

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Informe del Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE TITULACIÓN

**“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN LAS PERSONAS MOVILIZADAS
POR LA ACTIVACIÓN DEL VOLCÁN TUNGURAHUA EN
EL CANTÓN PENIPE, PERIODO MAYO – OCTUBRE 2016”**

AUTORES:

DIANA CAROLINA QUIROZ PINO

DANIEL ALEJANDRO SUÁREZ MIÑACA

TUTOR: PS.CL JUAN PABLO MAZÓN NARANJO. MGS.

RIOBAMBA - ECUADOR

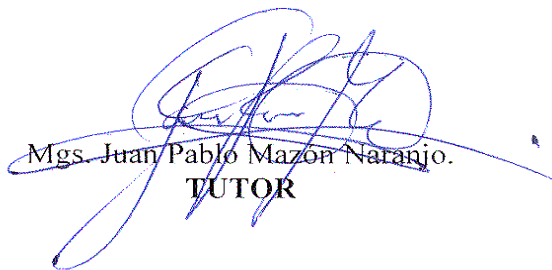
2017

APROBACIÓN POR PARTE DEL TUTOR

Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo, Catedrático de la Carrera de Psicología Clínica, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO:

Haber asesorado y revisado detenida y minuciosamente el informe final de la Tesis titulada **“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LAS PERSONAS MOVILIZADAS POR LA ACTIVACIÓN DEL VOLCÁN TUNGURAHUA EN EL CANTÓN PENIPE, PERIODO MAYO – OCTUBRE 2016”** realizada por los señores Diana Carolina Quiroz Pino y Daniel Alejandro Suárez Miñaca, razón por la cual autorizo para que sea presentada ante el Tribunal correspondiente para su defensa.



Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo.
TUTOR

**AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

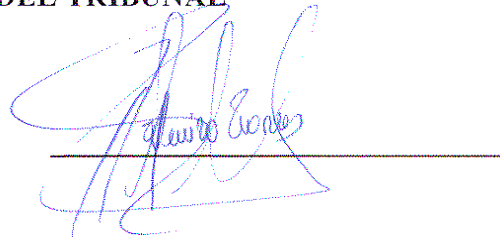
TEMA:

**“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LAS
PERSONAS MOVILIZADAS POR LA ACTIVACIÓN DEL VOLCÁN
TUNGURAHUA EN EL CANTON PENIPE, PERIODO MAYO – OCTUBRE 2016”**

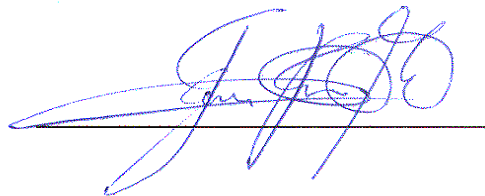
Proyecto de Tesis previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico de La República del Ecuador, aprobado por el tribunal en nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo, y ratificado con sus firmas.

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Mgs. Ramiro Torres
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo
TUTOR DE TESIS



Dra. Isabel Cando
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



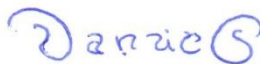
DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **DIANA CAROLINA QUIROZ PINO**, declaro ser responsable de las ideas, doctrinas, resultados y propuesta expuesta en el presente trabajo de investigación y los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



DIANA CAROLINA QUIROZ PINO
C.I: 0603423534

Yo, **DANIEL ALEJANDRO SUÁREZ MIÑACA**, declaro ser responsable de las ideas, doctrinas, resultados y propuesta expuesta en el presente trabajo de investigación y los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



DANIEL ALEJANDRO SUÁREZ MIÑACA
C.I: 060423779-2

AGRADECIMIENTO

A un poder superior que me permitió regresar a mi vida universitaria, al grupo 24 horas Chimborazo en el cual yo volví a renacer a mi Pdno. Guillermo P. por enseñarme de la mejor manera a cómo vivir, a mis padres por ser quienes siempre me han impulsado a ser alguien y por su apoyo incondicional. A mi hija y a su madre compañera mía de la vida que han sido ese estímulo para superarme y alcanzar mis metas.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO, por permitirme la oportunidad de realizarme como profesional y enseñarme valores y ética profesional. A mi tutor de tesis, Mgs. Juan Pablo Mazón por sus sabios conocimientos, y a la Dra. Isabel Cando por ser desde mi primer semestre hasta el último quien me ha exigido por ser mejor.

DANIEL ALEJANDRO SUÁREZ MIÑACA

Dios por bendecirme cada paso que me permitió dar durante mi vida universitaria, a mis padres por el apoyo incondicional y cariño me han enseñado valores lo cual me han ayudado para que yo cada día crezca como persona de bien para salir adelante gracias a su amor y dedicación. A mi hija por haberme dado ese impulso para seguir luchando y alcanzar mis metas. A mis hermanos por su apoyo incondicional que día a día me han dado.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO, por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional. A mi tutor de tesis, Mgs. Juan Pablo Mazón por la paciencia y dedicación, impartiendo sus conocimientos, su experiencia, dándome una motivación que ha logrado en mí para que pueda terminar mi tesis con éxito.

DIANA CAROLINA QUIROZ PINO

DEDICATORIA

Se lo dedico a mi poder superior que es el único que se merece el crédito por haber realizado tal mérito y haberme permitido vivir un día más para concluir esta meta.

DANIEL ALEJANDRO SUAREZ MIÑACA

A mi hija Alejandra quien es el motor fundamental para seguir superándome, a mis padres Fabiola y Antonio que día a día estuvieron apoyándome en las buenas y en las malas, y son un gran ejemplo en mi vida, a mis hermanos Fabiola y Antonio quienes estuvieron en cada momento aconsejándome, y a Dios por guiar mis pasos para poder alcanzar mis sueños.

DIANA CAROLINA QUIROZ PINO

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN POR PARTE DEL TUTOR	ii
AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL	iii
DERECHOS DE AUTORÍA	v
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMA.....	2
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
MARCO TEÓRICO	4
ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES REALIZADAS	4
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	5
ESTRÉS	5
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	7
PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	9
TIPOS DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	9
INTRODUCCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	10
DEFINICIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	12
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	14
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	17
METODOLOGÍA	18
TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	18

MÉTODO CLÍNICO.....	18
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
NO EXPERIMENTAL.....	19
TRANSVERSAL:.....	19
NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	19
POBLACIÓN.....	19
MUESTRA.....	19
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	20
TÉCNICAS.....	20
REACTIVO PSICOLÓGICO.....	20
INSTRUMENTOS.....	20
INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	21
TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	22
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	22
RESULTADOS.....	22
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN SUS NIVELES.....	22
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LAS PERSONAS MOVILIZADAS POR EL VOLCÁN TUNGURAHUA.....	23
RELACIÓN ENTRE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	26
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	28
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	33

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 NIVELES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	22
TABLA 2 TIPOS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	24
TABLA 3 RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS POSTRAUMÁTUCO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	26

RESUMEN

Se trabajó con una muestra de 63 personas con Trastorno de Estrés Postraumático a quienes se le aplicó los siguientes Instrumentos de evaluación psicológica, la Escala de Gravedad de síntomas de Estrés Postraumático y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento. El estudio se realizó a través del Método Científico, clínico y psicométrico, El análisis de los resultados se evidencio: que el 50 % de la muestra presento el pensamiento desiderativo como estrategia de afrontamiento ante la problemática y 8 % de la personas utilizan la evitación como estrategia de afrontamiento para dar solución a los problemas asociadas por la activación del volcán Tungurahua.

Abstract

It was worked with a sample of 63 people with disorder of posttraumatic stress whom were given the follow psychological evaluation instruments, the symptoms severity scale of posttraumatic stress and the strategies register of coping. The study was done through the scientific method, clinical and psychometric. The analysis of results was made evident: 50% of the sample showed the desiderative thinking as coping strategy before the problem, and 8% of people use the prevention as strategy of coping to find solution to the problems associated with the activation of Tungurahua volcano. Based on the obtained results, it was modelled strategies of Psychotherapeutic intervention to provide to the staff of mental health that cares for affected population.

Reviewed by



Suarez, Marcela



LANGUAGE CENTER TEACHER

1. INTRODUCCIÓN

En la historia del ser humano conocemos sobre la diversidad de sucesos traumáticos, a pesar de la evolución en distintos aspectos de la humanidad, los hechos traumáticos en la vida de un ser humano son cada vez más frecuentes, pues problemas habituales en la sociedad en desarrollo, como los bajos ingresos condicionan conductas como robo con arma de fuego, secuestros u homicidios, desintegración familiar, consumo de sustancias ilícitas, o bien fenómenos climáticos como la erupción del volcán Tungurahua por ejemplo pueden dar origen a una mayor frecuencia de catástrofes naturales, como inundaciones por huracanes o tornados. A todas las reacciones emocionales que presenta la persona desde un evento de los mencionados, se lo llama Trastorno de Estrés Postraumático.

Dieker en 2008 realizó un estudio conducido en 13 países, el cual presento cifras sobre la prevalencia del estrés postraumático a nivel mundial; mencionan que el 60% de las personas ha experimentado uno o más acontecimientos traumáticos (Kessler, Warner, & Ivany, 2014). En otro estudio realizado por el National Comorbidity Survey Replication, los hombres tienen una probabilidad mayor de experimentar sucesos traumáticos que las mujeres, aunque los datos son inconsistentes. En cambio, la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es más frecuente en las mujeres, lo cual se ha dicho que es debido, en parte, a que las mujeres tienen un mayor riesgo de exposición a aquellos traumas que están asociados a una mayor probabilidad de TEPT. (Dierker, Sledjeski, & Speisman, 2008)

Frente a estos eventos el ser humano desarrolla estrategias de afrontamiento las cuales permiten manejar demandas específicas ante eventos por los que cursa día a día la persona. Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las instancias específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

1.1 Problema

Ecuador ha cursado distintos tipos de desastres naturales que por sus consecuencias han generado desequilibrio psicológico en la población afectada, entre ellos tenemos la activación del volcán Tungurahua el cual constantemente expulsa gases, ceniza y material incandescente, que además de provocar daños en sembríos, plantaciones, dificultad para alimentar a los vacunos, también ha provocado daños físicos y desequilibrios psicológicos en los habitantes del cantón. (Abascal & Fernandez, 1997). Entre los cantones más afectados esta Penipe expuesto a los efectos adversos en todo ámbito; aproximadamente 3.000 personas de los cantones Guano y Penipe fueron obligados a desplazarse de sus hogares, para ser acogidos en los albergues provisionales del Estado, algunos desplazados se alojaron en casas de familiares, amigos y arrendando. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2007).

La OMS amplía ahora sus objetivos incluyendo la atención para el trastorno de estrés postraumático, el estrés agudo y el duelo como parte del programa mundial. Los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida. En un estudio de la OMS llevado a cabo en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de accidentes (17,7%), eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año. Motivo por el cual han planteado tratamientos que pueden presentar diferencias ostensibles de un caso a otro, no sólo, como es natural, en función de las características de las personas, sino también en función de los hechos traumáticos desencadenantes: Disposición de recursos de contención, EMDR: Desensibilización y Reproceso por el Movimiento de los Ojos, Psi coeducación, Entrenamiento en relajación, entre otros.

Gran parte de la población de Penipe presenta Estrés post- traumáticos y desconoce sobre estrategias conductuales y cognitivas que permiten una adaptación efectiva, a las cuales se denomina estrategias de afrontamiento, estas permiten que el individuo resuelva de manera eficiente los desafíos que se vayan presentando en la vida cotidiana generando reacciones ante situaciones estresantes, lo que se busca es precisamente analizar cómo se

enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados (Stanton & Dunkel, 1991), esta se refiere a aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo». (Lazarus & Folkman, 1986)

1.2 Justificación

El proceso eruptivo del volcán Tungurahua que viene desde hace siete años ha permitido al Ministerio de Salud de Penipe, ha realizado un plan de Contingencia por el volcán Tungurahua, donde señala que los posibles riesgos patológicos causados por la probable erupción del volcán señala al Estrés Postraumático, ansiedad, depresión y miedo, se han incrementado en altísimo porcentaje en cada una de las unidades de esta área. (García, 2009).

La razón de la investigación, se basa en lo evidenciado a lo largo de las practicas pre profesionales, en donde mediante el contacto directo con las personas movilizadas por la activación del volcán Tungurahua, se ha podido notar la presencia de estrés postraumático, a pesar que el proceso eruptivo ha iniciado hace varios años atrás no se evidencia investigaciones acerca de estrés postraumático y las estrategias de afrontamiento que posee esta población, y además de sus fortalezas.

El presente estudio es de gran aporte al grupo de las personas movilizadas por la activación del volcán Tungurahua, ya que mediante los resultados de la investigación se reforzará las Estrategias de Afrontamiento para disminuir el Estrés Postraumático, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la funcionabilidad social de la población a tratar, creando así las oportunidades de afrontar distintas problemáticas con un equilibrado proceso mental.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de Estrés Postraumático con las Estrategias de Afrontamiento en las personas movilizadas por la activación del volcán Tungurahua en el cantón Penipe, en el periodo Mayo - Octubre 2016.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar los niveles del Estrés Postraumático en las personas movilizadas por la activación del Volcán Tungurahua.
- Reconocer las Estrategias de Afrontamiento en las personas movilizadas por la activación del Volcán Tungurahua.
- Asociar el nivel de Estrés Postraumático con las Estrategias de Afrontamiento en las personas movilizadas por la activación del Volcán Tungurahua.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de investigaciones realizadas

En Chile la Universidad de Talca realizó una investigación sobre la Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución. Según investigaciones previas, después del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010, se espera un aumento de la prevalencia del estrés post- traumático (TEPT).

Esta investigación pretende mostrar la importancia de este problema, identificando la prevalencia del TEPT en la ciudad de Constitución; investigación en la cual obtuvo como resultado la prevalencia del TEPT en ambos grupos es mayor a lo esperado: 36 % en el grupo de apoderados (en el cual se esperaba un 23 %) y 20 % en el de funcionarios (en el cual se esperaba un 15 %). Realizan una reflexión respecto del grave problema de salud mental pública presente en esta ciudad en particular y en todas las zonas afectadas en general. (Leiva, 2011).

En Ecuador se realizó un estudio sobre las Percepciones de Riesgo y condiciones de

Salud del volcán Tungurahua, realizado por “Center for Disaster Management and Humanitarian Assistance University of South Florida”; en el cual evidenciaron que las percepciones de riesgo varían, los más altos niveles de temor al volcán se evidenciaron en los albergues, con más del 60% de las respuestas indicando “alta” o “muy alta” la preocupación hacia el volcán y sus riesgos. (Tobin & Whiteford, 2001)

La Universidad Central del Ecuador por medio de la Facultad de Ciencias Psicológicas realizó una investigación donde se analizó las estrategias de afrontamiento frente a un evento estresante, esta se tituló “Respuestas de estrés y estrategias de afrontamiento frente al proceso de ejecución de tesis en alumnos de quinto año”.

Investigación en la cual se obtuvo como resultado que la estrategia de afrontamiento mayormente usada fue Focalizado en la Solución del Problema con el (56%) comprobándose así parte de la hipótesis en donde se determina que los alumnos que la usan se encuentra dentro de las estrategias de resolución de problemas. Siendo de menor las estrategias basadas en la emoción: reevaluación positiva (15%), búsqueda de apoyo social (11%), expresión emocional abierta (3%), religión (5%). (Coba & Vásquez, 2011).

3.2 Trastorno de estrés postraumático

3.2.1 Estrés

La conducta humana ha sido tema de interés para varios científicos, los cuales han enfatizado al estrés ya que sus efectos inciden tanto en la salud física y mental, como en el rendimiento laboral y académico de la persona; provoca preocupación y angustia, puede conducir a trastornos personales, desórdenes familiares e incluso sociales. (Consuegra, 2010).

Existen diversos eventos en la cotidianidad que tienen la propiedad de ser factores causantes de estrés, los cuales provocan un desequilibrio emocional, este se presenta cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su

bienestar. Se presentan de esta manera dos procesos: una valoración cognitiva del acontecimiento y un proceso de afrontamiento. En el primero, la persona valora si la situación puede dañarla o beneficiarla, es decir, cuánto y cómo repercute en su autoestima. En el segundo, estima lo que puede hacer o no para enfrentar la situación, para prevenir un daño o mejorar sus perspectivas. (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986)

Chrousos y Gold en 1992 define al estrés como un estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis. La respuesta adaptativa puede ser específica, o generalizada y no específica. Así, una perturbación en la homeostasis resulta en una cascada de respuestas fisiológicas y comportamentales a fin de restaurar el balance homeostático ideal. Por otra parte, se lo define como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. (McEwen, 2000). A su vez se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo, en este sentido que es el estado mental interno de tensión o excitación. (Arellano, 2002)

Lazarus y Folkman en 1984, proponen que el estrés se relaciona entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas. (Sierra, Ortega, Zubeidat) Para Richard Lazarus el punto central está en los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante la experiencia estresante resulta de las transacciones entre la persona y el entorno, estas transacciones dependen del impacto del estresor ambiental, impacto mediatizado en primer lugar por las evaluaciones que hace la persona del estresor y, en segundo lugar, por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a la situación de estrés. (Valera, Pol, & Vidal, 2008)

Hans Selye (1926), empezó a desarrollar su famosa teoría acerca de la influencia del estrés en la capacidad de las personas para enfrentarse o adaptarse a las consecuencias de lesiones o enfermedades. Descubrió que pacientes con variedad de dolencias manifestaban muchos síntomas similares, los cuales podían ser atribuidos a los esfuerzos del organismo

para responder al estrés de estar enfermo. Él llamó a esta colección de síntomas Síndrome del estrés, o Síndrome de Adaptación General, en si su modelo se centra básicamente en los correlatos biológicos, fisiológicos y psicosomáticos de la respuesta ante el estrés. (Valera, Pol, & Vidal, 2008)

3.2.2 Trastorno de estrés postraumático

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) es un cuadro clínico donde coexisten tres síntomas; la re-experiencia y evitación de la situación traumática y un aumento en la activación y respuesta ante los estímulos ambientales, síntomas que han durado por los menos un mes, después de un evento traumático, que represento para el individuo un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física. El paciente refiere un acontecimiento en el cual presencié muertes inesperadas o violentas, sufrió daño serio, estuvo en peligro de muerte sufrió heridas graves, evento que vivió con miedo, temor, impotencia, desesperanza y horror. Además, recuerda y re-experimenta persistentemente acontecimientos del evento traumático a través de pensamientos mientras está despierto o tiene sueños angustiosos sobre el tema y evita en forma permanente, los estímulos asociados con el evento o que puedan recordarle la situación traumática. (Toro & Yepes, 2004).

Cuando se examina cómo el TEPT es generalizado en la población adulta, los estudios encuentran una incidencia de por vida de TEPT que van del 3 al 14 %. Esta incidencia es una estimación de la población total. Estudios similares en los adolescentes encuentran las cifras de incidencia entre el 2 y 5%. Estas cifras se refieren a las estimaciones de la población total. Cuando se examina una muestra de los niños expuestos al trauma, sin embargo, estas cifras se disparan. Estudios controlados documentan que entre el 15 y el 90% de los niños expuestos a eventos traumáticos desarrollan el TEPT. El porcentaje varía dependiendo de la naturaleza del evento.

Una breve muestra de los estudios recientes da una idea de la incidencia del trastorno de estrés postraumático después de un evento traumático. El quince por ciento de los niños que sobreviven el cáncer tenía moderado a severo TEPT. Noventa y tres por

ciento de una muestra de niños que presencian violencia doméstica tenía TEPT; más del 80% de los niños kuwaitíes expuestos a la violencia de la crisis del Golfo tuvo TEPT. Setenta y tres por ciento de los hombres adolescentes víctimas de violación desarrollaron trastorno de estrés postraumático; 34% de una muestra de niños que sufrieron abuso sexual o físico y el 58% de los niños que experimentan abuso físico y sexual cumplieron con los criterios para el TEPT. (Perry, 2014).

Por otra parte, el TEPT aumenta también el riesgo de abuso y dependencia de diferentes drogas (Breslau, y otros, 1998). En este contexto, la hipótesis de la “automedicación”, sugiere que el uso de sustancias psicoactivas en sujetos traumatizados se relacionaría con el alivio de las memorias traumáticas y otros síntomas psicológicamente dolorosos del Trastorno de Estrés Postraumático según Khantzian, (1985) citado por (Graña & Navarro, 2000).

En muchos de los casos no remite de una forma espontánea, sino lo hace con el transcurso del tiempo, e incluso la mayoría de personas que enfrentan lo mismo se encuentran desenvolviéndose de forma natural en sus actividades de la vida diaria.

Los recuerdos traumáticos permanecen almacenados durante años en los cerebros de personas que vivieron situaciones dramáticas y la presentación de estímulos sensoriales simples como olores, sonidos o imágenes relacionadas con el evento traumático puede provocar una fuerte activación del recuerdo traumático y flashbacks intensos (Charney et al., 1993) citado por (Graña & Navarro, 2000).

No solo las personas que son protagonistas de este evento traumático pueden desencadenar este trastorno, además también las personas que pudieron presenciar el evento, en el caso de los miembros de cuerpo de bomberos tenemos al personal que trabaja y que cumple su rol de forma diferente en el momento de ejecutar la emergencias, caso es el que cumple el rol de operador, de rescatista, y el líder que maneja a su grupo, designando la tarea de forma individual e inmediata para que la emergencia se ejecute, es así como siendo o no participe directo o indirecto los bomberos han sido afectados en su integridad

psicológica. (Puigcerver, 2001).

3.2.3 Pautas para el diagnóstico trastorno de estrés postraumático

Las pautas para el diagnóstico del TEPT, deben haber aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo. (OMS, 1992)

Según las guías de manejo en psiquiatría para este trastorno, describen los síntomas expuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR), por cuanto están mejor descritos que la Clasificación Internacional de Enfermedades donde el individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático. (Gomez, Gutierrez, & Perdomo, 2012)

3.2.4 Tipos de gravedad del trastorno de estrés postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático, desde la psicopatología se presenta de una forma aguda, cuando la antigüedad de los síntomas es inferior a tres meses, o de una forma crónica, cuando la duración de los mismos es superior a este período temporal. (Bruce, 2014)

Para el DSM- IV (APA 1994), un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático requiere la presencia de los síntomas durante un periodo superior a un mes. En caso contrario, se considera como un Trastorno de Estrés Agudo que, dentro de ciertos límites temporales, puede tratarse incluso de una reacción adaptativa ante el suceso experimentado. (Belloch, Sandin, & Ramos, 1998).

Una variante adicional es la presentación de este trastorno con un comienzo diferido, que se caracteriza por el inicio de los síntomas mucho tiempo después, al menos seis meses de haber sufrido el trauma. Las variables de las que depende el comienzo diferido del Trastorno de Estrés Postraumático, incluso diez o quince años después de ocurrido el suceso aversivo, que puede darse en un 30-50 por 100 de todos los pacientes. (Cuauhtémoc & Verdusco, 2006).

Si bien los síntomas de este cuadro clínico, especialmente la evitación, parecen estar presentes desde el principio, aunque de una forma atenuada, algunas situaciones nuevas, como el establecimiento por vez primera de una relación de pareja en las víctimas de abuso sexual en la infancia, algunos estresores de la vida adulta, el divorcio, la pérdida del empleo, o las vicisitudes del envejecimiento, la pérdida de los padres, el abandono del hogar por parte de los hijos, la jubilación anticipada, el aumento de la incapacidad y las enfermedades crónicas, etc., pueden actuar como sucesos desencadenantes que reactivan el Trastorno de Estrés Postraumático latente. (Corral, Echebúrua, Sarasua, & Zubizarreta., 1992)

3.3 Introducción de las estrategias de afrontamiento

Lazarus (1966) “formuló su teoría procesual sobre el afrontamiento iniciando un fructífero campo de investigación que en la actualidad contempla varias áreas de interés entre las que destacan las estrategias de afrontamiento que utilizan diferentes grupos de población, así como su utilidad y eficacia para adaptarse a situaciones de estrés”.

Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Más tarde, este planteamiento teórico evolucionó hacia una teoría de las emociones y se ha orientado hacia posiciones constructivistas y cualitativas.

(Vazquez, Valverde; Crespo, Lopez; Ring J.M. , 1998), ante un mismo suceso potencialmente estresante la gente presenta reacciones muy diversas. La muerte de un esposo suele suponer un profundo golpe emocional, pero para algunos poco resulta una bendición. Las investigaciones iniciales sobre el estrés (p. ej., las de Selye en los años cincuenta) partían del supuesto implícito de la existencia de estresores prácticamente universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con capacidad para llegar a agotar la resistencia de cualquier organismo. Pronto se observó que había enormes diferencias en cómo diferentes personas afrontan el mismo suceso. Así, de una noción más fisiológica universal del estrés en las décadas de los sesenta y setenta, se pasó en la década de los ochenta a una perspectiva más psicológica/ idiosincrásica.

(Lazarus & Folkman, 1986), “según la cual un suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características físicas objetivas del suceso”. (Lazarus, Folkman, 1984). En primer lugar, existe una valoración primaria, consistente en analizar si el hecho es positivo o no y, además, valorar las consecuencias presentes y/ o futuras del mismo. En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés. Por lo tanto, los modelos actuales de estrés conciben la propia respuesta de estrés no como una consecuencia inevitable y directa de elementos universal e inequívocamente definibles, sino como un resultado de una delicada y continua transacción entre las presiones que uno percibe del medio (interno o externo) y los recursos de afrontamiento que uno considera disponibles y activables.

(Abascal & Fernandez, 1997), a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos

estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995), mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación.

Otros autores (Pelechano, 2000), han considerado que ambos conceptos son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación. Igualmente, otros estudios han combinado las perspectivas disposicional y contextual y han apoyado la vinculación de ambos constructos (Bouchard, Jacques, Robillard, Cote, & Renaud, 2003).

(Elena Felipe Castaño, Benito León del Barco, 2010), el estudio de los estilos y estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés interpersonal es un área de interés fundamental en la salud mental. Una buena adaptación al medio, en cuanto adecuadas relaciones interpersonales y apoyo social, se considera como un factor básico de salud mental. En este sentido, los estilos y estrategias de afrontamiento de los que dispone la persona y que utiliza de forma habitual, pueden suponer un facilitador, o un obstáculo, para la interacción con los otros, es decir, para relacionarnos de forma efectiva con los demás. Conocer las relaciones entre los estilos interpersonales y las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona ante situaciones de estrés sería un primer paso.

3.3.1 Definición de las estrategias de afrontamiento

(Stanton & Dunkel, 1991), mencionan que el objetivo es precisamente analizar cómo se enfrenta la gente ante elementos estresantes determinados: enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales estresantes como la pérdida del puesto de trabajo o un desastre natural.

Las estrategias de afrontamiento propuestas por los autores están divididas en a) afrontamiento dirigido a la acción, que son actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema y, b) el afrontamiento dirigido a la emoción, que son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar.

En las investigaciones sobre estrategias de afrontamiento, Fraguera, Luengo, Romero, Villar y Sobral (2006) encontraron diferencias de género respecto al tipo de estrategias y su relación con el inicio de la conducta antisocial y el consumo de drogas, además de que indican la existencia de diferencias entre las estrategias de afrontamiento en función de las variables como la edad y el sexo. También muestran que los estilos de afrontamiento, como evitar los problemas, distracciones, etcétera, son factores protectores importantes contra el riesgo del consumir drogas, además de la implicación en actos antisociales.

(Fierro, 2006), hace referencia que el afrontamiento no siempre se atienden las demandas objetivas, no siempre se resuelve la amenaza, se evita la pérdida o se disipa el daño; simplemente se les maneja hasta cierto punto, se "negocia" con la realidad, se reduce o mitiga hasta donde se puede. También hay afrontamiento en situaciones como la del "aterriza como puedas". El afrontamiento, en suma, entraña siempre la adquisición de un cierto "control" de la situación, pero un control que oscila mucho: desde el dominio ("mastery"), el hacerse dueño de la situación, hasta el simple "apañárselas como uno pueda" o, todavía menos, un somero control de sólo las emociones suscitadas por el evento estresante.

(Lazarus, Folkman, 1984), afirma que la acción completa de afrontamiento incluye un componente instrumental, operante, de alguna transformación en el medio, más no sólo o no siempre del medio exterior: a veces se trata de transformación del medio interior. A ese propósito Lazarus y Folkman (1984) distinguen dos tipos que son dos funciones del afrontamiento: 1º) el dirigido al problema objetivo, a la demanda, a la tarea, afrontamiento que trata de solucionar el problema, de realizar la acción requerida; 2º) el dirigido a la propia emoción del sujeto ante la situación estresante, para modificar el modo de vivir la situación y eso aun en el caso de no poder hacer nada por cambiar esta situación.

Somerfield y McCrae (1996), menciona que el afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés. Costa, resaltan que debe distinguirse entre adaptación, término muy amplio que cubre la totalidad de la conducta, y afrontamiento, una especial categoría de

adaptación elicitada en el individuo por circunstancias inusualmente abrumadoras. Lazarus y Folkman (1984 / 1986, pág. 164) lo formulan con una excelente definición, que basta reproducir aquí con algunas glosas propias entre paréntesis: "esfuerzos [actos, procesos] cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes [adaptativos, flexibles] para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo". Lo de "manejar" es sumamente genérico, pero certero.

(Stanton, Dunkel, & Schetter, 1991), de modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles. Consiste por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar de mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. (Vazquez, Valverde; Crespo, Lopez; Ring J.M. , 1998).

3.3.2 Estrategias de afrontamiento

Hay muchos modos de afrontar y no todos ellos son deliberados, ni siquiera voluntarios. Es el caso de los mecanismos de defensa, postulados por el psicoanálisis, pero estudiados también por la psicología objetiva, ya experimental (Zeller, 1950), ya dimensional o estructural (Byrne, 1964).

(Cassaretto M. , Chau, Oblitas, & Valdez, 2003), el afrontamiento actúa como regulador de la perturbación emocional. Si es efectivo, no se presentará dicho malestar; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad.

(Fierro, 2006), tales mecanismos constituyen modos de afrontamiento: modos "mecánicos", automatizados, a la manera de un resorte, como su mismo nombre y metáfora básica indica; afrontamiento, por otra parte, orientado a la emoción, a la propia ansiedad y desazón, más que al problema objetivo. Pero puede ampliarse y transformarse mucho la noción de "defensa" hasta abarcar asimismo la que se organiza frente a la realidad exterior, al peligro objetivo, al problema, e incluir no sólo mecanismos automáticos, sino también

estrategias conscientes. Aparece así la idea y la práctica deliberada de las estrategias de afrontamiento.

(Halstead, Bennett, Cunningham, 1993), las consecuencias desadaptativas del estrés negativo son reguladas por un proceso que es denominado afrontamiento. El afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés.

(Fierro, 2006), “Las estrategias guardan relación con la toma de decisiones: no se afronta sin tomar decisiones, sólo que como efecto lateral indeseado tener que decidir suele ser, a su vez, una fuente de estrés”.

(Forsythe, Compas, 1987), existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en solución del problema, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones.

(Vazquez, Valverde; Crespo, Lopez; Ring J.M. , 1998). “Aun asumiendo la validez de esta dicotomía general, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento”.

La escala de modos de Afrontamiento (Ways of Coping) de (Lazarus, Folkman, 1984), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución de problemas, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas).

1. **Resolución de problemas (REP):** la persona identifica y resuelve los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y, al mismo tiempo, caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas (D’Zurilla, 1986/1993). La resolución de problemas, puede ser también útil si se centra directamente en las respuestas desadaptativas tales como ansiedad, depresión, dolor, comer o beber en exceso y las ve como problemas a ser resueltos.

2. **Auto crítica (AUC):** La autocrítica es la disposición que tienen las personas para admitir sus errores para su posterior corrección. La autocrítica permite según los especialistas en psicología a un mayor conocimiento de la persona de sus verdaderas habilidades, al mismo tiempo que mejoran su calidad de vida y las relaciones intrapersonales que puedan tener en un ambiente de trabajo, la familia, el aula de estudio y cualquier espacio en el que se tenga que convivir con individuos que realicen actividades similares o que pertenezcan a una línea jerárquica.

3. **Expresión emocional (EEM):** Capacidad de distinguir los propios defectos y de, enfrentándolos, proponerse hacer lo mejor posible para que éstos no se sigan repitiendo. Es la capacidad de auto evaluarse y de ser sincero/a con uno mismo, admitiendo que nadie es superior que los demás (salvo Dios) y que todos tenemos errores, por lo que debemos esforzarnos para ser mejores y así, con la autocrítica, se puede ir madurando cada día más.

4. **Pensamiento desiderativo (PSD):** El pensamiento desiderativo parte de la base de una impotencia que solo alcanza su compensación mediante el deseo de omnipotencia, la única forma que tiene de sentirse seguro. Por eso, carece de rigor cuando desde fuera se analiza racionalmente y tan solo puede alimentarse de gustos, deseos, ilusiones o suposiciones infundadas que carecen por completo de evidencia o fundamentos comprobables.

5. **Apoyo social (APS):** Incluye todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes

informales, íntimas, como de otros grupos y comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida (Barrón & Chacón, 1990).

6. **Evitación de problemas (EVP):** Está consiste en escapar, retirarse o posponer temas que nos resultan desagradables ya que el afrontarlos supone experimentar una desagradable vivencia personal, generalmente un sentimiento de inferioridad o de incapacidad, un sentimiento de culpabilidad, de ridículo, de torpeza, de soledad, etc.
7. **Retirada social (RES):** Retirarse de la interacción social (respecto a familiares, amigos, compañeros y personas significativas), ya sea desde una necesidad positiva de afrontar los problemas desde la soledad, ya sea una huida de los demás por reserva para que no conozcan su problema (“Guardar mis sentimientos para mí solo”), o ambas cosas.
8. **Reestructuración cognitiva (REC):** Una de las características que definen al ser humano es la capacidad que este posee para representar el mundo en su cerebro a través de imágenes y representaciones mentales. Esto implica que reaccionamos y formamos nuestras vidas, no respecto a hechos reales, sino más bien respecto a las representaciones mentales que formamos sobre las cosas que nos envuelven.

3.4 Definición de términos básicos

Enunciados por (Consuegra, 2010)

Bienestar: Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.

Cognitivo: se define como la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información. Consiste en procesos tales como el aprendizaje, el razonamiento, la atención, la memoria, la resolución de problemas, la toma de decisiones, los sentimientos.

Comorbilidad: Se refiere a dos conceptos, la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

Desastre: Suceso que produce mucho daño o destrucción.

Emoción: Sentimiento muy intenso de alegría o tristeza producido por un hecho, una idea, un recuerdo, etc.

Equilibrio: Estado de inmovilidad de un cuerpo sometido a dos o más fuerzas de la misma intensidad que actúan en sentido opuesto, por lo que se contrarrestan o anulan.

Expresión: Representación, con palabras o con otros signos externos, de un pensamiento, una idea, un sentimiento, etc.

Psicoeducativo: educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.

Trastorno: Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.

Trauma: Choque o impresión emocional muy intensos causados por algún hecho o acontecimiento negativo que produce en el subconsciente de una persona una huella duradera que no puede o tarda en superar.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipos de investigación

4.1.1 Método clínico

Se basó en el uso de técnicas como la observación para evidenciar la conducta y sintomatología de la población, con el objetivo de comprobar la hipótesis, además de la

aplicación del Inventario y la Escala aplicada.

4.2 Diseño de la investigación

No experimental: Se analiza el problema de estudio sin manipulación de las variables mediante la observación natural del fenómeno.

Transversal: La investigación se realiza en un período de tiempo, Mayo – Octubre 2016.

4.3 Nivel de la investigación

Descriptiva: Por medio de la descripción se dio a conocer la realidad de las variables de estudio, en relación con las características de la población investigada; el Estrés Postraumático y las Estrategias de afrontamiento en las personas movilizadas por la erupción del Volcán Tungurahua en el Cantón Penipe.

4.4. Población y muestra

4.4.1. Población

La población de estudio estará constituida por 100 personas movilizadas por la erupción del volcán Tungurahua en el cantón de Penipe, los cuales colaboraron en la aplicación de los reactivos psicológicos utilizados para la investigación.

4.4.2 Muestra

La conforman 63 personas movilizadas las cuales presentan Estrés Postraumático por la erupción del volcán Tungurahua en el cantón de Penipe.

Criterios de inclusión

Se incluyó a:

- Personas que habitan en el Cantón Penipe.
- Personas movilizadas que presentan Estrés Postraumático.
- Personas movilizadas que en los resultados de los test aplicados cumplan con los criterios de validez.

Criterios de Exclusión

Se excluyó a:

- Personas movilizadas que en los resultados de los test aplicados no cumplan con los criterios de validez.
- Personas con alguna discapacidad intelectual.

4.5 Técnicas e instrumentos

4.5.1. Técnicas

Reactivo psicológico

Es un instrumento de tipo experimental que se utiliza para medir o evaluar una característica psicológica específica, la sanidad mental o aquellos rasgos esenciales y generales que marcan y distinguen la personalidad de una persona. En esta investigación aplicaremos la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático e Inventario de Estrategias de Afrontamiento con la finalidad de determinar la presencia de Estrés Postraumático y que estrategia predomina. (ABC, 2015)

4.5.2 Instrumentos

✚ Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático

Según manifiesta Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasúa, 1997; es una escala heteroaplicada y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Está constituido de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM IV. Se puede aplicar de forma individual o grupal, en un tiempo estimado de 10 a 15 minutos, el test se aplica después de la consigna: “Piense unos minutos acerca del suceso traumático que Ud. vivió, luego trate de recordar hace que tiempo ocurrió, y desde cuando Ud. experimenta el malestar, a continuación, lea cada apartado de cada escala y responda según la intensidad y frecuencia de cada ítem:

0: Nada

1: Una vez por semana o menos/Poco

2: De dos a cuatro veces por semana/Bastante

3: Cinco o más veces por semana/Mucho

Forma de Calificación:

La calificación se realiza sumando las respuestas de cada escala de forma individual, recordando que los rangos son:

ESCALA DE REEXPERIMENTACIÓN: 0-15 Puntos; punto de corte: 5

ESCALA DE EVITACIÓN: 0 – 21 Puntos; punto de corte: 6

ESCALA DE AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN: 0-15 Puntos; punto de corte: 4

ESCALA GLOBAL: 0-51 Puntos; punto de corte: 15

Gravedad:

De acuerdo a la respuesta de cada paciente al inicio del test acerca del tiempo que experimenta el malestar se especificará así:

-Agudo: síntomas de 1 a 3 meses

-Crónico: síntomas más de 3 meses

-Con inicio demorado: síntomas a partir de los 6 meses

Inventario de estrategias de afrontamiento

El inventario fue diseñado por Lázaro y Folkman para identificar el tipo o tipos de afrontamiento que habitualmente utiliza una persona en situaciones de estrés. Constituye una corrección realizada por los propios autores del “Inventario de Modos de Afrontamiento” (Ways of coping Inventory, WOC). Versión en español de Tobin, Holroyd, Reynolds & Kigal (1989), adaptada por Cano, Rodríguez & García (2006).

Esta versión consta de 40 ítems divididos en 8 sub-escalas, que son las siguientes:

Resolución de problemas (REP)	Apoyo social (APS)
Auto crítica (AUC)	Reestructuración cognitiva (REC)
Expresión emocional (EEM)	Evitación de problema (EVP)
Pensamiento desiderativo (PSD)	Retirada social (RES)

La calificación más alta por pregunta es de 4 y la menor es 0, de tal manera se dispone a sumar las preguntas referentes a cada tipo de afrontamiento, así tenemos:

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 0. En absoluto. | 1. En alguna Medida. |
| 2. Bastante. | 3. En gran Medida. |

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Resolución de problemas (REP) | Preguntas: 01, 09, 17, 25 y 33 |
| 2. Auto crítica (AUC) | Preguntas: 02, 10, 18, 26 y 34 |
| 3. Expresión emocional (EEM) | Preguntas: 03, 11, 19, 27 y 35 |
| 4. Pensamiento desiderativo (PSD) | Preguntas: 04, 12, 20, 28 y 36 |
| 5. Apoyo social (APS) | Preguntas: 05, 13, 21, 29 y 37 |
| 6. Reestructuración cognitiva (REC) | Preguntas: 06, 14, 22, 30 y 38 |
| 7. Evitación de problema (EVP) | Preguntas: 07, 15, 23, 31 y 39 |
| 8. Retirada social (RES) | Preguntas: 08, 16, 24, 32 y 40 |

4.5.3 Técnicas para el procesamiento e interpretación de datos

Para el procedimiento y análisis de datos se obtuvo la información a través de Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento que determinaron la presencia de Estrés Postraumático y que tipo de Estrategia de Afrontamiento es la que más utilizan las personas movilizadas por la activación del Volcán Tungurahua en el Cantón Penipe, se realizó por medio de la estadística básica mediante el programa Microsoft Excel , mediante el cual los resultados se representaron en cuadros estadísticos de los instrumentos aplicados, la que permitirá plantear las pertinentes conclusiones y recomendaciones sobre la investigación.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

5.1.1. Análisis de los resultados obtenidos de la escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático según sus niveles.

TABLA 1 NIVELES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NIVELES	N° DE PERSONAS	RANGOS	PORCENTAJE
AGUDO	0	(1-3 MESES)	0%
CRÓNICO	26	(mayor a 3 MESES)	41,3%
INICIO DEMORADO	37	(mayor a 6 MESES)	58,7%
TOTAL	63		100 %

Fuente: Escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático aplicados en las personas movilizadas por el volcán Tungurahua periodo mayo- octubre 2016.

Realizado por: Daniel Suárez, Diana Quiroz

Interpretación

De la muestra investigada el 41% que equivale a 26 personas movilizadas tienen Estrés Postraumático Crónico, mientras que el 59 % que conforman 37 personas movilizadas presentan Estrés Postraumático con inicio demorado. Según manifiesta Toro (2004) estos síntomas han durado por los menos un mes, después de un evento traumático. Según el CIE 10, debe aparecer dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad, un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas.

Según Belloch (1998) manifiesta que, desde la perspectiva psicopatológica, el Trastorno de Estrés Postraumático puede presentarse de una forma aguda, cuando la antigüedad de los síntomas es inferior a tres meses, o de una forma crónica, cuando la duración de los mismos es superior a este período temporal.

Una variante adicional es la presentación de este trastorno con un comienzo diferido, que se caracteriza por el inicio de los síntomas mucho tiempo después, al menos seis meses de haber sufrido el trauma.

De acuerdo a lo observado en los resultados en la población, existe una mayor prevalencia del Estrés Postraumático de inicio demorado, el mismo que cumple con la sintomatología que ha sabido manifestarse en ciertos pacientes mayor a los seis meses. Y en menor porcentaje el estrés postraumático crónico que cumplen con la sintomatología mayor a los tres meses.

5.1.2. Análisis de los resultados del inventario de estrategias de afrontamiento en las personas movilizadas por el volcán Tungurahua.

TABLA 2 TIPOS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	N° DE PERSONAS	PORCENTAJE
Resolución de problemas (REP)	3	3 %
Auto crítica (AUC)	3	3 %
Expresión emocional (EEM)	6	6%
Pensamiento desiderativo (PSD)	39	39%
Apoyo social (APS)	28	28%
Evitación de problema (EVP)	6	6%
Retirada social (RES)	9	9%
Reestructuración cognitiva	6	6%
TOTAL	100	100%

Fuente: Inventario de estrategias de afrontamiento aplicadas a las personas movilizadas por el volcán Tungurahua. Periodo mayo- octubre 2016.

Realizado por: Daniel Suárez, Diana Quiroz

Interpretación

De la muestra investigada el 39 % que equivale a 39 personas movilizadas la estrategia que predomina es pensamiento diserativo, en segundo lugar se encuentran el tipo de estrategia apoyo social con un 28 % que corresponde a 28 personas, en tercer lugar se encuentra el tipo de estrategia de retirada social con un 9% que corresponde a 9 personas, en cuarto , quinto y sexto lugar se encuentra el tipo de estrategia expresión emocional, evitación de problemas, reestructuración cognitiva con un 6 % , que corresponde a 6 personas movilizadas, en séptimo y octavo lugar se encuentra el tipo de estrategia de resolución de problemas y autocritica con un 3% que corresponde a 3 personas movilizadas.

Según Bulbena en el 2003 las estrategias de afrontamiento son:

Resolución de problemas.- Estrategia de tipo cognitivo y conductual, direccionadas a manejar el problema o situación que lo produce, se expresa como planificación a pensar, crear y desarrollar posibles soluciones frente al problema. Los habitantes del cantón Penipe buscan alternativas como dedicarse a sus sembríos, ganadería y así disminuir el estrés.

Reestructuración cognitiva.- Estrategias netamente cognitivas que tienen como finalidad modificar la forma de percibir el significado de la situación estresante. Los habitantes del cantón Penipe encontrarán aspectos positivos luego del evento estresante, lo cual ayudara a modificar su manera de percibir dicha situación.

Apoyo social.- Estrategia enfocada en acudir a otras personas, como amigos, familiares, allegados, para buscar ayuda y comprensión. Los habitantes acudirán a las diferentes instituciones del estado que brindan atención con el fin de mejorar su estado de salud.

Expresión emocional.- Tiene la finalidad descargar las emociones que se producen durante el proceso estresante. Los habitantes del cantón Penipe solicitaran ayuda al MSP, quienes facilitarán técnicas o actividades que les permitan exteriorizar sus emociones.

Evitación de problema.- Estrategia de tipo cognitivo y conductual, que incluye la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el problema estresante. La población evita recordar el evento enfocándose en otras actividades con el fin de no pensar en él.

Pensamiento desiderativo.- Estrategia cognitiva enfocada en que los deseos se hicieran realidad y no fuesen estresantes como los viven. La población hace evidente su deseo de que la situación sea controlada de manera urgente para de esta manera evitar pensamientos improductivos que generan estrés en los habitantes.

Retirada social.- Estrategia de alejamiento de compañeros, amigos, familiares que se asocian con la emisión negativa en el proceso de estrés. La población ha decidido desvincularse con medios de comunicación y personas.

Auto crítica.- Estrategia en la cual existe auto inculpación, por ende críticas hacia su mismo ser por la ocurrencia del evento estresante o porque no existió un adecuado manejo. Por lo general los habitantes del cantón Penipe suelen culpabilizarse de las pérdidas materiales que han tenido, acusándose de que al haber abandonado sus hogares.

5.1.3. Relación entre estrés postraumático y estrategias de afrontamiento

TABLA 3. RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

TIPOS DE ESTRATEGIAS	NIVELES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO						TOTAL DE MIEMBROS
	AGUDO		CRÓNICO		INICIO TARDÍO		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Resolución de problemas (REP)	0	0%	0	0%	0	0%	0
Auto crítica (AUC)	0	0%	0	0%	2	5,4%	2
Expresión emocional (EEM)	0	0%	0	0%	3	8,1%	3
Pensamiento desiderativo (PSD)	0	0%	13	50%	10	27,0%	23
Apoyo social (APS)	0	0%	6	23%	12	32,4%	18
Evitación de problema (EVP)	0	0%	2	8%	0	0,0%	2
Retirada social (RES)	0	0%	3	12%	8	21,6%	11
Reestructuración cognitiva	0	0%	2	8%	2	5,4%	4
TOTAL		0%	26	100%	37	100%	63

Fuente: Escala de Gravedad de síntomas del Estrés Postraumático e Inventario de estrategias de afrontamiento aplicadas a las personas movilizadas por el volcán Tungurahua. Periodo mayo- octubre 2016.

Realizado por: Daniel Suárez, Diana Quiroz

Interpretación

En la investigación realizada con respecto a los niveles de Estrés Postraumático y estrategias de Afrontamiento se encontró los siguientes resultados:

En la Estrategia de Afrontamiento de **Resolución de problemas** se encontró que ninguna persona utilizó esta estrategia en ninguno de los niveles de estrés postraumático, en la estrategia de afrontamiento de **Auto crítica** se encontró que dos personas utilizan esta estrategia en el Trastorno de Estrés postraumático con inicio tardío, en la estrategia de **Expresión emocional** se encontró que tres personas utilizan esta estrategia en el Trastorno de Estrés postraumático con inicio tardío, en la estrategia de **Pensamiento desiderativo** se encontró que trece personas utilizan esta estrategia en el Trastorno de Estrés postraumático Crónico y 10 personas en el Estrés postraumático con inicio tardío, en la estrategia de

Apoyo social se encontró que seis personas utilizan esta estrategia en el Trastorno de Estrés postraumático crónico y 12 personas en el Estrés postraumático con inicio tardío, en la estrategia de **Evitación de problema** se encontró que dos personas utilizan esta estrategia en el Trastorno de Estrés postraumático crónico, en la estrategia de **Retirada social** se encontró que tres personas utilizan esta estrategia en el Trastorno de Estrés postraumático crónico y 8 personas en el Estrés postraumático con inicio tardío, en la estrategia de **Reestructuración Cognitiva** se encontró que dos personas utilizan esta estrategia en el Trastorno de Estrés postraumático crónico y 2 personas en el Estrés postraumático con inicio tardío.

5.2 Discusión

Los resultados encontrados en el estudio se pueden relacionar con diferentes investigaciones:

En Chile la Universidad de Talca realizó una investigación sobre la Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución. Según investigaciones previas, después del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010, existe un 11% observado en Chile (a nivel país), y un 30% observado en la provincia de Concepción de TEPT. (Leiva, 2011).

Mientras que en los resultados del presente proyecto se obtuvo un 63% de personas que presentan el Trastorno de Estrés Postraumático, cifra que supera al estudio mencionado anteriormente; este trastorno de estrés postraumático provocado por las movilizaciones por la activación del volcán Tungurahua supero en cifras al TETP ocasionado por los terremotos en Chile.

En los resultados obtenidos en la investigación de La Universidad Central del Ecuador por medio de la Facultad de Ciencias Psicológicas donde se analizó las estrategias de afrontamiento frente a un evento estresante, esta se tituló “Respuestas de estrés y estrategias de afrontamiento frente al proceso de ejecución de tesis en alumnos de quinto año”. Investigación en la cual se obtuvo como resultado que la estrategia de afrontamiento

mayormente usada fue Focalizado en la Solución del Problema con el (56%) comprobándose así parte de la hipótesis en donde se determina que los alumnos que la usan se encuentra dentro de las estrategias de resolución de problemas. Siendo de menor las estrategias basadas en la emoción: reevaluación positiva (15%), búsqueda de apoyo social (11%), expresión emocional abierta (3%), religión (5%). (Coba & Vásquez, 2011).

Mientras que en nuestro estudio realizado la estrategia que más se utilizo fue Pensamiento desiderativo en toda la población con un 39% a su vez que en el Estrés postraumático crónico prevalece esta misma estrategia con 50% por lo cual podemos comprobar que dependiendo al tipo de evento que se presenta se utiliza la estrategia de afrontamiento ya que en el caso del Estrés postraumático con inicio demorado se evidencia un 32,4% de Apoyo Social; en el caso de un estrés en la ejecución de tesis en alumnos se utiliza la resolución de problemas y frente a un evento como la movilización de las personas del cantón Penipe causante de un TEPT presente en nuestro estudio se utiliza las estrategias Pensamiento desiderativo y Apoyo Social.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Una vez culminada la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Mediante la Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático, aplicada 100 personas movilizadas por activación del Volcán Tungurahua del Cantón Penipe, el 41% presenta un nivel crónico de Estrés Postraumático , 59% presenta un nivel de inicio demorado de Estrés Postraumático, en cuanto al nivel agudo no se encontró personas que lo posean lo cual corresponde al 0%, siendo la muestra de nuestro estudio las personas que poseen Estrés Postraumático en nivel agudo, crónico y de inicio demorado que pertenece al 63 % de la población, formado por 63 personas.
- En las personas movilizadas por activación del Volcán Tungurahua se identificó que el 39% de personas poseen pensamiento desiderativo y un 28 % posee apoyo social.
- Al relacionar el resultado obtenido de Estrés Postraumático de las personas movilizadas por la activación del Volcán Tungurahua con las Estrategias de

Afrontamiento, encontramos que quienes poseen un nivel crónico de Estrés postraumático están propensos a utilizar las siguientes estrategias de afrontamiento: Pensamiento Desiderativo y Apoyo Social, quienes poseen un nivel de Estrés postraumático con Inicio Demorado utilizan las mismas estrategias de afrontamiento que en el nivel crónico.

6.2 Recomendaciones

- Es de vital importancia que la población movilizada por el volcán Tungurahua, que presenta Estrés Postraumático reciba Psicoeducación de diversas temáticas relacionadas con el trastorno, con la finalidad de sostener el área emocional de toda la muestra estudiada.
- Evaluar periódicamente las estrategias de Afrontamiento que poseen los habitantes del Cantón Penipe movilizados por el volcán Tungurahua, con el fin de que la población tenga las herramientas para afrontar eventos que generen estrés o dificultades emocionales.
- Dar un estudio y continuidad con un tratamiento personalizado como objetivo primordial, además una intervención grupal periódicamente sería lo esencial para mantener una higiene mental, debido a que se ha podido detectar otros conflictos diferentes a la problemática tratada en este estudio.

7 BIBLIOGRAFÍA

- Abascal, & Fernandez. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento*. Madrid: Pirámide.
- ABC, D. (2015). *Definición Tu Diccionario Hecho Fácil*. Obtenido de <http://www.definicionabc.com/>
- Almonte y Montt. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago de Chile: Mediterraneo.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (F. Edition., Ed.)
- Arellano, R. (2002). *Comportamiento del consumidor: enfoque América latina*. (M. G.-H. Interamericana, Ed.)

- Avia, M., & Vazquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid.
- Bados, A. (2015). *Trastorno por Estrés Postraumático*. España.: Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Barrón, A., & Chacón, F. (1990). *Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social*. (I. Psicológicas, Ed.)
- Beck, A., Rusch, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (1998). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw - Hill.
- Bouchard, S., Jacques, J., Robillard, G., Cote, S., & Renaud. (2003). *Eficacia en la terapia Cognitiva - Conductual*. Diario de Terapia Cognitiva Conductual.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schultz, L., Davis, G., & Andreski, P. (1998). *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996. Detroit Area Survey of Trauma*. Arch Gen Psychiatry.
- Bruce, P. (2014). *Estrés, Trauma y Trastornos de en los niños*. . Houston.: USA.
- Buenas Tareas. (18 de febrero de 2015). *Buenas Tareas*. Obtenido de Buenas Tareas: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Definicion-De-Familia-Segun-La-Oms/68090662.html>
- Byrne, D. (1964). *Repression - sensitization as a dimension of personality*. New York.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 364-392.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). *Estrés y Afrontamiento en estudiantes de psicología*. (R. d. psicología, Ed.)
- Coba, C., & Vásquez, X. (2011). *El estrés postraumático y las condiciones familiares, en los niños y adolescentes*. Ecuador. Quito.: Universidad Central del Ecuador. Quito.
- Consuegra, A. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá, Colombia: Ecoa Ediciones. .
- Corral, P., Echeburúa, B., Sarasua, I., & Zubizarreta. (1992). *Estrés Postraumático en ex Combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: Nuevas perspectivas Terapéuticas*. (B. d. Psicología, Ed.) País Vasco.

- Cuauhtémoc, E., & Verduco, W. (2006). *Diagnóstico y Manejo del Estrés postraumático*. Mexico: CENETEC.
- Definición.de. (2014). *Word Press*. Obtenido de <http://www.definicion.de/>
- Dierker, E., Sledjeski, B., & Speisman, L. (2008). *Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)*. Epub.
- Dunkel, C., S., S., F., & R.S., L. (1987). *Correlates of social support receipt*.
- Elena Felipe Castaño, Benito León del Barco. (2010). *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal*. España: Internacional Journal of Psuchology and Psychological Therapy.
- Fierro, A. (2006). *Estres, Afrontamiento y Adaptacion*. Madrid: Promolibro.
- Foa, E., Hearst, Ikeda, & K., P. (1995). *Evaluation of a brief cognitive - behavioral program for the prevention of chronic*. Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis. (1986). *Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms*. J Pers Soc Psychol. .
- Forsythe, Compas. (1987). *Interaction of cognitive aprpraisal of stressful events and coping*. Estados Unidos: Cogn ther Res.
- García, C. A. (2009). *Desarrollo Territorial del cantón Penipe: previniendo las consecuencias de la activación del volcán Tungurahua-Proyecto apoyo a la prevención de desastres en la Comunidad Andina*. Tungurahua: PREDECAN. Ecuador.
- Gomez, Gutierrez, & Perdomo. (2012). *Propuesta de inventario para la evaluacion y diagnostico de Trastorno de Estrés Postraumatico*.
- Graña, J. L., & Navarro, D. (2000). *Modelo Psicopatologico y tratamiento de un caso con un trastorno de estrés postraumatico*. Madrid, España: Psicología Conductual.
- Holahan, C., Moos, R., & Schaefer, J. (1996). *Stress resistance and growth: conceptualizing adaptive functioning*.
- Janoff, & R., B. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York.

- Kessler, R. C., Warner, C. H., & Ivany, C. (2014). *Predicting Suicides After Psychiatric Hospitalization in US Army Soldiers*. *Jama psychiatry*.
- Lanius, R., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P., & Spiegel, D. (2012). *The dissociate subtype of posttraumatic stress disorder*. (D. a. Anxiety, Ed.)
- Lazarus, & Folkman. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España.
- Lazarus, Folkman. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Eudema.
- Leiva, B. M. (2011). *Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático*. Chile: Facultad de psicología, Universidad de Talca Chile.
- Marshall, G., Orlando, M., Jaycox, L., Foy, D., & Belzberg, H. (2002). *Development and validation of a modified version of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*. *Psychological Assessment*.
- McEwen, B. S. (2000). *The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance*. (B. Research, Ed.) New York .
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2007). *Plan de Contingencia Volcánica*. . Chimborazo-Ecuador: Dirección Provincial de Salud de Chimborazo.
- OMS. (1992). EEUU.
- Pelechano, V. (2000). *Estres y Personalidad*. (P. s. personalidad, Ed.) Barcelona.
- Perry, B. D. (2014). *Estres, Trauma y Trastornos de Estres Post - Traumático*.
- POLO, C. (2009). *Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años*. Mexico.
- Puchol, E. D. (2001). *Trastorno por Estres Postraumático*. *Psicología online*.
- Puigcerver, B. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático*. Universidad de Valencia. España.: Psicothema.
- Rothbaum, B., & Foa, E. (1992). *Exposure therapy for rape victims with post - traumatic stress disorder*. (B. Therapist., Ed.)
- Seligman, M. (1995). *Helplessness: On depression, development, and death*. (Freeman, Ed.) San Francisco.
- Stanton, & Dunkel, S. (1991). *Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum.
- Stanton, A., Dunkel, & Schetter. (1991). *Infertility. Perspectives from stress and coping research*. New York.

- Stone, A., & J.M, N. (1984).
- Taylor, S., Kemeny, M., Aspinwall, L., & Schneider, S. (1992). *Optimism, coping, psychological distress, and high - risk sexual behavior among men.*
- Tobin Graham A., W. L. (2002). *Percepciones de Riesgo y Condiciones de Salud. Volcán Tungurahua.* Cotopaxi - Ecuador.: Municipio de Latacunga.
- Tobin, G., & Whiteford, I. (2001). "Children`s Health characteristics under different Evacuation Strategies:The eruption of Tungurahua Volcano (Vol. 24). (P. o. Conferences, Ed.) Ecuador.
- Toro, R., & Yepes, L. (2004). *Psiquiatria.* Medellin-Colombia: CIB.
- UNICEF. (2015). *Protocolo de actuacion en situaciones de bullying.* Costa Rica.
- Valera, S., Pol, E., & Vidal, T. (2008). *Psicologia Ambiental.*
- Vazquez, Valverde; Crespo, Lopez; Ring J.M. . (1998). *Psicologia de las emociones positivas.* Madrid: Alianza.
- Viveros, S. (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología.* México: Manual Moderno.
- Wortman, Silver . (1987). *Coping with irrevocable loss.* Washington: American Psychological Association.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). *Adaptive and madaptive coping.* New York.
- Zeller, A. (1950). *An experimental analoge of repression.* (P. Bulletin, Ed.)

8. ANEXOS

APÉNDICE I

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO

(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

NOMBRE:

Nº:

EDAD:

FECHA:

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

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO:

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

¿Desde cuándo experimenta el malestar?:

REEXPERIMENTACIÓN

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 al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:
(Rango 0-15)

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al 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 (por 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.)?

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN:
(Rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

- 1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? -----
- 2. ¿Está 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 quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? -----
- 5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: -----
 (Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE
 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: -----
 (Rango 0-51)

Escala complementaria

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo -----
- Dolores de cabeza -----
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) -----
- Dolor o malestar en el pecho -----
- Sudoración -----
- Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo -----
- Náuseas o malestar abdominal -----
- Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad -----

- Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias) _____
 - Sofocos y escalofríos _____
 - Temblores o estremecimientos _____
 - Miedo a morir _____
 - Miedo a volverse loco o a perder el control _____
- Puntuación específica de las manifestaciones
somáticas de la ansiedad: _____
(Rango 0-39)

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

- SÍ Agudo (1-3 meses)
 Crónico (> 3 meses)
 Con inicio demorado
- NO

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	5	
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	6	
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0-15)	4	

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Edad: -----

Fecha: -----

Instrucciones:

- ✓ Responda las preguntas planteadas de forma personal y con sinceridad.
- ✓ Para cada pregunta elija una sola respuesta con una X

0: en absoluto 1: un poco 2: bastante 3: mucho 4: totalmente

Nº	Afirmación	0	1	2	3	4
1.	Luché para resolver el problema					
2.	Me culpé a mí mismo					
3.	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés					
4.	Deseé que la situación nunca hubiera empezado					
5.	Encontré a alguien que escuchó mi problema					
6.	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
7.	No deje que me afectara; evite pensar en ello demasiado					
8.	Pasé algún tiempo solo					
9.	Me esforcé para resolver los problema de la situación					
10.	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché					
11.	Expresé mis emociones, lo que sentía					
12.	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase					
13.	Hablé con una persona de confianza					
14.	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
15.	Traté de olvidar por completo el asunto					
16.	Evité estar con gente					
17.	Hice frente al problema					
18.	Me critiqué por lo ocurrido					
19.	Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir					
20.	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación					
21.	Dejé que mis amigos me echaran una mano					
22.	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					

23.	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más					
24.	Oculté lo que pensaba y sentía					
25.	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran					
26.	Me recriminé por permitir que esto ocurriera					
27.	Dejé desahogar mis emociones					
28.	Deseé poder cambiar lo que había sucedido					
29.	Pasé algún tiempo con mis amigos					
30.	Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.					
31.	Me comporté como si nada hubiera pasado					
32.	No dejé que nadie supiera como me sentía					
33.	Mantuve mi postura y luché por lo que quería					
34.	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
35.	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron					
36.	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes					
37.	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto					
38.	Me fijé en el lado bueno de las cosas					
39.	Evité pensar o hacer nada					
40.	Traté de ocultar mis sentimientos					
	Me consideré capaz de afrontar la situación					
FIN DE LA PRUEBA						

Gracias por su colaboración.