

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**El apoyo social y su influencia en los síntomas de
trastorno de estrés postraumático con depresión
en víctimas de desastres naturales.
Proyecto de Investigación**

Adriana Michelle Muñoz Hernández

Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Licenciada en psicología

Quito, 10 de Agosto de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**El apoyo social y su influencia en los síntomas de trastorno de estrés
postraumático con depresión en víctimas de desastres naturales**

Adriana Michelle Muñoz Hernández

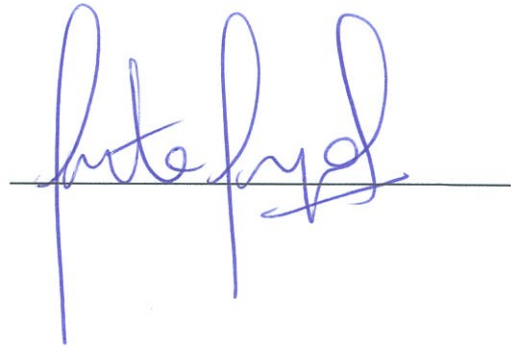
Calificación:

10/10.

Nombre del profesor, Título académico

María Cristina Crespo Andrade, Ph. D
(c)

Firma del profesor



Quito, 10 de Agosto de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Adriana Michelle Muñoz Hernández

Código: 00112218

Cédula de Identidad: 1716114903

Lugar y fecha: Quito, Agosto de 2016

RESUMEN

Los desastres naturales se dan a partir de la existencia de un fenómeno natural que frente a ciertas condiciones físicas se convierte en una catástrofe o desastre natural. Psicólogos y científicos han mostrado interés por la salud mental frente a desastres naturales y se ha encontrado alta prevalencia de trastorno de estrés postraumático y depresión en los sobrevivientes de desastres naturales. Existen una variedad de terapias psicológicas que han resultado efectivas para el enfrentamiento de estos trastornos mentales, a pesar de esto resulta difícil otorgar terapia individual para los afectados de desastres naturales. Por otro lado, el apoyo social también ha sido estudiado por psicólogos y científicos, en relación al trastorno de estrés postraumático y depresión se han encontrado que tiene efectos positivos. En este proyecto se propone la elaboración de una investigación cuantitativa para determinar si existe una asociación entre apoyo social y la sintomatología de trastorno de estrés postraumático y depresión comórbida. Para realizar esta investigación se sugiere la participación de dos grupos de sobrevivientes del terremoto del 16 de abril de 2016 ocurrido en Ecuador, un grupo A, con sintomatología moderada de trastorno de estrés postraumático y depresión y un grupo B, con sintomatología grave de trastorno de estrés postraumático y depresión. A estos dos grupos se les aplicaría el cuestionario de apoyo social MOS. Se esperaría encontrar que el grupo A tenga mayor puntaje en cuanto a apoyo social en sus cuatro diferentes factores, apoyo emocional/informativo, interacción social positiva, apoyo instrumental y apoyo afectivo. En conclusión, se propone la creación de varios centros donde las personas afectadas por desastres naturales puedan asistir para mejorar su estado y salud mental.

Palabras clave: Comorbilidad, Desastres naturales, Trastorno de estrés postraumático, depresión, apoyo social, terremoto.

ABSTRACT

A natural disaster comes after the existence of a natural phenomenon in combination with certain physical conditions. Psychologists and scientists have shown interest for mental health around natural disasters and have found high prevalence of posttraumatic stress disorder and depression among natural disasters survivors. There are several psychotherapies that have been successful within the confrontation of these mental diseases, in spite of this it results difficult to give individual therapy to the affected from natural disasters. On the other side, social support has also been studied by psychologists and scientist, in relation to posttraumatic stress disorder and depression, it has been shown that it gives positive effects. This project aims to determine whether there is an association between social support and symptoms of PTSD with comorbid depression. To do this research we propose the investigation involving participants divided in two groups of survivors of the earthquake of April 16, 2016 occurred in Ecuador; a group A, with moderate symptoms of PTSD and depression and a group B with severe symptoms of disorder suggested post-traumatic stress and depression. These two groups would apply the social support questionnaire MOS. You would expect to find that the group A has the highest score in terms of social support in its four different factors, emotional / informational support, positive social interaction, instrumental support and emotional support. In conclusion the creation of several centers where people affected by natural disasters can attend to improve their status and mental health is proposed.

Key words: Comorbidity, natural disasters, post-traumatic stress disorder, depression, social support, earthquake.

Tabla de Contenido

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA | 9 |
| Antecedentes..... | 9 |
| Breve reseña de desastres naturales en Latinoamérica y Ecuador. | 9 |
| Salud mental frente a desastres naturales..... | 10 |
| Tratamiento frente a problemas de salud mental de víctimas de desastres naturales. | 11 |
| El problema..... | 12 |
| Tratamientos post-desastres naturales..... | 13 |
| Apoyo social. | 14 |
| Pregunta de investigación..... | 15 |
| El significado del estudio..... | 15 |
| REVISION DE LA LITERATURA..... | 16 |
| Fuentes. | 16 |
| Formato de la revisión de la literatura | 16 |
| Tema 1: Trastorno de estrés postraumático. | 17 |
| Tema 2: Depresión | 24 |
| Tema 3: Trastorno de estrés post traumático asociado con depresión en desastres naturales | 30 |
| Tema 4: Apoyo social | 33 |
| METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... | 36 |
| Justificación de la metodología seleccionada | 36 |
| Herramientas de la investigación utilizada | 37 |
| Descripción de participantes | 38 |
| Reclutamiento de participantes | 38 |
| RESULTADOS ESPERADOS..... | 39 |
| Discusión | 43 |
| Limitaciones del estudio | 45 |
| Recomendaciones para futuros estudios..... | 45 |
| REFERENCIAS | 47 |
| ANEXO A: Cuestionario de apoyo social..... | 53 |
| ANEXO B: Anuncio para reclutamiento de participantes | 55 |
| ANEXO C: Solicitud para aprobación de un estudio de Investigación | 56 |
| ANEXO D: Formulario de consentimiento informado..... | 59 |

INTRODUCCIÓN

El Ecuador se encuentra ubicado en un sector geográfico que presenta un alto riesgo de desastres naturales, una de sus características es que se encuentra en el cinturón de fuego (Viracucha & De la Bastida, 2014), es decir que sus habitantes están rodeados por una alta variedad de volcanes activos y movimientos sísmicos frecuentes y a la vez inesperados. En el Natural Disaster Risk Index de Maplecroft (2010), se encuentra que Colombia es el décimo país con mayor riesgo de desastres naturales en el mundo, al ser Ecuador un país vecino, se encuentra entre el grupo de países con alto riesgo de desastres naturales, que provocan impacto en grandes grupos humanos. En cuanto a información recolectada en relación al “después” de desastres naturales en otros países, se ha encontrado que existe una alta prevalencia en los sobrevivientes de trastorno de estrés postraumático, depresión y también se ha encontrado comorbilidad entre estos (Kar y Kumar, 2006). A pesar de que se sabe que estos problemas psicológicos afectan a los sobrevivientes de forma negativa, el tratamiento psicológico para estos problemas es escaso en Latinoamérica (Figuroa, Marín y Gonzales, 2010), especialmente en el Ecuador. Por otro lado, es importante mencionar que el apoyo social al ser un elemento de afrontamiento de situaciones de estrés (Cohen. R, 2008), se debe tomar en cuenta como un elemento protector y ayudante en situaciones catastróficas en relación a la salud mental.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Según Romero y Maskrey, (1993) un desastre natural se da cuando un fenómeno natural ya sea un terremoto, huracán, maremoto, etc., correlaciona con ciertas condiciones físicas, sociales y económicas vulnerables, ya sean suelo inestable, malas construcciones o mala ubicación. Un desastre natural puede llegar a afectar de manera psicológica, física y económica. La afección psicológica que existe en las personas víctimas de desastres naturales puede llegar a ser un impedimento para que estas continúen su vida de manera resiliente (Figuroa, Marín y Gonzales, 2010). Entre las afecciones psicológicas más comunes en desastres naturales, se encuentran síntomas del trastorno de estrés post traumático y depresión (Norris & Elrod, 2006), los cuales pueden estar presentes en un individuo de forma comórbida. Por otro lado, se ha visto que el apoyo social tiene un efecto positivo en las personas en el afrontamiento de situaciones relacionadas al estrés. Este estudio pretende investigar más a fondo cómo influye el apoyo social en víctimas de desastres naturales que padecen de trastorno de estrés post-traumático asociado con depresión.

Antecedentes

Breve reseña de desastres naturales en Latinoamérica y Ecuador.

En Latinoamérica, entre los años 1970 y 2000 existieron 32.4 desastres por año, que se estima causaron alrededor de 7 400 muertes anuales (Charvériat, 2000). Los desastres naturales dejan en riesgo y vulnerabilidad a muchos de los afectados, aumentando así la debilidad psicológica (Cardona, 2003). Huracanes y terremotos reportan consecuencias psicológicas en las víctimas como el aumento de incidencia en estrés, alcoholismo, violencia y depresión (Charvériat, 2000). Por otra parte también se ha observado que estas personas victimizan a otras, por ejemplo en los albergues provisionales se ha reportado separación de familias e incluso aumento de violencia, violaciones, abuso infantil y prostitución temporal (Fisher, 2010)

En Ecuador se han reportado desde el año 1964 hasta el año 2008, varios desastres naturales que han afectado la población, se estima según Bravo (2008), que ha existido en este periodo una serie de desastres naturales que incluyen: sequías, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, etc. En cada una de estas catástrofes se ven afectadas entre 100 000 y 700 000 habitantes. Por ejemplo, el fenómeno del Niño, registrado en el año 1982, dejó a su paso más de 300 personas fallecidas, y alrededor de 700 000 personas afectadas. En la región amazónica del Ecuador existió también un terremoto en el año 1987, el cual dejó 3,500 fallecidos y más de 100,000 afectados. Según Charvériat (2000), este tipo de acontecimientos afectan severamente al Ecuador y sus habitantes, después de dos acontecimientos catastróficos (el terremoto de 1987 y el fenómeno del Niño en el año 1998) se vio como consecuencia una pérdida de producción económica del 42% del país. Recientemente se presentó uno de los terremotos más fuertes reportados en Latinoamérica el día 16 de abril del año 2016. El Instituto Geofísico del Ecuador (2016) reporta que este terremoto de 7.8 de magnitud en la escala de Richter, tuvo su epicentro en Pedernales, provincia de Manabí en Ecuador.

Salud mental frente a desastres naturales.

En cuanto a la salud mental, estudios demuestran que tras este tipo de acontecimientos o desastres naturales, se reportan altas tasas de trastorno de estrés post traumático, depresión y problemas de ansiedad. Zhang, Ran, Li, Ou, Gong, Fan, Jiang and Fang (2011), realizaron una investigación en China después del terremoto que ocurrió en Wenchuan el 12 de mayo de 2008. En este estudio se encontró que la prevalencia de trastorno de estrés post traumático en alrededor de 700 adolescentes de 11vo grado era de 2.5% a 60.8% 4 a 13 meses después del terremoto. Por otro lado, luego del terremoto que ocurrió en Chile en el año 2010, se realizó una evaluación de prevalencia de trastorno de estrés postraumático en alrededor de 300 niños

con una media de 15 años y se reportó que un 20% sufrió de trastorno de estrés post traumático (Díaz, Quintana y Vogel, 2011).

La depresión es también uno de los principales problemas que las personas víctimas de desastres naturales afrontan, y muchas veces sus síntomas puede estar presentes paralelamente con los síntomas de trastorno de estrés post traumático. En un estudio realizado a un grupo de adolescentes víctimas de un ciclón, del área rural en Orissa, en la costa este de India (Kar y Kumar, 2006) se encontró que 14 meses después del evento a un 48.3% se le diagnosticó con trastorno de estrés postraumático y de este grupo, un 63.2% fue diagnosticado a la vez con trastorno depresivo mayor. Así también, Goenjian. K, Molina, Steinber, Fairbank, Alvarez, Goenjian.A y Pynoos (2001) encontraron resultados similares en víctimas de un huracán que ocurrió en Nicaragua donde evaluaron a 3 grupos de adolescentes de tres diferentes ciudades (Posoltega, Chinandega y León). Los resultados demostraron que en Posoltega un 41.79% de la muestra tenía trastorno de estrés postraumático asociado con depresión; en Chinandega un 21.38% de la muestra fue diagnosticada con; TEPT (Trastorno de estrés postraumático) asociado con depresión y en León un 4.8% de la muestra fue también diagnosticada con TEPT asociado con depresión. En este estudio se puede presumir que la diferencia estadística se puede dar debido a la distancia de cada ciudad con la zona cero.

Tratamiento frente a problemas de salud mental de víctimas de desastres naturales.

Se ha encontrado evidencia que afirma que la terapia cognitivo conductual reduce síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático relacionados con eventos traumáticos (Seider & Wagner, 2006). A pesar de ser un tema sumamente importante, la información acerca de tratamientos aplicados en víctimas de terremotos en Latinoamérica es escasa. Torres y Bianchi (2013), realizaron un estudio donde después de 14 meses de finalización de tratamiento

de terapia cognitivo conductual post desastre a 7 trabajadores, donde no se encontró ninguna diferencia significativa entre grupo de control y el grupo que había recibido tratamiento.

Natha & Daiches, (2014) realizaron un estudio meta analítico en víctimas de desastres naturales donde se concluyó que existe una disminución significativa de los síntomas de trastorno de estrés postraumático después de aplicar la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO). En esta terapia se intenta que el participante o cliente traiga recuerdos del trauma y con la dirección del terapeuta realizar distintos movimientos oculares, se da con el objetivo de activar partes del cerebro para facilitar la asimilación del trauma (Solomon & Shapiro, 2008). Sin embargo, la terapia de DRMO ha sido descontinuada ya que se ha demostrado también que esta puede ser inefectiva y en algún caso perjudicial ya que puede aumentar la duración de síntomas psicológicos (Bisson & Deahl, 1994).

Se ha encontrado también que el apoyo social es un factor importante en sobrevivientes de desastres naturales, ya que estos fortalecen las redes eficazmente y logran mejorar la resiliencia de los mismos (Cohen. R, 2008)

El problema

Este proyecto nace en base de varios problemas hallados frente al área de psicología en el Ecuador. El principal problema se encuentra en que la población ecuatoriana al ser de frecuente riesgo catastrófico, es afectada en varios aspectos y uno de estos son los síntomas de trastorno de estrés postraumático y depresión que se encuentra en los sobrevivientes. El localizar una terapia es una opción que puede resultar costosa y a veces difícil de encontrar. A menudo es difícil proporcionar ayuda psicológica individual para cada uno de los afectados, en este proyecto se plantea la solución a este problema investigando el efecto del apoyo social en los síntomas de trastorno de estrés postraumático comórbido con depresión.

El apoyo social, al ser un factor importante, no se lo toma en cuenta como una herramienta útil para disminuir síntomas de trastornos psicológicos. En casos de desastres naturales, como se explicará más adelante, las personas que padecen de trastorno de estrés postraumático asociado con depresión tienen síntomas, los cuales pueden ser disminuidos implementando distintas formas de apoyo social como emocional, informativo y familiar.

Un problema que existe en el Ecuador es que la investigación en el ámbito psicológico es sumamente escasa, por ejemplo en el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), no se encuentra ninguna base de datos donde se proporcione información acerca de trastornos psicológicos y enfermedades mentales. Esto se demuestra también en varios estudios que la información acerca de trastornos psicológicos en el Ecuador es limitante (Carreño, 2015). Los datos de salud mental después de desastres naturales también han resultado escasos. Las autoridades en el Ecuador expresan mucha preocupación y colaboración hacia enfermedades físicas, estructuras, epidemias y entre otros, pero en el campo de la salud mental no se han reportado ninguna investigación (hasta la fecha de este proyecto) que proporcione estadísticas sobre el estado de salud mental general de las víctimas del terremoto.

Tratamientos post-desastres naturales.

Los desastres naturales afectan en gran medida a la población latinoamericana y ecuatoriana. Los sobrevivientes enfrentan dificultades para continuar su vida de forma normal debido a problemas como la depresión y el trastorno de estrés postraumático (Kar y Kumar, 2006). En un estudio realizado por Monson, Fredman, Adair, Stevens, Resick, Schnurr y Macdonald, (2011), se encontró que el tratamiento de terapia cognitivo conductual a parejas que han sido diagnosticadas con TEPT, resultó beneficioso para estos pacientes ya que disminuyó los síntomas y mejoró la satisfacción de pareja. En otro estudio realizado por Nishith, P., Nixon, R. D., & Resick, P. A. (2005), se encontró que la terapia cognitiva de

procesamiento y la exposición prolongada resultó favorable para tratar síntomas de culpa en personas que han sido diagnosticadas con TEPT y depresión mayor en consecuencia de violación sexual. La terapia cognitiva de procesamiento resultó ser mejor con trastorno de estrés post traumático no comórbida con depresión. En cuanto al tratamiento de la depresión la primera línea de tratamiento se considera la terapia cognitivo conductual, ya que se ha demostrado en varios estudios e investigaciones que la terapia cognitivo conductual tiene resultados favorables para los pacientes con depresión (Naeem, Waheed, Gobbi, Ayub, & Kingdon, 2011). A pesar de que se han realizado investigaciones con el objetivo de proporcionar una terapia específica para salud mental post-desastres, no se ha logrado encontrar un tratamiento que tenga una diferencia significativa entre un antes y un después (Torres y Bianchi, 2013), especialmente en víctimas que padecen de trastorno de estrés postraumático y depresión.

Por otro lado, otro de los problemas frente al tratamiento psicológico de personas sobrevivientes es que, debido a la cantidad de personas afectadas no se puede proporcionar ayuda psicológica en forma de terapia personalizada individual por un profesional de la salud mental a cada una de las personas afectadas.

Apoyo social.

Para analizar el apoyo social es importante primero dar una definición, Cobb (1976), define el apoyo social como información dada por un sujeto o más a otro sujeto, ya sea para informar que es apreciado, querido, valorado o que pertenece a una red social de comunicación. En este proyecto se presentará el apoyo social en diferentes enfoques, según la propuesta realizada por el Medical Outcomes Study, el apoyo social se puede dividir en emocional/informacional, instrumental, interacción positiva y apoyo afectivo (Sherboure & Stewart,

1993). La interacción social despierta en las personas procesos tanto biológicos como psicológicos que mejoran el bienestar de las personas, como se demostrará más adelante.

El apoyo social a pesar de ser un elemento común en la civilización humana, no se le ha dado la importancia como una forma protectora de enfermedades mentales o de colaboración de tratamiento de las enfermedades mentales frente a una catástrofe, a pesar de que es una herramienta de afrontamiento ante situaciones de estrés (Cohen. R, 2008). Según Watson (2007), la implementación de recursos sociales es esencial para la recuperación de la salud mental.

Se ha logrado encontrar también que el apoyo social mejora la calidad de vida tanto de individuos con dolor crónico, con trastorno de estrés postraumático y de personas con depresión. Así también, el apoyo social genera mejoría en cuanto a salud mental e incluye procesos neurobiológicos que regulan el sistema de estrés de sujetos que enfrentaron algún evento traumático (McQuaid et al., 2014).

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto el apoyo social influye en víctimas de desastres naturales que padecen de trastorno de estrés postraumático asociado con depresión?

El significado del estudio.

Este estudio podrá sugerir una iniciativa para proporcionar herramientas de interacción social sin la necesidad de un terapeuta a las personas víctimas de desastres naturales que padecen de trastorno de estrés postraumático y depresión.

Así también este estudio proveerá información de cómo influye el apoyo social sobre las víctimas con TEPT y depresión.

Existen varias personas que se encuentran en estados psicológicos dificultosos debido al terremoto del 16 de abril de 2016, por lo que en este estudio se podría determinar si existe una diferencia en la resiliencia entre las víctimas con síntomas de TEPT y depresión con mayor red de apoyo social y víctimas con síntomas de TEPT y depresión con menor red de apoyo social o sin ella.

Resumen

Después de haber dado los antecedentes del motivo de la presente investigación y el significado del estudio, se continuará con la revisión de la literatura, la cual tendrá cinco divisiones: el trastorno de estrés postraumático, la depresión, el trastorno de estrés postraumático asociado con depresión y apoyo social. Esto está seguido de la explicación de la metodología de investigación que se aplicaría, el análisis de posibles resultados, y las conclusiones y discusión.

REVISION DE LA LITERATURA

Fuentes.

La revisión de la literatura proviene de revistas indexadas, libros populares, artículos académicos, entre otros. Para el acceso a esta información se utilizarán palabras clave como: trastorno de estrés postraumático, depresión, comorbilidad, desastres naturales, salud mental frente a desastres naturales, apoyo social, terapia frente a desastres naturales, resiliencia. La búsqueda de la información se realizó en bibliotecas virtuales como EBSCO, Proquest, Journal of the American Medical Association, Journal of affective disorders, American Psychiatric Association y artículos académicos de google académico.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura que se presenta a continuación estará dividida por los siguientes temas: Trastorno de estrés postraumático, depresión, trastorno de estrés postraumático asociado con depresión, trastorno de estrés postraumático asociado con depresión en víctimas de desastres naturales, apoyo social y apoyo social como herramienta para la resiliencia en víctimas de desastres naturales

Tema 1: Trastorno de estrés postraumático.

El trastorno de estrés postraumático es uno de los trastornos de no recuperación, y se destaca gracias a que es de los pocos trastornos psicológicos en los que se puede establecer claramente la fuente, gracias a esta característica se puede estudiar más a fondo sus factores de riesgo (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013). Para analizar a fondo este trastorno varios aspectos deben ser tomados en cuenta como la prevalencia, epidemiología, modelos explicativos, efectos en la memoria, criterios de diagnóstico y comorbilidad. Este trastorno ha tenido varias modificaciones en cuanto a sus criterios de diagnóstico, por ejemplo, hasta el año 1980, este trastorno se podía diagnosticar solo en veteranos de guerra (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013). Al día de hoy, este trastorno puede ser diagnosticado en base al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-V) o se puede diagnosticar también en base a la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10). Este trastorno aparece en respuesta a un trauma, el cual puede ser un ataque terrorista, un desastre natural, un accidente automovilístico, una violación, desastres tecnológicos o industriales, violencia criminal, entre otros (Lahad, & Doron, 2010). Es importante mencionar también que el trastorno de estrés post traumático en caso de desastres naturales involucra otros aspectos importantes por lo que se profundizará en este tema más adelante.

Desde el año 1895, Sigmund Freud empezó la investigación de víctimas de trauma con la teoría de la seducción. Freud empezó a analizar experiencias de abuso infantil y los mecanismos de defensa primitivos como disociación, represión etc. Por otro lado Pierre Janet en el año 1925 también empezó a analizar el trauma, pero ahora desde un diferente punto de vista, enfocándose en la fobia de memoria, la cual se describe actualmente como síntomas de ansiedad del trastorno de estrés postraumático (Monson, Friedman, & La Bash, 2007). Años después, debido a las guerras de la época como la Primera Guerra Mundial, o la Guerra Civil Americana, Abram Kardiner (1941) produjo una teoría explicativa en el ámbito tanto biológico como psicológico del trauma. Cuando se desarrolló la corriente del conductismo clásico, Ivan Pavlov logró encontrar conceptos que interesarían en el futuro para llegar a comprender el trastorno de estrés postraumático como la generalización, extinción y la inhibición (Monson, Friedman, & La Bash, 2007).

El condicionamiento operante de Skinner y Thorndike, aportó también con varios conceptos para la comprensión del trastorno de estrés postraumático (generalización, inhibición o extinción) (Monson, Friedman, & La Bash, 2007). Estos conceptos permiten la descripción de síntomas de la ansiedad vistos en el trastorno de estrés postraumático. Fue en la tercera edición del manual DSM III, que apareció el concepto de trastorno de estrés postraumático el que hasta el momento se lo conocía como neurosis traumática, reacción de estrés grave, neurosis de guerra o fatiga de combate (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013).

Craighead, Miklowitz & Craighead (2013) afirman que se ha encontrado mediante la Encuesta Nacional de comorbilidad de Estados Unidos, que aproximadamente un 60.7% de los hombres y un 51.2% de las mujeres han experimentado al menos un trauma a lo largo de su vida. En este mismo estudio se demuestra que una de las causas de TEPT son los accidentes automovilísticos ya que un 23% de la población va a experimentarlos y de este porcentaje se

estima que 12% sufrirá de trastorno de estrés postraumático. Estudios epidemiológicos sugieren que más del 5% de la población tendrá trastorno de estrés postraumático en algún punto de su vida (Kessler et al., 2005).

Para explicar el trastorno de estrés postraumático, es importante mencionar que existen varias teorías psicológicas que explican la razón por la cual un individuo posee este trastorno. Entre las diferentes teorías se encuentran los siguientes modelos: sistema noradrenérgico, Eje de hipotálamo-pituitaria-adrenal, GABA, serotonina, dopamina, estructuras cerebrales, cognición y memoria; entre otros (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013). A continuación se procederá a exponer uno de los modelos de la explicación del trastorno de estrés postraumático.

El modelo del eje hipotálamo pituitaria adrenal es uno de los modelos más estudiados en la actualidad en relación al trastorno de estrés postraumático, este explica varios procesos fisiológicos que se dan en el TEPT que a su vez forman parte de otros modelos explicativos, por lo que es importante describir este modelo. El eje de hipotálamo pituitaria adrenal es un proceso fisiológico, se ve encendido por el núcleo paraventricular, el cual está siendo controlado por varias áreas del cerebro como la amígdala y la corteza prefrontal. El eje HPA, está encargado de procesos neurohormonales incluyendo también la producción de glucocorticoides. El proceso del eje HPA inicia siendo activado, después la producción de CRH, hormona liberadora de corticotropina y de vasopresina en consecuencia esta llega hasta la hipófisis anterior o glándula pituitaria, y se produce la ACTH, corticotropina. (Rodríguez-Fernández, García-Acero & Franco, 2013) El CRH se encarga de promover la liberación de norepinefrina desde el locus coeruleus (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013). El ACTH producido va en dirección a la glándula suprarrenal donde se da la liberación de cortisol, glucocorticoides y mineral corticoides desde la corteza adrenal. Estos se encargan de dar un

efecto inmediato (altera latidos del corazón, eleva la presión, activa el estado de alerta y en casos produce actitud agresiva), por otro lado la regulación de glucocorticoides se da debido a la retroalimentación negativa, esta ocurre en el hipotálamo (McQuaid, et al. 2016). Cuando ocurre un evento estresante, se enciende este eje HPA, produciendo glucocorticoides y catecolaminas. El glucocorticoide y las catecolaminas activan varios procesos fisiológicos y también involucra procesos de memoria, facilitando el proceso de almacenamiento. (Rodríguez-Fernández, García-Acero & Franco, 2013). Se ha encontrado según Rodríguez-Fernández, García-Acero & Franco, (2013) que existe una correlación positiva de personas con trastorno de estrés postraumático y la desregulación del eje HPA.

En cuanto a la memoria, el trastorno de estrés postraumático puede afectar su funcionamiento, Ehlers y Clark, por ejemplo (2000), describen la paradoja de la memoria que existe en el trastorno de estrés postraumático donde la persona tiene dificultad para recordar intencionalmente el evento traumático, y los recuerdos del evento traumático cuando aparecen son involuntarios. En personas con TEPT, la preocupación se centra en el pasado, a diferencia de problemas de ansiedad, que se enfocan en preocupaciones centradas en el futuro. Estos autores (Ehlers y Clark, 2000; Seijas Gomez, 2013) proponen la idea de que personas con TEPT no han logrado codificar la información del evento traumático de forma correcta sino vagamente, lo que lleva como consecuencia a entender por qué la memoria autobiográfica del evento es pobre.

Los criterios para diagnosticar trastorno de estrés postraumático han cambiado a lo largo de los años, como se ha descrito anteriormente. Actualmente el trastorno de estrés postraumático se incluye en el DSM V, (American Psychiatric Association, 2013) en el capítulo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Los criterios que se describirán a continuación son específicamente para adultos, adolescentes y niños mayores a 6 años. En el

criterio A del DSM V, se encuentra la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual ya sea real o amenaza, debe tener una o más de las siguientes características:

1. Experiencia directa de la situación traumática.
2. Presenciar directamente un suceso traumático ocurrido a alguien más.
3. Tener el conocimiento de que ocurrió un evento traumático un familiar o persona cercana.
4. Repetida o extrema exposición a detalles del o de los sucesos traumáticos.

El criterio B, expone que debe existir uno o más síntomas intrusivos que estén relacionados al evento traumático de los siguientes:

1. Tener recuerdos involuntarios recurrentes y angustiosos del evento traumático.
2. Tener sueños recurrentes y desagradables que están relacionados con el evento traumático.
3. Disociación de la escena, la persona actúa y siente como si estuviera en el suceso traumático repetidamente, puede ser que la reacción lleve a la persona a la pérdida total de conciencia.
4. Malestar psicológico o prolongado al exponerse a elementos internos o externos que de alguna manera simbolizan el evento traumático.
5. Reacción fisiológica intensa con elementos internos o externos que simbolizan el evento traumático.

En el criterio C se encuentra la evitación; debe existir para diagnosticar TEPT una evitación continua de estímulos relacionados al evento traumático, esta comienza después del evento traumático y se caracteriza de dos maneras.

1. Evitación de recuerdos, pensamientos, emociones o sentimientos de angustia del evento o elementos relacionados al evento traumático.
2. Evitación de recordatorios externos como lugares, personas actividades, situaciones y entre otros. Estos desencadenan recuerdos pensamientos o sentimientos de angustia relacionados al evento traumático.

El criterio D de este manual describe las alteraciones cognitivas negativas y de estado de ánimo relacionadas al evento o eventos traumáticos que comienzan o empeoran después del evento, para diagnosticar se debe tener 2 o más de las siguientes características.

1. No poder recordar voluntariamente el evento traumático. Esto debe ser debido una amnesia disociativa, mas no debido lesión cerebral, drogas o alcohol.
2. Tener creencias y expectativas persistentemente negativas y exageradas sobre sí mismo o lo que lo rodea.
3. Tener una percepción distorsionada de la causa o secuela del evento traumático, lo que provoca que la persona sienta culpa o culpe a los demás.
4. Persistente estado emocional negativo.
5. Disminución de interés y de actividad significativas.
6. Desapego o extrañamiento hacia los demás.
7. Persistente incapacidad de generar emociones positivas.

El criterio E expresa que debe existir alteración de estado de alerta, reactividad relacionada al evento traumático. Esta puede comenzar o empeorar después del evento y se debe caracterizar por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Irritabilidad o arrebatos de ira (agresión verbal o física).
2. Comportamiento autodestructivo o imprudente.
3. Hipervigilancia
4. Sobresalto como respuesta exagerada.
5. Problemas para concentrarse.
6. Alteración de sueño.

El criterio F describe que la duración de los criterios B, C, D y E, debe ser superior a un mes. El criterio G expresa que debe existir un malestar significativo clínicamente o una afección negativa en áreas como laboral, social y otras áreas de funcionamiento. Por último, el criterio H afirma que para diagnosticar este trastorno se debe entender que no se atribuye ningún síntoma anteriormente explicado al uso de alguna sustancia. Es importante especificar también si el trastorno es con síntomas disociativos (despersonalización o desrealización). Así también se puede especificar TEPT con expresión retardada, que se da cuando una persona no cumple los criterios hasta seis meses después del evento.

En comorbilidad, se encuentra un 80% de personas con TEPT son propensas a presentar al menos un trastorno mental aparte del trastorno de estrés postraumático. (American Psychiatric Association, 2013). Según Brown, DiNardo, Lehman, and Campbell (2001) en su estudio realizado a más de 1 000 pacientes diagnosticados con TEPT, se encontró que un 77% tuvo comorbilidad de TEPT y depresión mayor.

Tema 2: Depresión

La depresión es uno de los trastornos en el que psicólogos y psiquiatras han prestado mayor atención en los últimos años debido a su alta prevalencia en la sociedad. La depresión es de las primeras causas de suicidio en el mundo, por lo que es importante poder diagnosticarla y detectarla a tiempo por parientes o personas cercanas. (Mori & Caballero, 2010). La depresión, al igual que el trastorno de estrés postraumático, puede aparecer después de un trauma aunque esto no se da en todos los casos (Tortero, Scora, Urbanavicius, Devera, Benedetto, Pascovich y Monty, 2014). Para poder dar información acerca de la depresión es importante mencionar los principales elementos de la depresión como su historia, prevalencia y epidemiología, modelos explicativos de serotonina y norepinefrina, genética, criterios de diagnóstico y comorbilidad.

La depresión ha sido un trastorno controversial desde hace muchos años, a pesar de esto es hasta el presente siglo que se ha encontrado bases biológicas que explican más a fondo la depresión. De esta manera se ha logrado avanzar no solo en cuanto al conocimiento de la depresión sino también en fármacos y tratamiento terapéutico para personas que sufren de depresión. La depresión ha existido en la humanidad desde hace mucho tiempo, por ejemplo cuando el rey Solomon padeció esta enfermedad se creía que un espíritu maligno había cambiado su humor y eventualmente esta lo llevó al suicidio (Gilbert, 2014). Hipócrates en la antigua Grecia también describía los síntomas de la depresión y tenía una teoría explicativa. En esta teoría se encontraba la explicación de cuatro tipos de humor, bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre. La melancolía, como antes se describía a la depresión, se creía que se daba por exceso de bilis negra (Gilbert, 2014). Por otro lado fue Kraepelin quien llevó la melancolía de una enfermedad a un cuadro clínico. Abraham Lincoln también fue víctima de este trastorno,

en su vida se ha reportado que tuvo dos episodios de depresión. (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013).

Actualmente existen personas famosas que han transitado episodios de este trastorno como actores, personas públicas, deportistas y otros, llevando a la sociedad a entender un poco más de esta enfermedad que puede ser estigmatizada muchas veces como algo que se puede causar voluntariamente, cuando realmente no es así. Estudios demuestran que la prevalencia de este trastorno es un problema para la sociedad ya que esta crece a medida que pasan los años (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013). Según Kessler, Chiu, Demler y Walters, (2005) en Estados Unidos la prevalencia de depresión a lo largo de la vida es de un 20% en mujeres y un 9% en hombres. En cuanto a raza, se ha encontrado que en Estados Unidos que la prevalencia de un episodio de depresión mayor es de un 17% para la raza blanca, 12.9% en negros del Caribe, y 10.4% para afroamericanos. Se ha visto también que según Mori y Caballero (2010), la prevalencia es mayor en adultos mayores que en jóvenes, a pesar de esto se ha encontrado también que la edad del primer episodio depresivo es cada vez menor. Es importante tomar en cuenta estos datos ya que la depresión, como ya se afirmó anteriormente, es uno de los trastornos más peligrosos ya que atenta contra la vida de las personas induciéndolas al suicidio.

El modelo explicativo de la depresión se basa principalmente en el aspecto neurobiológico y se ha encontrado hasta el momento que en la depresión se da la alteración de la hormona melanina (Tortero, et al., 2014) y neurotransmisores como la norepinefrina y la serotonina (Hernández, Coronel, Aguilar & Rodríguez, 2016), a continuación se explicarán estos modelos.

Estudios recientes han investigado el rol de la hormona de concentración de melanina MCH, en la depresión. (Tortero, et al., 2014; Tortero, Scorza, Lagos, Urbanavicius,

Benedetto, Pascovich & Monti, 2015; Garcia-Fuster, Clinton, Watson, Akil & Civelli, 2012). En el estudio de Garcia-Fuster, 2012 se realizó una investigación en ratas donde se encontró que la MCH resulta ser un indicador de la severidad de comportamiento depresivo ya que involucra áreas del hipocampo; se concluyó que la utilización de un antagonista de MCH1R puede funcionar para el tratamiento de la depresión. Por otro lado Torterolo, et al, 2014 realizó la investigación científica del MCH en relación a comportamientos depresivos como el sueño y la atención. Se encontró en este estudio que estudios preclínicos afirman que la MCH influye en la etapa de sueño de movimientos oculares rápidos y también en el estado depresivo. Un año después los mismos autores investigaron específicamente el rol de la MCH en el sueño y encontraron que la MCH puede tener un papel sumamente importante en el control del sueño y consecuentemente en la depresión (Torterolo, et al, 2015)

Otro de los modelos explicativos del trastorno depresivo mayor, es el que describe las alteraciones en el sistema serotoninérgico. Se ha encontrado que en la depresión existe una alteración tanto en los receptores de serotonina como en los genes que codifican los transportadores y la enzimas que intervienen en el metabolismo (Ortuño, 2010). La serotonina es la principal razón de los síntomas de la depresión ya que esta actúa en todo el cerebro pero especialmente en el hipotálamo, amígdala, ganglios basales, tálamo, hipocampo, corteza cingulada y la corteza prefrontal. Este proceso involucra 5-HT el encargado del transportador de serotonina y se encuentra ubicado en el terminal pre sináptico de las células es donde se convierte en vesículas sinápticas o es degradado a mono amina oxidasa (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013). Se ha encontrado que deficiencia en 5-HT puede inducir a depresión y en casos inducir también al suicidio, se ha encontrado que los inhibidores recaptadores de serotonina en fármacos, mejora significativamente el comportamiento de personas con depresión mayor. (Ortuño, 2010).

Así también, la norepinefrina forma parte del modelo explicativo de la neurociencia, varios estudios afirman que la activación de norepinefrina afecta en gran medida el funcionamiento de las personas. Este neurotransmisor actúa en varias partes del cerebro, de las cuales también afectan el funcionamiento visto en personas diagnosticadas con depresión. (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013). La norepinefrina actúa directamente en la activación de la adrenalina, lo que se ve mayormente disminuido en personas con depresión. Desde los años 80' se ha encontrado que el funcionamiento de la norepinefrina forma parte del origen de los síntomas de la depresión, y es por esta razón que también se ha logrado encontrar que los inhibidores de la receptación de norepinefrina y serotonina mejoran la sintomatología de personas con depresión (Ding, et al. 2014).

Al igual que en el trastorno de estrés postraumático, estudios han demostrado que personas con depresión también tienen desregulada la producción de cortisol a diferencia de personas sin depresión. En personas sin depresión, se encuentra que el cortisol tiene un elevación en el sistema en la mañana y en la noche, al contrario, en personas con depresión se ha encontrado que no existe esta elevación, sino que los niveles permanecen estables durante el día, lo que explica el comportamiento de estas personas. El cortisol tiene como función principal el estar alerta, lo cual se ve gravemente afectado tanto en personas con TEPT y en personas con depresión. El hecho de que los niveles de cortisol en personas con depresión sean diferentes a los de personas sanas, se debe a la desregulación del eje HPA, anteriormente explicado (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013).

Existe cada vez más evidencia de que la depresión está relacionada a la genética. Levinson (2006) realizó una investigación de la genética en la depresión, donde se afirma que según estudios realizados en gemelos, existe un porcentaje de 40% a 50% de heredabilidad de la depresión mayor. Se puede afirmar entonces que la depresión mayor es en gran parte

genética, no solo por este estudio sino también por los modelos anteriormente escritos como por ejemplo: el gen de la MCH, o el gen que codifica metabolización de la serotonina. De igual forma, se sigue investigando factores genéticos que existen frente a la depresión. (Mori & Caballero, 2010)

En el DSM V (American Psychiatric Association, 2013), se encuentra la depresión bajo el capítulo de desórdenes depresivos. Bajo el criterio A explica que para diagnosticar trastorno depresivo mayor, debe existir en el individuo anhedonia, disforia, o ambas. En el caso de que se presente solo una de las dos (anhedonia o disforia) se necesitan detectar 4 síntomas (descritos a continuación) o más en el periodo de dos semanas. En el caso que se presenten conjuntamente (anhedonia y disforia) se debe detectar 3 síntomas de los siguientes o más:

1. Significativa pérdida de apetito o de peso
2. Insomnio o hipersomnia
3. Agitación psicomotora o retardamiento psicomotor
4. Fatiga o pérdida de energía
5. Sentimiento de poca valía personal o excesivo sentimiento de culpa
6. Disminución de concentración o indecisión
7. Pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o intento de suicidio.

El criterio B expresa que estos síntomas se encuentren presentes la mayor parte del día o casi todos los días por dos semanas, y que además estos afecten directamente el funcionamiento de la persona y causen una angustia significativa. En el criterio C se encuentra que estos síntomas no sean inducidos por sustancias u otra condición médica. En el criterio D se describe que para

diagnosticar depresión mayor se debe descartar trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizoforme u otros trastornos específicos de esquizofrenia o psicóticos. Finalmente, el criterio E expresa que para dar el diagnóstico de depresión mayor no debe haber existido episodio de manía o hipomanía.

La disforia es uno de los síntomas que determina la depresión, es definido por Berner, Musalek & Walter (1987) cuando la persona tiene sentimiento de vacío y tristeza. Por otro lado, otro de los síntomas característico de la depresión es la anhedonia, este síntoma define en gran parte en que se basa la conducta de una persona con depresión. La anhedonia se define como la pérdida de motivación hacia las actividades que antes producían placer. Investigaciones explican que la anhedonia se da por una falla en el sistema de activación de conducta y en el sistema inhibitor de conducta (Gray, 1987).

Personas que sufren de depresión tienen dificultad al momento de realizar la mayor parte de actividades que antes no tenían como ir al trabajo, salir con amigos, visitar familiares; esto se da debido a la amotivación que tienen hacia estas actividades y el hecho de que su cuerpo no tiene mayor energía, por lo que es uno de los aspectos que se destacan en el comportamiento depresivo. La evitación se da debido a que disminuye la angustia de la persona y a la vez se refuerza por sí misma, por ejemplo: el hecho de tener compromiso con otra persona y tener que gastar energías yendo al trabajo causa angustia por lo que una vez evitada la actividad, se disminuye la angustia que antes causaba (Craighead, Miklowitz & Craighead, 2013).

El trastorno de depresión mayor presenta alto porcentaje de comorbilidad comúnmente con trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de personalidad y trastornos alimentarios. En cuanto a los trastornos de ansiedad el trastorno depresivo mayor puede aparecer simultáneamente con síntomas de ansiedad como el miedo, pánico y obsesiones. En

el abuso de sustancias es común encontrar abuso o dependencia de alcohol, marihuana, cocaína o anfetaminas. De las personas que son diagnosticadas con depresión, de un 30% a un 60%, son diagnosticadas también con otro trastorno entre los más comunes se encuentran los siguientes: antisocial, limítrofe, narcisista, evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo; y trastornos alimentarios como la anorexia, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Ortuño, 2010; American Psychiatric Association, 2013).

Tema 3: Trastorno de estrés post traumático asociado con depresión en desastres naturales

Un evento traumático se presenta cuando una persona tiene una experiencia donde siente que se está atentando contra su vida o su integridad física. Un evento traumático como un desastre natural puede dejar a sus víctimas con heridas leves, heridas graves, familiares o personas cercanas muertas. Se ha encontrado en varios estudios que el trastorno de estrés postraumático en mayor porcentaje se ve comórbido con el trastorno depresivo mayor; así lo afirma Javidi, H., & Yadollahie, M. (2011), en su publicación Post-traumatic stress disorder, en la cual expone datos del trastorno de estrés postraumático que describe la comorbilidad que se ve en este trastorno; un 84% de las personas que sufren trastorno de estrés postraumático tienen condiciones de comorbilidad con otros trastornos: 9.5% trastorno de pánico, 28% fobia social, 48% depresión mayor, 31% abuso de sustancias, entre otros.

Para analizar más fondo la salud mental frente a desastres naturales y específicamente la comorbilidad que existe entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión mayor en víctimas de desastres naturales, se describirán algunos estudios realizados en víctimas del terremoto de Turquía (Salcioglu, Basoglu & Livanou, 2007), víctimas del terremoto de Armenia (Goenjian, et al. 1995), víctimas del huracán en Nicaragua (Goenjian, et al. 2001),

víctimas de un ciclón en Orissa India (Kar & Kumar, 2006) y víctimas del tsunami-terremoto en Chile (Cova & Rincón, 2010).

En las víctimas del terremoto ocurrido en Turquía en el año 1999, se realizó un cuestionario a alrededor de 774 sobrevivientes del terremoto provenientes de la zona cero del desastre natural. Se localizó dentro de los resultados que un 67.5% de los participantes fueron diagnosticados con trastorno de estrés postraumático comórbido con depresión, un 40.1% solo con trastorno de estrés postraumático y un 27.3% solo con depresión. Otra de las conclusiones de este estudio fue que existen factores de riesgo para el TEPT comórbido con depresión como la edad, género, educación, estado civil, enfermedades psiquiátricas pasadas, traumas anteriormente experimentados, perder un familiar de primer grado o segundo grado, perder un vecino o amigo, pérdida de propiedad, participar en rescate, número de días desde el trauma y miedo durante el terremoto (Salcioglu, Basoglu & Livanou, 2007). Dentro de este estudio se aplicó intervención centrada en el sentido de control en la conducta, lo cual redujo síntomas de TEPT y de depresión, a pesar de esto se recomendó que se ponga más atención en apoyo social y compensación de pérdidas (Basoglu, Livanou, Salcioglu & Kalender, 2003).

En 1988, un terremoto resultó devastador para los habitantes de Armenia, luego de eso se realizó un estudio por Goenjian, A. K., et al. (1995), para analizar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático en niños. El estudio se realizó a 218 niños después de dos años y medio del terremoto, estos niños fueron escogidos de tres diferentes ciudades con diferentes distancias del epicentro. Se encontró que la tasa de niños con diagnóstico de TEPT comórbido con depresión era más del 50% lo que representa que era alta y variaba según la distancia al epicentro, es decir que mientras más cerca del epicentro, mayor es la probabilidad de ser diagnosticado con TEPT y depresión. También se concluyó entre otras cosas que la intensidad

de síntomas del TEPT y depresión tenían correlación con factores como el ver cuerpos o ser testigos de una muerte.

En Nicaragua, se realizó una investigación acerca del trastorno de estrés postraumático en 158 adolescentes (Goenjian, et al. 2001). Se encontró que seis meses después del huracán Mitch ocurrido en el mes de octubre del año 1998, al igual que en los anteriores estudios, la severidad de los síntomas de trastorno de estrés postraumático y depresión disminuyen conforme aumenta la distancia que se encontraba la persona en el epicentro. En este estudio se sugiere también que existan más programas modernos de salud pública para que de esta manera resulte más fácil incluir sistemáticamente intervención a personas con trauma.

Kar, N., & Kumar, B. K. (2006), estudiaron también la prevalencia de la comorbilidad entre tres diferentes trastornos como la ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático y la depresión en adolescentes después de un desastre natural. En este caso se realizó la investigación aproximadamente un año después de un ciclón que afectó a la población de Orissa en India. Después de aplicar los cuestionarios de los respectivos trastornos a los 108 adolescentes se concluyó que un 26.9% padecía de trastorno de estrés postraumático, un 17.6% depresión mayor y un 12.0% ansiedad generalizada. El porcentaje de comorbilidad de los tres trastornos era de 39% de los adolescentes evaluados. En cuanto a factores de riesgo, se encontró que personas de nivel socioeconómico medio fueron los más afectados. Así también en cuanto a género se encontró que los síntomas se presentan de maneras diferentes dependiendo del género, por ejemplo las mujeres suelen tener más síntomas de ansiedad que los hombres.

En Chile también se han presentado desastres naturales que han afectado su población como por ejemplo el Tsunami y terremoto que ocurrió el 27 de febrero del 2010. En base a este acontecimiento se realizó una investigación donde de igual forma se encontró una alta tasa de personas con trastorno de estrés postraumático comórbido con depresión mayor. Se logró

concluir también que el padecimiento de TEPT comórbido con depresión es un impedimento y una dificultad para que las personas tengan una recuperación óptima (Cova & Rincón, 2010).

Tema 4: Apoyo social

El apoyo social como ya se definió antes por Cobb (1976), se comprende como información dada por un sujeto o más a otro sujeto, ya sea para informar que es apreciado, querido, valorado o que pertenece a una red social de comunicación; otros autores (Lin, Ense y Dean, 1986) definen el apoyo social como abastecimientos instrumentales o expresados, reales y recibidas que aporta la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. El apoyo social incluye muchos elementos que son favorables en general para el ser humano. Para poder analizar a fondo el apoyo social como agente ayudante es importante poder enfocar la atención en el apoyo social como una forma de mejorar la sintomatología de personas víctimas de desastres naturales. El apoyo social se puede dividir en 4 diferentes áreas, emocional, material, interacción positiva y apoyo afectivo (Sherboure & Stewart, 1993), y tiene efectos en el área de la salud mental, en el área neurobiológica, en pacientes con trastorno de estrés postraumático, en pacientes con depresión y por último en la resiliencia. A continuación, se describirá cada uno de estos aspectos del apoyo social.

En cuanto a la salud mental, se ha encontrado en varios estudios que el apoyo social es un factor protector para la salud mental. (Monson; 2011; Iverson, 2011; Cho, 2012). En un estudio realizado por Ystgaard (1997), se encontró que los adolescentes que tenían mayor apoyo social familiar y de pares presentaron mejor calidad en su salud mental. De igual forma, los adolescentes con apoyo social reportaron sentirse bien consigo mismos y tener un estilo de vida saludable. Se ha logrado demostrar que el apoyo social es una herramienta para la motivación de las personas no solo por su influencia neurobiológica sino también porque

disminuye factores de estrés, ya que el apoyo social mejora el humor de las personas distrayéndolas de los problemas específicos (Goldberger & Breznitz, 2010).

En el ámbito neurobiológico, se ha descubierto que el apoyo social aumenta la actividad de varios sistemas en el cuerpo humano. Una parte de este proceso es la producción de oxitocina, la cual inicia con comportamientos o conductas que inspiran confianza a las personas. (Olf, et al. 2014). La oxitocina es producida en el hipotálamo y se encarga de proporcionar empatía, confianza, comunicación positiva y comportamiento de ayuda. Así también la oxitocina puede regular respuestas de estrés, como antes se menciona las respuesta de estrés se dan por la producción de cortisol (McQuaid et al., 2014). Se ha comprobado también que la oxitocina regula la presión sanguínea y la presión cardiaca, y a la vez disminuye la liberación de ACTH y cortisol, por otro lado la oxitocina es secretada en grandes cantidades por madres para proporcionar apego con sus crías (Luna ,2010).

El trastorno de estrés postraumático afecta la interacción de los pacientes con las personas, por lo que su empatía, comprensión de la mente ajena y colaboración con otros se ve afectada (Javidi & Yadollahie, 2011). Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2012), enfatizan que en el estudio que realizaron con veteranos de guerra diagnosticados con trastorno de estrés postraumático, las habilidades sociales se vieron severamente disminuidas; ya sea por la evitación que este trastorno conlleva por el miedo a tener un recuerdo vívido en frente de otras personas o la ansiedad de que algún episodio traumático vuelva a ocurrir. Es por esto que el hecho de regresar a sus vidas normales les cuesta mucho. En este estudio se concluyó que personas con mala funcionalidad social no reportan haber recibido apoyo social de su comunidad, y que estos pacientes están constantemente evitando tener pareja, lo cual afecta su desarrollo interpersonal. Monson et al, (2011) e Iverson et al, (2011), afirman que las terapias que involucran habilidades sociales, alteración de cognición y

aceptación del cambio mejoran significativamente el funcionamiento y la sintomatología de personas con trastorno de estrés postraumático.

El apoyo social en la depresión también es sumamente importante y recalado por psicólogos y científicos por sus efectos positivos en la vida de personas diagnosticada con depresión mayor. El apoyo social se ha visto cada vez más como una forma de que las personas mantengan mentalidad resiliente hacia problemas personales. En el estudio realizado por Cho, S., Zunin, I. D., Chao, P. J., Heiby, E. M., & Mckoy, J. (2012), donde 173 pacientes que padecían de dolor crónico y depresión, se realizaron cuestionarios para evaluar sus niveles de apoyo social. A pesar de que no se encontró una diferencia significativa entre niveles de apoyo social y niveles de dolor crónico con depresión, se encontró que personas que percibían más control sobre el dolor y tenían menos síntomas de depresión reportaron haber recibido apoyo social informativo y emocional por lo que el apoyo emocional resultó para estas personas con dolor crónico y depresión, un elemento útil para sus dificultades.

Un aspecto importante del apoyo social en desastres naturales es que también proporciona cosas materiales, las cuales son necesarias para la supervivencia como agua, comida, ropa y elementos de higiene básicos. Este tipo de apoyo social se lo puede llamar instrumental o material y mejora no solo la auto valía de la persona al saber que alguien se preocupa por ellos, sino que también les proporciona ayuda material para mantener su salud física.

Por otro lado, se ha demostrado que la interacción social, tiene efectos positivos en los niveles de estrés, ya que los disminuye en aspectos psicológicos y biológicos (Cobb, 1976). En conclusión, el apoyo social es importante tanto para prevenir trastornos mentales como para ayudar en su tratamiento. Así también, se debería motivar más a que la sociedad tenga más conciencia de cómo puede ayudar el apoyo social en diferentes situaciones.

METODOLOGIA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación sería en un modelo cuantitativo, cuasi-experimental y se realizaría una sola prueba a los dos grupos de participantes, esto con el propósito de responder a la pregunta de investigación de este estudio tomando en cuenta variables como síntomas de depresión, síntomas de trastorno de estrés postraumático y apoyo social. El objetivo es determinar si el apoyo social influye en personas con trastorno de estrés postraumático asociado con depresión.

Los participantes de este estudio se dividirán en dos grupos según los niveles de gravedad. Existirán el grupo A, con sintomatología de TEPT y depresión en estado moderado y el grupo B, con sintomatología de TEPT y depresión en estado grave. El propósito de esta división de grupos es determinar si existe relación entre el nivel de apoyo social y el nivel de sintomatología que tienen las personas con TEPT y depresión comórbida.

Justificación de la metodología seleccionada

En esta investigación se propone identificar si el apoyo social tiene alguna influencia en los síntomas de trastorno de estrés postraumático y los síntomas de depresión entre sobrevivientes de desastre natural. Para lograr encontrar o no diferencias significativas entre el nivel de apoyo social que existe en tasa de síntoma alto y bajo, se pedirá a los participantes que respondan el cuestionario de apoyo social. El diseño seleccionado para cumplir los objetivos de esta investigación es de tipo cuantitativo. Según Newman y Benz (1998), una investigación cuantitativa se utiliza cuando en base a una teoría o hipótesis se realiza una prueba para confirmar o desconfirmar esa hipótesis. En este caso se propone investigar si existe una asociación entre personas que tienen mayor apoyo social con los síntomas de TEPT y depresión.

El diseño específico de este estudio se denomina comparación de grupos estáticos, según Leedy y Ormrod, (2005) este diseño se utiliza cuando se quiere comprar dos grupos o más para encontrar conclusiones con respecto a la hipótesis. En este caso se compararía el grupo A (síntomas moderados) con el grupo B (síntomas graves) para analizar si existe una asociación o diferencia significativa con los niveles de apoyo social encontrados en los resultados de los cuestionarios.

Herramientas de la investigación utilizada

El cuestionario que se utilizaría en este proyecto es el cuestionario de apoyo social realizado por el Medical Outcomes Study, traducido al español por Revilla Ahumada, Luna del Castillo, Bailón Muñoz & Medina Moruno (2005).

En este instrumento se evalúa el apoyo social en 4 diferentes dimensiones: apoyo emocional o informativo, material, interacción social positiva y apoyo social positivo. Este cuestionario consta de 20 diferentes preguntas que se responden con un número del uno al cinco siendo 1 nunca, 2 pocas veces, 3 algunas veces, 4 la mayoría de veces y 5 siempre (contiene 20 ítems de respuestas en escala Likert). Revilla Ahumada, Luna del Castillo, Bailón Muñoz & Medina Moruno (2005), realizaron un análisis factorial y Cronbach alfa, para comprobar la consistencia interna del cuestionario llegaron a la conclusión que este cuestionario contiene la evaluación de 4 diferentes factores y es confiable $p < 0.01$.

La primera pregunta es para saber el tamaño de la red social de la persona mientras que las 19 preguntas restantes se enfocan en los cuatro factores.

En este estudio el primer factor, de apoyo emocional o informativo se encuentra en los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19. El segundo factor, de apoyo instrumental se encuentra en los ítems 2, 5,12 y 15. El tercer factor, de interacción social positiva se encuentra en los ítems 7, 11,14 y 18 y por último el factor de apoyo afectivo se encuentra en los ítems 6, 10 y 12 (Sherboure & Stewart, 1993).

Descripción de participantes

El reclutamiento de los participantes se realizaría en la ciudad de Pedernales, provincia de Manabí, en los refugios ya existentes. Se consultaría al Ministerio de Salud del Ecuador sobre información de los diagnósticos de TEPT y depresión ya realizados. Se seleccionara alrededor de 60 personas las cuales se las dividirá en dos grupos, el grupo A con 30 personas diagnosticadas con TEPT y depresión comórbida en estado moderado y el grupo B con 30 personas diagnosticadas con TEPT y depresión comórbida en estado grave.

Reclutamiento de participantes

Para poder llegar a los participantes debe existir un proceso de varios pasos que colaborarán con el objetivo de este proyecto. Primero, contactar al Ministerio de Salud del Ecuador para que nos proporcione la información necesitada, como la ubicación de las personas diagnosticadas con TEPT y depresión comórbida en niveles moderados y graves que sean mayor a 18 años de edad.

Segundo, dirigir los materiales para la investigación a los albergues donde se encuentran los posibles participantes.

Después de la selección se informará ya sea verbalmente o por escrito (Anexo B) a cada uno de los participantes que han sido seleccionados para un estudio y como remuneración por su participación se les dará 15 dólares. Cuando los participantes ya hayan aceptado, se procederá a darles el consentimiento informado (Anexo C), donde se les informa el estudio, sus objetivos y la autorización que se necesita para proceder con la investigación.

Una vez que se tiene el consentimiento informado firmado por todos los participantes se procederá a aplicar el cuestionario de apoyo social a los 2 diferentes grupos.

Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas estarán siempre presentes en este estudio respetando a cada uno de los participantes. Este estudio se realizaría para colaborar con la investigación de la salud mental en el Ecuador y para beneficiar a la sociedad mas no perjudicar a la sociedad ni a ninguno de los participantes. Los derechos de cada uno de los participantes siempre respetados y no se atentará en ninguna manera contra la dignidad del participante. Siempre se buscará el bienestar de las personas. En el consentimiento informado se expondrá en un breve resumen los objetivos del estudio, como también el procedimiento. En este consentimiento informado se dará a conocer a las personas que deseen participar que su participación es siempre voluntaria, que en caso de querer retirarse del estudio no se tomará ninguna medida, siendo de total libertad la participación en este estudio.

Este estudio guardará el anonimato de cada uno de los participantes, el cuestionario sería previamente marcado con un número sin nombres ni detalles personales.

RESULTADOS ESPERADOS

Después de aplicar el cuestionario a los grupos de participantes A (sintomatología moderada) y B (sintomatología grave) se esperaría que en un aspecto general que los participantes del grupo A tengan mayor nivel de apoyo social que los de grupo B. Si se analizaría por factores, como se demuestra en la literatura, cada factor demuestra diferentes aspectos del apoyo social, por lo que se esperaría tener diferentes resultados en cada factor. A continuación se expondrán los resultados esperados de cada factor y por último los resultados esperados en cuanto a la pregunta número 1 en relación a habilidades sociales.

En el factor 1, se encuentran las preguntas que evalúan el apoyo emocional o informativo, que incluye los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19. Las preguntas que se encuentran en esta sección son las siguientes:

3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar

4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas
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
13. Alguien cuyo consejo realmente desee
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales
19. Alguien que comprenda sus problemas

En el factor de apoyo emocional se esperaría que es donde más diferencia se aprecia entre los grupos A (sintomatología moderada) y B (sintomatología grave), ya que el apoyo emocional e informativo es el que más se relaciona con la salud mental como anteriormente se plantea. Si relacionamos este factor de apoyo emocional con la confianza, se puede interpretar que al no tener mayor conexión social ni niveles de apoyo social regulares, se ve una menor cantidad de oxitocina (ya que esta es liberada cuando existe sensación de confianza) (McQuaid et al., 2014), por ende se puede suponer que los niveles de estrés son altos en personas que tiene niveles bajos de oxitocina. En este caso se esperaría finalmente que personas que tienen el factor 1 en niveles bajos tengan altas concentraciones de cortisol lo que se asociaría con que tengan mayor sintomatología de depresión y TEPT. En cuanto a los grupos se esperaría que el grupo A tenga puntajes altos en este factor y en relación al grupo B la diferencia sea alta, significativa y amplia expresando que mientras más apoyo social (emocional e informativo) tenga cada paciente, menos gravedad de síntomas tendrá.

En el factor 2, se encuentran las preguntas que corresponde al apoyo instrumental, que incluye los ítems 2, 5, 12 y 15. Las preguntas que se encuentran en esta sección son las siguientes:

2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita

12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo

15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo

En el factor de apoyo instrumental se esperaría encontrar diferencias en cuanto a salud mayormente en el área física. En cuanto a resultados entre grupos se esperaría que de igual forma exista una tendencia a que el grupo A tenga mayor puntaje que el grupo B. Se sugiere también que los niveles de depresión resulten mayores en personas con puntajes muy bajos en este factor ya que la falta de alguna persona que esté proporcionando ayuda física o material afectaría la motivación del sujeto disminuyendo así su actividad e interacción social.

En el factor 3, se encuentran las preguntas que pertenecen a la interacción social positiva, que incluye los ítems 7, 11,14 y 18. Las preguntas que se encuentran en esta sección son las siguientes:

7. Alguien con quien pasar un buen rato

11. Alguien con quien pueda relajarse

14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas

18. Alguien con quien divertirse

En el factor de interacción social se esperaría que personas con un mayor nivel de estrés postraumático tengan puntajes extremadamente bajos de este factor. Esto se daría ya que personas con sintomatología alta de TEPT asociado con depresión, les cuesta mucho estar en actividades donde existan interacciones sociales (a pesar de que abrirse a esto podría ayudar a disminuir la sintomatología) (Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak, & Southwick, 2012). Por esta razón se esperaría que personas del grupo A (sintomatología moderada) tengan niveles bastante altos de este factor ya que estos ítems expresan lo opuesto a la sintomatología de depresión y TEPT. En cuanto al grupo B (sintomatología grave) se esperaría que tenga niveles extremadamente bajos ya que su enfermedad los limita a tener baja interacción social.

Finalmente en el factor 4, se encuentran las preguntas que pertenecen al apoyo afectivo, que incluye los ítems 6, 10 y 12. Las preguntas que se encuentran en esta sección son las siguientes:

- 6. Alguien que le muestre amor y afecto
- 10. Alguien que le abrace
- 12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo

En el factor de apoyo afectivo se esperaba que así como en la revisión de la literatura se encontró, personas con una mayor sintomatología de TEPT presenta una menor relación afectiva (Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak, & Southwick, 2012). Se esperaba que personas con niveles altos de síntomas de TEPT tengan bajos puntajes en este factor. En cuanto al Grupo A se puede llegar a concluir que tendrían mayor puntaje que el grupo B. la diferencia con el grupo B puede ser muy grande y también significativa ya que las preguntas son similares a las del factor 1 de apoyo emocional. Un abrazo puede activar la liberación de oxitocina, porque un abrazo da sentido de confianza y apego (Olf, et al. 2014), se puede concluir entonces que en consecuencia se verían alto puntajes del ítem 10 correlacionarían inversamente con la sintomatología de TEPT comórbido con depresión, es decir que el grupo A tendría altos puntajes en el ítem 10 y en este factor.

Finalmente, la pregunta 1.- (Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) Escriba el n. ° de amigos íntimos y familiares cercanos _____.) Puede representar una serie de datos que colaboran con la investigación de apoyo social. En este caso se puede presumir que la cantidad de personas íntimas de cada participante se relaciona con su funcionalidad social y sus habilidades sociales. Al igual que en los cuatro factores antes expuestos se esperaba que el grupo A tenga más cantidad de amistades o personas íntimas mientras que en el grupo B se esperaba que tenga menor cantidad.

Discusión

El apoyo social a pesar de ser un concepto existente y que se da de forma natural, podría ser reforzado para mejorar la salud mental y también la salud física de personas que han sido víctimas o sobrevivientes de desastres naturales. Cuando se piensa de nuevo en la pregunta inicial de este proyecto: ¿Cómo y hasta qué punto el apoyo social influye en víctimas de desastres naturales que padecen de trastorno de estrés postraumático asociado con depresión?, se puede responder en base a varias conclusiones que se encontraron al respecto. A continuación se expondrá las posibles formas en las que el apoyo social influye en sobrevivientes de desastres naturales y en los síntomas de trastorno de estrés postraumático y de depresión. La respuesta a la pregunta de investigación se basa en un argumento principal que el apoyo social mejora la calidad de vida de las personas, mejora su interacción con la sociedad y finalmente provee recursos importantes para enfrentar situaciones de dificultad.

El apoyo social como ya se ha demostrado antes, es una herramienta para enfrentar situaciones de estrés (Cobb, 1976). Una de las conclusiones más relevantes de este estudio es que el apoyo social en especial el apoyo emocional y afectivo puede influir en la disminución de síntomas de trastorno de estrés postraumático y de depresión, como ya se vio en estudios previos (Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak, & Southwick, 2012; Monson et al, 2011; Iverson et al, 2011; Cho, Zunin, Chao, Heiby & Mckoy, 2012).

El cuestionario MOS puede dar datos más específicos de apoyo social en relación a sintomatología de la depresión y TEPT. Ampliando la conclusión a apoyo social específico se encuentra primero el apoyo instrumental, el cual tiene efecto positivo en la salud mental pero más aún en la salud física ya que mediante la ayuda instrumental se da la donación de elementos básicos de alimentación, higiene y medicina. En cuanto al apoyo afectivo, se puede entender en base a estudios previos que las personas con altos niveles de síntomas de TEPT suelen

repeler relaciones afectivas, (Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak & Southwick, 2012). El apoyo emocional por otro lado puede mejorar la calidad de vida de personas con síntomas de trastorno de estrés postraumático y depresión, por el hecho de tener a alguien que se preocupe y esté al tanto de que por ejemplo: la persona afectada haya comido o de que alguien pueda escuchar sus problemas, lo cual hace sentir incluida a la persona y por ende siente que forma parte de un grupo social (Cobb, 1976). Finalmente el apoyo social provee de interacción social, la cual ayuda a la persona a tener habilidades sociales, logrando así convivir en sociedad. La falta de interacción social está altamente relacionado en estudios previos con los síntomas de depresión (Cobb, 1976), por lo que se puede concluir que la interacción social positiva puede resultar una herramienta para prevenir o enfrentar síntomas de TEPT y en especial de depresión.

Para incrementar el apoyo social se puede proponer campañas de lugares de apoyo que representen los 4 factores presentados en el cuestionario MOS, centrados en atención a víctimas de desastres naturales. El factor de apoyo instrumental se puede ofrecer en centros de acopio o institucionales donde las personas afectadas principalmente en el ámbito material y en el ámbito de salud puedan asistir libremente y recibir el apoyo material necesario. Se propone en base a este estudio que existan lugares de apoyo emocional e informativo, como iglesias o centros comunitarios donde las personas que sientan necesidad de apoyo emocional y de recibir información, puedan asistir libremente y de esta forma prevenir sintomatología de trastorno de estrés postraumático y de depresión. Finalmente el apoyo afectivo se puede encontrar en familiares, en cuanto a este tema se propone realizar una búsqueda de familiares ya sean lejanos o adoptivos para personas que se encuentren solas, o la creación de una comunidad donde se puedan familiarizar con otras víctimas afectadas y lograr crear vínculos cercanos afectivos. La iniciación de una campaña para la creación de este sistema puede resultar beneficioso tanto para sobrevivientes de desastres naturales como para la sociedad en general. Centros institucionales como escuelas, iglesias, comunidades, centros terapéuticos, orfanatos deberían

poder incrementar más estos cuatro factores de apoyo social para ayudar a personas que se encuentren con dificultades mentales después de los desastres naturales.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones en este proyecto son algunas, como por ejemplo el número de personas, que a pesar de ser un número grande puede presentar un sesgo de error ya que no representa a toda la población que ha sido afectada por el terremoto del 16 de abril de 2016. Podrían existir poblaciones que no se encuentren en la zona 0 pero se ven afectadas mentalmente por el desastre natural.

Una limitación adicional se encuentra en que la población que se evaluará es ecuatoriana, por lo que las conclusiones de este estudio se limitarían a la población ecuatoriana, y están marcadas por su cultura y forma de enfrentar desastres naturales a diferencia de otros lugares tanto de Latinoamérica como del mundo.

Finalmente otra de las limitaciones es que los datos recolectados del Ministerio de Salud Ecuatoriana pueden estar errados o mal recolectados, lo que afectaría en gran medida el estudio y las conclusiones del mismo.

Recomendaciones para futuros estudios

En un futuro se recomienda evaluar cómo influye el apoyo social en cuanto a la resiliencia en personas con trastornos mentales como el trastorno de estrés postraumático y la depresión. De igual manera se puede aplicar este mismo estudio en otros trastornos mentales, para poder proporcionar así campañas donde se fomente el apoyo social. Se recomendaría profundizar en diferentes trastornos mentales para poder especificar qué elementos de apoyo social son los que se deben enfatizar en diferentes culturas o sociedades.

La elaboración de un cuestionario de apoyo social que sea más amplio puede colaborar con la investigación y proporcionar más soluciones a los diferentes problemas de salud mental que existen en el mundo. Se recomendaría en futuros estudios realizar una intervención de apoyo social donde se pueda comparar con un grupo control y de esta forma evaluar y analizar un antes y un después de proporcionar apoyo social voluntario. Esto podría mejorar los resultados y mejoraría la forma de intervenir como sociedad en la salud mental de los demás, en especial en casos de desastres naturales.

En una futura investigación también se podría aplicar el diagnóstico directamente a los afectados por el desastre natural para tener resultados más personalizados y más profundos de analizar. Se podría de esta forma evaluar qué síntomas específicos disminuyen con el apoyo social y con qué factor del apoyo social.

Para fortalecer este estudio se puede aplicar un cuestionario adicional donde se evalúe la resiliencia y la asociación con apoyo social.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Basoglu, M., M. Livanou, E. Salcioglu and D. Kalender (2003b) 'A brief behavioral treatment of chronic posttraumatic stress disorder in earthquake survivors: Results from an open clinical trial'. *Psychological Medicine*. 33(4). pp. 647–654.
- Berner, P., Musalek, M., & Walter, H. (1987). Psychopathological concepts of dysphoria. *Psychopathology*, 20(2), 93-100.
- Bisson, J. I., & Deahl, M. P. (1994). Psychological debriefing and prevention of posttraumatic stress—More research is needed. *British Journal of Psychiatry*, 165, 717–720. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.165.6.717>Chemtob,
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 49–58.
- Bravo, J. (2008). En tierra segura: desastres naturales y tendencias de la tierra. *Food and Agriculture organization of the United Nations*
- Cardona, O. D. (2003). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo: una crítica y una revisión necesaria para la gestión. In *Ponencia presentada en la Internacional Work-Conference on Vulnerability in Disaster and Practice* (pp. 29-30).
- Carreño Malaver, Á. M. (2015). Situación de refugiados colombianos en Ecuador. *Revista Justicia*, 17(22).
- Céspedes, E. N., Leon, E. L. G., Dussán, V. S., Hernández, D. F., & Guman, G. T. (2014). Criminalidad Derivada de Desastres Naturales: Propuesta Para la Generación de Políticas Públicas*/Criminality Derived from Natural Disasters: Proposal for the Creation of Public Policy. *Análisis Político*, 27(80) ,53-78. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1660332120?accountid=36555>
- Charvériat, C. (2000). Natural disasters in Latin America and the Caribbean: An Overview of Risk. IDB, Research Department Working Papers Series; 434, Washington D.C.
- Cho, S., Zunin, I. D., Chao, P. J., Heiby, E. M., & Mckoy, J. (2012). Effects of pain controllability and discrepancy in social support on depressed mood among patients with chronic pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(3), 270-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s12529-011-9175-4>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.

- Cohen, R. E. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970-2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(1), 109-117.
- Cova, F., & Rincón, P. (2010). El terremoto y tsunami del 27-F y sus efectos en la salud mental. *Terapia psicológica*, 28(2), 179-185.
- Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., & Craighead, L. W. (2013). *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations*. John Wiley & Sons
- Díaz, C. A., Quintana, G. R., & Vogel, E. H. (2011). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia psicológica*, 30(1), 37-43.
- Ding, Y. S., Naganawa, M., Gallezot, J. D., Nabulsi, N., Lin, S. F., Ropchan, J., & Laruelle, M. (2014). Clinical doses of atomoxetine significantly occupy both norepinephrine and serotonin transports: implications on treatment of depression and ADHD. *Neuroimage*, 86, 164-171.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345
- Figueroa, R. A., Marín, H., & González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista médica de Chile*, 138(2), 143-151.
- Fisher, S. (2010). Violence against women and natural disasters: Findings from post-tsunami Sri Lanka. *Violence against Women*, 16(8), 902-918.
- Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(2), 141.
- Garcia-Fuster, M. J., Parks, G. S., Clinton, S. M., Watson, S. J., Akil, H., & Civelli, O. (2012). The melanin-concentrating hormone (MCH) system in an animal model of depression-like behavior. *European Neuropsychopharmacology*, 22(8), 607-613.
- Gilbert, P. (2014). *Depression: The evolution of powerlessness*. Psychology Press.
- Goenjian, A. K., Molina, L., Steinberg, A. M., Fairbanks, L. A., Alvarez, M. L., Goenjian, H. A., & Pynoos, R. S. (2001). Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after Hurricane Mitch. *American Journal of Psychiatry*.
- Goenjian, A. K., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Asarnow, J. R., Karayan, I., ... & Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988: earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1174-1184.
- Goldberger, L., & Breznitz, S. (Eds.). (2010). *Handbook of stress*. Simon and Schuster.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress* (2nd ed.). New York, NY: Cambridge University Press.

- Hernández, H. C., Coronel, P. L., Aguilar, J. C., & Rodríguez, E. C. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental, 39*(1), 47-58.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. Quinta edición: México.
- Instituto Geofísico del Ecuador. (2016). Informe sísmico especial n. 18- 2016. *Instituto Geofísico del Ecuador*. Recuperado en 20 de Julio de 2016 desde: <http://www.igepon.edu.ec/1324-informe-sismico-especial-n-18-2016.html>
- Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F., & Monson, C. M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depressions symptoms reduce risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(2), 193-202.
- Javidi, H., & Yadollahie, M. (2011). Post-traumatic stress disorder. *The international journal of occupational and environmental medicine, 3*(1 January).
- Kar, N., & Kumar, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2*(1), 17.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. National Academies.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617–627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Lahad, M., & Doron, M. (2010). Protocol for Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. Amsterdam, NLD: IOS Press. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: a review. *Biological psychiatry, 60*(2), 84-92.
- Leedy, P. D., & Ormrod, J. E. (2005). Practical research: Planning and Design. Estados Unidos: Pearson. .
- Lin, N., Ensel, W. M., & Dean, A. (1986). The age structure and the stress process. *Social support, life events, and depression, 213-230*.
- Luna Sánchez, A. K. (2010). La función de la oxitocina durante el estrés. Universidad Veracruzana. Mexico.
- Maplecroft (2010). Natural Disaster Risk Index. Recuperado en Junio 4, 2013 de http://www.preventionweb.net/files/14169_NaturalDisasters2010.pdf

- McQuaid, O.A. McInnis, A. Abizaid, H. Anisman. Making room for oxytocin in understanding depression *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 45 (2014), pp. 305–322
- McQuaid, R. J., McInnis, O. A., Paric, A., Al-Yawer, F., Matheson, K., & Anisman, H. (2016). Relations between plasma oxytocin and cortisol: The stress buffering role of social support. *Neurobiology of Stress*, 3, 52-60.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., Adair, K. C., Stevens, S. P., Resick, P. A., Schnurr, et al. (2011). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: Pilot results from a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 97-101.
- Monson, C. M., Friedman, M. J., & La Bash, H. A. (2007). A psychological history of PTSD. *Handbook of PTSD: Science and practice*, 37-52.
- Mori, N., & Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista peruana de Epidemiología*, 14(2), 1-5.
- Naeem, F., Waheed, W., Gobbi, M., Ayub, M., & Kingdon, D. (2011). Preliminary evaluation of culturally sensitive CBT for depression in Pakistan: Findings from developing culturally-sensitive CBT project (DCCP). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 165-73. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S1352465810000822
- Natha, F., & Daiches, A. (2014). The effectiveness of EMDR in reducing psychological distress in survivors of natural disasters: A review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), 157-170.
- Newman, I., & Benz, C. R. (1998). *Qualitative-quantitative research methodology: Exploring the interactive continuum*. SIU Press.
- Nishith, P., Nixon, R. D., & Resick, P. A. (2005). Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: A result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression? *Journal of Affective Disorders*, 86(2), 259-265.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(8), 868-876.
- Norris, F. H., & Elrod, C. L. (2006). Psychosocial consequences of disaster. *Methods for disaster mental health research*, 20-42.
- Olf, M., Koch, S. B., Nawijn, L., Frijling, J. L., Van Zuiden, M., & Veltman, D. J. (2014). Social support, oxytocin and PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 5.
- Ortuño, F. (2010). Lecciones de psiquiatría. *Editorial. Médica Panamericana. España*, 1, 313-334.
- Post-traumatic stress disorders; researchers from max-planck-institute for psychiatry report recent findings in post-traumatic stress disorders (identification and

- characterization of HPA-axis reactivity endophenotypes in a cohort of female PTSD patients). (2015). *Psychology & Psychiatry Journal*, 405. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1679216868?accountid=36555>
- Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E., & Medina Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- Rodríguez-Fernández, J. M., García-Acero, M., & Franco, P. (2013). Neurobiología del estrés agudo y crónico: su efecto en el eje hipotálamohipófisis-adrenal y la memoria. *Universitas Médica*, 54(4), 472-494.
- Romero, G., & Maskrey, A. (1993). Cómo entender los desastres naturales. *Los desastres no son naturales*, 6-10.
- Salcioglu, E., Basoglu, M., & Livanou, M. (2007). Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disasters*, 31(2), 115-129.
- Seijas Gómez, R. (2013). Trastorno por estrés postraumático y cerebro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 511-523.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706007963>
- Sherbourne, Cathy D. and Anita Stewart. (1993) The MOS Social Support Survey. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1993. Recuperado en 11 de Julio de 2016 desde : <http://www.rand.org/pubs/reprints/RP218.html>.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing Model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Torres, X. L., & Bianchi, M. L. (2013). Efectividad de la terapia cognitivo conductual para el estrés post-desastre 14 meses después de ser aplicada en trabajadores de una centro de salud de constitución expuestos al 27 de febrero de 2010.
- Tortorolo, P., Scorza, C., Urbanavicius, J., Devera, A., Benedetto, L., Pascovich, C.,... & Monti, J. (2014). Avances en el estudio de la neurobiología de la depresión: rol de la hormona concentradora de melanina. *Revista Médica del Uruguay*, 30(2), 128-136.
- Tortorolo, P., Scorza, C., Lagos, P., Urbanavicius, J., Benedetto, L., Pascovich, C.,... & Monti, J. M. (2015). Melanin-Concentrating Hormone (MCH): Role in REM sleep and Depression. *Frontiers in neuroscience*, 9.
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2012). The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry*, 75(2), 135-49. doi:<http://dx.doi.org/101521psyc2012752135>

- Viracucha, E., & De la Bastida, J. (2014). Sistema Informático para el Análisis y Procesamiento de Señales Sísmicas de Volcanes en el Ecuador. *Revista Politécnica*, 33(1).
- Watson, P. J. (2007). Early intervention for trauma-related problems following mass trauma. In R. J. Ursano, C. S. Fullerton, L. Weisaeth, & B. Raphael (Eds.), *Textbook of disaster psychiatry* (pp. 121–139). New York, NY: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511544415>Correspondence
- Ystgaard, M. (1997). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(5), 277-83. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF00789040>
- Zhang, Z., Ran, M. S., Li, Y. H., Ou, G. J., Gong, R. R., Li, R. H., ... & Fang, D. Z. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological medicine*, 42(08), 1687-1693.

ANEXO A: Cuestionario de apoyo social

Edad__ sexo____

1.- Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) Escriba el n. ° de amigos íntimos y 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?)

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

| Pregunta | NUNC A | POCAS VECES | ALGUN AS VECES | LA MAYOR IA DE VECES | SIEMP RE |
|---|-----------|----------------|----------------------|-------------------------------|-------------|
| 2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Alguien que le muestre amor y afecto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. Alguien con quién pasar un buen rato | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Alguien que le abrace | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Alguien con quien pueda relajarse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Alguien cuyo consejo realmente desee | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Alguien con quién divertirse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Alguien que comprenda sus problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Gracias por participar!

ANEXO B: Anuncio para reclutamiento de participantes

Usted ha sido seleccionado para participar en un proyecto de investigación acerca del apoyo social en víctimas de desastres naturales. Por su participación se le dará una remuneración de 15\$.

Si usted se encuentra interesado por favor llamar a:
0984515370

Gracias

Adriana Muñoz

Estudiante de Psicología de la Universidad San Francisco de Quito

ANEXO C: Solicitud para aprobación de un estudio de Investigación



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN |
|---|
| Título de la Investigación |
| El apoyo social y su influencia en los síntomas de trastorno de estrés postraumático con depresión en víctimas de desastres naturales. |
| Investigador Principal: Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica |
| Adriana Michelle Muñoz Hernández, Universidad San Francisco de Quito, adri28m@hotmail.com |
| Co-investigadores: Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Si no hubiera co-investigador por favor especificarlo. |
| No aplica. |
| Persona de contacto: Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica |
| Adriana Muñoz, 022436336, 0984515370, adri28m@hotmail.com |
| Fecha de inicio de la investigación: Mayo, 2016 |
| Fecha de término de la investigación: Julio, 2016 |
| Financiamiento: No aplica. |

| DISEÑO DEL ESTUDIO |
|--|
| Objetivo General: Debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué? |
| El objetivo principal de este estudio es determinar si existe o no una asociación entre niveles de apoyo social y síntomas de trastorno de estrés postraumático comórbido con depresión. |

| Objetivos Específicos |
|---|
| <p>1.- Encontrar una diferencia significativa entre los síntomas de personas que padecen de TEPT comórbido con depresión con mayor apoyo social, y síntomas de personas que padecen de TEPT comórbido con depresión con menor apoyo social.</p> <p>2.- identificar si el apoyo social influye en la sintomatología de personas con TEPT comórbido con depresión.</p> <p>3.- Encontrar qué subdivisión del apoyo social influye de mejor manera en la sintomatología de TEPT y depresión.</p> |
| <p>1. Procedimientos: <i>Pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes. No es igual al diseño.</i></p> |
| <p>Los pasos a seguir para contactar a los participantes son los siguientes:</p> <p>1.- Contactar al Ministerio de Salud del Ecuador para que nos proporcione información, datos y diagnósticos de personas con trastorno de estrés postraumático y depresión comórbida en dos grupos, alto y bajo.</p> <p>2.- Dirigirnos al lugar donde se encuentran los participantes seleccionados</p> <p>3.- Enviar invitación a participar a las personas seleccionadas para el estudio</p> <p>4.- Proceder con el cuestionario de apoyo social con los participantes que han aceptado y firmado el consentimiento.</p> |
| <p>2. Riesgos: <i>Incluir riesgos físicos y emocionales (aunque sean mínimos), incluyendo incomodidad en responder a preguntas sensibles.</i></p> |
| <p>En esta investigación el riesgo es mínimo, se consideraría que el riesgo se puede encontrar en que al responder las preguntas de apoyo social los participantes se sientan vulnerables o tristes ya que puede ser que les recuerde que han perdido personas en el terremoto del 16 de abril de 2016.</p> |
| <p>3. Beneficios para los participantes: <i>Se refiere a las personas (sujetos parte de este estudio), cómo se beneficiarán y cómo recibirán los beneficios ofrecidos.</i></p> |
| <p>El beneficio por participar en esta investigación en el sentido económico, recibiría 15\$ cada participante. Por otro lado el beneficio de este estudio es para la investigación sobre el apoyo social como un aporte al tratamiento del trastorno de estrés postraumático.</p> |
| <p>4. Ventajas potenciales a la sociedad:</p> |
| <p>Como se explicó antes, la ventaja para la sociedad es fomentar y reforzar la investigación sobre el apoyo social como ayudante en la sintomatología de trastorno de estrés postraumático y depresión. El encontrar que tipo de apoyo social es más beneficioso para contrarrestar síntomas.</p> |
| <p>5. Recolección y almacenamiento de los datos: <i>Cómo se recolectarán, quién, donde, cuando, con qué; cómo se almacenarán, por cuánto tiempo, quienes tendrán acceso a los datos y cómo se asegurará que estas personas guarden la confidencialidad, qué se hará con los datos cuando termine la investigación; se publicarán los datos, qué previsiones se tomará para guardar la confidencialidad.</i></p> |
| <p>La recolección de datos se realizaría por la autora de esta investigación en una base de datos por el tiempo que trascorra la investigación, solamente esta persona tendrá acceso a los datos recolectados y se encontrarán en un CD. Cuando se termine con la investigación se eliminarán los datos. Siempre se mantendrá el anonimato de los participantes.</p> |

6. Diseño de Investigación: *Incluyendo tipo de estudio descripción de los sujetos, muestreo o selección, reclutamiento, variables a incluir, tipo de análisis.*

El diseño de esta investigación es cuantitativo, de comparación de dos grupos estáticos.

Los participantes serán personas mayores de 18 años que padezcan de TEPT y depresión comórbida ya sea en niveles moderados (Grupo A) o graves (Grupo B).

Estos participantes son sobrevivientes del terremoto del 16 de abril de 2016 y ya han sido diagnosticados por el Ministerio de Salud del Ecuador.

El reclutamiento se realizaría con los datos recibidos del Ministerio de Salud del Ecuador.

Las variables en las que se centra esta investigación son nivel de apoyo social y severidad de síntomas de TEPT y depresión.

7. Consentimiento informado: *Quién, cómo y dónde se explicará el formulario.*

El consentimiento informado será entregado a los participantes que hayan aceptado colaborar.

8. Instrumentos y equipos: *Enumerar, listar y adjuntar copias/fotografías de encuestas, entrevistas, medicinas, etc.) Es importante que los instrumentos que se utilicen hayan sido validados en el Ecuador.*

1.- 100 copias del cuestionario MOS de apoyo social

2.- computadora para análisis de datos

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí () No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí () No () No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: _____

ANEXO D: Formulario de consentimiento informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: El apoyo social y su influencia en los síntomas de trastorno de estrés postraumático con depresión en víctimas de desastres naturales.

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal Adriana Michelle Muñoz Hernández

Datos de localización del investigador principal 022436336, 0984515370, adri28m@hotmail.com

Co-investigadores No aplica

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre apoyo social y su influencia en personas que padecen de Trastorno de estrés postraumático comórbido con depresión porque se ha demostrado que el apoyo social mejora síntomas de estos y otros trastornos mentales.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El propósito de este estudio es encontrar alguna asociación de cantidad de apoyo social y síntomas de Trastorno de estrés postraumático asociado con depresión.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

- 1.-Primero se leerá el consentimiento informado.
- 2.- Una vez que han firmado el consentimiento voluntariamente se procederá con la realización del cuestionario que no tomará más de una hora, dependiendo de cada participante.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

No existe ningún riesgo en esta investigación.

| | |
|---|-------|
| Consentimiento informado <i>(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</i> | |
| Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación. | |
| Firma del participante | Fecha |
| Firma del testigo <i>(si aplica)</i> | Fecha |
| Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado | |
| Firma del investigador | Fecha |
| Confidencialidad de los datos <i>(se incluyen algunos ejemplos de texto)</i> | |
| Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales: | |
| <p>1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.</p> <p>3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.</p> <p>4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.</p> | |
| Derechos y opciones del participante <i>(se incluye un ejemplo de texto)</i> | |
| Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. | |
| Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio. | |
| Información de contacto | |
| Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984515370 que pertenece a Adriana Muñoz, o envíe un correo electrónico a adri28m@hotmail.com | |
| Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec | |

