [Internet]. Disponible en: http://www.imarpe.pe/imarpe/index.php?id_seccion=I017504020000000000000000
32. 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. *Psychol Med*. enero de 1997;27(1):153–60.
33. Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, François M, Rico-Villademoros F, González MP, et al. Evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of 5 questionnaires for the evaluation of post-traumatic stress syndrome. *Actas Esp Psiquiatr*. agosto de 2000;28(4):207–18.
34. Espinoza-Neyra C, Jara-Pereda M, Díaz-Vélez C. Réplica: Sobre la evaluación del trastorno por estrés postraumático a los afectados por El Niño. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. julio de 2018;35(3):541–541.
35. Guillén H, Gutierrez K. Avances genéticos en el trastorno por estrés postraumático. *Rev Colomb Psiquiatr*. junio de 2018;47(2):108–18.
36. Jermacane D, Waite TD, Beck CR, Bone A, Amlôt R, Reacher M, et al. The English National Cohort Study of Flooding and Health: the change in the prevalence of psychological morbidity at year two. *BMC Public Health*. 07 de 2018;18(1):330.
37. Chen L, Tan H, Cofie R, Hu S, Li Y, Zhou J, et al. Prevalence and Determinants of Chronic Post-Traumatic Stress Disorder After Floods. *Disaster Med Public Health Prep*. octubre de 2015;9(5):504–8.
38. Chen L, Liu A. The Incidence of Posttraumatic Stress Disorder After Floods: A Meta-Analysis. *Disaster Med Public Health Prep*. junio de 2015;9(3):329–33.
39. Thabet AM, Thabet SS. The Relationship between Trauma due to Winter Storm Alexa, PTSD, Mental Health of Palestinians in the Gaza Strip. *Res Health Sci*. el 25 de marzo de 2016;1(1):11.
40. Quan L, Zhen R, Yao B, Zhou X. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder among flood victims: Testing a multiple mediating model. *J Health Psychol*. el 1 de mayo de 2017;1359105317707568.
41. Díaz Martínez X, Mena Bastías C, Mercado Aravena M, Castro López R, Molina Castillo S, Oñate Mena J, et al. Síntomas del trastorno por estrés postraumático en la comuna chilena de Cobquecura, 2010. *Rev Cuba Salud Pública*. 2016;42(2):284–93.

42. Vitriol G V, Cancino A A, Riquelme S P, Reyes F I. Terremoto en Chile: estrés agudo y estrés post-traumático en mujeres en tratamiento por depresión grave. *Rev Médica Chile*. marzo de 2013;141(3):338–44.
43. Bados A. Trastorno por estrés postraumático. [España]: Universidad de Barcelona; 2015.
44. Portilla K, Avalos E. Trastorno de estrés postraumático desde un caso clínico. *Rev Médica Trujillo*. 2018;13(1):35–40.
45. Thapa P, Acharya L, Bhatta BD, Paneru SB, Khattri JB, Chakraborty PK, et al. Anxiety, Depression and Post-Traumatic Stress Disorder after Earthquake. *J Nepal Health Res Counc*. el 13 de marzo de 2018;16(1):53–7.
46. Mendoza-Mojica SA, Márquez-Mendoza O, Veytia-López M, Ramos-Lira LE, Orozco-Zavala R, Mendoza-Mojica SA, et al. Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática en estudiantes de preparatoria. *Salud Pública México*. diciembre de 2017;59(6):665–74.
47. Bunz M, Mücke H-G. [Climate change - physical and mental consequences]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. junio de 2017;60(6):632–9.
48. Burri A, Maercker A. Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. *BMC Res Notes*. 2014;7:407.
49. Fontalba-Navas A, Lucas-Borja ME, Gil-Aguilar V, Arrebola JP, Pena-Andreu JM, Perez J. Incidence and risk factors for post-traumatic stress disorder in a population affected by a severe flood. *Public Health*. 2017;144:96–102.

ANEXOS

ANEXO N° 01: **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Estudio de investigación: “Trastorno de estrés postraumático en población afectada por el fenómeno El niño costero en tres distritos, 2018”

Yo,

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por la estudiante de Medicina del 6to año de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo y la Dra. Blanca Falla Aldana, profesora en dicha Universidad.

He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de Trastorno de estrés postraumático en población afectada por el fenómeno “El niño costero”.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) que puedo hacer preguntas sobre el proyecto y que puedo retirarme del mismo cuando así decida, sin que ocasione problema alguno sobre mi persona.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la persona responsable:

Karla María Salazar Bustíos

Telefono: 941806527

Correo Electrónico: Karla.msb@hotmail.com

Fecha:

DNI:

Firma del participante:

ANEXO N° 02:

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por J Bobes, MT Bascarán, MP Gonzales, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, DH Wallace, 17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H ___ M ___

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: _____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta:

<p>Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. 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.</p>	<p><u>Frecuencia:</u> 0= nunca 1= a veces 2= 2-3 veces 3= 4-6 veces 4= a diario</p>	<p><u>Gravedad</u> 0= nada 1= leve 2= moderada 3= marcada 4= extrema</p>
---	--	---

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 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? ¿Cómo 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 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 nevioso o se ha asustado fácilmente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

SEXO

1. Mujer

2. Varón

EDAD _____

EN LA ACTUALIDAD ESTÁ USTED

1. Soltero/a

2. Casado/a o conviviendo con su pareja

3. Separado/a o divorciado/a

4. Viudo/a

NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS TERMINADOS

1. Sin estudios

2. Primaria

3. Secundaria

4. Superior

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

1. Trabajador/a a tiempo completo (por cuenta ajena o autónomo)

2. Trabajador/a a tiempo parcial (por cuenta ajena o autónomo)

3. Desempleado/a

4. Ama de casa

5. Jubilado/a

LUGAR DE RESIDENCIA

1. Íllimo

2. Jayanca

3. Pacora

PRESENCIA DE AL MENOS UN FAMILIAR ACCIDENTADO, FALLECIDO O DESAPARECIDO

1. Sí

2. No