



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Trastorno de estrés post traumático en adolescentes de
extrema pobreza de la provincia de Huancavelica, 2012**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Linnette Irene Hermoza Vásquez

LIMA – PERÚ
2013

INDICE

	Pág.
RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO	7
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN.....	7
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	8
2.3 MARCO TEORICO.....	13
2.4 HIPOTESIS	23
2.5 OBJETIVOS	23
2.5.1 OBJETIVO GENERAL	23
2.5.2 OBJETIVO ESPECIFICO	23
3. MATERIAL Y METODOS	24
3.1 TIPO DE ESTUDIO	24
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR.....	24
3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	24
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSION	25
3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	25
3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS	27
3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	27
4. RESULTADOS	29
5. DISCUSIONES	41
6. CONCLUSIONES	44
7. RECOMENDACIONES	45
8. BIBLIOGRAFIA	46
9. GLOSARIO	50
10. ANEXOS	51

RESUMEN

TÍTULO: “Trastorno de Estrés Post Traumático en Adolescentes de Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012”

AUTOR: Médico Residente Linnette Irene Hermoza Vásquez.

ASESOR: Dr. Manuel Catacora Villasante.

OBJETIVO: Determinar la incidencia del Trastorno de Estrés Post Traumático y describir sus factores sociodemográficos y clínicos relevantes en adolescentes de Extrema Pobreza de la provincia de Huancavelica 2012.

METODOLOGÍA: Estudio observacional analítico comparativo prospectivo de corte transversal, participaron 106 adolescentes de las 2 Instituciones educativas de la provincia de Huancavelica (“I.E. Indoamérica” de Cuenca, “I.E. José Carlos Mariátegui” del Centro Poblado Menor de Luquia-Cuenca). Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario de Experiencias Traumáticas, escala de Trauma de Davidson y una encuesta de Apoyo Social. La validación de los instrumentos se realizó mediante juicio de expertos y aplicación de correlación de Pearson, para la Confidencialidad mediante la prueba de Alfa de Cronbach. Para el análisis se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado y t-student. Toda interpretación se realizó con un 95% de nivel de confianza.

RESULTADOS: Del total de 106 adolescentes en extrema pobreza 93 tuvieron algún acontecimiento postraumático, y de estos 20 (18.9%) presentaron estrés postraumático. La edad promedio de los adolescentes con (14.0 ± 2.2) y sin (14.4 ± 1.9) trastorno de estrés postraumático fue similar ($p=0.505$). El sexo masculino fue predominante en ambos grupos (65% y 58.5% respectivamente) y la mayoría de adolescentes viven con padre y madre. El consumo de alcohol ($p=0.027$) y el chachado de coca ($p=0.012$) se relacionaron con el estrés postraumático (55% vs. 29.1%). Los accidentes de trabajo ($p=0.001$) y los accidentes de coche, tren, moto o caballo ($p=0.032$) se relacionan con estrés postraumático.

Respecto a la frecuencia de síntomas de estrés postraumático la mayoría refiere que “A veces” (67.7%) tiene estos síntomas. En cuanto a la gravedad, en el 75.3% fue “Leve” y 23.7% fue “Moderada” y sólo en el 1.1% fue “Marcado”. Los principales síntomas son imágenes en la mente, recuerdos o pensamientos (40%), incapacidad de recordar partes importantes del suceso (40%), evitar cosas que le recuerden situaciones acerca del trauma (35%), nerviosismo o distraimiento (35%), la insensibilidad (30%) y el insomnio (30%).

En los pacientes con algún acontecimiento postraumático ($n=93$), tuvieron en la “Mayoría de veces” o “Siempre” apoyo emocional (31.2%), apoyo instrumental (28%), interacción social positiva (47.3%) y apoyo afectivo (55.9%). Analizando comparativamente de los 93 con acontecimiento postraumático, entre los que tuvieron estrés ($n=20$) y sin estrés ($n=73$), la frecuencia de adolescentes que se le brindó el apoyo emocional “Siempre” o “La mayoría de veces” fue similar entre los que tuvieron estrés postraumático (35%) y los que no los tuvieron (30.1%), de igual manera el apoyo afectivo (55% con estrés postraumático vs. 56.1% sin estrés postraumático). Mientras que se brindó mayor apoyo instrumental a los adolescentes con estrés postraumático (40% comparado con el 24.6% sin estrés postraumático), por el contrario, se tuvo mayor frecuencia de interacción social positiva a los adolescentes sin estrés 52.1% comparado con el 30% con estrés postraumático.

CONCLUSIONES: La incidencia del Trastorno de Estrés Post Traumático en adolescentes de Extrema Pobreza de la provincia de Huancavelica fue de 18.9%. La edad promedio y el sexo son similares entre el grupo con estrés y sin estrés postraumático. Respecto a las características co-habitacionales son similares entre ambos grupos. Los accidentes de trabajo y los accidentes de coche, tren, moto o caballo se relacionan con estrés postraumático. Los adolescentes que experimentaron alguna amenaza, agresión u otros acontecimientos no se relacionan con estrés postraumático. En los pacientes con algún acontecimiento postraumático, tuvieron mayor frecuencia de interacción social positiva y apoyo afectivo y mayor apoyo instrumental.

PALABRAS CLAVES: Trastorno de Estrés Post traumático, factores sociodemográficos, adolescentes, extrema pobreza.

ABSTRACT

TITLE: "Post Traumatic Stress Disorder in adolescents of poverty extreme in the province of Huancavelica 2012"

AUTHOR: Resident Doctor: Linnette Irene Hermoza Vásquez.

ADVISER: Dr. Manuel Catacora Villasante.

OBJECTIVE: To determine the incidence of Post Traumatic Stress Disorder and describe their sociodemographic and relevant clinical factors in adolescents of poverty extreme in the province of Huancavelica 2012.

METHODOLOGY: The study was observational, prospective, comparative analytical of cross-sectiona. In this study participated 106 adolescents from the two educational institutions of the province of Huancavelica ("IE Indoamérica" from Cuenca, "José Carlos Mariátegui IE" from Lesser Town Center Luquia-Cuenca). The date were collected by a questionnaire of Traumatic Experiences, scale of trauma called Davinson and by survey of social support. The data were collected through a Traumatic Experiences, Davidson Trauma Scale and Social Support Survey. The validation of the instrument was performed by expert opinion and application of Pearson correlation for Confidentiality using Cronbach's alpha test. For the analysis we used the chi-square and t-student. Any interpretation was performed with a 95% confidence level.

RESULTS: Of the total 106 teenagers in extreme poverty 93 had any traumatic event, and of these 20 (18.9%) had Post Traumatic Stress (PTSD). The average age of the adolescents with (14.0 ± 2.2) and without (14.4 ± 1.9) PTSD was similar ($p = 0.505$). The male gender was predominant in both groups (65% and 58.5% respectively) and the majority of adolescents live with both parents. Alcohol consumption ($p = 0.027$) and the coca chacchado ($p=0.012$) were associated with posttraumatic stress (55% vs. 29.1%). Accidents at work ($p=0.001$) and car accidents, train, bike or horseback ($p = 0.032$) were associated with PTSD. Respect to the frequency of PTSD symptoms the majority referred that "sometimes" (67.7%) have these symptoms. In terms of severity, 75.3% were in the "Mild" and 23.7% was "Moderate" and only 1.1% was "Marked". The main symptoms are images in the mind, memories or thoughts (40%), inability to remember important parts of the event (40%), avoiding things that remind you about the trauma situations (35%), nervousness or distractibility (35%), insensitivity (30%) and insomnia (30%). In patients with a traumatic event ($n = 93$), were in the "Most often" or "always" emotional support (31.2%), instrumental support (28%), positive social interaction (47.3%) and emotional support (55.9%). Comparatively analyzing the event 93 with post-traumatic stress among those who had stress ($n=20$) and without stress ($n=73$), the frequency of teenagers who gave him emotional support "Always" or "Most of the time" was similar among those who had PTSD (35%) and who did not post-traumatic stress (30.1%), just as emotional support (55% with PTSD vs. 56.1% without PTSD). Whereas, it was given most instrumental support to adolescents with posttraumatic stress disorder (40% compared to 24.6% without PTSD), however, it had more frequent of positive social interaction in adolescents without stress 52.1% compared to 30% with stress.

CONCLUSIONS: The incidence of Post Traumatic Stress Disorder in adolescents of extreme poverty in the province of Huancavelica was 18.9%. The average age and sex are similar between both groups. Respects to cohabitation characteristics are similar between the two groups. Work accidents and car accidents, train, bike or horse were associated with PTSD. Adolescents who experienced some threat, aggression or other events are not related to PTSD. In patients with any traumatic event, had higher frequency of positive social interaction and more emotional support and instrumental support.

KEY WORDS: Post Traumatic Stress Disorder, sociodemographic factors adolescents, extreme poverty.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el ser humano ha tenido un contacto muy estrecho con los acontecimientos traumáticos, por tal motivo las sociedades modernas han ido desarrollando sistemas y estrategias para una convivencia más aceptable, sin embargo no se ha podido evitar la existencia de estos acontecimientos¹. Se denomina Trastorno de Estrés post Traumático (TEPT) a la consecuencia de un trauma, de tal intensidad, que pone en riesgo la integridad física del individuo; así mismo también se ha descrito que puede aparecer luego de haber sido testigo de un evento traumático similar cuando afectaba a terceras personas. La reacción ante esta circunstancia provoca en el paciente un intenso terror y, como consecuencia de ello, se produce una persistente tendencia a re-experimentar el suceso en forma de imágenes, pensamientos o sueños. En ocasiones los pacientes pueden incluso llegar a actuar o pensar como si estuvieran vivenciando de nuevo el suceso o desencadenarse una respuesta de hiperactivación fisiológica o psicológica ante cualquier estímulo que recuerde el suceso. El paciente tiende a evitar aquellos estímulos, lugares o conversaciones asociados con el trauma. Por último, para establecer el diagnóstico es necesario que el paciente presente síntomas de hiperactivación como la hipervigilancia o la dificultad de concentración y la irritabilidad, así como una cierta insensibilidad de las respuestas afectivas (anestesia emocional) o sentimientos de desapego hacia otras personas, así como cierta indiferencia hacia el futuro^{2, 3}. Los pacientes con trastorno por estrés postraumático presentan mayor riesgo para desarrollar otro trastorno de ansiedad, así como depresión mayor, trastorno por somatización o abuso de sustancias, aunque se discute respecto a qué trastorno precede a cuál⁴.

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia, el estudio del estrés post traumático en niños y adolescentes ha ido alcanzando un interés progresivo a lo largo de los años, al comprobarse que en estas etapas de la vida se sufren situaciones que tienen un elevado poder traumático, tales como: los secuestros, las violaciones, las guerras, el terrorismo, los accidentes y los desastres naturales³. Además se ha observado que los síntomas se inician de forma característica en los tres meses siguientes al trauma⁵.

En nuestro país la presencia de TEPT en adolescentes no solo es un problema de salud sino un problema socioeconómico, ya que puede causar imposibilidad para estudiar, trabajar y un deterioro funcional; por tal motivo el presente estudio busca determinar cuál es la magnitud del TEPT en adolescentes con extrema pobreza en la provincia de Huancavelica, el trauma más prevalente y el apoyo social con el que cuentan; para así tener una perspectiva más amplia del grupo de adolescentes de esta provincia. Por otro lado, se debe tomar en cuenta lo señalado por el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021: “... *es prioritario invertir y preocuparse por la niñez y adolescencia...pues su bienestar harán sostenibles los esfuerzos del desarrollo humano.*”⁶

Por todo lo mencionado el presente estudio tiene relevancia ya que determinando la alta incidencia de TEPT en adolescentes de extrema pobreza de la provincia de Huancavelica se justificaría una intervención oportuna adecuada en una población excluida de especialistas y tratamiento tanto psicológico y psiquiátrico adecuado. Además los resultados podrán ser considerados como base para futuros estudios.

2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN

Descripción del problema

Hay poblaciones vulnerables a padecer trauma de estrés pos traumático, de tal intensidad que supusiera un riesgo para su integridad física, estas poblaciones principalmente son las de extrema pobreza. En nuestro país el departamento más pobre es la Región Huancavelica (extrema pobreza), que ha sido golpeado por violencia terrorista en la década de los 80 y 90, los niños han sido y siguen siendo golpeados por la exclusión social, pobreza extrema y muchos no acceden a la educación básica, además de ser víctimas de maltrato psicológico y físico ^{7, 8}. La provincia de Huancavelica tiene una población de 454,797 habitantes, siendo los distritos con más altos porcentajes de extrema pobreza: Cuenca 78.7%, Yauli 55.5%, Acoria 52.6%, Moya 49%, Vilca 47% y Manta 43.2%. Considerando al primer distrito con más alto porcentaje de pobreza extrema por sus características demográficas, sociales, económicas y culturales, propias de este contexto.

En educación cuentan con instituciones educativas de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, sin embargo existe una población analfabeta de 15 y más años de edad que no saben leer ni escribir de: 51 hombres y 269 mujeres INEI (2007), lo que indica que prevalece el machismo y las pocas oportunidades para la mujer.

La población generalmente no cuenta con ocupación permanente y calificada, tienen bajos ingresos económicos, sufriendo frecuentemente enfermedades y desnutrición, condiciones sanitarias inadecuadas debido a la carencia de servicios como: agua, luz, desagüe y medios de transporte.

La actividad económica principal es la ganadería, la organización social está basada en la familia, que es la unidad social y se relacionan mediante el trabajo, principios políticos, religiosos y en actividades festivas.

En este contexto, pretendo realizar el presente trabajo de investigación para identificar a los pacientes adolescentes entre 12 y 18 años con características de estrés postraumático para que puedan recibir tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de Trastorno de Estrés Post Traumático y los factores sociodemográficos y clínicos relevantes en adolescentes de Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica al año 2012?

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Palacio y cols (2011) realizaron un estudio en jóvenes desplazados por la violencia política en Colombia, que generalmente presentan miedo, pesadillas, pensamientos repetitivos sobre los hechos dolorosos, deseo de huir de lo que le recuerda los momentos difíciles, entre otros. Sin embargo no todos los jóvenes que han sido expuestos a estas situaciones presentan los comportamientos esperados, a este hecho lo llamamos Resistencia Psicológica. Participaron de la investigación 100 niños y jóvenes (desplazados y no desplazados) en los cuales se observó su nivel de Estrés Post-Traumático a través de cuestionarios y entrevistas. Los resultados indicaron en muchos de los jóvenes desplazados un alto nivel de TEPT (en especial de pensamientos sobre el evento y un estado de alerta incrementado), además de comportamientos depresivos y ansiosos, los sujetos de sexo femenino se presentaron como los más afectados a nivel de su resistencia psicológica con respecto a estos síntomas⁹.

Marty y col (2005) revisaron estudios sobre el rol del maltrato infantil en el desarrollo de TEPT, y los posibles mecanismos neurobiológicos y psicosociales que medien esta relación. Se encontró que el maltrato infantil guarda relación con el desarrollo posterior de TEPT. Esto podría deberse a la formación de vínculos inseguros, alexitima, o a cambios a largo plazo de los sistemas neurobiológicos involucrados en la respuesta al estrés. La información aportada podría tener muchas implicaciones clínicas en la prevención y tratamiento del TEPT¹⁰.

Rincón (2007) evaluó la prevalencia de trastorno de estrés postraumático y del denominado sub-síndrome de estrés postraumático en niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales. La muestra estuvo constituida por 75 niños y adolescentes, abusados sexualmente. Un 21,3% cumplió con los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, y un 16% adicional cumplió con los criterios de sub-síndrome de Estrés Postraumático. Estos datos confirman la importancia de considerar la sintomatología postraumática como un foco de evaluación y tratamiento en niños y adolescentes sexualmente abusados¹¹.

Gospodarevskaya (2013) realizó un estudio sobre el trastorno de estrés postraumático en una muestra de la población australiana con una historia de abuso sexual para demostrar cómo esta evidencia puede informar los análisis económicos. La Encuesta de Salud Mental Australia 2007 reveló que el 8,3% de los 993 adolescentes eran víctimas de abuso sexual en la infancia, de los cuales 40,2% fueron diagnosticados con trastorno de estrés postraumático. El diagnóstico de TEPT correspondió a una pérdida significativa de la calidad de vida. El análisis de supervivencia se utilizó para estimar la vida útil de la persistencia de los síntomas del TEPT. El tiempo promedio entre el inicio del TEPT y la remisión fue de 11,4 años¹².

Zeledon (2003) realizó un estudio en pacientes atendidos por abuso sexual. Al considerar la distribución de pacientes según delito y sexo, se logró establecer que del total de la muestra que presentaban sintomatología clínica compatible con TEPT, el delito más frecuente del que sufrieron las víctimas, fueron los abusos deshonestos, con un total de 23 casos, lo cual representa el 65.7% de la totalidad de la muestra, seguido por violación simple, para un total de 10 casos (28.6% de la totalidad de la muestra) y violación calificada, para un total de dos casos, lo cual se traduce en un 5.7% del total. Al tener en cuenta la distribución de pacientes por sexo y escolaridad que fueron víctimas de agresión sexual, se pudo establecer que en el grupo que presentó mayor incidencia se encontraban las mujeres con primaria incompleta, con un total de 11 pacientes (31.4%), seguido por el grupo de mujeres con educación secundaria incompleta. Los hombres con primaria incompleta, representaron un total de seis casos (85.7%), que son los más significativos. Según sexo y tipo de trauma, se encontró un comportamiento estadístico que establece que en el sexo femenino predomina el tipo de

trauma 1, con un total de 15 pacientes, que representan el 43% de la muestra, mientras que en el sexo masculino, tanto el tipo de trauma tipo 1 y 2 tienen el mismo porcentaje, lo cual representa el 42% respectivamente. La distribución de pacientes según síntomas y edad: el síntoma más frecuente que se encuentra por grupo de edad son los recuerdos intrusivos, que representan 15 pacientes, para un 43% de la muestra, seguido por aislamiento, evitación de actividades evocadoras de trauma y embotamiento emocional. Los síntomas depresivos predominan en la muestra global, manifestándose principalmente en la mujer la sintomatología depresiva clásica, mientras que en el hombre, probablemente por influencia del entorno sociocultural, además de características inherentes a su género, podría sentirse más inhibido, por lo que canaliza sus afectos en equivalentes depresivos, como los trastornos de conducta, con sus consecuentes crisis de agresividad ¹³.

Meiser et al (2005) realizó un estudio sobre el TEPT en niños y adolescentes que sufrieron una agresión sexual o un accidente de tráfico. Se entrevistaron a 93 pacientes de 10-16 años que habían sido asistidos en un servicio de urgencias por haber sufrido una agresión sexual o un accidente de tráfico, antes de transcurridas 4 semanas de la agresión o del accidente, para evaluar la existencia de un posible trastorno por estrés agudo. En la entrevista inicial, 18 (19,4 %) de los 93 pacientes padecían un trastorno por estrés agudo, y 23 (24,7 %) cumplían todos los criterios diagnósticos de trastorno por estrés agudo excepto el de disociación. A los 6 meses, se re entrevistaron a 64 pacientes (68,8 %) para evaluar la presencia de TEPT, de los cuales 8 pacientes (12,5 %) presentaban un TEP. La prevalencia de trastorno por estrés agudo y TEP no difirió entre los pacientes que habían sido agredidos sexualmente y los que habían padecido un accidente de tráfico. Las estadísticas de sensibilidad y especificidad y el modelado por regresión revelaron que el diagnóstico de trastorno por estrés agudo constituía un factor predictivo eficaz de un futuro TEP y que la disociación no tenía un papel significativo. Se ha demostrado que el trastorno por estrés agudo constituye un factor predictivo eficaz de un futuro TEP en niños y adolescentes, mientras que la utilidad del criterio diagnóstico de disociación parece dudosa ¹⁴.

Goenjian y cols (2001) en su estudio buscaron determinar la gravedad de estrés postraumático y reacciones depresivas en 158 adolescentes nicaragüenses de tres ciudades después del huracán Mitch. Se encontraron niveles graves de estrés

postraumático y reacciones depresivas entre los adolescentes en las dos ciudades más afectadas. La severidad de estrés postraumático y reacciones depresivas y características objetivas de las experiencias relacionadas con el huracán siguió un patrón "de la dosis de exposición" que era congruente con las tasas de muerte y destrucción en las ciudades. Nivel de impacto (de la ciudad), características objetivas y subjetivas, y los pensamientos de venganza representó el 68% de la variación en la severidad de la reacción de estrés postraumático. Gravedad de la reacción de estrés postraumático, la muerte de un familiar y el sexo representaron el 59% de la variación en la severidad de la depresión ¹⁵.

Serafim et al. (2011) efectuaron un estudio con la finalidad de describir las características demográficas y los aspectos emocionales y de comportamiento en los niños y adolescentes víctimas de abuso sexual. Las niñas son las principales víctimas (63,4%). El grupo de edad con mayor riesgo para las niñas es entre 7 y 10 años (48,5%), mientras que para los varones es entre 3 a 6 años (54,6%). Los padres son los principales perpetradores de abuso sexual (38%), seguido por el padrastro (29%). Los niños y niñas expresaron alta frecuencia de depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), las niñas expresan un comportamiento más erotizada, mientras que los niños están más aislados ¹⁶.

Tufan (2012) realizó un estudio para evaluar las diferencias entre los pacientes con diagnóstico de TEPT, con los que no cumplen con los criterios. El TEPT y depresión fueron los diagnósticos más frecuentes (55,2% en ambos casos). Los criterios más comunes de trastorno de estrés postraumático informados eran problemas en la concentración y el aislamiento social (97,3% para ambos). Sufriendo la tortura y la pérdida de un ser querido debido a la violencia se encuentra asociado con un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático ¹⁷.

Suárez (2012) examinó los resultados a largo plazo de las respuestas post-traumáticas y la resiliencia de una muestra de adultos mujeres quechuas indígenas, que eran niñas o adolescentes durante el conflicto armado peruano (1980-1995). Se recogieron datos de 75 participantes (25 a 45 años de edad) en Ayacucho, Perú, la región más afectada por el conflicto. Los participantes informaron sobre la presencia de violencia extrema (la violencia sexual, la tortura, combate, muerte de familiares, y el desplazamiento forzado) durante el conflicto armado, pero, sorprendentemente, sólo el 5,3% informó un nivel

actual de síntomas que pueden indicar un posible TEPT. Las puntuaciones de resiliencia y el número de años expuestos al conflicto como un niño no se asociaron con los síntomas de TEPT, sino sólo el grado de exposición a la violencia, y el nivel actual de esfuerzo contribuyeron a la variación de los síntomas del trastorno de estrés posttraumático relacionados. Por el contrario, la resistencia y la corriente estrés contribuyeron a la variación de los síntomas de trauma cuando se mide por idiomas locales de angustia ¹⁸.

2.3 MARCO TEÓRICO

TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO (TEPT):

El TEPT se caracteriza por un conjunto de síntomas entre los que se incluyen: revivir el suceso, los recuerdos angustiosos, la evitación persistente y la hiperexcitabilidad en respuesta a la exposición a uno o varios sucesos traumáticos. Investigaciones epidemiológicas en adultos sugieren que la exposición a eventos traumáticos es común (Kessler, Sonnega, Bromet *et al.*, 1995), y que sólo una minoría de los individuos expuestos desarrollan el trastorno (McFarlane, 2005). Por lo tanto el argumento hecho es que el TEPT es una “reacción anormal” que implica una compleja interacción de causas biológicas, psicológicas y sociales (Yehuda & McFarlane, 1995); la exposición al trauma no es suficiente para explicar el desarrollo del trastorno. Muchos niños y adolescentes se ven expuestos a acontecimientos traumáticos, que oscilan desde las experiencias directas con abusos físicos o sexuales, violencia doméstica, accidentes con vehículos o diversas enfermedades, hasta los desastres naturales u originados por la mano del hombre, lo que da lugar a la aparición de un TEPT completo en unos casos o síntomas en otros ¹⁹.

El TEPT aparece con frecuencia en niños y adolescentes y existe hasta un 6% de niños que cumple los criterios para su diagnóstico en algún momento. En niños y adolescentes la reexperimentación de un suceso traumático se observa a menudo a través del juego, las pesadillas recurrentes sin el recuerdo de los sucesos traumáticos o en conductas que reproducen la situación traumática, junto con agitación, miedo o desestructuración ¹⁹.

EPIDEMIOLOGIA

Los estudios epidemiológicos en Estados Unidos muestran unas tasas de prevalencia de TEPT a lo largo de la vida que oscilan entre 1,3% y 8% en adultos. Un estudio realizado en pre- escolares de entre 4 y 5 años encontró una tasa de 1,3%, estudios realizados en adolescentes de entre 9 y 17 años han encontrado tasas de 0.5% y 4%; entre grupo de personas expuestas a un trauma y no remitidas para recibir tratamiento a pesar de diagnóstico de TEPT hay un intervalo entre 25% y 90% ²⁰.

El estudio realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en población adulta de la sierra rural muestra una prevalencia de

TEPT de 0,5%, donde los varones tienen una prevalencia de 0,1% y las mujeres de 0,8% ²¹.

Niños y adolescentes expuestos a traumas de manera crónica como el abuso sexual u otro tipo de traumas que llevan a la disolución de la unión familiar o situaciones que conllevan a desintegración de comunidades enteras como guerra, terrorismo presentan el mayor riesgo de sufrir un TEPT ²².

ETIOLOGIA

Factores biológicos

Dado que algunos niños y adolescentes que se exponen a sucesos significativamente traumáticos no desarrollan TEPT, las investigaciones han puesto de manifiesto que los factores de riesgo que predisponen a los niños a presentarlo incluyen la presencia de trastornos de ansiedad preexistentes, antecedentes familiares de ansiedad, ser víctima de maltrato físico y psicológico, abuso sexual, estar en una población excluida ²³

Se ha demostrado que los niños y adolescentes con TEPT muestran una excreción incrementada de metabolitos adrenérgicos y dopaminérgicos un menor volumen intracraneal y del cuerpo caloso, diversos déficit de memoria y un menor coeficiente intelectual, en comparación con los controles sanos. Se ha evidenciado que adultos con TEPT presentan aéreas hiperactivas en la región amigdaliana del cerebro, así como una reducción en el volumen del hipocampo ^{24,25}.

Un niño en un ambiente de abuso o abandono podría desarrollar un sistema catecolaminérgico desorganizado, haciéndolo más susceptible al desarrollo de signos y síntomas más graves cuando se exponga a traumas a lo largo de la vida ²⁶.

Distintos estudios han indicado que los sucesos traumáticos en la niñez también se asocian con cambios persistentes en el eje HHA. Newport et al determinaron que la alteración de la retroalimentación de este eje media las secuelas neuroendocrinas en el maltrato infantil ²⁷.

Los resultados de neuroimágenes, tanto de Resonancia Nuclear Magnética (RNM) como de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) indican que los pacientes con TEPT tienen reducción significativa del volumen y actividad metabólica del hipocampo comparado con los controles. Bremner et al realizaron un estudio en que se comparó, mediante RNM, el volumen del hipocampo de adultos con antecedente de abuso infantil

y de controles. Todos los pacientes con abuso infantil cumplieron criterios para TEPT, entre ellos se encontró disminución del volumen del hipocampo izquierdo en un 12% con respecto a los controles. Este hallazgo continuó siendo significativo luego de controlar la edad, consumo de alcohol y nivel educacional. Se cree que los sucesos traumáticos producen liberación de neurotransmisores tóxicos que probablemente provocan daño neuronal irreversible, lo que podría explicar la mayor vulnerabilidad a TEPT y a otras patologías psiquiátricas^{26,28}.

Factores psicológicos

La exposición al trauma es el factor etiológico inicial en el desarrollo del TEPT, persistencia de síntomas como evitación del lugar donde el trauma tuvo lugar, como resultado del condicionamiento doble tanto clásico como operante.

Factores sociales

El apoyo familiar y las reacciones ante los sucesos traumáticos desempeñan un papel fundamental en el desarrollo del TEPT como el maltrato familiar tanto físico como psicológico, la falta de apoyo parental, presencia de psicopatología entre los padres²⁹.

DIAGNOSTICO Y CUADRO CLINICO

Para que aparezca TEPT es imprescindible la exposición a un suceso traumático ya sea por la propia experiencia directa personal o por ser testigo de un suceso que implique una amenaza de muerte, heridas graves o un daño importante. Las exposiciones traumáticas más frecuentes en niños y adolescentes son: abuso físico, abuso sexual, violencia doméstica, escolar o en la comunidad, ser víctima de secuestros, ataques terroristas, accidentes de tránsito, accidentes domésticos, desastres naturales como inundaciones, deslizamientos, terremotos.

Los síntomas de TEPT incluyen la reexperiencia del suceso traumático como pensamientos intrusivos a manera de recuerdos, imágenes o sensaciones corporales que recuerda lo vivido en el suceso traumático.

El concepto se ha extendido a reacciones ante estrés en niños y adolescentes. Sin embargo, algunos de los síntomas son inapropiados para gente más joven. De hecho,

mientras menor sea el niño, menos apropiados serán los criterios. Aunque los padres y profesores informan inicialmente que los niños pequeños no hablan fácilmente de acerca del trauma, experiencia reciente muestras que muchos niños pequeños otorgan fácilmente relatos muy gráficos de sus experiencias y también fueron capaces de informar que tan estresante fue su re-experiencia en pensamientos e imágenes (Misch, Phillips, Evans, & Berelowitz, 1993; Sullivan, Saylor, & Foster, 1991)²⁰.

Empezando casi inmediatamente, la mayoría de niños y adolescentes presentan ideas repetitivas, intrusivas respecto al accidente. Otras veces, los pensamientos y las recolecciones vívidas son provocadas por recordatorios en su ambiente, los flashbacks disociativos y vívidos son poco comunes. Las alteraciones del sueño son muy comunes, particularmente en las primeras semanas. Es frecuente que presenten dificultades en la separación, incluso en los adolescentes.

Aunque los niños sobrevivientes experimentan una presión para hablar acerca de sus experiencias, paradójicamente encuentran muy difícil hablar con sus padres o pares. Se vuelven muy alertas al peligro en su ambiente, siendo adversamente afectados por los informes de otros desastres.

Los sobrevivientes adolescentes informan rangos mayores de depresión, teniendo ideación suicida y tomando sobredosis en el año después del desastre.

En resumen, niños y adolescentes que sobreviven a un evento traumático muestran un amplio rango de síntomas los cuales giran alrededor de la re-experiencia del hecho traumático, intentando evitar lidiar con las emociones que esto genera, y con un rango de signos de alerta fisiológica incrementada.

EVITACION Y EMBOTAMIENTO: ya sea por realizar de esfuerzos físicos dirigidos a evitar lugares que les evoca recuerdos traumáticos del suceso o ser incapaces de recordar partes del suceso traumático (amnesia psicológica) , sentimiento de distanciamiento de sus actividades habituales de juego (embotamiento psicológico) o una disminución en sentir emociones , los adolescentes pueden experimentar un miedo con el que anticipan que van a morir jóvenes (sentimiento de acortamiento de sus expectativas de futuro) ¹⁹.

SÍNTOMAS DE HIPEREXITABILIDAD Dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, hipervigilancia en relación a su seguridad, comprobación repetida de puertas cerradas o reacciones de sorpresa exageradas, incapacidad para la relajación, incremento de irritabilidad y estallidos de ira, una disminución de la capacidad de concentración.

Los síntomas deben estar presentes durante al menos un mes, provoca estrés y alteración en áreas funcionales de la vida.

Cuando se resuelve en 3 meses es TEPT agudo y si dura más tiempo es TEPT crónico, si los síntomas aparecen después de 6 meses de ocurrido el suceso estresante se diagnostica TEPT de instauración diferida.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV³⁰

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

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

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

EVOLUCION Y PRONÓSTICO.-

La evolución y pronóstico del TEPT depende de la intensidad del trauma y el estado emocional, psiquiátrico existente en el niño y adolescente.

Los síntomas pueden persistir 1- 2 años en la mayoría de casos, pero en circunstancias graves puede persistir incluso décadas

Niños con TEPT grave presentaron un mayor riesgo de disminución de volumen intracraneal, área del cuerpo calloso y CI.

Niños y adolescentes con TEPT por abuso sexual presenta una mayor tasa de depresión y suicidio tanto en ellos como su descendencia de allí la importancia de un reconocimiento y un tratamiento precoz para mejorar el pronóstico ³¹.

TRATAMIENTO

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) han mostrado eficacia en el manejo de TEPT en niños y adolescentes, son bien tolerados por sus efectos secundarios leves y transitorios (síntomas gastrointestinales, cefaleas, inquietud motora e insomnio), el incremento de dosis debe hacerse después de la cuarta semana de tratamiento.

En adultos la clonidina y el propanolol han sido utilizados en TEPT en adultos en casos de pesadillas o de reacciones de sorpresa exageradas .un informe de 11pacientes pediátricos con TEPT debido a abuso físico o sexual con una edad media de 8,5 años y con síntomas que incluyen agitación e hiperexcitabilidad indico cierta disminución de síntomas de 8 de los 11 niños estudiados ²⁰.

En general se extrapola los resultados de estudios en adultos a niños.

INTERVENCIONES TEMPRANAS:

Se realizan varias sesiones de psico-educación, consejos sobre el manejo de emociones iniciales.

Las intervenciones tempranas serían atractivas si demostrasen prevenir el desarrollo posterior del TEPT u otros trastornos, pero, así como los estudios en adultos, existen muy pocos ensayos adecuadamente controlados de alguna intervención temprana.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL: incluye psico-educación, relajación muscular, respiración concentrada, modulación afectiva, interrupción de pensamientos, adquisición de técnicas de maduración cognitiva para disminuir los sentimientos de desesperanza y estrés, además de identificar aquellos pensamientos, sentimientos e ideas asociadas que pueden resultar inexactos para reordenar los pensamientos y emociones. La terapia abarca temas como: ⁴

- ❖ TEPT y Traumas de Evento Único.
- ❖ TEPT y Abuso Sexual del Niño.
- ❖ Desensibilización y Reprocesamiento de Movimiento Ocular, es técnicas cognitivo conductual con movimientos oculares dirigidos.
- ❖ Terapia de Descripción de la Exposición Gradual: el niño rememora primero pequeños sucesos del trauma y después con una intensidad creciente, con exposición a pensamientos, sentimientos y verbalización de ellos.
- ❖ Tratamiento parental: para potenciar las capacidades del niño y adolescente para comunicarse de manera proactiva y obtener apoyo de los padres.

TERAPIAS GRUPO / GRUPOS AUTOAYUDA-APOYO SOCIAL

La terapia de grupo es una opción terapéutica efectiva en la medida que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta.

Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa a menudo asociados a los recuerdos traumáticos permite a muchos pacientes afrontar de

forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana.

A pesar de que existen una gran variedad de aproximaciones grupales al tratamiento del trauma en general la terapia de grupo pretende alcanzar los siguientes objetivos terapéuticos:

- ❖ Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a la experiencia traumática.
- ❖ Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones.
- ❖ Aprender estrategias efectivas de afrontamiento y manejo ante el estrés.

Su valor terapéutico es indudable en la medida que proporciona a los miembros del mismo un apoyo emocional considerable.

Compartir experiencias, éxitos, fracasos, información y recursos son algunas de las posibilidades que ofrecen estos grupos.

El hecho de unirse permite, además, una mayor efectividad en la lucha por erradicar los estigmas que aún permanecen en la sociedad hacia las personas con problemas psicológicos²⁹.

TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar es similar a la terapia de grupo en la medida que su foco de interés fundamental es la interacción entre las personas, sin embargo difiere en algunos aspectos importantes.

En primer lugar, un grupo no tiene un pasado, una historia o un futuro común. En cambio, la familia si los tiene y es en buena medida el factor determinante del éxito en la terapia.

En segundo lugar, el rol del terapeuta familiar, en la mayoría de los casos, es más directivo.

El terapeuta de grupo suele actuar más como un facilitador de procesos y dinamizador del grupo.

Pero quizás la diferencia más importante sea que el objetivo final del terapeuta familiar sea la de fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales,

mientras que la meta de la terapia de grupo es que el propio grupo se auto disuelva cuando sus miembros individuales hayan resuelto sus conflictos.

Generalmente este tipo de terapia es utilizada como complemento necesario a otras estrategias terapéuticas más directamente asociados con la sintomatología del trastorno por estrés postraumático, no siendo considerada como una estrategia suficiente, por sí misma, para un tratamiento eficaz del trastorno.

Las estrategias terapéuticas abarcan una variedad de objetivos, desde los más ambiciosos que tratan de intervenir sobre la familia en su conjunto, desde una perspectiva sistémica y global, hasta los más centrados en ofrecer estrategias, información y pautas de actuación concretas a los miembros de la familia del paciente para que lo apoyen durante el proceso terapéutico, potenciando la comunicación entre las familias y reduciendo posibles focos de tensión ^{7, 8}.

2.4 HIPOTESIS

Hipótesis de la investigación:

Se presenta Trastorno de Estrés Post Traumático en adolescentes de Extrema Pobreza de la provincia de Huancavelica en el año 2012.

Hipótesis estadística:

H₀: No se presenta trastorno de estrés post traumático en adolescentes de Extrema pobreza de la Provincia de Huancavelica en el año 2012.

H_a: Se presenta trastorno de estrés post traumático en algunos adolescentes de Extrema pobreza de la Provincia de Huancavelica en el año 2012.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 Objetivo General:

- ❖ Determinar la incidencia del Trastorno de Estrés Post Traumático y describir factores sociodemográficos y clínicos relevantes en adolescentes de Extrema Pobreza de la provincia de Huancavelica 2012.

2.5.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Determinar la incidencia del Trastorno de Estrés Post Traumático en adolescentes de 12 a 18 años, de la Provincia de Huancavelica.
- ❖ Describir las características sociodemográficos entre los adolescentes que presentaron y no presentaron Trastorno de Estrés Post Traumático.
- ❖ Determinar el tipo de experiencia traumática más prevalente en adolescentes con Trastorno de Estrés Post Traumático.
- ❖ Estimar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en adolescentes que han sufrido un evento estresante.
- ❖ Determinar la disponibilidad de ayuda y el tipo de apoyo social en adolescentes con Trastorno de estrés post traumático.

3. MATERIAL Y METODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se realizara un estudio Analítico – comparativo, transversal, prospectivo.

3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR

Adolescentes en Extrema Pobreza que residen en la provincia de Huancavelica en el año 2012.

3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- ❖ **Unidad de análisis:** Adolescente en Extrema Pobreza que residen en la provincia de Huancavelica en el año 2012.
- ❖ **Tipo de muestreo:** la muestra ha sido seleccionada a través de un muestreo probabilístico sistemático de las 2 únicas Instituciones educativas del distrito de Cuenca de la provincia de Huancavelica, que tiene el 78, 7 % de extrema pobreza.
- ❖ **Tamaño de la muestra:** El tamaño de la muestra estará conformada por 106 alumnos adolescentes varones y mujeres entre los 12 y 18 años de edad del 1er Grado al 5to Grado de Educación secundaria de la: Institución Educativa “Indoamérica” de Cuenca, Institución Educativa “José Carlos Mariátegui” del Centro Poblado Menor de Luquia - Cuenca.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Adolescente sin antecedente personal, documentado mediante informe médico, de traumatismo craneoencefálico, daño cerebral, o enfermedad neurológica.
- ❖ Adolescente capaz de contestar los cuestionarios.
- ❖ Adolescente que acepta participar voluntariamente del estudio después de haber sido ampliamente informado.
- ❖ Se excluyen a adolescentes que no vivan hace 6 meses en las zonas de extrema pobreza de la provincia de Huancavelica.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Adolescente con antecedentes de traumatismo craneoencefálico.
- ❖ Adolescente con antecedentes de daño cerebral.
- ❖ Adolescente con antecedentes de enfermedad neurológica.
- ❖ Adolescente con déficit en audición.
- ❖ Adolescente con déficit en lenguaje
- ❖ Adolescente con retardo mental.
- ❖ Adolescente que no viva hace 6 meses en el lugar de estudio.

3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO

- ❖ **Trastorno de estrés post traumático:** clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos luego de la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo, se vuelve a experimentar persistentemente una situación traumática a la que ha sido expuesta la persona.
- ❖ **Adolescentes en extrema pobreza:** adolescentes entre 12 – 18 años que viven en los centros poblados de Cuenca y Luquia que son las zonas de extrema pobreza de la provincia de Huancavelica.
- ❖ **Tipo de trauma que sufrió:** un evento que amenaza profundamente el bienestar o la vida de un individuo, se utilizará un listado de traumas o ser testigo de un suceso que envuelve muerte, daño o amenaza a la integridad física de otra persona, o enterarse de la muerte no esperada o violenta, daño serio, amenaza de muerte o daño experimentados por un miembro de la familia u otra relación cercana.
- ❖ **Apoyo social:** la percepción de ayuda, apoyo estructural (tamaño de la red social), el apoyo funcional (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangibles), informativo (consejos o feedback), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre.

- ❖ **Tipo de trauma que causa TEPT:** un evento que amenaza profundamente el bienestar o la vida de un individuo o ser testigo de un suceso que envuelve muerte, daño o amenaza a la integridad física de otra persona, o enterarse de la muerte no esperada o violenta, daño serio, amenaza de muerte o daño experimentados por un miembro de la familia u otra relación cercana, y esta exposición causa síntomas específicos de TEPT.
- ❖ **Edad:** Años cumplidos a la fecha de recolección de datos.
- ❖ **Sexo:** Género femenino o masculino evidenciado en DNI o matricula del colegio.
- ❖ **Religión:** Creencia religiosa profesada en el momento de la entrevista.
- ❖ **Hacinamiento:** Número de personas por pieza de dormitorio, habitan más de 3 personas por cuarto, excluyendo la cocina, baño y garaje
- ❖ **Presencia de Padre y/o madre:** Si viven con solo madre, solo padre con ambos o sin la presencia de ellos.
- ❖ **Edad de inicio de abuso físico parental:** Años cumplidos en la fecha de abuso físico parental.
- ❖ **Duración de maltrato físico parental:** La frecuencia por semana o mes del maltrato físico.
- ❖ **Edad de inicio de abuso físico por parte compañeros de colegio:** Años cumplidos en la fecha de abuso físico por parte de compañeros de colegio.
- ❖ **Duración de abuso físico por parte compañeros de colegio:** La frecuencia por semana o mes del maltrato físico.
- ❖ **Edad de inicio de trauma que causo TEPT:** Años cumplidos en la fecha del trauma que causo TEPT.
- ❖ **Duración de trauma que causo TEPT:** tiempo que duro el trauma que causo TEPT.

3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS

- ❖ Este proyecto fue presentado a la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada y al comité de ética y de investigación del Hospital Hermilio Valdizán para su evaluación, aprobación y sugerencias respectivas; así como a la Unidad de Post grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- ❖ Se solicitó autorización a la Dirección Regional de Educación de Huancavelica, a la Unidad de Gestión Educativa Provincial de Huancavelica, a la Institución Educativa “ Indoamérica” y a la Institución Educativa “José Carlos Mariátegui”.
- ❖ Se identificaron las dos únicas instituciones educativas, “Indoamérica” y “José Carlos Mariátegui”, de las zonas de extrema pobreza de la provincia de Huancavelica.
- ❖ Se coordinó con los directores y los tutores de las instituciones, la participación de los adolescentes en el estudio, previa explicación de los objetivos y la finalidad de este, para lo cual se citó a los adolescentes con su apoderado.
- ❖ Al momento de la entrevista se explicó al adolescente y al familiar que lo acompañaba sobre la finalidad del estudio. Se pedirá al adolescente y al familiar responsable que autorice el consentimiento y asentimiento del estudio, en una breve entrevista de 5 a 10 minutos. (Anexo 1).
- ❖ Se recolectó los datos del adolescente y se aplicó el listado de experiencias traumáticas (Anexo I.1), la Escala de Trauma de Davidson (Anexo I.2) y el Cuestionario MOS de apoyo social (Anexo I.3).
- ❖ La validez del instrumento de acontecimientos se realizó mediante juicio de expertos (Ver Anexo N° II.1) y prueba estadística correlación de Pearson para el instrumento de frecuencia y gravedad del trauma (Ver Anexo N° II.2). La confiabilidad de los instrumentos fue medido mediante el alfa de Cronbach (Ver Anexo N° II.3). En todos los casos resultaron estadísticamente significativos.

3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Una vez recolectado los datos se procedió al foliado y al control de calidad, seguidamente esta información se registró en una base de datos del programa IBM

Statistics SPSS versión 21.0 para su procesamiento y realización del análisis descriptivo y analítico:

Las variables cuantitativas se determinaron mediante medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para las variables cualitativas: se determinó frecuencias absolutas y relativas (%). Las gráficas fueron diseñadas en Excel 2010, se utilizó las herramientas graficas: diagrama de barras y/o diagrama circular, diagrama de cajas.

4. RESULTADOS

Tabla N°1: Trastorno de estrés postraumático en adolescentes en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012.

Trastorno de estrés post traumático.	N	%
Sin Estrés postraumático (< 40)	86	81.1%
Con Estrés postraumático (>= 40)	20	18.9%
Total	106	100%

A los adolescentes en extrema pobreza de la provincia de Huancavelica se les realizó una serie de preguntas con el objetivo de identificar trastorno de estrés postraumático (TEPT), encontrando que el 81.1% de los evaluados no presentaron dicho trastorno a diferencia del 18.9% de adolescentes presentaron estrés postraumático (Ver Tabla N°1).

Tabla N°2: Características sociodemográficas de los adolescentes con estrés y sin estrés postraumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

Características Socio-demográficas.	Estrés Postraumático.				p(*)
	Con Estrés Postraumático		Sin Estrés Postraumático		
	$\bar{X} \pm DS$ (Mín. - Máx.)		$\bar{X} \pm DS$ (Mín. - Máx.)		
Edad	14.0 \pm 2.2 (12 - 19)		14.4 \pm 1.9 (11 - 18)		0.505
	N	%	N	%	p(**)
11 - 14 años	12	60.0%	42	48.8%	0.122
15 - 17 años	6	30.0%	42	48.8%	
18 - 19 años	2	10.0%	2	2.3%	
Sexo.					
Masculino	13	65.0%	49	58.5%	0.512
Femenino	7	35.0%	37	41.5%	
Distrito.					
Cuenca	20	100.0%	83	97.2%	-
Paucara	0	0.0%	3	2.8%	
Centro poblado.					
Patoccocha	6	30.0%	31	36.0%	-
Cuenca	7	35.0%	26	30.3%	
Otros centros poblados	7	35.0%	29	33.7%	
Total	20	100%	86	100%	

(*) T-Student

(**) Chi-cuadrado

La edad promedio de los adolescentes con trastorno de estrés postraumático (14.0 \pm 2.2 años), es similar a la edad promedio de los adolescentes sin trastorno de estrés (14.3 \pm 1.9 años), siendo el grupo de edad más frecuente entre los 11-14 años (60% adolescentes con estrés postraumático y 48.8% sin estrés postraumático). El sexo masculino fue el más predominante en ambos grupos (65% y 58.5% respectivamente). El 100% de los adolescentes con estrés post traumáticos y el 97.2% de los adolescentes

sin estrés pertenecen al distrito de Cuenca, de los centros poblados de Patoccocha y Cuenca. (Ver Tabla N°2 y Gráfico N°1)

Gráfico N°1: Edad de los adolescentes con estrés y sin estrés postraumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012.

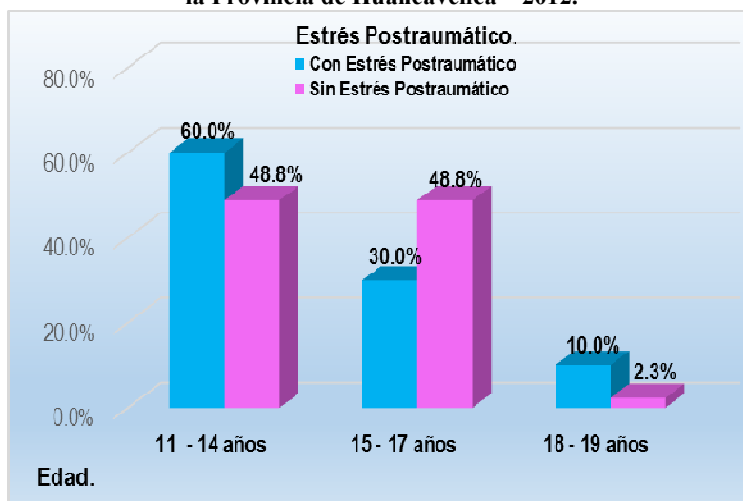


Tabla N°3: Características Co-habitacionales de los adolescentes con estrés y sin estrés post traumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

Características Co-habitacionales.	Estrés Postraumático.				p(*)
	Con Estrés Postraumático		Sin Estrés Postraumático		
	$\bar{X} \pm DS$ (Mín. - Máx.)		$\bar{X} \pm DS$ (Mín. - Máx.)		
Personas que habitan la casa.	6.3 ± 3.4 (3 - 18)		6.4 ± 2.0 (2 - 12)		0.788
Número de hermanos.	4.2 ± 2.1 (2 - 9)		4.8 ± 1.8 (1 - 9)		0.217
Número de cuartos.	5.4 ± 2.8 (2 - 13)		5.4 ± 2.1 (1 - 10)		0.304
Número de camas.	4.5 ± 1.3 (2 - 13)		5.0 ± 4.2 (1 - 40)		0.603
Personas con las que vive.	N	%	N	%	p(**)
Padre	1	5.0%	2	2.3%	0.856
Madre	3	15.0%	10	11.6%	
Ambos	15	75.0%	71	82.6%	
Otros	1	5.0%	3	3.5%	
Total	20	100.0%	86	100.0%	

(*) T-Student

(**) Chi-cuadrado

Con respecto a las características cohabitacionales: El número promedio de personas que habitan en la casa de los adolescente en estudio con estrés es de 6.3 ± 3.4 similar al número promedio de personas que habitan en la casa de los adolescentes que no presentaron estrés 6.4 ± 2.3 , el número de hermanos promedio del grupo de adolescentes con estrés (4.2 ± 2.1) es similar al número de hermanos promedio del grupo de adolescentes sin estrés (4.8 ± 1.8). El 75% de los adolescentes con trastorno de estrés y el 82.6% de adolescentes sin trastorno de estrés viven con padre y madre. (Ver Tabla N°3 y Gráfico N°2)

Grafico N°2: Personas con las que vive los adolescentes con estrés y sin estrés postraumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012.

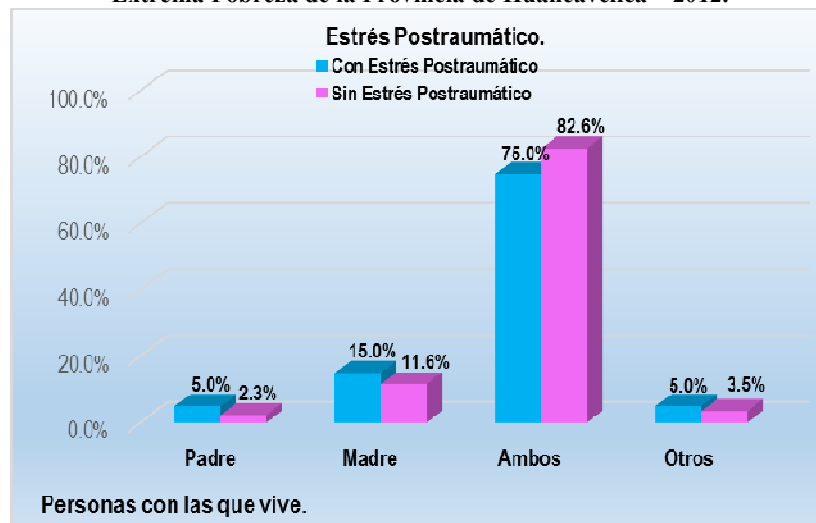


Tabla N°4: Consumo de alcohol y chacchado de coca en adolescentes con estrés y sin estrés post traumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

Consumo de alcohol y Chacchado de coca.	Estrés Postraumático.				p(*)
	Con Estrés Postraumático		Sin Estrés Postraumático		
	$\bar{X} \pm DS$ (Mín. - Máx.)		$\bar{X} \pm DS$ (Mín. - Máx.)		
N° de veces de consumo de alcohol al mes.	6.2 ± 5.3 (1 - 16)		14.2 ± 17.3 (1 - 64)		0.281
N° de veces de Chacchado de coca al mes.	14.0 ± 9.5 (8 - 28)		7.0 ± 7.8 (1 - 28)		0.160
Consumo de alcohol.	N	%	N	%	p(*)
Si	11	55.0%	25	29.1%	0.027
No	9	45.0%	61	70.9%	
Chacchado de coca.					0.012
Si	10	50.0%	19	22.1%	
No	10	50.0%	67	77.9%	
Total	20	100%	86	100%	

(*) T-Student

(**) Chi-cuadrado

Se observa mayor porcentaje de chacchado de coca ($p=0.012$) en adolescentes con trastorno de estrés post traumático (50%) comparado con adolescentes que no presentaron estrés post traumático (22.1%), también se observa mayor porcentaje de consumo de alcohol ($p=0.027$) en adolescentes con trastorno de estrés post traumático (55%) comparado con adolescentes que no presentaron estrés post traumático (29.1%). También podemos observar que el número promedio de chacchado de coca al mes en adolescentes del primer grupo (14.0 ± 9.5) es mayor pero no significativo comparado con el número promedio de chacchado de coca del segundo grupo (7.0 ± 7.8) (Ver Tabla N°4)

Tabla N°5: Respuestas sobre tipos de experiencias traumáticas de los adolescentes de Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

Tipo de experiencia traumática	Estrés Postraumático.				p(**)
	Con Estrés postraumático		Sin Estrés postraumático		
	N	%	N	%	
Accidente o Muerte					
Accidente de coche, tren, moto, caballo.	15	75.0%	35	47.9%	0.032
Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo.	10	50.0%	36	49.3%	0.957
Accidente de trabajo.	13	65.0%	19	26.0%	0.001
Amenaza					
Amenaza sería o daño a un miembro de la familia o amigo.	7	35.0%	17	23.3%	0.289
Estar próximo a ahogarse.	7	35.0%	12	16.4%	0.068
Agresión					
Abuso físico por padres.	4	20.0%	15	20.5%	0.957
Agresión.	5	25.0%	7	9.6%	0.069
Abuso físico por parte de compañeros de colegio.	4	20.0%	7	9.6%	0.201
Pérdida del hogar por incendio.	1	5.0%	4	5.5%	0.933
Otros temores.					
Sufrir graves quemaduras.	2	10.0%	8	11.0%	0.902
Combate.	3	15.0%	3	4.1%	0.079
Otros acontecimientos.					
Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones.	0	0.0%	5	6.8%	0.229
Pérdida del hogar o de un miembro familiar por temblor o terremoto.	2	10.0%	3	4.1%	0.301
Violación.	1	5.0%	3	4.1%	0.862
Incesto.	1	5.0%	4	5.5%	0.933
Secuestro.	1	5.0%	2	2.7%	0.612
Otros.	1	5.0%	3	4.1%	0.862

(**) Chi-cuadrado

En la Tabla N°5 se clasificó los acontecimientos o experiencias traumáticas de acuerdo a lo que se muestra: Accidente o muerte, amenaza, agresión, otros temores y otros acontecimientos. Lo resaltante y estadísticamente significativo son los acontecimientos relacionados con el accidente o muerte, más específicamente los accidentes de trabajo ($p=0.001$) y los accidentes de coche, tren, moto o caballo ($p=0.032$) que se relacionan con estrés postraumático. Es decir, los adolescentes con accidente de coche, tren, moto o caballo tuvieron el 75% de estrés postraumático, ésta frecuencia es mayor comparado con el 47.9% sin estrés postraumático. También los adolescentes con accidente de trabajo tuvieron trastorno postraumático el 65% comparado con el 26% de los adolescentes sin trastorno postraumático. Se puede concluir con un nivel de significancia del 95% que los adolescentes que experimentaron alguna amenaza, agresión u otros acontecimientos no se relacionan con estrés postraumático.

Tabla N°6: Frecuencia y gravedad de algún acontecimiento postraumático en los adolescentes en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

Frecuencia y Gravedad.	N	%
Frecuencia.		
A veces (1 - 17)	63	67.7%
2 - 3 veces (18 - 34)	27	29.0%
4 - 6 veces (35 - 51)	2	2.2%
A diario (52 - 68)	1	1.1%
Gravedad.		
Leve (1 - 17)	70	75.3%
Moderada (18 - 34)	22	23.7%
Marcada (35 - 51)	1	1.1%
Total	93	100%

La frecuencia de síntomas de estrés postraumático más frecuente es “A veces” (67.7%), el 29% manifestó de “2-3 veces”, 2.2% “4-6 veces” y 1.1% a “Diario”. Al respecto de la gravedad, en el 75.3% fue “Leve”, 23.7% fue “Moderada” y sólo en el 1.1% fue “Marcado”. (Ver Tabla N°6 y Gráfico N°3 y 4).

Gráfico N°3: Frecuencia de algún acontecimiento en los adolescentes en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012.

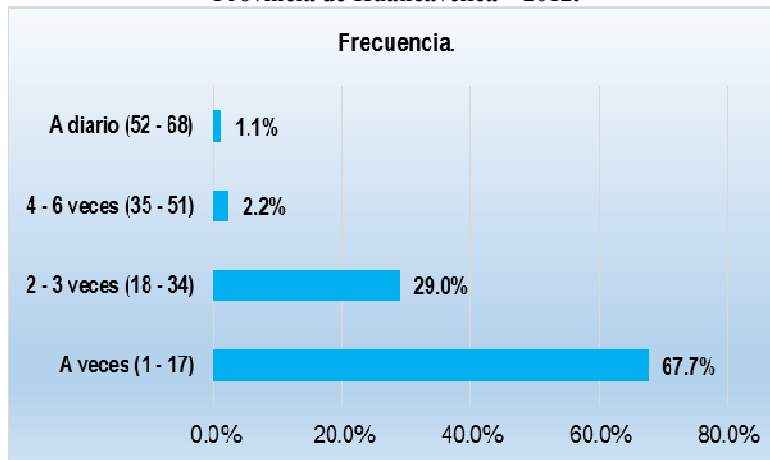


Gráfico N°4: Gravedad de algún acontecimiento postraumático en los adolescentes en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

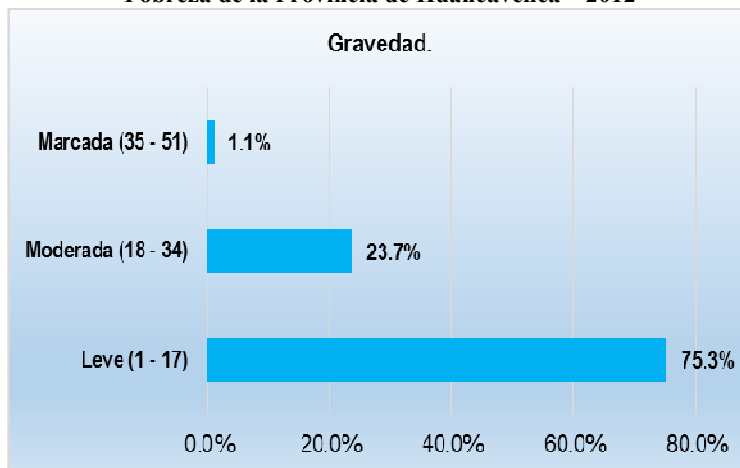


Tabla N°7: Síntomas de estrés postraumático en los adolescentes en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

Síntomas de Estrés Postraumático.	Con Estrés Postraumático.	
	N	%
Imágenes en la mente, recuerdos o pensamientos.	8	40.0%
Incapacidad de recordar partes importantes del suceso.	8	40.0%
Evita hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden el suceso.	7	35.0%
Nervioso, distraído o en guardia, muy vigilante.	7	35.0%
No afectivo ni sensible	6	30.0%
Insomnio.	6	30.0%
Evita algún pensamiento o sentimiento sobre el suceso.	5	25.0%
Dificultad para disfrutar de las cosas.	5	25.0%
Dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos.	5	25.0%
Dificultad de concentración.	5	25.0%
Pesadillas sobre el suceso.	4	20.0%
Molestia por alguna cosa que le recuerde el suceso.	4	20.0%
Manifestaciones físicas por el trauma (sudores, temblores, palpitaciones, náuseas, etc.)	4	20.0%
Se ha sentido distante o alejado de la gente.	4	20.0%
Sentir que el suceso ocurre de nuevo.	3	15.0%
Irritable o accesos de cólera.	3	15.0%
Nervioso o asustado fácilmente.	2	10.0%

Los principales síntomas de estrés postraumático son imágenes en la mente, recuerdos o pensamientos (40%), incapacidad de recordar partes importantes del suceso (40%), evitar cosas que le recuerden situaciones acerca del trauma (35%), nerviosismo o distraimiento (35%), la insensibilidad (30%) y el insomnio (30%). (Ver Tabla N°7)

Tabla N°8: Apoyo a los adolescentes con algún acontecimiento postraumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012.

Tipo de Apoyo.	N	%
Apoyo Emocional.		
Pocas veces (1 - 8)	17	18.3%
Algunas veces (9 - 16)	47	50.5%
La mayoría de veces (17 - 24)	29	31.2%
Apoyo Instrumental.		
Pocas veces (1 - 4)	27	29.0%
Algunas veces (5 - 8)	40	43.0%
La mayoría de veces (9 - 12)	21	22.6%
Siempre (13 - 16)	5	5.4%
Interacción Social Positiva.		
Pocas veces (1 - 4)	15	16.1%
Algunas veces (5 - 8)	34	36.6%
La mayoría de veces (9 - 12)	35	37.6%
Siempre (13 - 16)	9	9.7%
Afectivo.		
Pocas veces (1 - 3)	19	20.4%
Algunas veces (4 - 6)	22	23.7%
La mayoría de veces (7 - 9)	35	37.6%
Siempre (10 - 12)	17	18.3%
Total	93	100%

Se brindó apoyo emocional en la “Mayoría de veces” en 31.2% de adolescentes que tuvieron algún acontecimiento postraumático, “Algunas veces” 50.5% y “Pocas veces” 18.3%. Se realizó el apoyo instrumental “Siempre” al 5.4% de adolescentes, “La mayoría de veces” al 22.6%, “Algunas veces” al 43% y “Pocas veces” al 29%. Se realizó la interacción social positiva “Siempre” al 9.7% de adolescentes, “La mayoría de veces” al 37.6%, “Algunas veces” al 36.6% y “Pocas veces” al 16.1%. Por último, se realizó el apoyo afectivo “Siempre” al 18.3% de adolescentes, “La mayoría de veces” al 37.6%, “Algunas veces” al 23.7% y “Pocas veces” al 20.4% (Ver Tabla N°8 y gráfico N° 5, 6, 7 y 8)

Gráfico N°5: Apoyo Emocional a los adolescentes con algún acontecimiento postraumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

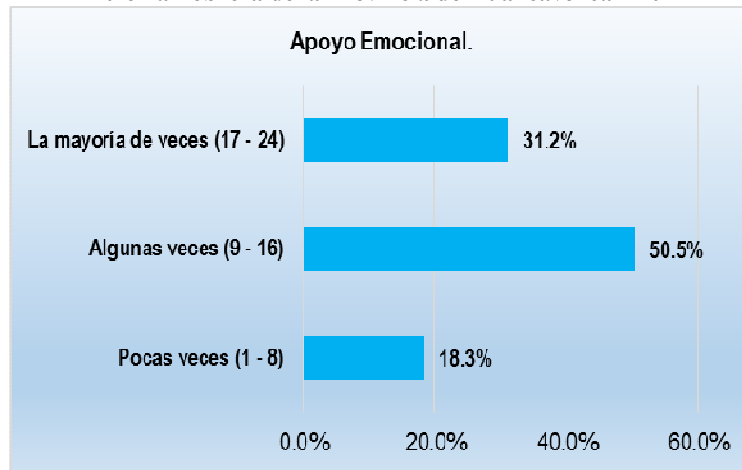


Gráfico N°6: Apoyo Instrumental a los adolescentes con algún acontecimiento postraumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

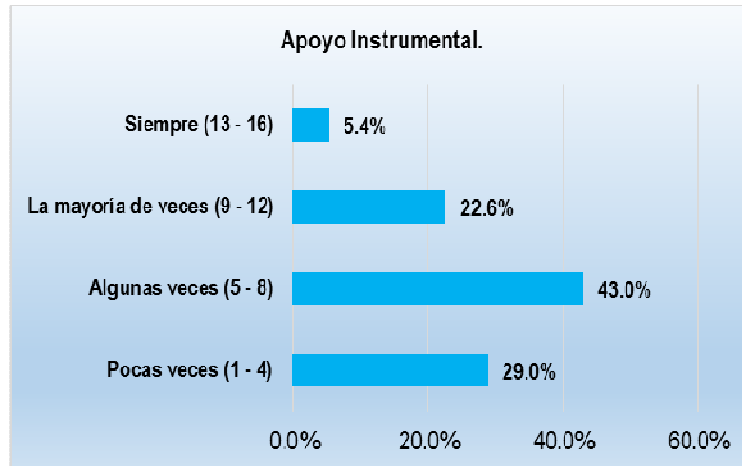


Gráfico N°7: Interacción Social Positiva a los adolescentes con algún acontecimiento postraumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

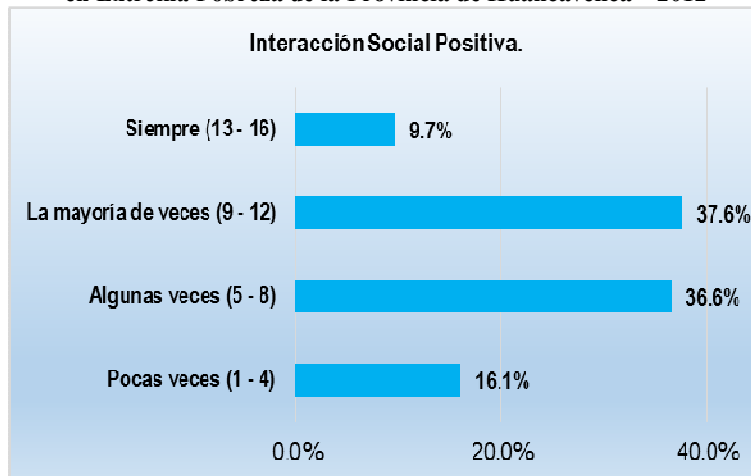


Gráfico N°8: Apoyo Afectivo a los adolescentes con algún acontecimiento postraumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

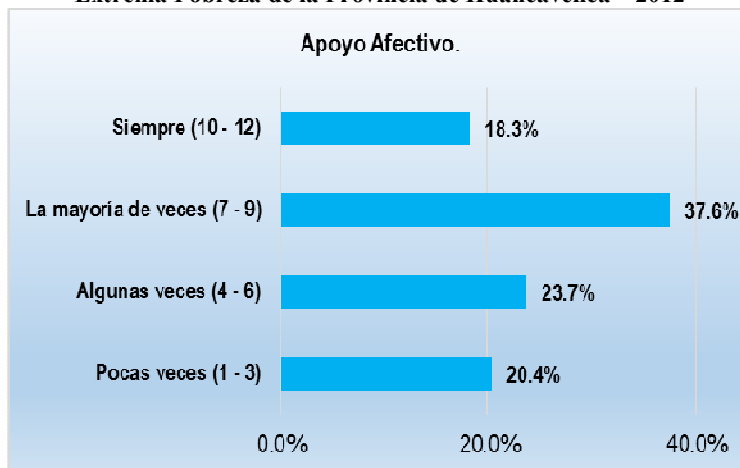


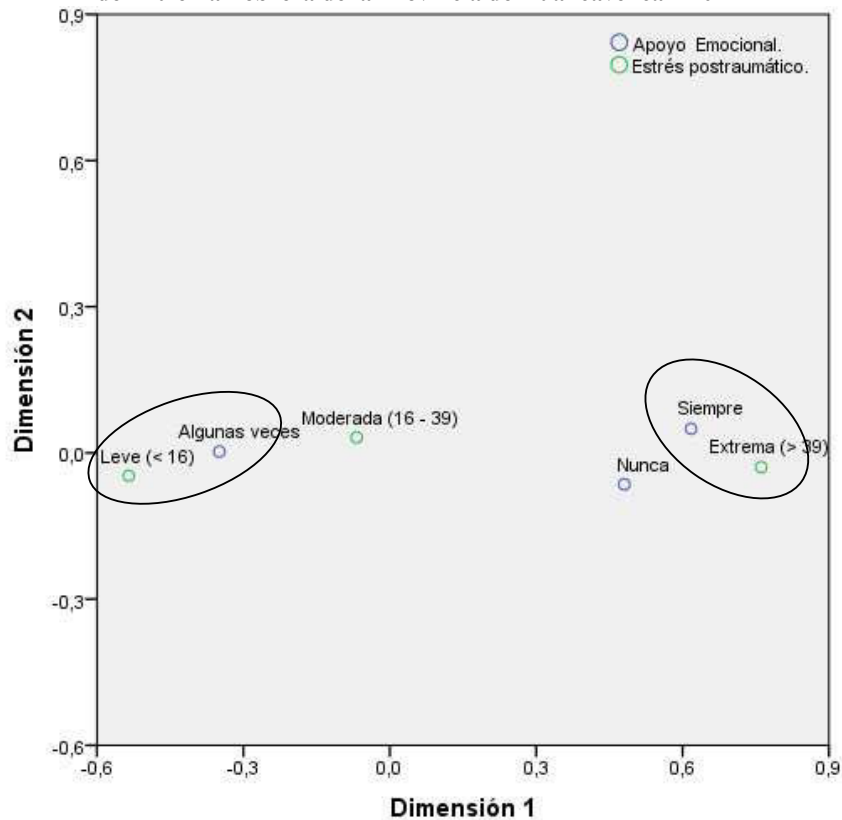
Tabla N°9: Apoyo a los adolescentes con algún acontecimiento postraumático en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

Tipos de Apoyo.	Estrés Postraumático.			
	Con Estrés postraumático		Sin Estrés postraumático	
	N	%	N	%
Apoyo Emocional.				
Pocas veces (1 - 8)	5	25.0%	12	16.4%
Algunas veces (9 - 16)	8	40.0%	39	53.4%
La mayoría de veces (17 - 24)	7	35.0%	22	30.1%
Apoyo Instrumental.				
Pocas veces (1 - 4)	4	20.0%	23	31.5%
Algunas veces (5 - 8)	8	40.0%	32	43.8%
La mayoría de veces (9 - 12)	8	40.0%	13	17.8%
Siempre (13 - 16)	-	-	5	6.8%
Interacción Social Positiva.				
Pocas veces (1 - 4)	5	25.0%	10	13.7%
Algunas veces (5 - 8)	9	45.0%	25	34.2%
La mayoría de veces (9 - 12)	5	25.0%	30	41.1%
Siempre (13 - 16)	1	5.0%	8	11.0%
Afectivo.				
Pocas veces (1 - 3)	4	20.0%	15	20.5%
Algunas veces (4 - 6)	5	25.0%	17	23.3%
La mayoría de veces (7 - 9)	9	45.0%	26	35.6%
Siempre (10 - 12)	2	10.0%	15	20.5%
Total	20	100%	73	100%

Con respecto al apoyo brindado a los adolescentes: En la “Mayoría de veces” se recibió mayor frecuencia de apoyo emocional en el grupo con estrés postraumático (35%) que el grupo sin estrés postraumático (30.1%). En la “Mayoría de veces” o “Siempre” se recibió mayor frecuencia de apoyo de tipo instrumental en el grupo con

estrés postraumático (40%) que el grupo sin estrés postraumático (24.6%). Por otro lado, en la “Mayoría de veces” o “Siempre” se recibió menor frecuencia de apoyo de Interacción Social Positiva en el grupo con estrés postraumático (30%) que el grupo sin estrés postraumático (52.1%). Finalmente, en la “Mayoría de veces” o “Siempre” se recibió similar frecuencia de apoyo afectivo en el grupo con estrés postraumático (55%) que el grupo sin estrés postraumático (56.1%). (Ver Tabla N°9)

Gráfico N°9: Relación entre Apoyo emocional y nivel de Estrés postraumático en los adolescentes de Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012



Utilizando como método gráfico descriptivo los mapas perceptuales podemos observar que los adolescentes que tuvieron nivel de estrés postraumáticos “Leve” tuvieron en su mayoría apoyo emocional “Algunas veces” y los adolescentes que tuvieron nivel de estrés postraumáticos “Extremo” tuvieron en su mayoría apoyo emocional “Siempre”. (Ver Gráfico N°9).

Los adolescentes que tuvieron nivel de estrés postraumáticos “Moderado” tuvieron en su mayoría apoyo instrumental “Algunas veces” y los adolescentes que tuvieron nivel de estrés postraumáticos “Extremo” tuvieron en su mayoría apoyo instrumental “Siempre”. (Ver Gráfico N°10).

Gráfico N°10: Relación entre Apoyo instrumental y nivel de Estrés postraumático en los adolescentes de Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

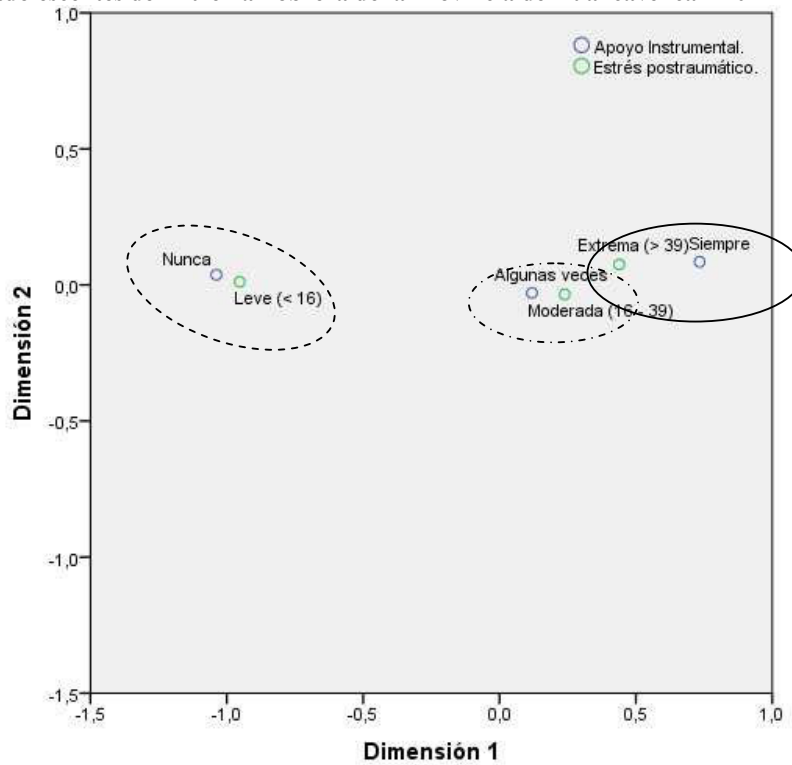


Gráfico N°11: Relación entre Apoyo en interacción social positiva y nivel de Estrés postraumático en los adolescentes de Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012

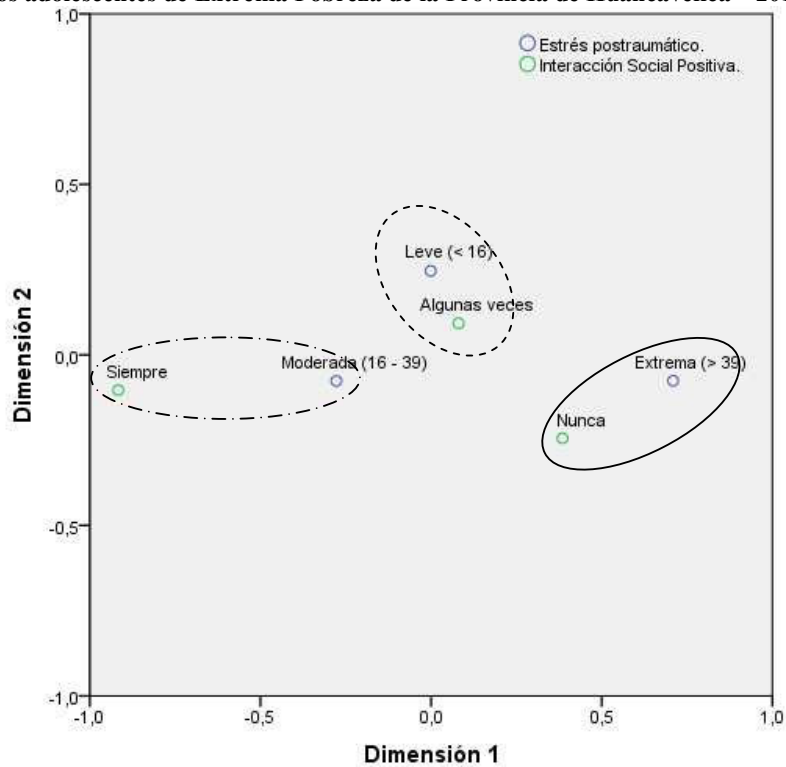
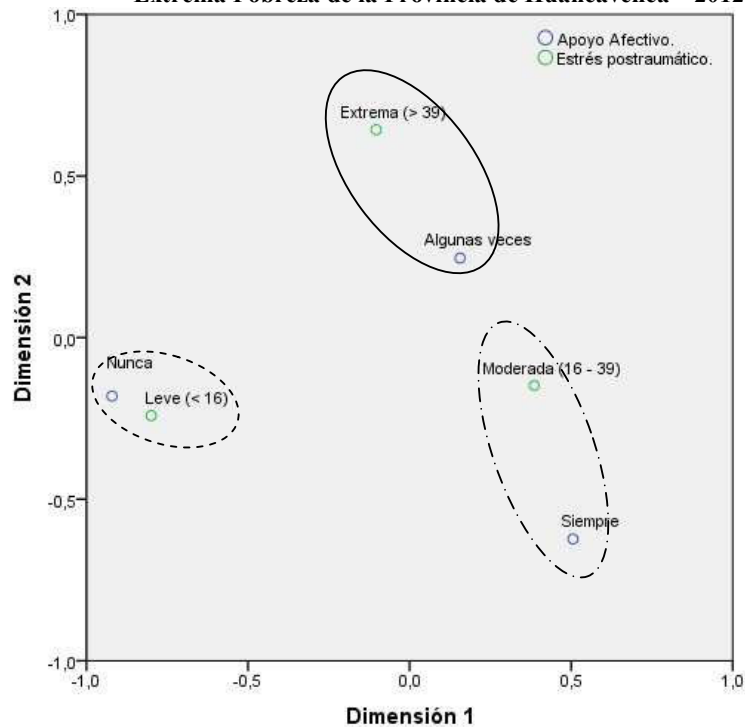


Gráfico N°12: Relación entre Apoyo afectivo y nivel de Estrés postraumático en los adolescentes de Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica – 2012



Según lo que observamos para aquellos adolescentes que tuvieron estrés postraumáticos “Leve” o “Moderado” se concentra con mayor frecuencia con la interacción social positiva realizada “Siempre” y “Algunas veces” (Ver Gráfico N°11)

Los adolescentes que tuvieron nivel de estrés postraumáticos “Moderado” tuvieron en su mayoría apoyo afectivo “Siempre” y los adolescentes que tuvieron nivel de estrés postraumáticos “Extremo” tuvieron en su mayoría apoyo afectivo “Algunas veces” y los adolescentes que tuvieron nivel de estrés postraumáticos “Leve” no tuvieron apoyo afectivo (Ver Gráfico N°12)

5. DISCUSIONES

En el estudio de Rincón¹¹ se evaluó la incidencia del trastorno de estrés postraumático en 75 niños y adolescentes víctimas de abuso sexual de los cuales un 37.3% cumplieron con los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, porcentaje similar se observó en la investigación de Meiser¹⁴ quien entrevistó a 93 adolescentes, de los cuales, el 44.1 % cumplieron todos los criterios diagnósticos de trastorno por estrés post traumático; porcentaje similar al encontrado por Gospodarevskaya¹², quien reveló que el 40.2% de los adolescentes fueron diagnosticados con este trastorno por diferentes causas. Un porcentaje mayor se observó en los resultados de Goenjian¹⁵, donde el 68% de adolescentes desarrollaron trastornos de estrés post traumático y la gravedad estuvo relacionada a la duración y severidad del acontecimiento. Si bien es cierto, que la totalidad de las muestras adolescentes sometidas a algún acontecimiento traumático no desarrollaron TEPT, los porcentajes son altos. Mientras en nuestro estudio se pudo observar que, de los 106 adolescentes en extrema pobreza procedentes de la provincia de Huancavelica, 93 presentaron algún tipo de acontecimiento traumático y de estos sólo 20 (18.9%) desarrollaron TEPT; si bien este porcentaje no se compara a los estudios descritos anteriormente, es mucho mayor a lo encontrado por Suárez¹⁸ en una población adulta de Ayacucho que sufrió violencia sexual, tortura, combate, muerte de familiares, y el desplazamiento forzado, durante su niñez y adolescencia, donde sólo un 5.3% informó síntomas que pueden indicar TEPT.

Descriptivamente en nuestros resultados podemos observar que el sexo masculino tuvo mayor incidencia (65.%) en los diagnósticos de estrés post traumático, sin embargo al compararlo con el grupo que no desarrollo este trastorno, se puede inferir que el sexo masculino fue predominante en ambos grupos, concluyendo finalmente que para nuestra muestra de estudio, el sexo no está relacionado con este diagnóstico; sin embargo, en el estudio de Palacio⁹ se demostró que los adolescentes de sexo femenino hubo más afectados a nivel de su resistencia psicológica con respecto a síntomas depresivos y ansiosos; lo cual coincide con lo concluido por Zeledón¹³, quien al analizar adolescentes con trastornos de estrés postraumáticos, establece que en el sexo femenino se presentó mayor incidencia de este trastorno.

En cuanto al tipo de acontecimiento que predispone el desarrollo de trastorno de estrés postraumático diversos estudios señalan que el maltrato infantil guarda relación con el desarrollo posterior de TEPT, según Marty¹⁰ esto podría deberse a la formación de vínculos inseguros, a la estima, o a cambios a largo plazo de los sistemas neurobiológicos; mientras que Tufan¹⁷ refirió que el sufrir una tortura y la pérdida de un ser querido debido a la violencia se encuentra más asociado en comparación con otros acontecimientos; por otro lado los resultados de Zeledón¹³ establecen que del total de la muestra que presentaban sintomatología clínica compatible con TEPT, el tipo de evento traumático más frecuente que sufrieron las víctimas adolescentes, fueron los abusos deshonestos (tocamientos indebidos), seguido por violación. En nuestro estudio se pudo observar que, de los adolescentes con estrés postraumático la sintomatología “Marcada o Extrema” se evidenció en el 1.1% siendo en ciertas ocasiones frecuentes (67.7%), asimismo el 75% manifestó haber sufrido un accidente o muerte por coche tren moto, el 65% sufrió algún accidente de trabajo, además de todos los acontecimientos traumáticos descritos se encontró que los accidentes de trabajo ($p=0.001$) y accidente de coche, tren, moto, caballo ($p=0.032$) fueron los que tuvieron mayor incidencia en los adolescentes que desarrollaron trastorno de estrés postraumático.

Es muy importante considerar la sintomatología postraumática como un foco de evaluación y tratamiento en niños y adolescentes que desarrollaron trastorno de estrés postraumático; en nuestro estudio se observó que los principales síntomas de estrés postraumático fueron las imágenes en la mente, recuerdos o pensamientos del momento del acontecimiento (40%), la incapacidad de recordar partes importantes del suceso (40%), necesidad de evitar cosas que le recuerden situaciones acerca del trauma (35%), sentimientos de nerviosismo o distraimiento (35%), la insensibilidad (30%) y el insomnio (30%). De manera similar el estudio de Tufan¹⁷, refiere que los síntomas más comunes eran problemas de concentración, nerviosismo y aislamiento social (97,3%); en la investigación de Zeledón¹³ los síntomas predominantes en las mujeres fueron la sintomatología depresiva clásica, mientras que en el hombre, probablemente por influencia del entorno sociocultural y características inherentes a su género, podría sentirse más inhibido, por lo que canaliza sus afectos en equivalentes depresivos, como los trastornos de conducta, con sus consecuentes crisis de agresividad, mientras que en el estudio de Palacio⁹, realizado a 100 niños y jóvenes (desplazados y no desplazados

por la violencia política), se observó que su nivel de Estrés Post-Traumático se basaba por pensamientos sobre el evento y un estado de alerta incrementado, además de comportamientos depresivos y ansiosos. Suarez¹⁸ señala que sólo el grado de exposición a la violencia, y el apoyo recibido contribuyen a la variación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Por lado Chrobok observa, como síntomas postraumáticos más frecuentes la sintomatología intrusiva, con alucinaciones visuales y auditivas, así como los síntomas de hiperactivación, aislamiento y evitación⁴¹.

En nuestro estudio se pudo observar que en el 40% del grupo de adolescentes con TEPT recibió en “ciertas ocasiones” apoyo de tipo emocional, el 40% recibió “Mayoría de veces” apoyo de tipo instrumental, el 45% “Algunas veces” interaccionaron socialmente de forma positiva y el 45% de adolescentes la “Mayoría de veces” recibieron apoyo afectivo. Por otro lado Buesa⁴² indica en su estudio que el 30,3% de las mujeres diagnosticadas con TEPT experimentaron percepción de bajo apoyo familiar, el 29,7% percepción del bajo apoyo de sus amigos en general y el 72,9% bajo apoyo de una persona de confianza. Vallejo⁴³ estableció que las relaciones interpersonales que se establecen hacen parte de uno de los factores de protección más importantes contra el estrés, cuando la red social que apoya al sujeto permanece intacta, los sujetos se encuentran protegidos contra cualquier tipo de estrés; él manifiesta que el aspecto central sobre el cual deben enfocarse las intervenciones a corto plazo con personas que sufren de estrés postraumático, es "la restauración del apoyo social, familiar y las reacciones afectivas actuales.

6. CONCLUSIONES

- ❖ La incidencia del Trastorno de Estrés Post Traumático en adolescentes de 12 a 18 años de Extrema Pobreza de la provincia de Huancavelica fue del 18.9%.
- ❖ Las características sociodemográficas de los adolescentes con trastorno de Estrés Post Traumático fueron de edad promedio de 14.0 años similar a la edad promedio de los adolescentes sin trastorno de estrés 14.4 años, la mayoría tenía edades comprendidas entre los 11-14 años, siendo en su mayoría de sexo masculino.
- ❖ El tipo de estrés postraumático más prevalente en adolescentes con trastorno de estrés postraumático fueron accidentes de coche (75%), amenazas (70%), agresión (25%), combate (15%) y pérdida del hogar por temblor o terremoto (10%).
- ❖ Los síntomas de trastorno de estrés postraumático más frecuentes fueron imágenes mentales, recuerdos o pensamientos (40%), incapacidad de recordar partes importantes del suceso (40%), evitar cosas que le recuerden situaciones acerca del trauma (35%) y el nerviosismo o distraimiento (35%).
- ❖ La frecuencia de síntomas de estrés postraumático se manifestó en ciertas ocasiones (67.7%) en los adolescentes siendo “Leve” en la mayoría de casos (75.3%).
- ❖ Los adolescentes con estrés postraumático recibieron “Algunas veces” apoyo emocional (70%), apoyo instrumental (40%), interacción social de forma positiva (45%) y en la mayoría de veces recibieron apoyo afectivo (45%).

7. RECOMENDACIONES

- ❖ Las conclusiones permiten profundizar hacia futuras investigaciones, realizando estudios enfocados en la relación significativa existente en la presente tesis.
- ❖ Se sugiere canalizar esfuerzos en estas poblaciones debido a su gran vulnerabilidad ya que sumado a otros factores como la pobreza se ve amenazado su aprovechamiento y potencialidades educativas.
- ❖ Proponer esfuerzos intersectoriales entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación a través de los Programas, Proyectos o Investigaciones que puedan identificar y tratar a tiempo aquellos casos que requieran de ayuda para que los adolescentes puedan superar los diversos eventos y mejorar su salud mental.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Bobes GJ, Bousoño MG, Calcedo BA, Gonzáles GGP. Trastorno de estrés postraumático. Editorial Masson S.A. Barcelona, 2003.
2. Azcárate MM. Trastorno de estrés postraumático. Editorial Díaz de Santos. España, 2007.
3. Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994.
4. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40: 20-34.
5. Vitriol V, Gomberoff M, Basualto ME, Ballesteros S: Relación entre trastorno por estrés postraumático de inicio tardío, abuso sexual infantil y revictimización sexual. Caso Clínico. Rev Med Chile 2006; 134: 1302-5.
6. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021.
7. Larraín S, Vega J, Delgado I. Estudio Comparativo sobre Maltrato Infantil: 2000-1994. Santiago de Chile: UNICEF, 2000.
8. Ochoa S, Oregon R. Redes de Soporte Familiar y Comunal en apoyo de la crianza del niño en comunidades de Huancavelica. Lima: Ministerio de Educación del Perú, Fundación Bernard Van Leer. 1997.
9. Palacio J, Abello R, Madariaga C, Sabatier C. Estrés Post-traumático y Resistencia Psicológica en jóvenes desplazados. Investigación y Desarrollo N°10. 1999. Pág. 16-29.
10. Marty C, Carvajal C. Childhood maltreatment as a Risk Factor for Posttraumatic Stress Disorder in Adulthood. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43(3): 180-187.
11. Rincón P, Cova F, Bustos P, Aedo J, Valdivia M. Post-Traumatic Stress Disorder among Sexually Abused Children and Adolescents. Rev Chil Pediatr 2010; 81 (3): 234-240.
12. Gospodarevskaya E. Post-traumatic stress disorder and quality of life in sexually abused Australian children. J Child Sex Abus. 2013; 22(3):277-96.
13. Zeledon C, Arce J, Mejia F, Naranjo A. Trastorno de estrés postraumático en adolescentes agredidos. Med. leg. Costa Rica. 2003; 20 (2): 15-25. Disponible en:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140900152003000200003&script=sci_arttext

14. Meiser R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dagleish T. Trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en niños y adolescentes, víctimas de una agresión sexual o un accidente de tráfico. *American Journal of Psychiatry*. 2005 Jul; 162(7):1381-1383. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/24314/>
15. Goenjian AK, Molina L, Steinberg AM, Fairbanks LA, Alvarez ML, Goenjian HA et al. Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *Am J Psychiatry*. 2001 May; 158(5):788-94.
16. Serafim A, Saffi F, Achá M, Barros D. Demographic, psychological and behavioral characteristics of child and adolescent victims of sexual abuse. *Rev. psiquiatr. clin. (Sao Paulo)*. 2011; 38(4): 143-147.
17. Tufan AE, Alkin M, Bosgelmez S. Post-traumatic stress disorder among asylum seekers and refugees in Istanbul may be predicted by torture and loss due to violence. *Nord J Psychiatry*. 2013 Jun; 67(3):219-24.
18. Suarez EB. Two decades later: The resilience and post-traumatic responses of Indigenous Quechua girls and adolescents in the aftermath of the Peruvian armed conflict. *Child Abuse Negl*. 2013 Feb-Mar; 37 (2-3):200-10.
19. Castro J. *Psiquiatria de Niños y Adolescentes Universidad Cayetano Heredia* 2009; 274-280.
20. Sadock B, Sadok V, Kaplan. *Tratado de Psiquiatría 10: Capítulo Trastorno de Estrés Post Traumático*. Edición Baltimore, Lippincott Williams and Wilkins 2009.
21. Macher E. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe Genberal: Prevalencia actual de los principales trastornos psiquiátricos en la población adulta de la sierra rural 2008. *Anales de Salud Mental*. 2009; 25 (1 y 2): 1-323.
22. Rodríguez N, Ryan SW, Vande H, Foy DW. Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: a comparison study. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 53-59.

23. Castro J. El maltrato Infantil en: Niños, Niñas y adolescentes, exclusión y desarrollo psicosocial Lima IFEJANT 2001; 655 – 80.
24. Newport J, Heim C, Bonsall R, Miller A, Nemeroff C. Pituitary-adrenal responses to standard and low-dose dexamethasone suppression tests in adult survivors of child abuse. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 10-20.
25. Stein MD, Hollander E, Rothbaum B. *Textbook of Anxiety Disorders* American Psychiatric Publishing Inc. Washington 2010 547 -603
26. Newport J, Nemeroff C. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Neurobiol* 2010; 10:211-218.
27. Halligan S, Yehuda R. Risk Factors for PTSD. *PTSD Research Quarterly* 2000; 11: 1-8.
28. Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, et al. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse-a preliminary report. *Biol Psychiatry* 1997; 41: 23-32.
29. Kaminer D, Seedat S, Stein D. Post Traumatic stress disorder in children. *World Psychiatry* 2005;4 (2) : 121–5.
30. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (4th ed. texto revisado). Washington, DC: APA; 2000.
31. Carlson E, Dalenberg C, Armstrong J, Daniels J, Loewenstein R, Roth D. Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *J Trauma Stress* 2001; 14: 549-567
32. Bobes J, Calcedo A, García M, Francois M, Rico E, González MP et al. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatría* 2000; 28(4): 207-18.
33. Bobes J, Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. *En Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 2ª edición. Psiquiatría Editores. Barcelona 2002.
34. Bustos P, Rincón PP, Aedo J. Validación preliminar de la escala infantil de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Child PTSD Symptom Scale,

- CPSS) en niños y adolescentes víctimas de violencia sexual. *Psyche* 2009; 18(2): 113-26
35. 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* 1997; 27: 153-60.
36. Moreno MP. *Psicología de la Marginación Social*. Málaga: Aljibe 2001
37. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med* 1991; 32: 705-14.
38. Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M. The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *J Trauma Stress* 2001; 14:177-188.
39. Azcárate MM. *Trastorno de estrés postraumático: daño cerebral secundario a la violencia*. Ediciones Díaz de Santos Amazon. Madrid, 2007.
40. Banco Mundial. *Definiciones de los objetivos de desarrollo del milenio*. 2013. Disponible: <http://www.bancomundial.org/temas/omd/definiciones.htm>
41. Chrobok V; Akutu A. Coalition soldierscoalition to stop the use of child soldiers returning home children's perspectives on reintegration: A case study of children abducted by the Lord's Resistance Army in Teso, Uganda. February 2008
42. Buesa S; Calvete E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2013, 13, 1, 31-45.
43. Vallejo Á; Terranova L. Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares. *Ter Psicol* [online]. 2009, vol.27, n.1 [citado 2013-09-11], pp. 103-112.

9. GLOSARIO

- ❖ **Trastorno de estrés post traumático:** El trastorno de estrés postraumático o TEPT es una enfermedad real, que se puede desarrollar después de experimentar o ser testigo de un suceso traumático extremo durante el cual siente un miedo intenso, desesperanza u horror. Las características dominantes de TEPT son entumecimiento emocional, hipervigilancia (irritabilidad y alerta constante de peligro) y re-experimentación del trauma³⁹.
- ❖ **Adolescencia:** es el periodo conformado entre el inicio de la maduración sexual y la edad adulta. El adolescente experimenta no sólo cambios físicos sino también los cambios emocionales, psicológicos, sociales y mentales. Según la OMS este periodo está comprendido entre los 10 a 19 años.
- ❖ **Extrema pobreza:** es un fenómeno que tiene muchas dimensiones, se presenta cuando el gasto familiar no logra cubrir los requerimientos de una canasta alimentaria (alimento, agua potable, techo, sanidad, y cuidado de la salud.). según el Banco Mundial es el porcentaje de la población que vive con menos de US\$1.08 diario⁴⁰.

10. ANEXOS**INDICE**

I.	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
II.	ANALISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	59
III.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
IV.	ASENTIMIENTO INFORMADO.....	66
V.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	67

I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I.1 Listado para experiencias traumáticas (INSTRUMENTO N°1)

Identificación..... Fecha.....

Edad:..... Sexo: Grado de instrucción: Ocupación:

.....

Estado Civil: Procedencia:

Número de personas que viven en casa..... Numero de hermanos.....

Vive con padre..... Madre..... Ambos.....

Cuántas habitaciones cuenta tu casa.....

¿Ha experimentado alguna vez uno de los siguientes acontecimientos? e indique que edad tenía en aquel momento.

Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (por ejm: 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas, 4 años).

Acontecimiento	SI	NO	EDAD	DURACIÓN
1.- Accidente de coche, tren, moto, caballo				
2.- Accidente de trabajo				
3.- Pérdida del hogar por incendio				
4.- Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones				
5.- Pérdida del hogar o de un miembro familiar por Temblor o terremoto				
6.- Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo				
7.- Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo				
8.- Estar próximo a ahogarse				
9.- Abuso físico por padres				
10.- abuso físico por parte de compañeros de colegio				
11- Sufrir graves quemaduras				
12.- Ser tomado por rehén				
13.- Combate.				
14.- Agresión				
15.- Violación				
16.- Incesto				
17.- Secuestro				
18.-: otros				

Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, por favor indique el que le resulta más desagradable recordar ahora

.....

DESCRIPCIÓN

12.- ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?										
13.- ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?										
14.- ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?										
15.- ¿Ha tenido dificultades de concentración?										
16.- ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o permanecido “en guardia										
17.- ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?										

TOTAL:**FRECUENCIA:****GRAVEDAD:**

DESCRIPCIÓN

La Escala de Trauma de Davidson fue diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16).

- ❖ Consta de 17 ítems, los referentes a intrusión y evitación hacen referencia al acontecimiento estresante, mientras que los de embotamiento aislamiento e hiperactivación sólo valoran la presencia o ausencia de los mismos. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior. ⁽¹⁰⁾
- ❖ Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala.
- ❖ La escala es autoadministrada y el marco de referencia es la semana anterior.
- ❖ Se encuentra validada en España por Bobes y cols. La versión que presentamos es de este mismo autor. ⁽³⁾

INTERPRETACIÓN

Su utilidad reside en la valoración de la gravedad y frecuencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático y en la valoración de la respuesta al tratamiento, ya que se ha mostrado sensible al cambio a lo largo del tiempo.

El rango de las subescalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136. A mayor puntuación mayor severidad y/o frecuencia.

Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83%.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad: La fiabilidad test-retest tras dos semanas es de 0.86. La consistencia interna, tanto para las subescalas de frecuencia y gravedad como para el total son elevadas (alfa de Cronbach de 0,97 – 0,98 – 0,99 respectivamente).

En la validación española el alfa de Cronbach obtenido fue de 0,9.

Validez: La validación concurrente se realizó con el SCID, demostrando como punto de corte más eficiente los 40 puntos (eficiencia de 0,83). Presenta validez convergente adecuada con el Clinician Administered PTSD Scale (0,78) y con el Impact of Event Scale (0,64). La validez discriminante se realizó con el Eysenck Personality Inventory Extroversion subescala⁷ (0,04). El análisis factorial arroja soluciones de 2 y de 6 factores.

- ❖ La validación española también ofrece valores adecuados de validez concurrente y discriminante. ⁽⁵⁾

I.3 MOS (Social Support Survey) (INSTRUMENTO N°3)

Identificación: **Fecha:**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1.- Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? N° de amigos íntimos:

_____ N° de familiares cercanos: _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?. Elija según los siguientes criterios:

A: Nunca **B:** Pocas veces **C:** Algunas veces **D:** La mayoría de las veces **E:** Siempre

	A(1)	B(2)	C(3)	D(4)	E(5)
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6.- Alguien que le muestre amor y afecto					
7.- Alguien con quien pasar un buen rato					
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10.- Alguien que le abrace					
11.- Alguien con quien pueda relajarse					
12.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13.- Alguien cuyo consejo realmente desee					
14.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas					
16.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17.- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18.- Alguien con quien divertirse					
19.- Alguien que comprenda sus problemas					
20.- Alguien a quien amar y sentirse querido					
INDICE GLOBAL APOYO SOCIAL:					
APOYO EMOCIONAL			INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA		
APOYO INSTRUMENTAL			APOYO AFECTIVO		
N° AMIGOS ÍNTIMOS			N° FAMILIARES CERCANOS		

DESCRIPCIÓN

El cuestionario MOS de apoyo social fue desarrollado por Sherbourne y cols en 1.991, a partir de los datos del estudio MOS, que llevaba a cabo un seguimiento a dos años de pacientes con patologías crónicas. Los elementos del test fueron seleccionados de forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender y restringidos a una única idea en cada caso.

- ❖ Existen evidencias de que la disponibilidad de ayuda o apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre el estado de salud. Por este motivo, en el curso de las enfermedades crónicas debería considerarse la influencia del apoyo social.
- ❖ Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado “*apoyo estructural*” (tamaño de la red social) o el “*apoyo funcional*” (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante⁷ y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos o feedback), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre.
- ❖ El centralizar el análisis en la percepción de ayuda, como hace este cuestionario, se justifica por el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo. Por otra parte, recibir apoyo es, a menudo, confundido con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo que está disponible para una persona.
- ❖ No disponemos de versión validada en nuestro medio.
- ❖ Se trata de un cuestionario autoadministrado de 20 ítems. El primero valora apoyo estructural y el resto apoyo funcional. Explora 5 dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo.
- ❖ El análisis factorial aconseja unificar los ítems de apoyo emocional e informativo, quedando al final 4 subescalas, para las que se pueden obtener puntuaciones independientes: apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y afectivo (ítems 6, 10 y 20).
- ❖ También se puede obtener una puntuación total, menos recomendada que las parciales por los autores (20).

INTERPRETACIÓN

- ❖ Las puntuaciones pueden darse de forma cruda o normalizada. En la forma normalizada el rango para cada subescala y para la puntuación total es de 0 a 100. En cambio, si se indican las puntuaciones sin realizar esta transformación los rangos son: 19-95 para puntuación total, 8-40 para apoyo emocional, 4-20 para apoyo instrumental y para interacción social positiva y 3-15 para apoyo afectivo. En cualquier caso, a mayor puntuación, mayor apoyo percibido.
- ❖ Los autores en su trabajo original no recomiendan puntos de corte, pero en nuestro medio hemos visto utilizarlos. Así se han empleado 57 para puntuación total, 24 para emocional, 12 para instrumental y 9 para interacción social y para afectivo.
- ❖ A pesar de que el modelo multidimensional de apoyo social defendido por los autores es aceptado por otros, algunos consideran que los distintos factores se encuentran tan interrelacionados que no pueden separarse entre sí.
- ❖ El modelo multidimensional de apoyo social defendido por los autores, en ocasiones ha sido criticado. Inicialmente, la escala fue diseñada para su uso en pacientes crónicos, debiendo valorarse su utilidad en población general.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad: La consistencia interna para la puntuación total es alta¹ (alfa = 0.97) y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest es elevada (0.78).

Validez: Utilizando variables recogidas en los estudios MOS, presenta correlación convergente con la soledad ($r = -0,53$ a $-0,69$), el funcionamiento familiar y matrimonial ($r = 0,38-0,57$) y con el estado de salud mental. Por el contrario, la correlación con cuestiones que exploran actividad social fue intermedia. La correlación con el ítem 1 (soporte estructural) es baja. La correlación entre las cuatro subescala es razonable (0,69 a 0,82)

II. ANALISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

II.1 Validez de instrumento N°1 sobre el listado para experiencias traumáticas (Prueba binomial: Juicio de expertos)

CRITERIOS	N° de Jueces					Prob.
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	0.031
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	0.031
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	0.031
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	0.031
6. Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	0	1	0.250
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	0.031

Se ha considerado:

- Favorable = 1 (SI)
- Desfavorable = 0 (NO)

Aplicando la prueba binomial para la validez del Contenido se obtiene como resultado que existe evidencias estadísticas para afirmar que existe concordancia favorable entre los cinco jueces respecto a la validez del instrumento ($p < 0.005$). Respecto al ítem de que las preguntas sean claras y entendibles se tomó en consideración lo sugerido por los expertos para mejorar el instrumento.

II.2 Validez de instrumento mediante Método ítem-test (Coeficiente de Correlación de Pearson)

TABLA N°01: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N°2 (FRECUENCIA)

Ítem	TABLA N°1 - FRECUENCIA																	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	6
2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	7
3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
4	1	1	2	1	0	2	1	2	0	3	1	1	0	2	1	1	1	20
5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	1	0	0	8
6	0	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	2	1	20
7	2	1	1	1	2	3	3	2	0	0	3	3	0	1	1	1	0	24
8	1	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14
9	1	2	3	2	3	3	3	1	1	0	1	0	0	0	3	3	2	28
10	0	1	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
11	2	0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
12	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	0	1	7
13	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	10
14	4	4	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	0	1	1	36
15	3	0	2	1	0	2	1	3	3	2	2	0	1	0	1	2	0	23
16	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12
17	2	2	0	0	0	1	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	21
18	1	1	1	0	1	2	0	0	2	1	2	1	2	4	3	0	2	23
19	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	24
20	1	2	0	2	1	2	1	3	2	3	3	2	1	2	2	1	1	29
Total	23	17	19	16	17	25	17	25	19	22	28	19	17	26	22	20	17	
r	0.60	0.74	0.56	0.57	0.51	0.75	0.71	0.52	0.56	0.66	0.66	0.58	0.33	0.17	0.36	0.54	0.47	
r absoluto	0.60	0.74	0.56	0.57	0.51	0.75	0.71	0.52	0.56	0.66	0.66	0.58	0.33	0.17	0.36	0.54	0.47	
Calificación	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	Observada	v	v	v	

Observación: La Calificación se refiere a la conclusión de la regla de decisión O: pregunta observada; V: pregunta validada.

Observamos que el instrumento está adecuadamente validado, pues la mayoría de sus preguntas son válidas para su aplicación (la última fila del cuadro, en calificación), y se pudiese eliminar las preguntas 14. Sin embargo, esto no es necesario y se puede seguir aplicando este instrumento.

TABLA N°02: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N°2 (GRAVEDAD)

Item	TABLA N°2 - GRAVEDAD																	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	7
2	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	10
3	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	0	1	0	11
4	1	2	1	1	0	2	1	2	0	3	1	1	0	2	1	1	0	19
5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	1	0	0	8
6	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
7	2	1	1	1	2	4	3	2	0	0	3	3	0	1	1	1	0	25
8	1	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	12
9	1	2	2	2	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	15
10	0	2	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
11	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
12	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	0	1	7
13	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	10
14	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	23
15	1	0	4	0	0	2	0	2	4	3	3	0	4	0	1	3	1	28
16	1	0	3	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14
17	2	0	0	1	3	0	1	0	0	1	0	1	1	1	2	2	2	17
18	1	1	1	0	1	3	0	0	2	1	2	1	1	3	2	0	2	21
19	1	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	29
20	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	4	15
Total	23	11	18	14	17	20	13	17	16	16	23	14	17	25	18	17	16	
r	0.22	0.14	0.48	0.10	0.29	0.73	0.58	0.45	0.63	0.66	0.77	0.63	0.52	0.1	0.55	0.68	0.36	
r absoluto	0.22	0.14	0.48	0.10	0.29	0.73	0.58	0.45	0.63	0.66	0.77	0.63	0.52	0.10	0.55	0.68	0.36	
Calificación	v	Observada	v	Observada	v	v	v	v	v	v	v	v	v	Observada	v	v	v	

Observación: La Calificación se refiere a la conclusión de la regla de decisión O: pregunta observada; V: pregunta validada.

Observamos que el instrumento esta adecuadamente validado, pues la mayoría de sus preguntas son válidas para su aplicación (la última fila del cuadro, en calificación), y se pudiese eliminar las preguntas 2, 4 y 14. Sin embargo, esto no es necesario y se puede seguir aplicando este instrumento.

TABLA N°03: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N°3

Item	TABLA N°3: APOYO SOCIAL																			Total
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	3	3	2	2	2	4	5	3	2	3	3	5	3	5	3	3	3	3	4	61
2	1	1	3	1	3	3	3	1	3	3	1	2	3	1	3	1	3	1	1	38
3	1	2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	1	1	38
4	3	2	2	3	5	3	2	2	2	3	4	3	4	3	2	3	5	3	5	59
5	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2	2	2	1	3	38
6	2	2	3	2	4	4	4	4	2	4	4	4	3	2	3	1	4	3	4	59
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
8	5	3	3	1	5	5	5	5	3	5	5	4	2	5	2	3	5	3	5	74
9	1	5	3	5	1	2	2	3	2	3	5	2	3	5	3	5	2	5	5	62
10	1	3	2	1	5	2	3	2	2	3	5	2	3	3	3	2	3	3	5	53
11	3	5	3	1	4	3	1	1	2	3	2	1	2	1	1	2	4	2	5	46
12	4	5	3	2	5	3	2	2	1	5	3	2	1	2	3	2	5	3	2	55
13	1	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	34
14	2	5	5	1	5	2	2	5	5	5	5	3	3	5	3	2	5	5	5	73
15	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	4	3	4	61
16	1	2	2	1	5	5	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	5	4	5	50
17	3	2	4	3	2	3	2	5	2	5	5	2	4	4	5	5	3	4	2	65
18	2	2	3	2	2	3	2	2	2	5	3	2	2	5	3	3	3	2	2	50
19	2	3	5	1	5	5	2	3	5	1	5	4	5	3	2	2	5	5	5	68
20	5	5	2	1	5	5	2	2	5	4	3	2	3	4	3	3	4	4	5	67
Total	45	59	55	36	67	63	50	51	49	64	65	51	55	61	50	50	70	58	71	
r	0.57	0.50	0.62	0.22	0.55	0.55	0.38	0.78	0.57	0.61	0.83	0.62	0.49	0.73	0.54	0.45	0.7	0.82	0.69	
r absoluto	0.57	0.50	0.62	0.22	0.55	0.55	0.38	0.78	0.57	0.61	0.83	0.62	0.49	0.73	0.54	0.45	0.70	0.82	0.69	
Calificación	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v

Observación: La Calificación se refiere a la conclusión de la regla de decisión O: pregunta observada; V: pregunta validada.

Observamos que el instrumento esta adecuadamente validado, pues TODAS las preguntas son válidas para su aplicación (la última fila del cuadro, en calificación)

II.3 Confiabilidad: Coeficiente alfa-Cronbach

TABLA N°04: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO N°2 (FRECUENCIA)

Item	TABLA N°3 - FRECUENCIA																	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	6
2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	7
3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
4	1	1	2	1	0	2	1	2	0	3	1	1	0	2	1	1	1	20
5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	1	0	0	8
6	0	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	2	1	20
7	2	1	1	1	2	3	3	2	0	0	3	3	0	1	1	1	0	24
8	1	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14
9	1	2	3	2	3	3	3	1	1	0	1	0	0	0	3	3	2	28
10	0	1	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
11	2	0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
12	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	0	1	7
13	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	10
14	4	4	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	0	1	1	36
15	3	0	2	1	0	2	1	3	3	2	2	0	1	0	1	2	0	23
16	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12
17	2	2	0	0	0	1	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	21
18	1	1	1	0	1	2	0	0	2	1	2	1	2	4	3	0	2	23
19	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	24
20	1	2	0	2	1	2	1	3	2	3	3	2	1	2	2	1	1	29
Varianza	1.08	1.19	1.10	0.48	0.77	0.83	0.87	1.36	0.68	1.15	0.88	1.00	0.45	1.06	0.73	0.63	0.45	74.79
Suma_var	14.71																	

k 20
 Item 26
 r-Alpha de Cronbach **0.85**

El valor de α -Cronbach es 0.85 que es superior a 0.5 es decir se considera que el instrumento es confiable para su aplicación.

TABLA N°05: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO N°2 (GRAVEDAD)

Item	TABLA N°5 - GRAVEDAD																	Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	7
2	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	10
3	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	0	1	0	11
4	1	2	1	1	0	2	1	2	0	3	1	1	0	2	1	1	0	19
5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	1	0	0	8
6	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
7	2	1	1	1	2	4	3	2	0	0	3	3	0	1	1	1	0	25
8	1	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	12
9	1	2	2	2	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	15
10	0	2	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
11	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
12	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	1	0	1	7
13	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	10
14	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	23

15	1	0	4	0	0	2	0	2	4	3	3	0	4	0	1	3	1	28
16	1	0	3	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14
17	2	0	0	1	3	0	1	0	0	1	0	1	1	1	2	2	2	17
18	1	1	1	0	1	3	0	0	2	1	2	1	1	3	2	0	2	21
19	1	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	29
20	1	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	4	15
Varianza	0.98	0.68	1.25	0.43	1.08	1.26	0.66	0.77	1.12	0.91	0.87	0.75	0.87	0.83	0.41	0.66	1.12	53.99
Suma_var	14.64																	

k 20
Item 26
r-Alpha de Cronbach 0.77

El valor de α -Cronbach es 0.77 que es superior a 0.5 es decir se considera que el instrumento es confiable para su aplicación.

TABLA N°06: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO N°2 (GRAVEDAD)

Item	TABLA N°6: APOYO SOCIAL																			Total
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	3	3	2	2	2	4	5	3	2	3	3	5	3	5	3	3	3	3	4	61
2	1	1	3	1	3	3	3	1	3	3	1	2	3	1	3	1	3	1	1	38
3	1	2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	1	1	38
4	3	2	2	3	5	3	2	2	2	3	4	3	4	3	2	3	5	3	5	59
5	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2	2	2	1	3	38
6	2	2	3	2	4	4	4	4	2	4	4	4	3	2	3	1	4	3	4	59
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
8	5	3	3	1	5	5	5	5	3	5	5	4	2	5	2	3	5	3	5	74
9	1	5	3	5	1	2	2	3	2	3	5	2	3	5	3	5	2	5	5	62
10	1	3	2	1	5	2	3	2	2	3	5	2	3	3	3	2	3	3	5	53
11	3	5	3	1	4	3	1	1	2	3	2	1	2	1	1	2	4	2	5	46
12	4	5	3	2	5	3	2	2	1	5	3	2	1	2	3	2	5	3	2	55
13	1	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	34
14	2	5	5	1	5	2	2	5	5	5	5	3	3	5	3	2	5	5	5	73
15	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	4	3	4	61
16	1	2	2	1	5	5	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	5	4	5	50
17	3	2	4	3	2	3	2	5	2	5	5	2	4	4	5	5	3	4	2	65
18	2	2	3	2	2	3	2	2	2	5	3	2	2	5	3	3	3	2	2	50
19	2	3	5	1	5	5	2	3	5	1	5	4	5	3	2	2	5	5	5	68
20	5	5	2	1	5	5	2	2	5	4	3	2	3	4	3	3	4	4	5	67
Varianza	1.67	1.84	1.14	1.12	2.56	1.40	1.21	1.73	1.52	1.96	1.99	1.21	1.25	2.16	0.89	1.21	1.63	1.78	2.58	207.63
Suma_var	30.84																			

k 19
Item 20
r-Alpha de Cronbach 0.90

El valor de α -Cronbach es 0.90 que es superior a 0.5 es decir se considera que el instrumento es confiable para su aplicación.

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “Trastorno de Estrés Post Traumático en Adolescentes en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica en el año 2011- 2012”

Este documento de asentimiento informado es para adolescentes entre 12 y 18 años, que viven en zonas de extrema pobreza de la Provincia de Huancavelica y que se les invita a participar en la investigación. Le voy a dar información e invitarle a tomar parte de este estudio de investigación.

Explicación: Vamos a realizar un estudio para tratar de aprender sobre adolescentes que sufren de Trastorno de Estrés Pos Traumático.

¿Quiénes pueden participar?

Participarán los adolescentes de 12- 18 años en extrema pobreza de la provincia de Huancavelica.

¿Qué me pedirán que haga?

Luego de que usted firme este documento, el médico lo entrevistará preguntándole algunos datos personales, luego se le entregara unas hojas donde hay preguntas para evaluar eventos traumáticos y síntomas de estrés post traumático. Toda la entrevista le tomará un promedio de una hora a una hora y media y si no deseas seguir con la evaluación se continuará el día siguiente.

¿Qué beneficio puedo esperar?

Los resultados de este estudio permitirán ampliar los conocimientos sobre Trastorno de Estrés post Traumático en población adolescente en extrema pobreza y también se podrá determinar que adolescentes necesitan una intervención psicológica y psiquiátrica para tratar la patología.

¿La información recolectada sobre mí será confidencial?

Si los resultados de este estudio son publicados, la identidad del adolescente permanecerá en el anonimato. Toda la información será de uso confidencial para el investigador quien no revelará su nombre ni los resultados a otras personas.

¿Puedo elegir si participar o no?

Tú puedes elegir .Hemos discutido esta investigación con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Si vas a participar en la investigación, sus padres/apoderado también tienen que aceptarlo. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tiene por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado.

Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no después de haberlo discutido. No tienes que decidirlo inmediatamente.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo.

Acepto participar en la investigación”.

Nombre del adolescente: _____

Firma del adolescente: _____

Fecha: _____

IV. ASENTIMIENTO INFORMADO

ASENTIMIENTO INFORMADO

Título: “Trastorno de Estrés Post Traumático en Adolescentes en Extrema Pobreza de la Provincia de Huancavelica en el año 2011- 2012”

Se le invita a participar en el siguiente trabajo de investigación. Usted debe decidir si desea que su menor hijo participe o no.

Sírvase tomarse su tiempo para llegar a una decisión. Lea lo que aparece a continuación y sobre cualquier duda que pueda tener consulte con el médico residente de psiquiatría Dra. - Linnette Irene Hermoza Vásquez (cel 980610439), quien labora en el Hospital Hermilio Valdizan y es el responsable de este estudio.

¿Quiénes pueden participar?

Participarán los adolescentes de 12- 18 años en extrema pobreza de la provincia de Huancavelica.

¿Qué me pedirán que haga?

Luego de que usted firme este documento, el médico entrevistará al adolescente para preguntarle algunos datos personales, luego se le entregara unas hojas donde hay preguntas para evaluar traumas y síntomas de estrés post traumático. Toda la entrevista le tomará un promedio de una hora a una hora y media y si el adolescente no desea seguir con la evaluación se continuará el día siguiente.

¿Qué beneficio puedo esperar?

Los resultados de este estudio permitirán ampliar los conocimientos sobre Trastorno de Estrés post Traumático en población adolescente en extrema pobreza y también se podrá determinar que adolescentes necesitan una intervención psicológica y psiquiátrica para tratar la patología.

¿La información recolectada sobre mi será confidencial?

Si los resultados de este estudio son publicados, su identidad y la del adolescente permanecerán en el anonimato. Toda la información será de uso confidencial para el investigador quien no revelará su nombre ni los resultados a otras personas.

¿Puedo rehusarme a participar en el estudio?

Su participación en el estudio es voluntaria. Usted puede negarse a que su hijo participe en este estudio o retirarse una vez iniciada la entrevista sin que ello altere ninguna relación.

Yo,....., (familiar responsable) he sido informado por el Dr.....sobre este estudio. Además, he leído y comprendido este formato de consentimiento y han respondido a todas mis preguntas, y sé que puedo retirar a mi hijo en cualquier momento si así lo deseo. Por lo tanto, he decidido voluntariamente que mi menor hijo.....participe de este estudio.

Huancavelica.....de.....del 2012

Firma del Paciente

Firma del Familiar Responsable

DNI:.....

Firma del médico investigador

DNI:.....

V. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CRITERIO DE MEDICION	INDICADOR DE CALIFICACION
Trastorno de Estrés post traumático	.	Cuantitativa	De razón	Escala de Trauma de Davidson	Punto de corte más eficiente los 40 puntos
Tipo de trauma que sufrió		Cualitativa	nominal	Listado de experiencias traumáticas	La existencia de alguna experiencia traumática
Apoyo social		Cuantitativa	De razón	El cuestionario MOS de apoyo social	19-95 para puntuación total, 8-40 para apoyo emocional, 4-20 para apoyo instrumental y para interacción social positiva y 3-15 para apoyo afectivo. En cualquier caso, a mayor puntuación, mayor apoyo percibido
Tipo de trauma que causa TEPT		Cualitativa	nominal	Listado de experiencias traumáticas	La existencia de alguna experiencia traumática
Edad	Años cumplidos a la fecha de recolección de datos	Cuantitativa	De razón continua	Número de años cumplidos	Número de años
Sexo	Genero del paciente	Cualitativa	Nominal	Sexo femenino o masculino	Femenino Masculino
Religión	Tipo de religión profesada	Cualitativa	nominal	Católico Cristino no católico otros	Católico Cristino no católico otros
Hacinamiento	Nº de personas por habitaciones en casa	Cuantitativa	De razón	Índice Nº de personas / Nº de habitaciones en casa	Mayor de 3
Presencia de Padre y/o madre	Viven con padres	cualitativa	categorías	Vive con padre Vive con madre Vive con ambos Vive sin padres	Vive con padre Vive con madre Vive con ambos Vive sin padres

Edad de inicio de abuso físico parental	Años cumplidos al fecha de inicio del abuso físico parental	Cuantitativa	De razón continua	Número de años cumplidos	Número de años
Duración de maltrato físico		Cuantitativa	De razón continua	Tiempo de duración del maltrato	Tiempo en días , semanas, meses , años
Edad de inicio de abuso físico por parte compañeros de colegio	Años cumplidos al fecha de inicio de abuso físico por parte compañeros de colegio	Cuantitativa	De razón continua	Número de años cumplidos	Número de años
Duración de abuso físico por parte compañeros de colegio		Cuantitativa	De razón continua	Tiempo del abuso físico	Tiempo en días , semanas, meses , años
Edad de inicio de trauma que causó TEPT	Años cumplidos al fecha de inicio del trauma	Cuantitativa	De razón continua	Número de años cumplidos	Número de años
Duración de trauma que causo TEPT		Cuantitativa	De razón continua	Tiempo de duración del trauma	Tiempo en días , semanas , meses, años