

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS–

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“EL ESTRÉS POST TRAUMÁTICO QUE PRESENTAN LOS  
PACIENTES INTERNOS EN LA SALA DE CIRUGÍA DE HOMBRES DEL  
HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE  
SEGURIDAD SOCIAL "CEIBAL", COMO SECUELA DE UN EVENTO  
TRAUMÁTICO”

SANDRA ELISA ROQUE DE LEÓN

MARÍA JOSÉ SARCEÑO RAMOS

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2013

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

UNIDAD DE GRADUACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

“EL ESTRÉS POST TRAUMÁTICO QUE PRESENTAN LOS PACIENTES INTERNOS EN LA SALA DE CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL "CEIBAL", COMO SECUELA DE UN EVENTO TRAUMÁTICO”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

SANDRA ELISA ROQUE DE LEÓN

MARÍA JOSÉ SARCEÑO RAMOS

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2013

**CONSEJO DIRECTIVO**

**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**Licenciado Abraham Cortez Mejía**

**DIRECTOR**

**M.A. María Iliana Godoy Calzia**

**SECRETARIA**

**Licenciada Dora Judith López Avendaño**

**Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez**

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

**María Cristina Garzona Leal**

**Edgar Alejandro Córdón Osorio**

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

**Licenciado Juan Fernando Porres Arellano**

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**



c.c. Control Académico  
 CIEPs.  
 Reg. 184-12  
 CODIPs. 1704-2013

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

30 de septiembre de 2013

Estudiantes  
 Sandra Elisa Roque de León  
 María José Sarceño Ramos  
 Escuela de Ciencias Psicológicas  
 Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO (10º.) del Acta CUARENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL TRECE (44-2013), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 25 de septiembre de 2013, que copiado literalmente dice:

**DÉCIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“EL ESTRÉS POST TRÁUMÁTICO QUE REPRESENTAN LOS PACIENTES INTERNOS EN LA SALA DE CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL “CEIBAL”, COMO SECUELA DE UN EVENTO TRAUMÁTICO”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Sandra Elisa Roque de León**  
**María José Sarceño Ramos**

**CARNÉ No. 2008-11111**  
**CARNÉ No. 2008-21407**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Dora Judith López Avendaño, y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
 M.A. María Iliana Godoy Calzia  
 SECRETARIA



/gaby



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

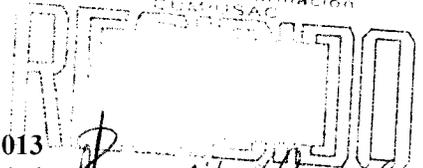
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUMI-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usnepsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Unidad de Graduación e Investigación  
CIEMISAC



CIEPs 687-2013  
REG: 184-2012  
REG: 175-2013

INFORME FINAL

Guatemala, 23 de septiembre 2013

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“EL ESTRÉS POST TRAUMÁTICO QUE PRESENTAN LOS PACIENTES INTERNOS EN LA SALA DE CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL “CEIBAL”, COMO SECUELA DE UN EVENTO TRAUMÁTICO.”**

ESTUDIANTE:  
Sandra Elisa Roque de León  
María José Sarceño Ramos

CARNÉ No.  
2008-11111  
2008-21407

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 19 de septiembre del presente año y se recibieron documentos originales completos el 20 de septiembre, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**



M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez  
COORDINADORA, UNIDAD DE GRADUACIÓN  
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

CIEPs. 688-2013  
REG 184-2012  
REG 175-2013

Guatemala, 23 de septiembre 2013

Licenciada  
Mayra Friné Luna de Álvarez  
Coordinadora Unidad de Graduación  
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**“EL ESTRÉS POST TRAUMÁTICO QUE PRESENTAN LOS PACIENTES INTERNOS EN LA SALA DE CIRUGÍA DE HOMBRES DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL “CEIBAL”, COMO SECUELA DE UN EVENTO TRAUMÁTICO.”**

**ESTUDIANTE:**  
Sandra Elisa Roque de León  
María José Sarceño Ramos

**CARNÉ No.**  
2008-11111  
2008-21407

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 23 de agosto del año en curso, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**“ID Y ENSEÑAD A TODOS”**

  
Licenciado Marco Antonio García Enríquez  
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala, 30 de Julio de 2013

Licenciada  
Mayra Luna de Alvarez  
Coordinadora de la Unidad de Graduación  
Centro de Investigaciones en  
Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez”  
CUM

Estimada Licenciada Alvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido de Informe Final de investigación titulado **“El estrés postraumático que presentan los pacientes internos en la sala de cirugía de hombres del Hospital General de Accidentes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social “Ceibal”, como secuela de un evento traumático”** realizado por las estudiantes SANDRA ELISA ROQUE DE LEON, CARNÉ 200811111 Y MARIA JOSÉ SARCEÑO RAMOS, CARNÉ 200821407.

El trabajo fue realizado a partir del 30 de Mayo de 2012, hasta el 30 de Julio de 2013.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

*Licda. Dora J. López Avendaño*  
*Colegiado No. 4186*

  
Licenciada Dora Judith López Avendaño

Licenciada en Psicología

Colegiado No. 4186

Asesora de Contenido



## HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES "CEIBAL"

DIRECCION MÉDICA

Guatemala,  
23 de julio de 2013

Licenciada  
**MAYRA LUNA DE ALVAREZ**  
Coordinadora de la unidad de Graduación  
Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs-"Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

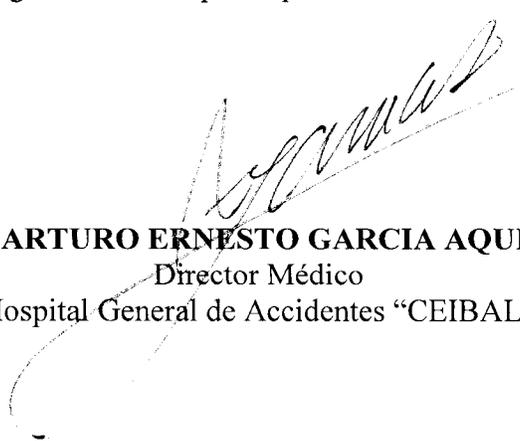
**003716**

Estimada Licenciada Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que la *estudiante MARIA JOSE SARCEÑO RAMOS*, con carné de identificación **200821407**, realizo en esta Unidad 20 entrevistas y test a pacientes de la sala de Cirugía de Hombres I, como parte del trabajo de investigación titulado: **"El estrés post-traumático que presentan los pacientes internos en la sala de Cirugía de hombres del Hospital General de Accidentes "Ceibal", del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, como secuela de un evento traumático"**, en el lapso comprendido del 04 de junio al 09 de Julio del presente año, en horario de 9:00 a 12:00 horas.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en nuestra Institución.

Atentamente,

  
**DR. ARTURO ERNESTO GARCIA AQUINO**  
Director Médico  
Hospital General de Accidentes "CEIBAL"

AEGA/amor



## HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES "CEIBAL"

DIRECCION MÉDICA

Guatemala,  
23 de julio de 2013

Licenciada  
**MAYRA LUNA DE ALVAREZ**  
Coordinadora de la unidad de Graduación  
Centro de Investigaciones en Psicología  
-CIEPs-"Mayra Gutiérrez"  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

003715

Estimada Licenciada Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que la estudiante **SANDRA ELISA ROQUE DE LEON**, con carné de identificación **200811111**, realizo en esta Unidad 20 entrevistas y test a pacientes de la sala de Cirugía de Hombres I, como parte del trabajo de investigación titulado: **"El estrés post-traumático que presentan los pacientes internos en la sala de Cirugía de hombres del Hospital General de Accidentes "Ceibal", del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, como secuela de un evento traumático"**, en el lapso comprendido del 04 de junio al 09 de Julio del presente año, en horario de 9:00 a 12:00 horas.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en nuestra Institución.

Atentamente,

  
**DR. ARTURO ERNESTO GARCIA AQUINO**  
Director Médico  
Hospital General de Accidentes "CEIBAL"

AEGA/amor

**PADRINOS DE GRADUACIÓN**

**POR SANDRA ELISA ROQUE**

**MARVIN ERNESTO ROQUE DE LEÓN**

**LICENCIADO EN CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES**

**COLEGIADO 16912**

**KARIN MARLENY VÁSQUEZ ZABALA**

**LICENCIADA EN NUTRICIÓN**

**COLEGIADO 3250**

**POR MARÍA JOSÉ SARCEÑO**

**DYNA EBBE MARTINEZ LACY**

**LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**COLEGIADO 20696**

**ROSA ANGÉLICA LÓPEZ PIVARAL**

**MEDICO GINECOBSTETRA**

**COLEGIADO (pendiente)**

## DEDICATORIA

A Dios, por darme la sabiduría para afrontar cada reto y obstáculo y así alcanzar mis metas, gracias por rodearme de gente que día a día bendice mi vida.

A mi mamá, porque aún en la distancia siempre sentí tu apoyo, ánimos y amor. Te amo mi mamus.

A mi papá, por brindarme su apoyo y cariño incondicional durante la carrera.

A mi hermano, porque siempre los dos hemos salido adelante juntos, sos mi ejemplo de trabajo y de lucha.

A mi Abuelita Ofe, por ser ejemplo de mujer luchadora, positiva y alegre.

A mí cuñada Karin, más que mi cuñada has sido mi hermana mayor y mi mejor amiga.

Tías, primos y sobrinos, por ser parte fundamental en mi desarrollo profesional y personal.

A mis amigas del Colegio Sagrado Corazón, juntas hemos crecido y madurado como mujeres, las quiero mucho.

A mis amigos de Universidad, por compartir tantos momentos inolvidables en estas aulas y patios.

A mis amigos de práctica, Sanatorio San Vicente y Hospital General de accidentes del IGSS, por tantas risas y conocimientos compartidos.

Al Cuerpo de Bomberos Municipales, especialmente a la Estación Central, por la abnegada labor de ayudar al prójimo y ser mi familia durante estos años.

Sandra Elisa Roque

## DEDICATORIA

A Dios, por ser mi luz, mi guía y por darme la sabiduría y las fuerzas para lograr mis objetivos.

A mi Mama, por ser un ejemplo de mujer fuerte, luchadora que a pesar de los obstáculos siempre nos sacó adelante.

A mi Papa, por ser un hombre trabajador, por brindarme su apoyo y cariño.

A mis Hermanos, por todo el amor, las peleas, los juegos, por ser mis mejores amigos y confidentes. Los amo mucho.

A mis Padrinos, por ser los mejores padrinos que alguien puede tener, por darme su apoyo y amor incondicional.

A Moises y Susan, por que aunque no somos hermanos de sangre lo somos de corazón.

A mi sobrino Xavier, por que aun en la distancia me da fuerzas para luchar.

A mis tíos, primos, por estar pendientes de mí, y recorrer conmigo este largo camino.

A mi novio, por su paciencia y por todo el amor.

A mis amigas Mariana, Sandra, Laura, Silvia, Diana, por estar conmigo en las buenas y en las malas.

A mis amigos de la séptima estación de Bomberos Municipales, por darme la alegría, el entusiasmo.

A mis amigos de práctica del Sanatorio San Vicente, por todas las experiencias compartidas.

María José Sarceño

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de San Carlos de Guatemala por ser la máxima casa de estudios que nos formó como profesionales.

A la Licenciada Doris López por su asesoría y su apoyo incondicional durante toda la carrera.

Al Licenciado Marco Antonio García por su apoyo en la revisión de este trabajo de investigación.

Instituto guatemalteco de Seguridad Social por abrirnos sus puertas para realizar este proyecto de investigación.

Al Doctor Max Mendoza por su asesoría en la realización del trabajo de campo.

A los pacientes por su tiempo y atención en entrevistas y test realizados.

A los catedráticos y licenciados de práctica por sus valiosas enseñanzas.

## Índice

Resumen .....	3
1 Prólogo.....	4
1 CAPÍTULO I.....	7
1.1 INTRODUCCIÓN.....	7
1.2 Planteamiento del problema y marco teórico.....	8
1.3 Marco Teórico.....	10
1.3.1 Ansiedad .....	10
1.3.2 Respuestas de ansiedad.....	10
1.3.3 Trastornos de ansiedad .....	11
1.3.4 Diferenciación de los trastornos por ansiedad .....	12
1.3.5 El Estrés.....	13
1.3.6 Trastorno por estrés postraumático .....	17
1.3.7 Descripción y Diagnóstico.....	19
1.3.8 Criterios diagnósticos según DSM-IV.....	20
1.3.9 Criterios diagnósticos, según la CIE-10 .....	23
1.3.10 Estrés post traumático y estrés agudo.....	24
1.3.11 Trastorno adaptativo .....	25
1.3.12 Tipos de eventos traumáticos .....	25
1.3.13 Técnicas para disminuir el estrés post traumático .....	31
1.3.14 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social .....	39
2 CAPÍTULO II .....	44
2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	44
2.1.1 Técnicas.....	44
2.1.2 Instrumentos .....	46
3 CAPÍTULO III .....	48
3.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS ....	48
3.1.1 Características del lugar y de la población.....	48
3.1.2 Análisis cuantitativo.....	50
3.2 Análisis Cualitativo .....	55

4	CAPÍTULO IV.....	58
4.1	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
4.1.1	Conclusiones .....	58
4.1.2	Recomendaciones .....	59
5	Bibliografía .....	60
6	Anexos .....	62
6.1	Escala de Ansiedad de Hamilton.....	63
6.2	Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés post traumático ...	64

## Resumen

"El estrés post traumático que presentan los pacientes internos en la sala de cirugía de hombres del Hospital General de Accidentes del IGSS "Ceibal", como secuela de un evento traumático"

Autoras: Sandra Elisa Roque De León

María José Sarceño Ramos

Con el objetivo de identificar la presencia de estrés postraumático en los pacientes internos en la sala de cirugía de hombres I, del hospital general de accidentes del IGSS, se observó la sintomatología de estrés postraumático, la intensidad de la ansiedad de los pacientes, el desenvolvimiento de los pacientes en su vida cotidiana.

Se realizó a los pacientes entrevistas y test para indagar los eventos traumáticos más frecuentes y el origen del trastorno. El estrés postraumático es un trastorno psicológico clasificado en los grupos de trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.

Al proponer la investigación se plantearon las siguientes interrogantes: ¿Existe en los pacientes síntomas de estrés postraumático? ¿Qué niveles de ansiedad presenta el paciente con estrés postraumático? ¿Cómo afecta en la vida cotidiana del paciente luego de sufrir un evento traumático? ¿Qué tipos de eventos generan en el paciente estrés postraumático? ¿Necesita terapia psicológica el paciente que se ha diagnosticado con el trastorno?

Entre las técnicas utilizadas en la recolección de datos se encuentra la entrevista que se realizó de forma individual a las personas con nivel alto de sintomatología de estrés postraumático. El testimonio que se utilizó para obtener información del paciente sobre el evento traumático.

Se aplicó a los pacientes que sufrieron un evento traumático la Escala de gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático y la Escala de ansiedad de Hamilton.

Se tomó como muestra a los pacientes del área de cirugía de hombres, que ingresaron al hospital en el tiempo establecido para el desarrollo de esta investigación. Las características generales de la población estudiada fueron: hombres de 19 a 60 años, trabajadores, alfabetos, que proceden de los diferentes departamentos del territorio nacional.

## Prólogo

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es una institución que trabaja de forma autónoma, apoya a la sociedad guatemalteca, brindando protección a sus afiliados. El IGSS nace bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo el 30 de octubre de 1946, cuando en la Constitución en el Decreto número 295, se establece "La Ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social", creándose así un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio. Esto significa, que debe cubrir todo el territorio nacional, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social. Posteriormente, en la Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de Mayo de 1985, en el artículo 100 se establece: "Seguridad Social: El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación".

El Hospital General de Accidentes "Ceibal", ubicado en el Municipio de Mixco, atiende consulta externa en las especialidades de cirugía, traumatología, ortopedia, medicina interna, medicina física y odontología. Los pacientes internos han sufrido accidentes de tránsito, laborales o hechos de violencia, por lo cual es importante que se les brinde ayuda psicológica paralela a la atención médica, para superar los traumas por eventos en donde su vida o la de su familia han sido expuestas.

La motivación principal de las autoras para ejecutar la investigación, fue que realizaron su práctica psicológica supervisada en la institución antes mencionada y

entre sus historias clínicas notaron que el estrés post traumático era uno de los diagnósticos más comunes entre los pacientes.

Con esta investigación se pretendió identificar los niveles de ansiedad, la incidencia de estrés postraumático y ampliar los conocimientos que se tienen sobre este trastorno, conocer sus causas, efectos y formas de afrontamiento que tienen las personas al momento que se estableció el trauma.

El objetivo de las actividades realizadas, fue brindar técnicas y herramientas que le permitieron al paciente, reducir niveles de ansiedad y superar el estrés del trauma y, para que esto se vea reflejado en ellos mismos al momento de ser dados de alta es importante mejorar los aspectos sociales, académicos y laborales. Uno de los mayores beneficios que tuvo esta investigación fue que se brindó apoyo emocional durante la recuperación del paciente dentro de la unidad de cirugía de hombres I y aportó a la institución nuevos elementos a incorporar en la atención de la población que allí se atiende.

En la biblioteca de la Escuela de Ciencias Psicológicas, se percató que si existen investigaciones sobre estrés laboral, estrés, manejo de estrés pero muy poco sobre el estrés post traumático lo que incitó a realizar un estudio sobre el tema para ampliar los conocimientos tanto de las autoras como de los estudiantes que buscan información el tema.

Siendo la Universidad de San Carlos una universidad del Estado, es importante que sus estudiantes lleven a la práctica los conocimientos que han adquirido durante su formación académica, realizando estudios e investigaciones que

enriquezcan la educación de la población estudiantil, con temas como el estrés post traumático.

Se agradece grandemente a la Universidad de San Carlos por el apoyo brindado en la elaboración de la investigación, así mismo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por facilitar la ejecución del proyecto de investigación, a los pacientes por su colaboración y paciencia en la realización de test y entrevistas.

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

En Guatemala, debido al incremento de la violencia y falta de educación, ocurren diversos tipos de accidentes en donde se ve afectada la integridad física de las personas, es necesario tomar en cuenta que se ve perturbada la psique, generando un cambio de conducta en la persona, esto se puede ver reflejado en el desinterés y apatía en las actividades que realizan diariamente, estos pueden ser síntomas que den indicios de la existencia de algún trastorno psicológico.

Después de ocurrido un accidente donde se vio amenazada la vida surgen diferentes trastornos que le generan ansiedad a la persona y no permiten que continúe su vida con normalidad, entre estos se encuentra el estrés postraumático que pertenece a los trastornos de ansiedad, surge cuando una persona ve amenazada su vida o la de los demás en una situación traumática, se caracteriza por la reexperimentación, evitación del suceso y la activación de síntomas.

En el presente estudio se evaluaron pacientes internos en la Sala de Cirugía de Hombres I, del Hospital general de Accidentes del IGSS, que cumplieran con los requisitos para ser tomados en cuenta en la muestra, para la evaluación se utilizaron técnicas e instrumentos como entrevistas, testimonios y escalas que midieron el nivel de estrés y de ansiedad somática y psíquica de los pacientes internos, de los cuales se obtuvieron resultados que beneficiaran a la institución para prestar más atención a la salud e higiene mental de los pacientes.

## **1.2 Planteamiento del problema y marco teórico**

Las personas están diariamente expuestas a situaciones de alto riesgo, en la cual pelagra su vida o la de sus personas significativas. El punto investigado consistió en indagar la problemática que presentaron los pacientes internos en la Sala de Cirugía de Hombres del IGSS "Ceibal" ubicado en la 13 avenida y Calzada San Juan, zona 4 de Mixco, al haber estado expuestos a un evento traumático como: accidentes de tránsito, laborales o heridos por proyectil de arma de fuego, lo cual fue un factor precipitante para provocar síntomas del trastorno de estrés post traumático.

Debido a que las autoras del presente trabajo de investigación, realizaron su práctica psicológica en la institución antes mencionada, observaron en los pacientes del área de cirugía, síntomas que coincidieron con el trastorno de estrés postraumático. Cuando una persona sufre de un evento traumático le genera conflictos en su vida cotidiana, re experimentando el evento, presentando distres emocional y embotamiento, trastornos de sueño, ansiedad, miedo a las personas o a lugares que le recuerden el suceso, etc.

Se tomó como muestra a los pacientes del área de cirugía de hombres I, que ingresaron al hospital en el tiempo establecido para el desarrollo de esta investigación. Las características generales de la población estudiada fueron: hombres de 19 a 60 años, trabajadores, alfabetos, que proceden de los diferentes departamentos del territorio nacional, ya que al hospital son referidos los pacientes del interior de la Republica, que hayan sufrido de un accidente de tránsito

(motocicleta, bus urbano y automóvil), atropellados, caídas accidentales, heridos de arma blanca o de arma de fuego.

El objetivo principal de esta última, fue que la muestra lograra una reestructuración de los pensamientos para afrontar las situaciones que les llevaron a presentar síntomas de estrés y ansiedad.

Al inicio de la investigación se plantearon las siguientes interrogantes ¿Existe en los pacientes síntomas de estrés postraumático? ¿Qué niveles de ansiedad presenta el paciente con estrés postraumático? Para obtener esta información se aplicó la Escala de Ansiedad Hamilton y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático, que sirvieron para identificar a los pacientes que cumplían con los síntomas del trastorno, ¿Cómo afecta en la vida cotidiana del paciente luego de sufrir un evento traumático? ¿Qué tipos de eventos generan en el paciente estrés postraumático? el testimonio del evento traumático permito corroborar la existencia de síntomas, ¿Necesita terapia psicológica el paciente que se ha diagnosticado con el trastorno? Se utilizó en los pacientes la terapia cognitivo conductual, esta terapia se enfatizó en las conductas actuales y en los pensamientos conscientes, su objetivo fue modificar la conducta y las cogniciones, más que dar al paciente la oportunidad de simplemente ventilar sus sentimientos. Está basada en el supuesto que los cambios en las conductas y cogniciones producirán cambios en los sentimientos y emociones. Esta terapia se realizó con el objetivo de proporcionar a los pacientes las herramientas para actuar gradualmente sobre el trastorno, ayudó a reducir la ansiedad y aprendieron a afrontar situaciones estresantes.

## 1.3 Marco Teórico

### 1.3.1 Ansiedad

“Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos”.<sup>1</sup>

La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. Para preservar su integridad física ante amenazas el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas durante millones de años.

### 1.3.2 Respuestas de ansiedad

- “Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento: preocupación, inseguridad, miedo o temor, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad), anticipación de peligro o amenaza, dificultad de concentración, dificultad para la toma de decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente”.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Barlow, David. Ansiedad y sus desordenes: La naturaleza y tratamiento de ansiedad y pánico. Nueva York, Editorial Guilford, 1988. Pág. 103

<sup>2</sup> Ibidem. Pág. 105

- Síntomas motores u observables: hiperactividad, paralización motora., movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal, conductas de evitación.
- Síntomas fisiológicos o corporales: Cardiovasculares ( Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor), respiratorios (Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica), gastrointestinales (Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas), genitourinarios (Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia) neuromusculares( Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva) y neurovegetativos (Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos).

### **1.3.3 Trastornos de ansiedad**

“Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejerce una función protectora de los seres humanos.

### **Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM-IV**

“La clasificación de los trastornos de ansiedad son: trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno por ansiedad debido

a enfermedad médica, trastorno por ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad no especificado.”<sup>3</sup>

#### **1.3.4 Diferenciación de los trastornos por ansiedad**

Los rasgos característicos de este grupo de trastornos son síntomas de ansiedad y conductas de evitación. En el trastorno por angustia y en el trastorno por ansiedad generalizada la ansiedad suele ser el síntoma predominante mientras que la conducta de evitación casi siempre se da en el trastorno por angustia con agorafobia. En los trastornos fóbicos la ansiedad aparece cuando el sujeto se enfrenta con el objeto o situación temidos. En el trastorno obsesivo-compulsivo la ansiedad se hace patente cuando el individuo intenta resistir las obsesiones o las compulsiones. “La conducta de evitación casi siempre está presente en los trastornos fóbicos y con frecuencia

“En los obsesivos-compulsivos. En el trastorno por estrés postraumático el síntoma predominante es la reexperiencia de un trauma y no la ansiedad o la conducta de evitación. Sin embargo, en este trastorno son muy frecuentes los síntomas ansiosos y la conducta de evitación. También hay siempre una elevada activación.”<sup>4</sup>

La ansiedad producida por la separación de figuras paternas es una forma de reacción fóbica, siendo clasificada como trastorno por angustia de separación.

---

<sup>3</sup> López-Ibor, Juan. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta Edición. Barcelona, España, Editorial Masson. S.A. 2005, Pág. 894

<sup>4</sup> Vélez, Hernan. Psiquiatría. Cuarta Edición. Medellín, Colombia, Fondo Editorial CIB Corporación para investigaciones biológicas, 2004, Pág. 445.

Estudios recientes indican que los trastornos por ansiedad son los que se dan con más frecuencia entre la población general. La fobia simple es probablemente el más común de los trastornos por ansiedad en este tipo de población pero, en cambio, el trastorno por angustia es el más frecuente entre la población que busca tratamiento. Los trastornos por angustia, los trastornos fóbicos y los trastornos obsesivos-compulsivos son aparentemente más frecuentes entre los parientes biológicos de primer grado de las personas afectadas que entre la población general.

### **1.3.5 El Estrés**

#### **1.3.5.1 Orígenes históricos**

En los años 30 en Viena, el estudiante de medicina llamado Hans Selye, observó que muchos enfermos sufrían de los mismos síntomas al inicio de la enfermedad (fiebre, dolor de cuerpo, dolor de cabeza) y luego evolucionaba en diferentes enfermedades. Pocos años después, con el triunfo de Alemania, Selye abandonó Europa y recibió asilo en Canadá en donde inicio los estudios respectivos sobre la pregunta que lo intrigó.

En un laboratorio experimentó con animales síntomas internos y externos en muchas enfermedades que iniciaban de la misma manera, atacando ganglios, glándulas suprarrenales e inflamando la mucosa gris. Sometió a ratones de laboratorio estímulos agresivos, encontró que los animales mostraban lesiones internas. Había entonces una respuesta orgánica independiente al factor amenazante, que hace presión sobre el organismo vivo forzándolo a defenderse.

La reacción inespecífica que inicia la defensa del organismo ante el agente era una forma de adaptarse a las nuevas circunstancias, ya que se había perdido el equilibrio por el agente agresor, le llamo síndrome general de adaptación, “conjunto general de signos y síntomas que permiten al organismo vivo adaptarse a las condiciones que impone un agente agresor”<sup>5</sup>. Seyle le llamo agente estresante. La presión genera una reacción biológica compleja a cual bautizo como “stress”.

Se han encontrado muchas enfermedades ligadas al estrés como, **hipertensión arterial, ulcera péptica, asma, acné**. Se deben de analizar los factores sociales, situación económica, dificultades para enfrentar los retos que impone la vida social y encontrar la relación psicológica con la biológica.

#### **1.3.5.2 Concepto de Estrés**

Estrés del inglés Stress, “tensión”. Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe amenazante o de demanda incrementada.

Se presenta ante un conjunto de demandas ambientales que recibe un individuo, en las cuales debe dar su mejor esfuerzo, donde se pone en marcha sus recursos de afrontamiento. Si la demanda del ambiente es mayor a los recursos de afrontamiento que posee se desarrollan reacciones adaptativas en donde se manifiesta el estrés que puede ser físico o emocional.

---

<sup>5</sup> Collado, R. Stress y Prostress. Programa de salud pública, Facultad de ciencias médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2012, Pág. 20.

“El estrés esta conceptualizado como el trajín de la vida cotidiana, el cansancio, cuando las personas se sienten agobiadas.”<sup>6</sup> En la actualidad existen diferentes programas y técnicas para el tratamiento del estrés, que está basado en la idea de mantener una buena salud física y mental para que la persona se sienta relajada.

Es una respuesta natural que se sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y se da la aparición de enfermedades que no permiten el desarrollo normal y el funcionamiento del cuerpo humano.

El estrés puede aparecer como una reacción o respuesta que el individuo tiene, puede ser con cambios fisiológicos, reacciones emocionales y cambios en la conducta. Como un estímulo externo que sea capaz de provocar al individuo una reacción de estrés.

### **1.3.5.3 Prostress**

Desde 1984 se han hecho estudios que el estrés no siempre tiene que ser negativo, también posee aspectos positivos que pueden ser de beneficio para el individuo, familia y la sociedad.

#### Esquema General

- Reacción equilibrada ante los estímulos: Eustress
- Reacción insuficiente: Distress por defecto
- Reacción excesiva: Distress por exceso

---

<sup>6</sup> Valdés, Manuel. El Estrés. Tercera Edición . Joaquín Turina, Madrid, España, Acento Editorial, 1997. Pág.89.

- Preparación para nuevas situaciones y cultivo de las reacciones positivas:  
prostres

**Eustress:** El prefijo “eu” significa equilibrio, se conceptualiza como adecuado, de esa manera el eustress es cuando el sujeto reacciona con equilibrio ante los estímulos y resuelve la situación. Permite que las personas se desenvuelvan en la vida sin analizar cada situación.

**Distress por defecto:** Es cuando la persona no se adapta con facilidad al estresor.

**Distress por exceso:** Es una respuesta exagerada al estímulo al que la persona se ve expuesta. La respuesta es hacia afuera con una descarga visible exagerada.

**Prostress:** “El estrés como sus reacciones tienen un lado positivo, es generar mecanismos de adaptación para las situaciones cotidianas y para situaciones hipotéticas, todo esto constituye el “prostress”.<sup>7</sup>

**Prostress en el trabajo:** De los trabajadores que poseen altos niveles y adaptación en prostress son el personal paramédico, bomberos, soldados y policías, ya que se mantienen alerta y conocen de las consecuencias que pueden tener los diferentes servicios que atienden.

- Trabajador: Satisfacción que el trabajador obtiene por su trabajo. Identificación con la empresa en sentido positivo. Destrezas para ejecutar el trabajo,
- Medio Físico: Se refiere al medio que rodea al trabajador, debe de incentivar al trabajador.

---

<sup>7</sup> Collado, R. OP.CIT, Pág. 18.

- Medio Social: Se divide en tres niveles, los compañeros, jefes y sub alternos. El manejo del prostress implica seleccionar los aspectos positivos de cada relación para enriquecer la otra y hacer lo mismo con los aspectos negativos para eliminarlos o neutralizarlos.

### **1.3.6 Trastorno por estrés postraumático**

#### **1.3.6.1 Concepto**

“Es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos luego de la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.”

Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del individuo o de alguien más, un grave daño físico o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal que las defensas mentales del individuo no puedan asimilarlo.

#### **1.3.6.2 Diagnóstico y evaluación del trastorno de estrés postraumático. Descripciones clínicas.**

El trastorno de estrés postraumático, afecta el funcionamiento global de persona en persona en diferentes magnitudes, así como son diferentes las características sintomáticas. A pesar de la capacidad humana de adaptarse y

sobrevivir, estos eventos traumáticos alteran aspectos vitales de los individuos. Los recuerdos repetitivos interfieren en la capacidad de concentración. A magnitud de los síntomas se mide a partir de la experiencia traumática vivida por el individuo. Los diagnósticos varían de una persona a otra, pero el evento traumático siempre afecta aspectos vitales de los individuos, perturba el desempeño y la calidad de vida. El trastorno de estrés postraumático varía entre las personas que lo sufren ya que dependerá del significado que el individuo le asigne al suceso y a sus consecuencias, el cual es tan relevante como el evento traumático en sí mismo.

Según Kolk<sup>8</sup> (1996) el procesamiento de información se da de seis formas:

1. Recuerdos relacionados al trauma que interfieren con las actividades cotidianas.
2. Situaciones recordatorias del trauma.
3. Evitar desencadenantes específicos.
4. Pérdida de la habilidad para modular respuestas psicológicas respecto a estrés.
5. La persona se distrae con facilidad.
6. Alteraciones de identidad personal y mecanismos de defensa psicológicos.

Otros síntomas del trastorno de estrés postraumático:

- a) **“Alteraciones en la vida social y/o ocupacional:** Existe una interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales. Esto se presenta por las

---

<sup>8</sup> Cia, Alfredo. Trastorno por Estrés Postraumático. Primera Edición. Buenos Aires, República de Argentina, Editorial, GIDESA, 2001, Pág. 472.

dificultades en la comunicación, determinadas por el entumecimiento afectivo, evitación de personas, sentimientos de ira y hostilidad.

- b) **Actos Autodestructivos:** Este síntoma es común en personas que han sufrido de abuso físico o sexual durante la infancia. Se ve reflejado en actos suicidas, automutilaciones, y otros.
- c) **Daños a Terceros:** Se da en personas que fueron abusados en la infancia, se juega un rol de pasar de ser víctima a victimario.
- d) **Ansiedad y Disociación:** Principales síntomas del trastorno de estrés postraumático. Cuando el cerebro percibe una amenaza, prepara una cadena de respuestas fisiológicas para enfrentar la amenaza. Genera una respuesta de alerta.
- e) **Exposición compulsiva al trauma:** Algunas personas que padecen de trastorno de estrés postraumático tienden a re-exponerse a eventos similares al evento traumático.”

### 1.3.7 Descripción y Diagnóstico

Durante la historia, el ser humano ha estado expuesto a diferentes actos terribles como guerras, desastres naturales, holocausto, y otros. Estos eventos provocan traumas, en los cuales ponen a prueba la adaptación y flexibilidad del individuo para superarlos, no todos los seres humanos poseen la capacidad de adaptación, esto dependerá de las experiencias anteriores y rasgos de personalidad. El trauma es la presencia de molestias emocionales en el sujeto, que son producto

de la exposición a eventos graves o catastróficos, que exigen un esfuerzo para afrontarlo.

### **1.3.8 Criterios diagnósticos según DSM-IV**

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

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

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

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

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

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. Irritabilidad o ataques de ira

3. Dificultades para concentrarse

4. Hipervigilancia

5. Respuestas exageradas de sobresalto

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

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

“Especificar si: **Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses, **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más. **De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.”<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> López-Ibor, Joseph. OP.CIT, Pág.434.

### **1.3.9 Criterios diagnósticos, según la CIE-10**

- Respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza amenazante o catastrófica.
- Rasgos de personalidad (compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, pueden ser factores predisponentes para la aparición del síndrome o para agravar su curso.
- Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños, sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.
- Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.
- En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad.
- Estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
- El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.
- El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses).
- El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos.

- “En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.”<sup>10</sup>

### **1.3.10 Estrés post traumático y estrés agudo**

“El DSM-IV expone tres subtipos de estrés postraumático

- Agudo: Síntomas menores de tres meses
- Crónico: Tres meses o mas
- De inicio demorado: Se manifiestan a los seis meses de ocurrido el hecho

Según el DSM-IV, el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) se refiere a personas que sufrieron un acontecimiento traumático, que se caracteriza por muerte o amenazas a la integridad física y la persona responde con temor, desesperanza y horror intenso. Las víctimas desarrollan síntomas disociativos que son “estados psicológicos anormales donde se ve afectada la percepción del sí mismo y del mundo circundante.” Se deben de presentar tres de los siguientes síntomas para poder diagnosticarlo:

- a) Anestesia Emocional: Ausencia de respuestas emocionales.
- b) Amnesia Disociativa: Inhabilidad para recordar hechos importantes del trauma.
- c) Desrealización: Sensación de estar desconectado del mundo.
- d) Despersonalización: Distorsión en la percepción del cuerpo y de la propia identidad.

---

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud, Clasificación internacional de enfermedades, Décima edición, 1992.

- e) Reducción de la atención: Pérdida o disminución de la capacidad atencional y aturdimiento.”<sup>11</sup>

### **1.3.11 Trastorno adaptativo**

Ocupa una posición intermedia entre las reacciones severas del trastorno de estrés postraumático y trastorno estrés agudo. El trastorno adaptativo se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales (ansiedad y depresión) o cambios comportamentales en respuesta a un elemento estresante identificable (pérdida de empleo, problemas familiares, enfermedades, y otros .). En general, estos síntomas aparecen dentro de los 3 meses siguientes a la aparición del factor estresante y una vez que cesa, no suelen prolongarse más de 6 meses. En general, las características de este trastorno son: Malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante. Deterioro significativo de la actividad social, familiar, laboral (o académica).

### **1.3.12 Tipos de eventos traumáticos**

“Clasificación según Meichenbaun (1994):

- A. Eventos traumáticos de Corto Plazo: Acontecimiento que demanda grandes esfuerzos para sobrellevarlo. Pueden ser desastres naturales, accidentes o desastres causados por el hombre. Causan terror, miedo intenso, amenaza de vida, y otros.

---

<sup>11</sup> Cia, Alfredo. OP.CIT, Pág. 31-38

- B. Eventos traumáticos Largo Plazo: Estos son repetidos y prolongados. Incluyen desastres naturales y tecnológicos y acontecimientos donde el hombre es el causante.
- C. Exposición Vicaria: Cuando las otras personas conviven con una persona que ha sido afectado por un evento traumatizante.

Clasificación según Terr (1991):

- Traumas de Tipo I: Eventos traumáticos e inesperados, duración limitada, eventos recordados en detalle, ideas evitativas, sobreexcitación.
- Traumas del Tipo II: Factores estresantes ininterrumpidos y repetidos, son causados por el hombre, la víctima se siente indefensa, recuerdos confusos, disociación, problemas de carácter y trastornos de identidad.

Clasificación según Tomb (1994): Las características del trauma en si mismo, las características del individuo, factores pretraumáticos y factores de recuperación postrauma.

Cinco categorías de respuesta a los sucesos traumáticos (Hiley-Young 1993):

- Emocional: sorpresa, estupor, rabia, terror, culpa, desesperanza, y otros .
- Cognitiva: Reexperimentar el evento traumático, recuerdos instructivos.
- Biológica: astenia, fatiga, somnolencia, pesadillas, y otros.
- Comportamental: retraimiento social, desvinculación del medio, abuso de sustancias, y otros.

Diferentes clases de consultantes con un posible trastorno de estrés postraumático

Meichenbaun (1994):

- Primer Grupo: La persona es entrevistada inmediatamente después del evento traumático.
- Segundo Grupo: La persona después de atravesar un evento traumático busca ayuda.
- Tercer Grupo: Persona que experimenta acontecimientos traumáticos y que evidencian síntomas crónicos.
- Cuarto Grupo: Personas con otros trastornos psiquiátricos.
- Quinto Grupo: Personas que quieren saber si han sufrido abuso infantil.
- Sexto Grupo: Síntomas de trastorno de estrés postraumático, pero ni aparece haber un trauma.
- Séptimo Grupo: Personal que brinda asistencia inmediata o trata pacientes victimizados.

Rasgos asociados al evento traumático y al trastorno de estrés postraumático (Shiraldj, 1999)

“Supuestos o creencias frustradas, alteraciones del humor, adicciones, comportamientos impulsivos, quejas somáticas, sobrecompensaciones, ansiedad de morir, compulsión a la repetición, automutilación, otras adicciones y conductas autodestructivas, alexitimia, cambios de personalidad.”<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Prewitt, Joseph. Primeros Auxilios Psicológicos. Guatemala, Cruz Roja Americana, Litografía Kelly, 2001. Pág. 53.

### 1.3.12.1 Indicación de las terapias de exposición a estímulos traumáticos

**Vínculo Terapéutico consolidado:** Si no existe este la persona puede realizar un boicot encubierto a la técnica, la sintomatología empeora y se puede romper el vínculo. Los flashbacks, recuerdos o imágenes intrusivas son fuente de angustia. Ha pasado un lapso de al menos 3 meses para pensar que no se trata de una forma de respuesta aguda ante un estímulo impactante y el síntoma consolidado. El tratamiento farmacológico no tuvo éxito.

Herramientas para el tratamiento de síntomas intrusivos:

- Estrategias de contención:

Dejar pasar: No se intentan bloquear los pensamientos intrusivos sino que se dejan pasar.

Aplazar: Se le indica al paciente que vea un "video mental" del hecho traumático durante la noche. Y cada vez que vengan las imágenes en el día las aplace para la noche.

Detener: Son menos efectivas que las anteriores, consiste en el uso de un elemento simbólico que corte la cadena de pensamiento.

- Exposición, Inundación, Inoculación, EMDR, Desensibilización del trauma
- Grabación y recuerdo: Escucha repetitiva y sistemática de la rememoración persecutoria hasta agotar la resonancia afectiva.
- Manipulación de la imagen mental persecutoria: visualización de la secuencia traumática, distanciarla hasta que se vea diminuta.

- Reconstrucción guiada/Diario del síntoma: Crear un diario que identifique los factores que disparan el flashback. Describir en la mañana las pesadillas sufridas en la noche.
- Reestructuración cognitiva: Percepción adecuada del trauma y no colocar filtros a los aspectos negativos.
- Entrenamiento de auto-instrucciones: Ayudar a que la persona identifique los pensamientos que lo angustien y cambiarlos por positivos.
- Balancear pensamientos e imágenes evocantes: Hacer una lista de las cosas positivas que le ha pasado a la persona para contrarrestar los negativos.
- Técnicas de mitigación: Son técnicas de exposición directa, no dejar tiempo libre, mantenerse ocupado, entrenar a la persona para que viva el aquí y ahora, pedir a la familia que corten cuando vean a la persona ausente y técnicas de distracción.
- Lugares transaccionales-uso de objetos contra fóbicos: A los niños se les pide que se imaginen un lugar seguro.

Herramientas para el tratamiento de síntomas de evitación:

- Exposición- desensibilización-inoculación
- Reestructuración cognitiva: Se cuestionan las afirmaciones de la persona de modo similar como se hace en las terapias de reestructuración para otros trastornos. Pensamiento del todo o nada, sobregeneralización, asumir lo que piensan los otros.

Herramientas para el tratamiento de síntomas de impulsividad y agresividad:

- Explorar atribuciones, que tiene la persona a través del análisis de unos cuantos ejemplos de situaciones de descontrol. Los aspectos más frecuentes son: falta de responsabilidad emocional por las pérdidas de control, sentimientos de no recibir lo que se merece, asumir que los demás deben de entenderlo, pensar en disculparse, manifestaciones de ira.
- Trabajar las técnicas de tiempo muerto. Detección y prevención de crisis. Aprender a detectar situaciones peligrosas a través de sensaciones corporales y pensamientos. Tomar tiempo muerto como descanso, tener alguna actividad constructiva para el tiempo muerto, buscar el momento indicado para hablar del tema.
- Analizar las causas de la ira: Usar un diario de ira e interrogar cada una de las posibles causas y discutir las posibilidades. Y identificadas las situaciones se buscan opciones alternativas, se puede realizar un role-playing individual o de grupo.

**Pautas-problemas centradas en la historia biográfica personal:** Explorar las raíces de la vulnerabilidad al trauma para entender la situación actual.

- Historia de vida
- Hacer paralelismos de sucesos del pasado y los presentes.
- Compulsión a la repetición
- Evaluar el pasado para cambiar la visión que se tiene de él.
- Opciones alternativas para situaciones futuras.

### “Guía básica de una entrevista terapéutica de apoyo en crisis:”

- “Facilitar la expresión de las emociones sin permitir el descontrol
- No tener miedo a preguntar respecto a temas embarazosos
- Saber callar
- Aclarar y ordenar
- Saber esperar
- Aceptar sin juzgar
- Animar a la persona para que haga pequeños cambios en su conducta
- No hay recetas
- Pedir a la familia y amigos respeto, compañía y que lo animen.
- Aprender de los demás sobre nosotros mismos.
- Confidencialidad.”<sup>13</sup>

### 1.3.13 Técnicas para disminuir el estrés post traumático

#### 1.3.13.1 Técnicas de conexión física

- **Testimonio como herramienta terapéutica:** Suele ser una herramienta fundamental en víctimas de catástrofes, guerras, y otros. Las indicaciones para utilizar el testimonio como herramienta son: hacer un recuento sistemático de los hechos, recuperación de confianza en sí mismo, revivir simbólicamente algunos elementos de la vivencia de horror, la idea de no ser creído, transformar el hecho doloroso en un documento que es una memoria viva evitando la angustia, la experiencia vivida se puede transformar en un

---

<sup>13</sup> Ibidem. Pág. 28.

elemento de autodestrucción o de construcción social, es catártico, protege al superviviente que se somete a procesos judiciales. Se necesita de preparación, buena alianza terapéutica, grabar el testimonio. Debe de seguir una estructura establecida, revisión y edición conjunta del testimonio, cierre simbólico, preservar la intimidad.

- **Fragmentación del ser humano:** El mejor modo de reconstruir el sentido de conexión es apoyarse en las relaciones significativas. Poder reconstruir un sistema de relaciones estable, que dé confianza y sentido de seguridad es el paso básico en el proceso de reconstrucción de un sistema de creencias donde haya espacios saludables. Las experiencias de reconstrucción tienen que tener un compromiso en acciones de reparación a nivel individual o comunitario, participación en grupos de apoyo mutuo, buscar grupos de referencia con alto sentido ético o fuerte componente de compromiso y testimonio.
- **Culpa y trauma:** Ante cada paciente el terapeuta debe explorar cual es la atribución de responsabilidad que hace el paciente sopesando cuidadosamente cuales son las consecuencias de dicha atribución. Cuando la culpa constituye un elemento preponderante y que provoca sufrimiento psicológico.

- **Elementos del crecimiento post-traumático:** Los objetivos de las terapias contemporáneas son incorporar progresivamente formas de terapia basadas en el desarrollo y la potenciación de los recursos de fortaleza y resistencia. Como primer paso se deben sentar las bases desde las primeras sesiones a esto se le denomina campo terminológico. El trabajo de crecimiento post traumático es un trabajo con personas que han sobrevivido a hechos traumáticos. “Se tienen que detectar los aspectos positivos o fortalezas que permitan en algún momento devolver a la persona su imagen positiva. Preguntar por las estrategias de afrontamiento propias de la persona y tender a potenciarlas antes de proponer otras alternativas.”<sup>14</sup>

#### **1.3.13.2 Técnicas de conexión emocional**

- Terapia por el juego- Terapia por arte: Constituyen una forma de trabajo de elección cuando hay dificultades para la expresión verbal. Permiten realizar de una manera poderosa:
- Función de espejo: el superviviente empieza a asociar su vida con el juego, narración, refleja su problema y las emociones asociadas al mismo.
- Función de modelo: Cuando los juegos, las historias o las representaciones proponen soluciones y nuevos puntos de vista para el problema.
- Función mediadora: Establecer un espacio lúdico como espacio de trabajo se disminuyen las defensas.

---

<sup>14</sup> Pérez-Sales, Pau. OP.CIT. Pág. 70.

- **Función Mnemotécnica:** Al ejemplo y las vías de resolución quedan en la memoria por el componente vivencial.
- **Función desdramatizadora:** Se permite trascender al tema cuando este tiene componentes emocionales difíciles de contener.

### 1.3.13.3 **Terapia Cognitivo-Conductual**

“Es una de las intervenciones más eficaces para lograr eliminar los recuerdos traumáticos y no sea perseguido por su pasado. Esta terapia se basa en las creencias, el pensamiento y la conducta del individuo, para lograr evitar y reducir la ansiedad.”<sup>15</sup>

En la terapia conductual el individuo se enfrenta de modo gradual al evento traumático para aprender a procesar y manejar adecuadamente las emociones que se presentan. En la terapia cognitiva se da relevancia a la evaluación de los pensamientos y creencias asociadas a los estados de ánimo, a las conductas, a las experiencias físicas y a los eventos traumáticos posibles generadores del trastorno por estrés postraumático.

- **El Miedo patológico:** Es un factor que promueve la evitación característica del trastorno de estrés postraumático. Por lo que es necesario el diseño del tratamiento estrategias que lo aborden. La teoría Bioinformacional de Lang, que comprende el miedo patológico propone que es un dispositivo mediante el cual el individuo advierte el peligro y se prepara para la huida. Lo que implica

---

<sup>15</sup> Molnar, C. Terapia cognitivo-conductual, para trastorno de estrés post traumático. Octava Edición, Philadelphia, Estados Unidos, Ediciones Raven, 1995. Pág. 222.

una especie de estructura cognitiva cuya función sería la de reconocer y escapar de la situación temida. La teoría requiere de dos condiciones para disminuir el miedo: la primera, debe activarse la estructura o red que sustenta el miedo psicológico, la segunda, proveer de nueva información con el propósito de cuestionar dicha estructura dogmática. Las técnicas de exposición permiten que las estructuras mencionadas se activen, al mismo tiempo que constituyen una oportunidad para corregir la información preexistente.

El tratamiento cognitivo-conductual debe iniciar con la evaluación del individuo y su diagnóstico, para determinar el tratamiento a seguir. El tratamiento debe considerar varios factores, como también los síntomas característicos.

#### **1.3.13.4 Técnicas de terapia conductual**

- **Exposición en Vivo:** Esta técnica implica el enfrentarse con la situación temida de manera real o imaginaria. Deber realizarse con ciertas pautas para que resulte eficaz, una de ellas es que debe ser gradual, esto quiere decir que el individuo inicie desde lo que le causa menos dificultades al de mayor problemática y evitación. Por otro lado se debe ayudar al individuo a identificar los síntomas y a definirlos otorgándoles nombre a los miedos para poder identificarlos. Esto se logra mediante un repaso clínico del trastorno como parte de un proceso psicoeducativo. Así es como se puede evaluar los recursos del individuo y su capacidad de afrontarlos.

- **Exposición imaginaria:** Es una técnica que se emplea para tratar el trastorno de estrés postraumático, de manera segura y controlada de que el individuo reviva el evento traumático, entre estos el miedo y el distrés causados por el mismo. El afrontamiento o exposición se hace gradualmente (desensibilización sistemática) que se realiza del que menos causa estrés al que cause más distrés. En ocasiones se realiza la llamada "inundación imaginaria", esto quiere decir que los pensamientos se afronten todos de una vez, aunque el uso no es recomendable. En las primeras dos sesiones se debe permitir al paciente decidir hasta qué punto del evento traumático se expondrá. En la tercera sesión se debe animar al individuo a describir detalladamente el incidente incluyendo reacciones físicas y emocionales. Es importante que el individuo esté al tanto que tiene el control del proceso de reconstruir los hechos, así como las sensaciones asociadas al mismo.
- **Manejo de la ansiedad: entrenamiento respiratorio y relajación:** El objetivo que tiene el manejo de la ansiedad es entrenar al individuo en técnicas de relajación para darle herramientas para calmar sus miedos y su ansiedad. Lo primero que se enseña al paciente es la relajación progresiva, por ser la más básica y la más profunda de las técnicas. La relajación se caracteriza por una respiración lenta y profunda, por un aumento de la digestión y una disminución de los latidos cardiacos, así como por una mayor temperatura corporal. Será más fácil de controlar la ansiedad, si empieza a practicar la técnica antes que la misma llegue a su máxima intensidad. Por esto se debe los signos y síntomas de la ansiedad. Se debe insistir al individuo la necesidad de la

práctica sistemática y continua de estos ejercicios, 2 o 3 veces al día durante las primeras semanas.

- **Técnicas de respiración:** Para la relajación es importante aprender a respirar adecuadamente, por ello es importante aprender a controlar el ritmo respiratorio. Para verificar que el individuo este respirando bien es que coloque una mano sobre el abdomen y la otra sobre el pecho y observe cuál de ellas es la que se mueve. Carlton (1995) afirma que “una persona ansiosa y temerosa moverá la mano que se encuentra sobre el pecho, porque es así justamente como respiran. Cuando una persona inspira, de forma superficial y con un ritmo rápido está hiperventilando. La hiperventilación puede provocar un ataque de pánico”.<sup>16</sup>

#### 1.3.13.5 Terapia cognitiva

- **Reestructuración cognitiva:** Esta terapia se basa en la Terapia Cognitiva de los Trastornos Emocionales desarrollada por Beck (1994) y sus colegas que se fundamenta en la siguiente hipótesis: “Las emociones son producidas por la interpretación de los eventos y no los eventos en sí mismos. Cada individuo que atraviese un mismo suceso puede evocar diversas emociones y presentar reacciones variadas. Puesto que cada una de las emociones se asocia a un pensamiento o creencia”.<sup>17</sup> Los trastornos de ansiedad se caracterizan por pensamientos que se conectan con la percepción de algún peligro o amenaza. El haber vivido un hecho traumático generalmente influye en forma

---

<sup>16</sup> Molnar, C. OP.CIT. Pág. 230.

<sup>17</sup> Pérez-Sales, Pau. OP CIT. Pag.78

significativa, sobre las creencias de un individuo o grupo de individuos con respecto de ellos mismos y del mundo que los rodea. Mediante la metodología de la reestructuración cognitiva las personas afectadas se vuelven como detectives de sus procesos mentales.

- **Autodiálogo guiado:** El objetivo de esta técnica es enseñarle al individuo a concentrarse en su diálogo interno, en lo que se está diciendo es ese momento a sí mismo. Se instruye al paciente a detectar los diálogos internos disfuncionales y negativos por otros adaptativos, racionales y positivos. Se debe preparar al paciente diciendo que no será fácil desterrar algunas afirmaciones que vivieron con ellos por muchos años.
- **Técnicas de dramatización:** Son muy valiosas las técnicas psicodramáticas al momento de expresar y elaborar situaciones traumáticas. Se escenifican situaciones en donde intervienen los protagonistas desde lo corporal, los gestos, las reacciones y las conductas, para pretender estar dentro de una situación traumática y aprender a reaccionar y conducirse ante ciertos estímulos. Las dramatizaciones pueden repetirse hasta que el paciente presenta conductas adaptativas de forma satisfactoria y creativa. Debe existir un espacio para que el paciente narre que le paso durante el ejercicio.
- **Modelado encubierto:** Esta técnica ayuda al paciente a enfrentarse con situaciones estresantes mediante el ensayo imaginario de estrategias a partir de escenas conflictivas. Enseñar la técnica es similar a enseñar la dramatización. Para iniciar se realiza un ejemplo que no se relacione al evento

traumático, para luego continuar con eventos que estén relacionados al mismo e ir avanzando gradualmente.

### **1.3.14 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

La misión del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es “Proteger a nuestra población asegurada contra la pérdida o deterioro de la salud y del sustento económico, debido a las contingencias establecidas en la ley”.<sup>18</sup>

#### **1.3.14.1 Historia**

“En Guatemala, como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaides quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico, y se eligió un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo.

El Gobierno de Guatemala de aquella época, gestionó la venida al país, de dos técnicos en materia de Seguridad Social. Ellos fueron el Lic. Oscar Barahona Streber (costarricense) y el Actuario Walter Dittel (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado "Bases de la Seguridad Social en Guatemala".

Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63, el siguiente

---

<sup>18</sup> Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Misión. [En línea]. Recuperado 26 de febrero de 2013. [http://www.IGSSgt.org/sobre\\_nosotros/sobre\\_nosotros.html](http://www.IGSSgt.org/sobre_nosotros/sobre_nosotros.html)

texto: "SE ESTABLECE EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO". La Ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor.

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "LA LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL". Se crea así "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima".

Se crea así un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio. Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de Mayo de 1985, dice en el artículo 100: "Seguridad Social. El Estado reconoce y garantiza el derecho de la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación".<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Historia. [En línea]. Recuperado 26 de febrero de 2013. [http://www.IGSSgt.org/sobre\\_nosotros/historia\\_IGSS.html](http://www.IGSSgt.org/sobre_nosotros/historia_IGSS.html)

#### **1.3.14.2 Población afiliada al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en general brinda dos tipos de prestaciones a saber: 1) Prestaciones en Servicio y 2) Prestaciones en Dinero.

Dentro de las Prestaciones en Servicio, están los servicios médicos que se brindan en los Programas de Enfermedad, Maternidad y Accidentes, programas que en conjunto son conocidos como EMA.

La asistencia médica que el Instituto otorga a sus afiliados, pensionados, jubilados del estado y beneficiarios con derecho, se define como: “el conjunto de exámenes, investigaciones, tratamientos, prescripciones intervenciones médico quirúrgicas y otras actividades que correspondan a los programas de prestaciones del Instituto, los cuales deben poner a la disposición del individuo y en consecuencia de la colectividad, los recursos de las ciencias médicas y otras ciencias afines que sean necesarios para promover, conservar, mejorar o restaurar el estado de salud, prevenir específicamente las enfermedades, mantener y restablecer la capacidad de trabajo de la población. (Art. 1 Acuerdo 466 de JD).

El régimen de Seguridad Social, dentro de sus beneficios también da protección y prestaciones en servicio o asistencia médica, a los derechohabientes que han calificado derechos por los casos de Invalidez, Vejez y Supervivencia (IVS).

Respecto al programa de Accidentes, este comprende la asistencia a sus afiliados y beneficiarios con derecho, dando atención médica por consulta externa u hospitales de la Institución. Así también, cuando se habla de la asistencia médica en

Rehabilitación, ello se entiende como el proceso que tiende a capacitar de nuevo a un trabajador, física y psíquicamente para la vida activa y por lo tanto comprende: a) la readecuación de órganos lesionados como una de las fases del tratamiento, b) sustitución o complemento de órganos mutilados por medio de aparatos protésicos y ortopédicos, siempre que sea posible y necesario (según acreditación de derechos) y c) Readaptación profesional, como el conjunto de esfuerzos tendientes a convertir de nuevo al trabajador en una persona económicamente activa y procurar conseguirle una ocupación compatible con sus aptitudes.

#### **1.3.14.3 Hospital General de Accidentes del IGSS “Ceibal”**

El Programa de Accidentes actualmente tiene cobertura en todos los Departamentos de la República de Guatemala, sin embargo algunos pacientes son trasladados al Hospital General de accidentes ubicado en la 13 avenida y Calzada San Juan zona 4 de Mixco, de la ciudad de Guatemala. Cuenta con Clínicas de Consulta Externa en Especialidades de Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, Medicina Física, Odontología. Tiene 16 salas de Operaciones, con capacidad estimada de realizar 8,000 procedimientos quirúrgicos durante el año.

Brinda servicios, como:

1. Un Programa de reemplazos articulares de cadera y rodilla.
2. Servicio de pacientes quemados.
3. Servicio de Cirugía de Mano
4. Servicio de Cirugía de Columna
5. Servicio de Maxilo Facial

6. Servicio de Intensivo
7. Servicio de Laboratorios
8. Servicio de Rayos X y Ultrasonido

## CAPÍTULO II

### 2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### 2.1.1 Técnicas

- **Técnica de muestreo:** En el muestreo aleatorio todos los elementos tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Los individuos que formaron parte de la muestra se eligieron al azar mediante números aleatorios. Existen varios métodos para obtener números aleatorios, los más frecuentes son la utilización de tablas de números aleatorios o generarlos por ordenador. El muestreo aleatorio puede realizarse de distintas maneras, las más frecuentes son el muestreo simple, el sistemático, el estratificado y el muestreo por conglomerados. En esta investigación se utilizó muestreo aleatorio sistemático, en donde se entrevistaron 50 pacientes de los cuales únicamente 20 formaron parte de la muestra, se obtuvo a partir de los resultados de la Escala de Gravedad del Síntoma del Trastorno de Estrés Posttraumático, que se aplicó de forma individual en cada cuarto de la sala de cirugía de hombres I.

**Aleatorio estratificado:** Este método se aplica para evitar que por azar algún grupo de personas este menos representado que los otros. Para ello se dividió a la población en grupos en función de un carácter determinado y después se hizo el muestreo de cada grupo aleatoriamente, donde se obtuvo la parte proporcional de la muestra.

- **Técnicas de recolección de datos:**

**Entrevista:** Es la relación directa establecida entre el investigador y su objeto de estudio. Puede ser de manera individual o colectiva. Se realizaron a personas con un alto nivel de sintomatología de estrés postraumático. Los indicadores evaluados fueron: suceso traumático, reexperimentación, evitación y aumento de la activación.

**Testimonio:** La guía del testimonio que es una narración por parte de una persona que afirma haber participado o presenciado algo. Se obtuvo información de los pacientes que pasaron por un evento traumático. Esta técnica contrastó los resultados de las escalas obteniendo confiabilidad y validez en los datos, verificando los indicadores como: síntomas, signos de estrés postraumático (ansiedad, reactividad fisiológica, regresión y reexperimentación).

- **Técnicas de análisis estadístico de los datos:** Se tabularon las respuestas obtenidas de la Escala de gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, luego se realizaron gráficas en donde se observa la incidencia del trastorno.

En base a la entrevista, el testimonio y la escala de ansiedad de Hamilton se hizo un análisis psicológico en donde se muestra cómo afecta el estrés postraumático en la vida del paciente.

## 2.1.2 Instrumentos

Entre los instrumentos que se utilizaron:

- **Escala de Ansiedad de Hamilton:** permitió valorar la severidad de los síntomas de ansiedad de una forma global. La escala consta de 14 ítems entre los cuales se incluye, puntuaciones para ansiedad psíquica y ansiedad somática. Evaluó los siguientes indicadores: estado ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones cognitivas, depresión, síntomas somáticos, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y genitourinarios. Se le proporciono a cada pregunta una puntuación que va de 0-4 se sumó y la puntuación final indico el nivel de ansiedad.
- **Escala de gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático:** Evaluó los síntomas del trastorno después de atravesar por un evento traumático. Los indicadores evaluados: acontecimiento traumático, re experimentación, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, alteraciones en la reactivación y la actividad, duración de los síntomas, como afectan los síntomas a las personas.
- **Terapia cognitivo conductual:** Se utilizó la terapia cognitivo conductual, esta terapia se enfatizó en las conductas actuales y en los pensamientos conscientes, su objetivo fue modificar la conducta y las cogniciones, más que dar al paciente la oportunidad de simplemente ventilar sus sentimientos. Está basada en el supuesto que los cambios en las conductas y cogniciones producirán cambios en los sentimientos y emociones. Esta terapia se realizó

con el objetivo de proporcionar a los pacientes las herramientas para actuar gradualmente sobre el trastorno, ayudó a reducir la ansiedad y aprendieron a afrontar situaciones estresantes. Se hizo uso de la dramatización de hechos con fines terapéuticos, la internalización de pensamientos, técnicas de relajación y autodiálogo guiado.

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **3.1.1 Características del lugar y de la población**

##### **3.1.1.1 Características del lugar**

El Hospital se encuentra ubicado en el Municipio de Mixco, está rodeado de áreas comerciales y altamente transitadas. Es de fácil acceso por medio de diferentes vías como Boulevard Naranjo, Calzada San Juan y Villa Linda, que facilita la llegada de las visitas, pacientes y ambulancias. También tiene la ventaja que hay transporte urbano y extraurbano. En sus alrededores ocurren hechos delictivos como en cualquier parte de la ciudad. El Hospital actualmente cuenta con áreas remodeladas y hace el ambiente más agradable. Se cuenta con los servicios de Laboratorio clínico, rayos X, odontología y otros, que permiten un cuidado especializado al paciente afiliado.

##### **3.1.1.2 Características de la población**

La población estudiada consistió en 50 pacientes de sexo masculino en un rango de 19- 60 años afiliados al IGSS internos en la sala de cirugía de hombres I, por accidentes de tránsito, hechos de violencia, accidentes laborales, cirugías menores. En esta área se atiende a pacientes con lesiones en miembros inferiores y superiores, en algunas ocasiones hay amputaciones. Los pacientes para moverse requieren de la ayuda de silla de ruedas,

muletas y para los pacientes que presentan lesiones en ambas piernas los movilizan en camilla. La mayoría de esta población ha sufrido accidentes en motocicleta, atropellados, heridos de arma de fuego o sufrieron accidentes laborales. Los pacientes necesitaron cirugía y algunos de ellos les colocaron fijadores, tracciones y yeso.

### 3.1.2 Análisis cuantitativo

#### 3.1.2.1 Gráficas y Tablas

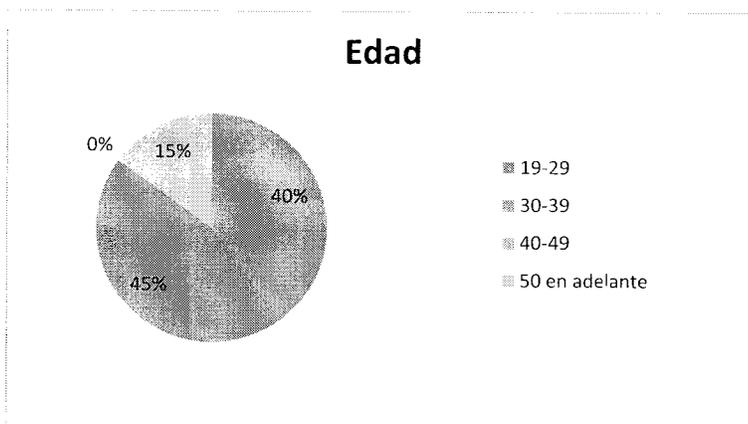
## Edad

Tabla 1

Rango	Frecuencia	Porcentajes
19-29	8	40%
30-39	9	45%
40-49	0	0%
50 en adelante	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Entrevista realizada a pacientes internos en área de cirugía de hombres I.

Gráfica 1



Fuente: Entrevista realizada a pacientes internos en área de cirugía de hombres I.

**Interpretación:** Como se observa en la gráfica un 45% de las personas están en un rango de 30-39 años, estas personas sufren más accidentes ya que se encuentran en edad altamente laboral y activa, por lo cual están más expuestos a un accidente de cualquier tipo. Así mismo, se observa que el 40% de jóvenes del rango de 19-29 años inician su edad productiva también están expuestos a sufrir algún accidente. Un 15% de personas en un rango de edad de 50 años en adelante, se encuentran internos por caídas accidentales. Por último se observa un 0% en personas de rango de edad de 40-49 años.

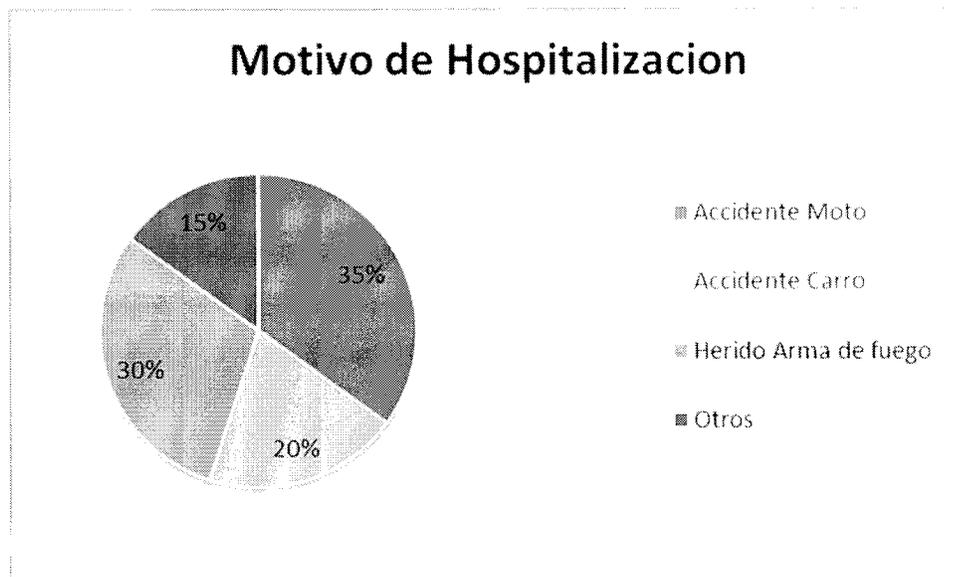
## Motivo de Hospitalización

Tabla 2

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Accidente Motocicleta	7	35%
Accidente Carro	4	20%
Herido Arma de fuego	6	30%
Otros	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Entrevista realizada a pacientes internos en área de cirugía de hombres I.

Gráfica 2



Fuente: Entrevista realizada a pacientes internos en área de cirugía de hombres I.

**Interpretación:** Esta gráfica nos muestra, que la mayoría de pacientes internos sufrieron en un 35% accidentes en motocicleta, que en algunos casos fueron accidentes provocados por otro vehículo, también por conducir en estado de ebriedad, seguido por un 30% de pacientes heridos por arma de fuego, atacados de manera ocasional y de forma directa por motivo de robos y extorciones, un 20% sufrieron de un accidente de carro ocasionados por la falta de educación vial y su minoría con 15% otro tipo de accidentes como intoxicaciones y heridas con armas punzo cortantes.

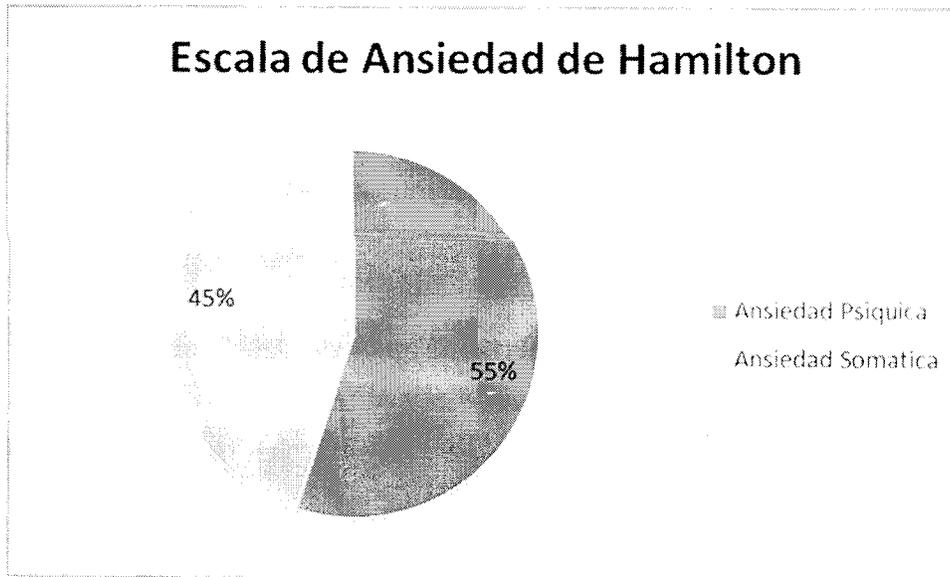
## Escala de Ansiedad de Hamilton

Tabla 3

Tipo de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Psíquica	11	55%
Ansiedad Somática	9	45%
Total	20	100%

Fuente: Escala realizada a pacientes internos la sala de cirugía I.

Gráfica 3



Fuente: Escala realizada a pacientes internos la sala de cirugía I.

**Interpretación:** Como se observa en la gráfica los pacientes en un 55% padecen más síntomas que coinciden con la ansiedad psíquica este tipo de ansiedad provoca que el paciente padezca de tensión, miedo, insomnio y no permite que se desenvuelva adecuadamente en su vida cotidiana. El otro 45% padece de ansiedad somática que son los cambios físicos (visión borrosa, pérdida de interés, depresión, rigidez muscular, sensación de debilidad, sensación de ahogo, micciones fuertes, amenorrea, voz quebrada, desmayos) que presenta una persona cuando experimenta ansiedad.

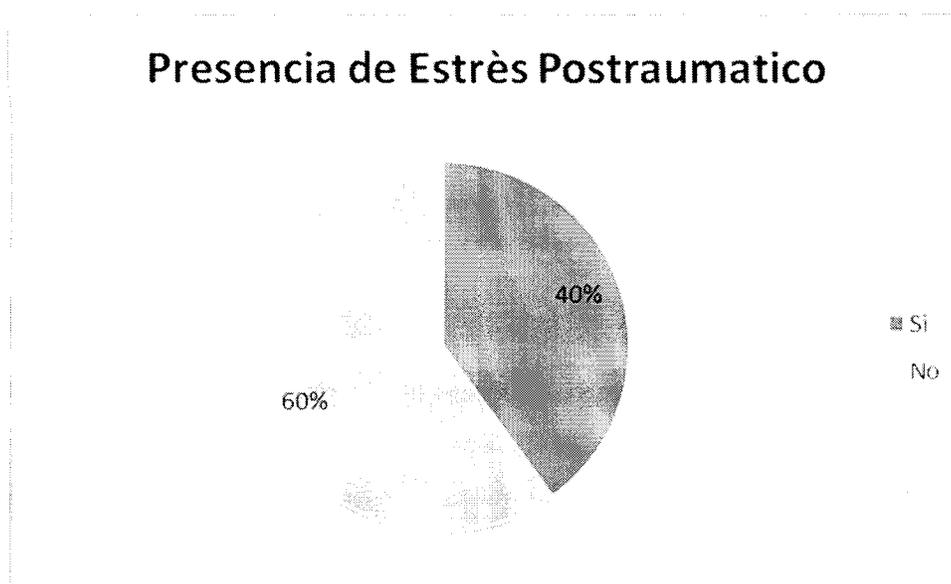
## Presencia de Estrés Postraumático

Tabla 4

	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	40%
No	12	60%
Total	20	100%

Fuente: Escala realizada a pacientes internos la sala de cirugía I.

Gráfica 4



Fuente: Escala realizada a pacientes internos la sala de cirugía I.

**Interpretación:** Esta gráfica nos indica que el 60% de pacientes internos, no padecen del trastorno de estrés postraumático, en su mayoría estos pacientes sufrieron accidentes de tránsito, poseen una alta red de apoyo en su familia y amigos que constantemente los visitan y llaman por teléfono, una de las causas que no se padezca el trastorno puede que este sea de inicio tardío (6 meses después de ocurrido el evento traumático). El otro 40% de pacientes si padecen de estrés postraumático, se observó que estos pacientes en su mayoría había sufrido de ataques con arma de fuego y padecían de reexperimentación, activación de los síntomas y evitación del evento traumático.

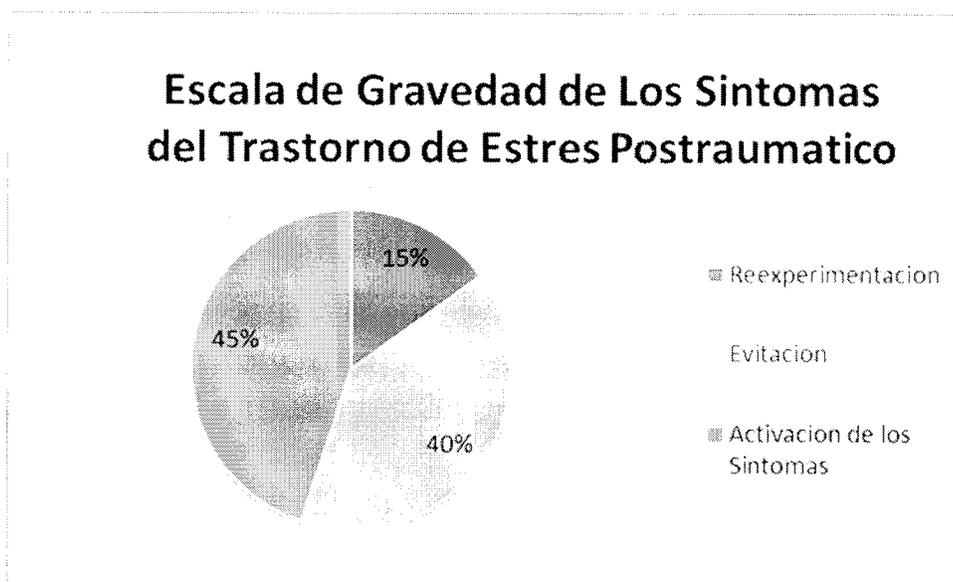
## Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático

Tabla 5

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Reexperimentación	3	15%
Evitación	8	40%
Activación de los Síntomas	9	45%
	20	100%

Fuente: Escala realizada a pacientes internos la sala de cirugía I.

Gráfica 5



Fuente: Escala realizada a pacientes internos la sala de cirugía I.

**Interpretación:** Se observa en la gráfica que un 45% de pacientes sufren del indicador de aumento de la activación que engloba dificultad de conciliar y mantener el sueño, irritabilidad, falta de concentración, estados de alerta y sobresalto. Le sigue en un 40% los síntomas de evitación que incluye evitar actividades, lugares y personas que evoquen síntomas, incapacidad de recordar, disminución del interés, embotamiento afectivo, cambio negativo en planes futuros. Y en un 15% se encuentra la re experimentación en donde el paciente tiene recuerdos y sueños desagradables y repetitivos del suceso.

### 3.2 Análisis Cualitativo

A la sala de cirugía de hombres ingresan pacientes con diferentes motivos de consulta. Para cumplir con los objetivos de esta investigación se evaluó a pacientes de sexo masculino que sufrieron de algún accidente ya sea de tránsito, en motocicleta, automóvil, atropellados, laborales y heridos por arma de fuego, observando que estas son las personas que padecen del trastorno de estrés postraumático con más frecuencia.

El estrés postraumático es un trastorno que puede desarrollarse después de un acontecimiento traumático, puede discapacitar mentalmente a las personas que lo han sufrido, entre las características que presentan los pacientes tienen pensamientos y recuerdos persistentes de miedo sobre lo que les sucedió y pueden presentarse bloqueados emocionalmente.

Para obtener información sobre la gravedad y tipo del trastorno se aplicó de forma individual la Escala de Estrés Postraumático que dio como resultado que la mayoría de pacientes sufren de estrés agudo que es el que dura menos de tres meses pues los pacientes permanecen internos por un corto periodo de tiempo. De los veinte pacientes evaluados la puntuación total demostró que ocho pacientes padecían del trastorno mientras los otros doce presentaban síntomas pero no cumplían con los criterios para su diagnóstico tal como se observa en la gráfica 4. En esta escala se evalúan tres elementos reexperimentación del suceso, evitación del evento y aumento de la activación arousal, el que se dio con más frecuencia fue el aumento de la

activación ya que los pacientes referían dificultad para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, falta de concentración y sobresaltos (grafica 5).

Para complementar el diagnóstico se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton que evalúa ansiedad psíquica y ansiedad somática, los pacientes objetos de estudio en su mayoría sufren de ansiedad psíquica, porque se encuentran inquietos, desarrollan algunos miedos como a la oscuridad, a las personas, insomnio debido a pesadillas y terrores nocturnos. Estos resultados coincidieron en ambas pruebas.

En el proceso de la investigación se evidenció que los accidentes en motocicleta son frecuentes en el país ya que la mayoría son ingresados con este motivo de consulta, La utilización de motocicletas ha ido en aumento en los últimos años debido al precio del combustible, es un medio económico, pero que por la escasa educación vial de la población en general es altamente peligroso ya que constantemente se observa el exceso de velocidad, estado de ebriedad, fallas mecánicas, causas de muchos accidentes automovilísticos.

El segundo motivo frecuente de hospitalización fue heridos de arma de fuego, por el lamentable aumento de violencia que sufre la población guatemalteca, debido a la delincuencia común, pandillas y narcotráfico. Algunas causas de este fenómeno pueden ser la falta de empleo, la facilidad de obtener un arma sin el entrenamiento y permiso legal. La pérdida de valores, desintegración familiar multicausal.

Entre otro motivo de consulta se encontró la falta de seguridad laboral ya que en algunas empresas no le prestan la debida atención a las medidas seguridad e

higiene para que los trabajadores cuenten con las herramientas y protección necesarias para realizar de forma segura su trabajo.

Un accidente puede provocar en las personas un cambio en sus actividades cotidianas, como dejar de laborar pues se sienten incapaces de ser productivos en el apoyo económico de sus familias, ya que se encuentran hospitalizados y suspendidos. También presentan miedo y ansiedad al momento de involucrarse en situaciones similares al evento traumático, esto les impide desenvolverse como lo hacían antes del accidente, lo cual los puede llevar a la frustración. Algunos pacientes utilizan la estadía en el hospital para reflexionar sobre sus metas a futuro.

A los pacientes que presentaron el trastorno de estrés postraumático, se les brindó la terapia psicológica que fue orientada a la terapia cognitivo-conductual, que ayuda a las personas a entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La terapia le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa y cómo actúa y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. Se ha demostrado que es útil tratando, ansiedad, depresión, pánico, agorafobia y otras fobias, bulimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia.

Se observó que después de las sesiones de terapia, los pacientes demostraron una mejoría en los síntomas y signos que les causaban molestia cuando tenían episodios sobre el evento traumático, reduciendo así su ansiedad tanto psíquica como somática y van desapareciendo los síntomas de reexperimentación, evitación y el aumento de la activación.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1.1 Conclusiones

- Se observó que los pacientes internos en la sala de cirugía de hombres I, en un 40% padecen de Estrés Postraumático y un 60% no lo padecen esto se debe a la falta de exteriorización de sentimientos debido a los patrones de crianza de cada individuo.
- El 55% de los pacientes padecen mas síntomas que coinciden con la ansiedad psíquica, este tipo de ansiedad provoca que el paciente sufra de tensión, miedo, insomnio y no permite que se desenvuelva en su vida cotidiana.
- Las personas que sufrieron accidente en motocicleta tienden a bloquear el suceso traumático, sucede lo contrario con los heridos de arma de fuego que reexperimentan el suceso. Esto hace que sea difícil reincorporarse en sus actividades cotidianas adecuadamente.
- El motivo de hospitalización más frecuente fue accidente en motocicleta debido a la falta de educación vial por parte de la población y falta de interés de las personas que la utilizan este medio de transporte.
- Debido a que la población atendida permanece interna por poco periodo de tiempo se diagnosticaron con Estrés Agudo se desconoce si pasaran a la fase crónica o tendrán un inicio tardío de los síntomas.
- El IGSS “Ceibal” cuenta con un psiquiatra por las tardes y no existe un departamento de psicología que atienda a pacientes durante el día. Las personas que egresan del hospital con cita al psiquiatra no acuden a ellas por falta de interés.

#### 4.1.2 Recomendaciones

- Implementar como servicio de importancia el departamento psicológico para los pacientes internos y externos que se ven afectados por eventos traumáticos y para todos aquellos que necesiten ayuda profesional para mantener una buena salud mental.
- Los pacientes deben de realizar actividades que ayuden a que su mente se relaje y así superar los síntomas de ansiedad psíquica generados por el evento traumático.
- Es necesario que se brinde atención a pacientes que ingresan a la emergencia para una atención temprana, y en el área de encamamiento para evitar ansiedad y depresión en los pacientes.
- Es de suma importancia brindar apoyo profesional psicológico a los pacientes para que puedan exteriorizar sus sentimientos sobre el suceso y así evitar la ansiedad que genera el trastorno.
- El seguimiento de los casos de pacientes que han sido egresados es importante para que se integre a la sociedad adecuadamente.
- Es importante concientizar a la población sobre la educación vial ya que la mayoría de personas son irresponsables en la conducción de sus vehículos generando algún tipo de accidente.

## Bibliografía

### Obras Mayores:

Barlow, David, Ansiedad y sus desordenes: La naturaleza y tratamiento de ansiedad y pánico, Nueva York: Editorial Guilford. 1988, pp. 192

Bernal, Cesar, Metodología de la Investigación. Segunda Edición, México: Editorial Pearson. 2006, pp. 304

Cia, Alfredo, Trastorno por Estrés Postraumático, Primera Edición, Buenos Aires, República de Argentina: Editorial GIDESA, 2001, pp.472.

Collado, R, Stress y Prostress, Programa de salud pública, Facultad de ciencias medicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2012, pp. 20

Echeburúa, Enrique, Escala de la gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Análisis y Modificación de conducta, Volumen No. 23, 1997, pp 90.

López-Ibor, Juan, Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales Cuarta Edición, Barcelona, España. Editorial Masson. S.A. 2005, pp.894

Molnar, C. Terapia cognitivo-conductual, para trastorno de estrés post traumático, Octava Edición, Philadelphia, Estados Unidos: Ediciones Raven, 1995, pp 240.

Organización Mundial de la Salud Clasificación internacional de enfermedades, décima edición, 1992.

Pérez-Sales, Pau. Trauma y Resistencia, Primera Edición, Madrid, España: Editorial: You & Us, S.A. 2003 pp. 98

Prewitt, Joseph. Primeros Auxilios Psicológicos, Guatemala: Cruz Roja Americana, Litografía Kelly. 2001, pp. 90.

Valdés, Manuel. El Estrés Tercera Edición Joaquín Turina, Madrid: Acento Editorial, 1997, pp.89

Vélez, Hernan. Psiquiatría, Cuarta Edición, Medellín Colombia: Fondo Editorial CIB Corporación para investigaciones biológicas, 2004, pp.445.

**Páginas Web:**

Hospital Universitario Virgen de las Nieves (2007) *Escala de Ansiedad de Hamilton*.

Recuperado el día 29 de Septiembre de 2012 de:

[http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala\\_de\\_ansiedad\\_de\\_hamilton.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf)

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Historia. [En línea]. Recuperado 26 de febrero de 2013. [www.IGSSgt.org/sobre\\_nosotros/historia\\_IGSS.html](http://www.IGSSgt.org/sobre_nosotros/historia_IGSS.html)

# **Anexos**

## 6.1 Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ No. Cama: \_\_\_\_\_

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	<b>Estado ansioso:</b> Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.					
2	<b>Tensión:</b> Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3	<b>Miedos:</b> A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4	<b>Insomnio:</b> Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5	<b>Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración. Falta de memoria.					
6	<b>Estado de ánimo depresivo:</b> Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	<b>Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8	<b>Síntomas somáticos generales:</b> Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas ( pinchazos u hormigueos ).					
9	<b>Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	<b>Síntomas respiratorios:</b> Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11	<b>Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12	<b>Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del periodo menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13	<b>Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14	<b>Conducta en el transcurso del test:</b> Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					

## 6.2 Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés post traumático

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ No. Cama: \_\_\_\_\_

Coloque en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0. Nada
1. Una vez por semana (menos/poco)
2. Dos a cuatro veces por semana (Bastante)
3. Cinco o más veces por semana (Mucho)

SUCESO TRAUMATICO: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?: \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: \_\_\_\_\_

### REEXPERIMENTACION

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?	
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?	
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica a exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	

PUNTUACION DE SINTOMAS DE REEXPERIMENTACION (RANGO 0-15) \_\_\_\_\_

### EVITACION

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionadas con el suceso?	
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	

4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?	
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?	
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (ejemplo, incapaz de enamorarse)?	
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc)?	

PUNTUACION DE SINTOMAS DE EVITACION (RANGO 0-21) \_\_\_\_\_

#### **AUMENTO DE LA ACTIVACION**

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?	
2. ¿Esta irritable o tiene explosiones de ira?	
3. ¿Tiene dificultades de concentración?	
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, y otros.) desde el suceso	
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	

PUNTUACION DE SINTOMAS DE AUMENTO DE LA ACTIVACION (RANGO 0-15) \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:

(RANGO DE 0-51): \_\_\_\_\_

#### **Trastorno de estrés postraumático**

Se requiere la presencia de: 1 síntoma de reexperimentación, 3 síntomas en el de evitación y 2 síntomas en el aumento de la activación

SI

NO

Agudo (1-3 meses)

Crónico (> de 3 meses)

Con inicio demorado

### Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACION OBTENIDA
<b>Escala Global</b> (Rango 0-51)	15	

Escalas Específicas

<b>Reexperimentación</b> Rango (0-15)	5	
<b>Evitación</b> Rango (0-21)	6	
<b>Aumento de la activación</b> Rango (0-15)	4	