

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**BENEFICIOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL LUDICA Y RECREATIVA EN
PACIENTES CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO EN EDADES
DE 20 A 50 AÑOS DE AMBOS SEXOS, ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL SAN MIGUEL, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE
SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2007.**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

**ZINAIDA LISSETTE AZAHAR LOPEZ
CLAUDIA MARINA HERNÁNDEZ LAÍNEZ
GLORIA MATILDE VASQUEZ SÁNCHEZ**

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIADA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

DOCENTE DIRECTOR:

LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

FEBRERO 2008

SAN MIGUEL,

EL SALVADOR,

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

**MAESTRO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ
RECTOR**

**MAESTRO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS
VICE RECTOR ACADÉMICO**

**MAESTRO OSCAR NOÉ NAVARRETE
VICE RECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ
SECRETARIO GENERAL**

**DOCTOR RENE MADECADEL PERLA JIMÉNEZ
FISCAL GENERAL**

FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

**INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ SARAVIA
DECANO**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
VICE DECANO**

**INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ
SECRETARIO GENERAL**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
JEFE DE DEPARTAMENTO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
COORDINADOR DE LA CARRERA DE
FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

ASESORES

**LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ
DOCENTE DIRECTOR**

**LICENCIADA ERLIN MARILÚ OSORIO DE GUEVARA
ASESORA DE METODOLOGIA**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO:

Por habernos iluminado durante nuestra formación.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:

Por permitirnos continuar en la tarea interminable del aprendizaje y darnos la oportunidad de cumplir con nuestro ideal.

A NUESTRO DOCENTE DIRECTOR Y NUESTRO ASESOR:

Lic. Xochilt Patricia Herrera Cruz y Lic. Erlin Marilú Osorio de Guevara por su apoyo, sacrificio y entrega en coordinar la realización de ésta tesis y por compartir sus conocimientos ayudando a culminar nuestra meta.

A NUESTROS PACIENTES:

Quienes de forma desinteresada nos brindaron su tiempo y colaboración.

AL LICENCIADO PEDRO CRISTIAN PEREZ:

Psicólogo del departamento de fisioterapia del ISSS, por su valiosa colaboración.

AL DOCTOR JOSE FRANCISCO FLORES NAVARRETE:

Por su apoyo incondicional.

CLAUDIA, GLORIA Y ZINAIDA

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por guiarme en éste camino y darme fortaleza en los momentos difíciles.

A LA MEMORIA DE MI PADRE:

Juan Francisco Azahar, quien me enseñó que la vida es una constante lucha para obtener todo aquello que anhelamos.

A MI MADRE:

María Julia López, por su apoyo y por confiar siempre en mí alentándome a seguir adelante.

A MIS HIJOS:

Marlon Jeremy y Génesis Michelle, quienes son los mayores merecedores de éste triunfo, por sacrificarse tanto prestándome valioso tiempo suyo esforzándose por ser autosuficientes mientras su madre recorría nuevamente el camino del estudio

A MI ESPOSO:

Marlon Rafael Alberto, por su amor, paciencia, comprensión y estímulo en mantenerme fiel a mi propósito.

A MIS HERMANOS:

Francisco Vladimir, Estrella Hazel y Sandra Herleny, por apoyarme y estar siempre pendientes de mí.

A TODOS MIS FAMILIARES Y AMIGOS:

Que de alguna u otra forma me apoyaron y estuvieron conmigo hasta el final.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Gloria y Claudia, por confiar en mí para ser parte de éste estudio.

ZINAIDA

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por ser mi fiel compañero y guiar mis pasos.

A MIS PADRES:

Cirilo de Jesús Hernández (Q.D.D.G) con mucho amor y orgullo, Marina Laínez de Hernández por su amor, comprensión, paciencia, espera y todos sus sacrificios, agradeciendo a Dios su valiosa y ejemplar presencia en mi vida.

A MIS HIJAS

Jennifer Paola y Keiry Gabriela como un obsequio a quienes amo tanto, siendo una inspiración para hacer este triunfo realidad.

A MI ESPOSO:

Isidro Alfaro por su amor, comprensión y apoyo que me brindó en el transcurso de mi carrera.

A MIS HERMANOS:

Griselda de Díaz, por el amor y cariño que encuentro en ella; Rudy Laínez por la orientación profesional en mi formación.

A MI ABUELA MATERNA:

Dominga Laínez (Q.D.D.G)

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Zinaida y Gloria por convivir, compartir y apoyarme afectuosamente en este recorrido.

CLAUDIA

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por haberme dado la vida, por regalarme el existir y por no desampararme y ayudarme a salir adelante en todos los problemas que se me han presentado a lo largo de mi vida y lograr así una de mis metas mas deseadas.

A MIS PADRES:

León Sánchez (Q.D.D.G) y Agustina Vásquez (Q.D.D.G) por haberme traído al mundo y darme su amor y estar conmigo en todo momento.

A MI ESPOSO:

José Alfonso Morán con todo mi amor, gracias por darme comprensión y fuerza.

A MIS HIJOS:

Jandall Alfonso, Juan José y Jonathan Javier Morán Vásquez; gracias hijitos por ser ustedes mi principal inspiración para lograr la culminación de mi carrera, a ustedes les dedico principalmente mi éxito alcanzado.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Claudia y Zinaida, gracias por darme ánimos y estar conmigo en los momentos difíciles y de alegría.

GLORIA

INDICE

CONTENIDO	PAGS.
RESUMEN	xiv
INTRODUCCION	xvi
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. Planteamiento del problema	21
1.1 Antecedentes del Fenómeno Objeto de Estudio	21
1.2 Enunciado del Problema	25
1.3 Objetivos de la Investigación	26
1.3.1 Objetivo General	26
1.3.2 Objetivos Específicos	26
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2. Marco Teórico	28
2.1 Base Teórica	28
2.1.1 Conceptualización, Causas, Signos y Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	28
2.1.2 Criterios Diagnósticos	35
2.1.3 Complicaciones en la Recuperación Funcional del Paciente con Estrés Postraumático	39

2.1.4 El papel de la Terapia Ocupacional Lúdica y Recreativa como alternativa de tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático	41
2.2 Definición de Términos Básicos	51

CAPITULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. Sistema de Hipótesis	55
3.1 Hipótesis de Investigación	55
3.2 Hipótesis Nula	55
3.3 Operacionalización de las Hipótesis en Variables	56

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLOGICO

4. Diseño Metodológico	58
4.1 Tipo de Investigación	58
4.2 Universo	58
4.3 Muestra	59
4.4 Tipo de Muestreo	59
4.5 Técnicas de Obtención de Información	59
4.6 Instrumentos	60
4.7 Procedimiento	61

CAPITULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5. Presentación de Resultados	65
5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de datos	67
5.1.1 Resultados de pre-encuesta y post-encuesta a pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático	67
5.1.2 Resultados de entrevista a pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático	89
5.2 Prueba de Hipótesis	91

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. Conclusiones y Recomendaciones	94
6.1 Conclusiones	94
6.2 Recomendaciones	96

BIBLIOGRAFÍA	98
---------------------	----

ANEXOS

1. Cronograma De Actividades Realizadas en el Proceso de Graduación Ciclo II 2007 y Ciclo I 2008	101
2. Cronograma de Actividades Desarrolladas Durante la Ejecución	102
3. Guía para Técnica Disco Forum	103
4. Ejecución de Técnica Disco Forum	104
5. Guía para Dinámica Visión al Futuro	105

6. Ejecución de Dinámica Visión al Futuro	106
7. Paseos al Aire Libre	107
8. Juegos de Mesa	109
9. Hoja de Dinámica Cómo Me Siento Hoy	110
10. Ejecución de Dinámica Cómo Me Siento hoy	111
11. Técnicas de relajación	112
12. Guía de Encuesta Dirigida a Pacientes con Diagnóstico Trastorno de Estrés Postraumático	113
13. Guía de Entrevista Dirigida a Pacientes con Diagnóstico Trastorno de Estrés Postraumático	115
14. Actividades de Despedida de Pacientes	117

RESUMEN

Con la investigación realizada se comprobaron los beneficios en la disminución de los síntomas emocionales provocados por el Trastorno de Estrés Postraumático a través de la aplicación de un programa de terapias lúdicas y recreativas a pacientes entre 20 a 50 años de edad de ambos sexos atendidos en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del 2007.

Se establecieron como objetivos específicos: identificar las causas que dan origen al Trastorno de Estrés Postraumático, determinar signos y síntomas emocionales más relevantes, señalar las complicaciones actitudinales que provoca éste trastorno en la recuperación funcional del paciente y, demostrar los beneficios de la terapia ocupacional lúdica y recreativa aplicada a éstos pacientes; objetivos que fueron cumplidos al finalizar la investigación.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y prospectivo utilizando instrumentos como la guía de encuesta y la guía de entrevista; obteniéndose en síntesis los siguientes resultados: Se identificaron como las principales causas de origen del estrés postraumático a los accidentes de trabajo con un 50%, los accidentes de tránsito con un 41.7% y otras causas con un 8.3%.

Se determinó con el estudio que el 91.6% de los pacientes, posterior al programa de tratamiento al cual fueron sometidos disminuyeron síntomas como pesadillas; el 83.3% disminuyeron síntomas como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, el aislamiento social y la pérdida de interés en sus actividades cotidianas; y el 100% de la muestra superó la incapacidad de sentir afecto y el sentimiento de ser menospreciado por otros.

De acuerdo a los resultados anteriores se aceptó la hipótesis de investigación planteada y se demuestra la efectividad en la aplicación de un programa de terapias lúdicas y recreativas a pacientes con diagnóstico de estrés postraumático para lograr una evolución funcional satisfactoria.

INTRODUCCIÓN

El estrés postraumático es un trastorno emocional que se manifiesta con la aparición de síntomas característicos tras haber sufrido u observado un acontecimiento psicológicamente desagradable y extremadamente traumático en el que ha estado en peligro la vida o la integridad física de una o más personas .

La terapia ocupacional como medio de tratamiento es utilizada en los trastornos psicológicos para mejorar el bienestar social y emocional del paciente; por lo que las actividades lúdicas y recreativas son un excelente medio para estimular el interés hacia la socialización y desviar los efectos negativos de su trastorno hacia actividades que fomenten el positivismo y la independencia en sus Actividades de la Vida Diaria (A.V.D).

Tomando en cuenta que el estrés postraumático causa un deterioro no solo físico sino social y laboral en la persona que lo padece y debido a que la población económicamente activa y el adulto joven están mayormente expuestos a sufrir accidentes de trabajo o comunes, violencia, asalto o agresiones físicas que pueden desencadenar este trastorno se considera importante la realización de un estudio sobre el tema.

Es por ello que el presente documento contiene el informe final de investigación sobre los Beneficios de la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa en pacientes con Trastorno de estrés postraumático en edades de 20 a 50 años de ambos sexos, atendidos en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel, estudio que se realizó en el período comprendido de Septiembre a Noviembre de 2007.

El documento se ha estructurado en seis capítulos los cuales se mencionan a continuación:

En el Capítulo Uno se da a conocer el planteamiento del problema , en el que se exponen en primer lugar los antecedentes del fenómeno objeto de estudio, presentando lo más importante y básico sobre el diagnóstico que sustenta el problema a investigar, ubicándolo en el plano internacional, nacional y local; además se hace una breve reseña histórica del lugar donde se realizó la investigación. En segundo lugar se formula el enunciado del problema , donde el tema de investigación se plantea como una interrogante la cual sirvió de base para buscar una respuesta. También contiene los objetivos tanto general como específicos que son las metas que se establecieron para realizar la investigación.

El Capítulo Dos contiene el Marco Teórico en el que se desarrolla la base teórica como lo es: Conceptualización, causas signos y síntomas más comunes del trastorno de estrés postraumático, determinando el papel que tiene la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa como alternativa de tratamiento para los pacientes con este trastorno. Al final del capítulo se definen operacionalmente algunos términos básicos empleados en el documento que son de utilidad para que el lector tenga mayor comprensión sobre el estudio.

En el Capítulo Tres se detalla el sistema de hipótesis con sus respectivas hipótesis de trabajo y nula, además se presenta la operacionalización de las hipótesis en variables con sus respectivas definiciones conceptuales y operacionales junto con los indicadores que sirvieron de base para la construcción de los instrumentos que permitieron la recolección de la información.

El Capítulo Cuatro plantea el diseño metodológico donde se establece el tipo de estudio de la investigación, el universo y la muestra que fue objeto de estudio; así como también se presentan los métodos, técnicas e instrumentos que se utilizaron detallando el procedimiento desarrollado durante la investigación.

El Capítulo Cinco presenta los resultados obtenidos con la ejecución del proyecto, con su respectiva tabulación, análisis e interpretación de resultados representados en cuadros y gráficas estadísticas realizando la prueba de hipótesis correspondiente.

En el Capítulo Seis se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones en base a la investigación realizada.

Finalmente se incluyen las referencias bibliográficas consultadas para la elaboración del documento y los Anexos los cuales contienen los cronogramas de actividades realizadas y los ejemplares de guías utilizadas en la ejecución del proyecto con sus respectivas imágenes del desarrollo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO

La exposición a eventos traumáticos y las consecuencias que de ello se derivan no es un fenómeno nuevo. Los seres humanos han experimentado tragedias y desastres a lo largo de toda la historia. “Evidencias de reacciones postraumáticas datan del siglo sexto antes de Cristo y se fundamentan en las reacciones de los soldados durante el combate”.^{1/}

En la historia de la clasificación psiquiátrica, los Síndromes de respuesta al estrés han sido etiquetados de diversas maneras; así, el DSM I (Primer sistema oficial de diagnóstico publicado por la American Psychiatric Association) agrupa a estos Síndromes como “Grandes Reacciones al Estrés”. En el DSM II aparecen términos como “Neurosis Ansiosa”, “Trastorno Coyuntural Transitorio” ó “Neurosis Traumática”. Es hasta 1980 en que se publica el DSM III y donde se reconoce por primera vez el diagnóstico de: “Trastorno de Estrés Postraumático”. En 1994, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM IV) fue publicado y en él se recogen los últimos avances sobre los criterios diagnósticos del trastorno.

^{1/} HOLMES, Richard, Psicología de Guerra, 2º Edición, Pág. 182.

Los síndromes de respuesta al estrés han sido definidos como “Reacciones neuróticas ante grandes acontecimientos de la vida. Aunque los traumatismos que pueden precipitar tales reacciones son de naturaleza muy diversa (accidentes, agresiones, enfermedades) la respuesta sigue siendo la misma, caracterizándose por un grupo bien definido de signos, síntomas y respuestas psicológicas”.^{2/}

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos posterior a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático donde existe una amenaza para la vida. Entre los acontecimientos que pueden producir este diagnóstico se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de la guerra, ataques personales violentos, torturas, desastres naturales, accidentes automovilísticos graves, quemaduras, etc.

“El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros tres meses posterior al trauma”^{3/}, y la duración de los síntomas muestra considerables variaciones. La mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros tres meses; en otras ocasiones todavía pueden

^{2/} FRANCES, Allen; FIRST, Michael; PINCUS, Harold, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4º Edición, Pág. 435

^{3/} F. Allen; F. Michael; P. Harold, ob. cit. pág. 437

persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posterior al acontecimiento traumático.

A nivel mundial se han realizado diversos estudios sobre los factores de riesgo y las principales causas que pueden desencadenar el trastorno de estrés postraumático. En Colombia por ejemplo se determinó en 1997 mediante un estudio realizado por Martha Herrera, Master en epidemiología y estudiante de Salud Mental del Instituto de Ciencias de la Salud, que: “Los accidentes de tránsito, secuestros, agresiones físicas y sexuales son los principales factores de riesgo que predisponen a este trastorno”^{4/}; concordando los hallazgos del estudio con datos a nivel mundial.

A raíz de los ataques terroristas del 11 de Septiembre de 2001 en Estados Unidos, el Trastorno de Estrés Postraumático tomó relevancia con la realización en ese país de diversos estudios para determinar el porcentaje de personas involucradas que lo desarrollaron, determinando que un significativo número de personas y familiares de los mismos manifestaron síntomas del trastorno. Razón por la cual se implementaron múltiples programas de tratamiento para su abordaje en diferentes centros especializados que cuentan con profesionales del área de Psicología y terapia ocupacional.

^{4/} www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa9/mesa9.htm.(Consultada el 1 de Agosto de 2007)

En El Salvador aún no se han realizado estudios documentados sobre la incidencia y prevalencia de éste trastorno, así como de los principales factores de riesgo que podrían desencadenarlo; aunque no es desconocido que se vive en un ambiente en el que el deterioro de estructuras sociales y culturales como la sobrepoblación y el alcoholismo, causantes de múltiples accidentes de tránsito, y el alto índice de violencia; hacen que este trastorno forme parte de los principales trastornos de ansiedad que vive la población salvadoreña, los cuales en muchas ocasiones se acompañan de una secuela física.

Según estadísticas del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel, “en los últimos cinco años se ha atendido a un promedio de 200 pacientes anuales con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático”^{5/} de ambos sexos y en edad productiva, con diferentes secuelas físicas como amputaciones, traumas craneoencefálicos, fracturas, politraumatismos, etc., los cuales han sido manejados únicamente con diferentes técnicas de terapia física y psicoterapia cognitiva conductual por el profesional correspondiente.

A continuación se hace una breve reseña, como marco de referencia, del lugar donde se realizó la investigación.

^{5/} ISSS, Memoria de Labores del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación 2006. Pág. 5.

El Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de la Ciudad de San Miguel está albergado en el Hospital Militar Regional de San miguel, ubicado sobre la Carretera Panamericana salida a San Salvador; y cubre la población asegurada y beneficiaria de la zona oriental del país. Inició sus labores el 4 de Enero de 1988 con una fisioterapista y un médico fisiatra, posteriormente se fueron incorporando uno a uno los diferentes profesionales que conforman el actual equipo de rehabilitación.

Consta de diferentes áreas: Consulta fisiátrica, área de electroterapia, área de hidroterapia, área de tanques, área de Mecanoterapia, área de terapia ocupacional, consultorio de psicología y sala de espera.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿En qué medida la Terapia Ocupacional Lúdica y Recreativa beneficia a los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático en edades de 20 a 50 años de edad de ambos sexos atendidos en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa en pacientes con trastorno de estrés postraumático en edades 20 a 50 años de ambos sexos, atendidos en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las causas que dan origen al trastorno de estrés postraumático de la población en estudio.

Determinar signos y síntomas emocionales más relevantes que desencadenan el trastorno de estrés postraumático.

Señalar las complicaciones actitudinales que el trastorno de estrés postraumático puede provocar en la recuperación funcional del paciente.

Demostrar los beneficios de la terapia ocupacional lúdica y recreativa aplicada a pacientes con trastorno de estrés postraumático.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 BASE TEÓRICA

2.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN, CAUSAS, SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

El trastorno de estrés postraumático “es un trastorno psiquiátrico que aparece en personas que han vivido u observado un episodio traumático que representa un peligro real para su vida o la de otras personas; amenaza a su integridad física o la de otros, o bien la persona conoce a través de un familiar u otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas y violentas, peligros de muerte o heridas”.^{6/}

Las imágenes de la situación traumática vuelven a reexperimentarse una y otra vez (flashback) en contra de la propia voluntad de la persona a pesar del paso del tiempo, acompañándose de intensas reacciones de ansiedad. Todo esto genera un fuerte estrés, agotamiento y emociones intensas; ya que todas las sensaciones visuales, auditivas y táctiles quedan profundamente grabadas en la memoria siendo mucho más relevantes que cualquier otro recuerdo. Cada

^{6/} www.ondasalud.com/edición/noticia/o,24585180,00html (Consultada 06 de Agosto de 2007)

sensación tiene la función de anclaje por lo que la persona revive con todas sus consecuencias la situación traumatizante.

“Después del trauma estas imágenes, sensaciones y pensamientos no solo provocan ansiedad sino que tienden a generar sentimientos de culpa por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida , por lo que se hizo o no se hizo y por toda una serie de motivos de excesiva autoexigencia”.^{7/}

CAUSAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Las causas de este trastorno se desconocen, aunque se sabe que hay factores predisponentes para que éste se desarrolle como lo son: los psicológicos, genéticos, físicos y sociales que pueden contribuir a su ocurrencia. El trastorno aparece posterior a acontecimientos dramáticos y significativamente traumatizante entre los que se pueden mencionar los de origen natural como los huracanes, terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas; y los provocados por el hombre como:

ACCIDENTES DE TRÁNSITO: Cada año ocurren miles de accidentes de tránsito en nuestro país provocados por diversos factores como el alcoholismo e imprudencia. Algunas personas desarrollan el trastorno de estrés posttraumático

^{7/} Ibidem. Pág 436.

porque viven la experiencia directamente, otros por presenciar el acontecimiento y algunos por el simple hecho de escuchar la noticia del trágico accidente.

ACCIDENTES DE TRABAJO: Estos son todos aquellos accidentes que ocurren dentro del ambiente laboral, en nuestra población son muy frecuentes debido al riesgo que implican algunas profesiones y a que no se cumplen con las normas de seguridad establecidas tanto por el empresario como por el empleador; ya que éste último muchas veces se niega a utilizar el equipo adecuado de protección para evitarlos. Los accidentes de trabajo más frecuentes son: quemaduras eléctricas y empleo inadecuado de maquinaria industrial que pueden llevar a amputaciones de uno o más miembros, caídas de considerable altura que pueden provocar lesiones medulares y heridas por arma de fuego en profesionales de seguridad.

VIOLENCIA/ ASALTOS: El alto índice de criminalidad debido a la crisis económica, social y política que vive nuestro país, deja como consecuencia un alto índice de personas afectadas por asaltos violaciones y extorsiones que pueden contribuir a que una persona desarrolle el trastorno de estrés posttraumático.

“La variabilidad en el origen del trastorno es lo que añade complejidad a la hora de abordar una intervención efectiva de este trastorno”.^{8/} Es decir que en ocasiones dependiendo de la causa que lo provoque así será lo complejo de su resolución.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La sintomatología asociada al trastorno de estrés postraumático se agrupa en tres grandes categorías:

A. RE-EXPERIMENTACIÓN DEL EVENTO TRAUMÁTICO

- **Flashbacks:** Es una rememoración del trauma, las imágenes de la situación traumática se vuelven a reexperimentar una y otra vez.
- **Pesadillas:** El evento u otras imágenes asociadas al mismo recurren frecuentemente en sueños.

^{8/} www.ondasalud.com/edición/noticia/0,24585180,00html (Consultada el 06 de Agosto de 2007)

- **Reacciones físicas y emocionales asociados al trauma:** Estas son desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática.

B. INCREMENTO DE ACTIVACIÓN

- **Dificultad para conciliar el sueño:** La persona presenta dificultad para dormir en cualquier momento y a cualquier hora.
- **Hipervigilancia:** Extremada atención de los sucesos a su alrededor.
- **Problemas de concentración:** Las personas no logran concentrar su atención en sus actividades.
- **Irritabilidad, impulsividad y agresividad:** En ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos de irritabilidad y agresividad, ya que esta anormalmente sensible a los estímulos y propensa a cóleras, irritaciones e impaciencia.

C. CONDUCTAS DE EVITACIÓN Y BLOQUEO EMOCIONAL

- **Huída:** rechazo de la persona a situaciones y lugares relacionados con el evento.

- **Pérdida de interés en actividades normales:** presenta poca motivación para realizar sus actividades de la vida diaria.
- **Bloqueo emocional:** Hay represión en la intensidad de la expresión emocional hacia el mundo exterior.
- **Sentimiento de futuro incierto:** Suelen creer que su vida a terminado y ya no hay esperanza ni razón para el futuro.
- **Aislamiento social:** Se apartan de su entorno familiar, social y laboral evitando las relaciones interpersonales.

Los síntomas mencionados anteriormente son los que se presentan con mayor frecuencia entre la población afectada por este trastorno, sin embargo es común que en la práctica clínica se observen otros problemas asociados, como:

- **ATAQUES DE PÁNICO:** Todas las personas que experimentan un trauma tienen posibilidades de tener ataques de pánico al ser expuestos a situaciones relacionadas con el evento traumático.

- **DEPRESIÓN:** Muchas personas sufren episodios depresivos posteriores, caracterizada por tristeza, abatimiento, melancolía, y pérdida de interés que en casos graves puede llegar a tener ideas suicidas.
- **IRA Y AGRESIVIDAD:** Son reacciones comunes y hasta cierto punto lógicas entre víctimas de un trauma. Sin embargo, cuando sus límites son desproporcionados interfieren significativamente en el éxito terapéutico y en el funcionamiento diario del sujeto.
- **ABUSO DE DROGAS:** Es frecuente el uso de drogas y alcohol para esconder el dolor asociado al trauma.
- **ANSIEDAD:** Es un estado específico de incomodidad acompañado de un sentimiento de incertidumbre y miedo sin estímulo aparente, el cual puede estar asociado con cambios fisiológicos como la sudoración, temblor y taquicardia.
- **ESTRÉS:** La persona presenta reacciones biológicas frente a cualquier estímulo adverso, físico, mental y emocional relacionado con el evento traumático que altera la homeostasis del organismo.

- **TENSIÓN:** Frecuentemente se encuentran con problemas para lograr la relajación en sus actividades.
- **CONDUCTAS EXTREMAS DE MIEDO Y EVITACION:** Es un signo común en la mayoría de los casos de pacientes con este trastorno que en ocasiones se generaliza a otras situaciones dificultando el trabajo terapéutico.

2.1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos más ampliamente utilizados como referencia para la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático son los recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - IV) los cuales se detallan a continuación:

A. “LA PERSONA HA ESTADO EXPUESTA A UN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO EN EL QUE HA EXISTIDO 1 Y 2:

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

2. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

B. EL ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO ES REEXPERIMENTADO A TRAVÉS DE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES FORMAS PERSISTENTEMENTE:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes que provocan malestar, en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos que recuerden el acontecimiento.

C. EVITACIÓN PERSISTENTE DE ESTIMULOS ASOCIADOS AL TRAUMA Y EMBOTAMIENTO DE LA REACTIVIDAD GENERAL DEL INDIVIDUO TAL Y COMO INDICAN TRES O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos sobre el suceso.
2. Esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que recuerden el trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción del interés a la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva.
7. Sensación de un futuro desolador.

D. SÍNTOMAS PERSISTENTES DE AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN TAL Y COMO INDICAN DOS O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS:

1. Dificultad para mantener o conciliar el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultad para concentrarse
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

**E. ESTAS ALTERACIONES (SÍNTOMAS DE LOS CRITERIOS B, C Y D)
SE PROLONGAN MÁS DE UN MES.**

**F. ESTAS ALTERACIONES PROVOCAN MALESTAR CLÍNICO
SIGNIFICATIVO O DETERIORO SOCIAL, LABORAL O DE OTRAS ÁREAS
IMPORTANTES DE LA ACTIVIDAD DEL INDIVIDUO”.**^{9/}

Según el inicio y la duración de los síntomas del trastorno éste se clasifica de la siguiente manera:

AGUDO: Cuando la duración de los síntomas es inferior a los tres meses.

CRÓNICO: Cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los tres meses.

DE INICIO DEMORADO: Indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Diagnóstico Diferencial

Debe diferenciarse el trastorno de estrés postraumático de:

^{9/} Ídem.

TRASTORNO ADAPTATIVO: Donde el factor estresante puede tener cualquier intensidad a diferencia del trastorno de estrés postraumático donde el factor estresante debe revestir suma gravedad como por ejemplo un peligro para la vida.

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO: Se diferencia del trastorno de estrés postraumático porque el cuadro sintomático del primero aparece y se resuelve en las primeras cuatro semanas posterior al acontecimiento.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: Los síntomas no se relacionan con la experiencia de un acontecimiento traumático.

2.1.3 COMPLICACIONES EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Los efectos físicos de un desastre son evidentes; miles de personas pierden sus vidas o son gravemente heridos. Los efectos emocionales: Miedo, ansiedad, rabia, bloqueo emocional, ira, estrés, resentimiento, etc. son también obvios. “Para muchas víctimas estos síntomas desaparecen con el tiempo o se mitigan; sin embargo para otros muchos las secuelas son a largo plazo y

alcanzan la condición de crónicas si no reciben un tratamiento adecuado y en su momento”,^{10/} afectando la capacidad de la persona para retornar a su vida normal tanto en sus relaciones familiares como el trabajo y las situaciones sociales. Algunas veces el trauma puede llegar a interferir en sus relaciones interpersonales lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcios o pérdida del empleo añadiendo complejidad a la hora de abordar terapéuticamente al paciente con éste diagnóstico.

Una de las mayores complicaciones en la recuperación funcional del paciente con este diagnóstico es la actitud y predisposición que tenga a la hora de su abordaje, ya que estos pacientes presentan síntomas como agresividad, irritabilidad, ataques de ansiedad, fobias, pérdida de interés en las distintas actividades cotidianas, aislamiento, sentimientos suicidas y falta de autoconfianza en la recuperación de una vida normal, sobre todo cuando existe una incapacidad física parcial o total que les impide valerse por sí mismos. En este último caso el trauma llega a afectar su aspecto físico y su yo interno; la persona atraviesa momentos de impotencia al hacer uso de las ganancias o beneficios secundarios, llegando en ocasiones a sentirse molesto por la dependencia.

Todo lo anteriormente expuesto contribuye a impedir el curso normal de la rehabilitación funcional del paciente con estrés postraumático, de ahí deriva la

^{10/} www.psicología-online.com/ciopa2001/actividades/16/ (Consultada el 06 de Agosto de 2007)

importancia de reconocer que si se quiere que cualquier tratamiento físico tenga éxito debe atenderse primero el estado psicológico del paciente.

Existen además algunos factores limitantes no atribuibles al paciente que pueden retrasar la recuperación física y emocional de los pacientes con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, los cuales son: limitaciones de tiempo y recursos humanos especializados, territorialismo profesional dentro del ambiente clínico y desvalorización de modalidades de trabajo novedosas o poco conocidas.

2.1.4 EL PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL LÚDICA Y RECREATIVA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Se han utilizado muchas técnicas y estrategias para el abordaje terapéutico del trastorno de estrés postraumático, pero no puede decirse que alguna de ellas puede ser considerada superior al resto en cuanto a efectividad.

La Terapia Ocupacional es "el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías, promover y

mantener la salud”^{11/}. Es utilizada con fines terapéuticos desde la Primera Guerra Mundial, teniendo sus orígenes a finales del Siglo XIX como un aditamento en hospitales de enfermos mentales. Esta rama de la medicina trabaja tanto en la Medicina Física como en la Rehabilitación psiquiátrica, que son disciplinas con las que se identifica y para las cuales tiene preparación práctica, por lo que puede aportar técnicas de tratamiento que se ocupen de la rehabilitación emocional de la persona físicamente incapacitada.

Una de las bases filosóficas de la Terapia Ocupacional es que “el bienestar mental y psicológico de un individuo está íntimamente ligado o determinado por la capacidad que tiene la persona para llevar a cabo la evaluación de su propia competencia dentro de su entorno”^{12/}. La incapacidad física adquirida por cualquier causa levanta barreras potenciales que se oponen a la consecución de la competencia.

La meta de la Terapia Ocupacional cualquiera, que sea la naturaleza de la incapacidad, es la de ayudar al paciente disfuncional a alcanzar tanto la salud mental como la física, a través del desarrollo, mantenimiento , mejoramiento y recuperación del desempeño de funciones necesarias conocidas éstas como áreas del desempeño funcional, las cuales se dividen en tres grandes grupos:

^{11/} HOPKINS, Helen L. SMITH, Helen D., Terapia Ocupacional, 8ª Edición. Pág. 4.

^{12/} KRUEGER, David W., Psicología de la Rehabilitación, Pág.271

AREAS DE AUTOCUIDADO: En las que se incluyen las actividades de la vida diaria, entendiéndose estas como actividades de vestuario, alimentación, aseo personal, defecación y micción, traslados y socialización.

AREAS DE TRABAJO: Se incluyen dentro de este grupo el manejo del hogar como cocinar, limpieza, etc.; y actividades relacionadas con el cuidado de otros, educación y vocacionales.

AREAS DE ESPARCIMIENTO: Que exploran y desempeñan el esparcimiento a través de los intereses, destrezas y habilidades de las personas.

La Terapia Ocupacional se apoya en diversos programas de intervención terapéutica para el tratamiento de trastornos psiquiátricos como las terapias lúdicas y recreativas, que consisten en:

TERAPIA LUDICA: Es aquella en la que se utilizan los beneficios terapéuticos del juego y difiere del juego normal en el hecho de que a través de ellas el terapeuta ayuda al paciente a tratar sus propios problemas y desarrollar carencias emocionales y sociales. Es aplicada como tratamiento de elección en ambientes de asistencia psicológica con pacientes de todas las edades para una intervención primaria o como terapia de apoyo en problemas de salud mental y pueden ser ejecutadas al aire libre o bajo techo dentro de un salón que ofrezca

las condiciones necesarias para la actividad a realizar. Los poderes curativos del juego son utilizados para:

- Expandir la habilidad de comunicarse con los demás.
- Expresar sentimientos.
- Divertirse.
- Aliviar el estrés.
- Conectarse con los demás en forma positiva.
- Regular emociones.
- Ayudar en la resolución de pensamientos disfuncionales.
- Resolver conflictos internos.
- Manejo de la irritabilidad.
- Desarrollar nuevas soluciones a sus problemas

TERAPIA RECREATIVA: Se basa en la recreación como estrategia integral de enfoque y manejo de los pacientes adultos, la cual es poco utilizada en nuestro medio. Estas consisten en el empleo de actividades cuyo contenido esta orientado a la satisfacción personal, relajación, recreación e interacción con otras personas encontrándose fuera de las obligaciones familiares y ocupacionales del individuo. Estas actividades se realizan al aire libre; y son utilizadas para:

- Desarrollar actitudes positivas
- Desviar la atención de los síntomas
- Ser vía de escape para la agresividad, ansiedad y otras emociones
- Ofrecer oportunidades para mejorar autoestima
- Divertirse y socializar.
- Predisponer a la terapia física
- Lograr mayor independencia en sus actividades de la vida diaria

La intervención de la Terapia Ocupacional lúdica y recreativa en el Trastorno de Estrés Postraumático constituye una herramienta para lograr que el paciente disminuya sus tensiones y temores, distrayéndolo de sus angustias a través del esparcimiento; relacionando las actividades con el problema que enfrenta cada paciente en particular ó seleccionándolas para aflorar determinados comportamientos y respuestas específicas de índole rehabilitantes en lo físico y emocional. Además, sirven como apoyo de tratamientos físicos en aquellos casos en que el paciente con Estrés Postraumático presente alguna limitación física como consecuencia del acontecimiento traumático.

ACTIVIDADES LUDICAS Y RECREATIVAS UTILIZADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

TÉCNICA DISCO FORUM

Esta técnica es motivacional y se utiliza para el crecimiento personal, consiste en presentar una canción cuyo contenido ayude a tener una visión diferente de la vida al grupo de participantes, la cual oirán, cantarán y reflexionarán sobre su mensaje. Se les da una copia de la canción a cada paciente para que subrayen la palabra frase o estrofa que más les llama la atención; se comentará acerca de la experiencia y se hará una reflexión final. La música se seleccionará de acuerdo al objetivo que se persigue. (Ver Anexo N° 3 y 4)

DINAMICA VISION AL FUTURO

El estrés postraumático da la sensación a las personas de que su vida se ha acortado por lo que es necesario reforzar esta área con dinámicas como la de visión al futuro que ayudan para que la persona se motive a identificar metas a mediano y largo plazo. La dinámica consiste en pedir que dibujen un sol ó un círculo con trazos, en cada rayo escribirán una meta que tengan en su vida, éstas pueden ser de estudio, económicas, familiares, personales, etc. Cuando

hayan terminado la comparten con el grupo expresando la meta mas importante para cada uno. Al final se realizan preguntas como: ¿Qué aprendieron con el ejercicio?, ¿De qué depende lograr éstas metas?, ¿Qué tienen que hacer para lograrlas? (Ver Anexo N° 5 y 6)

REALIZACIÓN DE EJERCICIOS AERÓBICOS

Esta técnica puede ser realizada tanto al aire libre como en un salón adecuado para ello en el que se utilizará grabadora con música alegre para la realización de los ejercicios, los cuales serán guiados por la terapeuta ocupacional adaptándolos a las capacidades físicas de cada paciente en particular. El objetivo de la actividad es ser una vía de escape a síntomas como estrés, ansiedad y otros muchos síntomas que puedan interferir negativamente en el estado emocional del paciente, además de mejorar su condición física, mejorar hábitos y desarrollar habilidades para la realización de sus actividades de la vida diaria.

PASEOS AL AIRE LIBRE

Esta actividad se realiza con el objetivo de que los pacientes se diviertan y socialicen con otros que presentan el mismo diagnóstico, intercambiando estrategias utilizadas por cada uno de ellos empíricamente para desviar la

atención de sus síntomas negativos como depresión, irritabilidad, ansiedad, etc. Siendo de utilidad para la elaboración de soluciones alternativas a problemas de su conflicto emocional; además ofrecen la oportunidad de intercambiar experiencias en otros aspectos de su vida. Consiste en realizar salidas a diferentes lugares fuera del ambiente hospitalario sean éstos turísticos o no. Esta técnica recreativa da la oportunidad de poder realizar otras técnicas al mismo tiempo, como una dinámica grupal del buen humor, en éstos pacientes sirve mucho utilizar la risa, se sabe que la técnicas del buen humor son excelentes ya que científicamente se a comprobado que la risa libera neurotransmisores como las endorfinas que son sustancias cerebrales que nos ayudan al bienestar físico y emocional. (Ver Anexo N° 7)

JUEGOS DE MESA

Entre éstos se pueden utilizar el juego de damas, damas chinas, monopolio, juego de cartas; los cuales serán guiados por el terapeuta ocupacional, quien explicará la técnica y las reglas del juego. Se trabajará en grupos de 2 a 4 personas dando un tiempo estipulado de 20 a 30 minutos para la realización de los mismos. La actividad ayudará para el mejoramiento de autoestima, desviar atención de síntomas negativos que presente el paciente haciendo un buen empleo de su tiempo libre, para diversión y socialización. (Ver anexo N° 8)

DINAMICA COMO ME SIENTO HOY

Esta dinámica se realiza con el objetivo de aflorar estados de ánimo y la reflexión en grupo sobre cómo afecta el estado de ánimo en las relaciones interpersonales, familiares y laborales. La técnica consiste en la distribución de hojas en las que se presentan muchas caras con distintas expresiones de estados de ánimo, el paciente escogerá la que considere se asemeja más a su estado de ánimo en ese momento, luego se hará discusión en grupo sobre las repercusiones positivas y negativas para las relaciones con los demás. (Ver Anexo N° 9 y 10)

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN (LA CAMARA DE CINE)

Esta es una técnica de relajación utilizada para disminuir la ansiedad, el estrés, irritabilidad o cualquier otro síntoma provocado por el trastorno de estrés posttraumático. La técnica puede ser realizada al aire libre o en un salón con suficiente ventilación para ser agradable; será guiada por el terapeuta ocupacional y consiste en pedirle a cada paciente que cierre sus ojos y adopte una postura lo más cómoda posible, respire tres veces profundamente e intente abandonar las preocupaciones o tensiones acumuladas durante el día.....Imagine ahora que es una cámara de cine y se dispone a rodar un pequeño cortometraje de su cuerpo..., va a realizar un recorrido, una exploración visual, desde los pies

hasta la cabeza, despacio, tranquilamente, observando zona por zona de tu cuerpo a través de la cámara.. Fíjate en la forma, tamaño y textura de cada parte que estés filmando e intenta captar el mayor número de detalles posible.. Percibe la longitud de cada dedo de tus pies, el espacio que hay entre ellos, la planta, el talón, los tobillos y, poco a poco ve subiendo...pantorrillas, rodillas, muslos... No olvides filmar también por detrás: espalda, cuello.....Una vez que hayas finalizado esa toma general concéntrate en la zona de mayor tensión e intenta obtener un primer plano de ella...Aproxímate todo lo que puedas con la cámara y mira detenidamente, fijándote bien.....Esa zona es la estrella de tu película, la protagonista, trata de entender sus nervios, y pídele que se relaje , que se tranquilice....Haz que se sienta importante y querida.....Cuando percibas que ya no esta tan tensa dirige tu cámara a tu rostro...Contempla la expresión que tiene tu rostro, observa tu frente despejada, tersa y sin arrugas, fíjate en la serenidad de tu rostro y el estado de tranquilidad en el que reposa ahora tu cuerpo. Observa como el aire entra y sale suavemente por la nariz haciendo que todas tus células se oxigenen y recarguen energía. Quédate ahí durante algunos minutos y cuando quieras respira profundamente un par de veces, estírate y antes de abrir los ojos busca un título para tu película. Posteriormente se realiza un análisis breve sobre la experiencia realizada, haciendo preguntas como: ¿Qué les pareció?, ¿Se sintieron bien?, ¿Lograron relajarse? (Ver anexo N° 11)

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO: Es el suceso en el cual se da un choque emocional que deja una impresión duradera en el subconsciente y el cual puede ser de origen natural o puede ser provocado por el hombre.

BIENESTAR EMOCIONAL: Estado normal en las emociones de la persona, las cuales se manifiestan en la proporción adecuada y en la correspondencia al tipo de experiencia que se viva.

BIENESTAR SOCIAL: Condición de la persona que vive estable, satisfaciendo sus necesidades humanas e integrado funcionalmente en la sociedad.

CONDUCTA DE EVITACIÓN: Es la conducta en la cual el individuo no permite que se avoquen a él recuerdos, sentimientos y pensamientos sobre un suceso desagradable para él, haciendo esfuerzos por evitar lugares, personas y actividades que recuerden el suceso.; es una forma de conducta de escape.

EMBOTAMIENTO EMOCIONAL: Es la reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional hacia el mundo exterior.

INCREMENTO DE ACTIVACION: Uno de los síntomas característicos del paciente con trastorno de estrés postraumático, en el que presenta dificultad para conciliar el sueño y concentrarse, irritabilidad, sobresaltos e hipervigilancia.

REHABILITACIÓN FUNCIONAL: Restablecimiento de una persona con secuela física, emocional o mental para desempeñar normalmente los roles y funciones que la sociedad le demande.

SECUELA FÍSICA: Daño físico residual de un traumatismo o enfermedad grave sufrido por la persona.

SÍNTOMA: Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.

SOCIALIZACION: Proceso por el cual la personalidad de un individuo asume las normas, reglas, costumbres y valores de un grupo social

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: Se centra en la facilitación directa de capacidades de respuesta en situaciones problemáticas, utiliza procedimientos para la modificación de la conducta, la resolución de problemas y el autocontrol.

SIGLAS UTILIZADAS

A.V.D: Actividades de la Vida Diaria.

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

Las hipótesis que orientaron el estudio fueron las siguientes:

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hi: La aplicación de terapia lúdica y recreativa disminuye los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes que lo padecen en edades de 20 a 50 años de ambos sexos, atendidos en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel.

3.2 HIPÓTESIS NULA

Ho: La aplicación de terapia lúdica y recreativa no disminuye los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes que lo padecen en edades de 20 a 50 años de ambos sexos, atendidos en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Hi: La aplicación de terapia lúdica y recreativa disminuye los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en pacientes que lo padecen en edades de 20 a 50 años de ambos sexos, atendidos en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel.	V1 Terapia lúdica y recreativa.	Desarrollo de actividades en que se emplean el juego y la recreación como programas de intervención terapéutica.	Proceso que permite la aplicación de técnicas encaminadas a mejorar la socialización y la disminución de síntomas de Estrés Postraumático.	-Paseos al aire libre. -Técnica Disco Forum. -Dinámica visión al futuro. -Ejercicios aeróbicos. -Juegos de mesa. -Técnicas de relajación.
	V2 Trastorno de Estrés Postraumático	Trastorno emocional que se manifiesta por la aparición de síntomas característicos posterior a un acontecimiento traumático y psicológicamente desagradable	- Referencia de psicología. - Evaluación de síntomas presentes del Trastorno de Estrés Postraumático a través de encuesta.	-Pesadillas -Insomnio -Irritabilidad -Pérdida de motivación en sus actividades. -Aislamiento Social. -Depresión. -Baja Autoestima. -Ansiedad. -Estrés

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El desarrollo de la investigación se realizó a través del **METODO CIENTÍFICO**, ya que se llevó a cabo un proceso sistemático planteándose el problema a investigar y se puso a prueba la hipótesis y los instrumentos de trabajo investigativo, abordando el tipo de estudio de carácter **DESCRIPTIVO Y PROSPECTIVO** porque se pretendió demostrar los beneficios de la terapia lúdica y recreativa en pacientes que presentaban el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático y que asistieron al Departamento de Medicina Física y Rehabilitación en el período comprendido de Septiembre a Noviembre del 2007.

4.2 UNIVERSO

Para obtener el universo se establecieron enlaces con el área de psicología del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del ISSS San Miguel quien identificó los pacientes que presentaban diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático que asistieron a tratamiento durante el período comprendido de Septiembre a Noviembre de 2007, obteniéndose un universo de 42 pacientes.

4.3 MUESTRA

Se seleccionaron a los pacientes referidos por Psicología con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático que presentaban los siguientes criterios: Edad comprendida entre 20 a 50 años, de ambos sexos; seleccionando una muestra de 12 pacientes.

4.4 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo que se utilizó fue el **No Probabilístico**, elaborando un listado de todos los pacientes referidos por psicología y seleccionándolos según criterios de inclusión detallados anteriormente.

4.5 TECNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACION

Las técnicas que se utilizaron durante la investigación fueron:

Documental: Bibliográfica y escrita que permitieron obtener información para la sustentación de los antecedentes del fenómeno objeto de estudio y la Base teórica; además de abordar datos estadísticos que sirvieron para la recopilación de datos reales del comportamiento del problema en el lugar en que se realizó la investigación.

De Campo: A través de encuesta que sirvió para recopilar información sobre los síntomas que presentaban los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático antes y después de la aplicación de técnicas de terapia lúdica y recreativa; y la entrevista sumamente útil en todo tipo de estudio, que permitió el registro escrito de las reacciones emocionales y conductuales que presentaban los pacientes después de la ejecución del tratamiento.

4.6 INSTRUMENTOS

Para recolectar y registrar la información, se utilizaron los siguientes instrumentos:

Documental: Las fichas bibliográficas que permitieron obtener información de libros, diccionarios y correos electrónicos; la ficha para documentos escritos que dio información de los registros de incidencia del Trastorno de Estrés Postraumático en el lugar de la investigación.

De Campo: Se hizo uso de la guía de encuesta que se aplicó a los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático la cual fue auto aplicada (Ver Anexo N° 12). Además se hizo uso de la guía de entrevista que se aplicó al finalizar el programa de tratamiento (Ver Anexo N° 13).

4.7 PROCEDIMIENTO

El desarrollo del trabajo de investigación se realizó en dos etapas:

En la **primera etapa** se elaboró un listado de temas a investigar tomando en cuenta las características que debe poseer cada uno de los temas. Posteriormente se realizó la selección del mismo con ayuda del asesor y en base a verificación de investigaciones anteriores sobre los temas propuestos.

Una vez aprobado el tema se procedió a la selección del lugar donde se realizaría el proyecto, iniciando así la elaboración del perfil de investigación.

Seguidamente se procedió a la recopilación de información bibliográfica pertinente al tema de investigación para la elaboración del protocolo de investigación durante el período comprendido de Julio - Agosto de 2007.

Una **segunda etapa** comprendió la ejecución del proyecto en donde se procedió a solicitar un permiso a la Jefatura del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del ISSS para la realización de la investigación a la vez de que se le hizo entrega de una copia del proyecto con la finalidad de que ésta tuviera información del proceso que se llevaría a cabo durante la investigación.

Además se pidió la colaboración del recurso de psicología para la identificación de pacientes con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático.

Posteriormente se realizó una reunión con la población identificada por psicología para determinar la muestra a estudiar, la cual fue elegida a través del método no probabilístico elaborando un listado de pacientes con características comunes de sexo y edad requeridas para el estudio.

Seguidamente se pasó a explicar a los pacientes en estudio en que consistiría el programa, aplicándoles la guía de encuesta de manera individual, con la finalidad de identificar los síntomas existentes al momento de iniciar la investigación.

El programa de aplicación de terapias lúdicas y recreativas se desarrolló en doce sesiones distribuidas en una sesión semanal; al finalizar el programa y para evaluar su efectividad se aplicó la guía de encuesta y guía de entrevista de manera individual para hacer una comparación de la disminución de sintomatología en los pacientes involucrados al iniciar y finalizar la investigación.

Los resultados de la aplicación de la guía de encuesta se tabularon para poder realizar el análisis e interpretación de los datos en base a los cuales se

elaboraron las conclusiones y se hicieron las recomendaciones necesarias y pertinentes.

En la bibliografía se registraron las fuentes de consulta que se utilizaron durante la elaboración del documento de investigación.

Finalmente se adjuntaron los anexos que se utilizaron para recoger información y que sirvieron como material de apoyo para la ejecución de las actividades a realizar durante la investigación en el período de Septiembre a Noviembre de 2007.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados de la investigación obtenidos durante el proceso de ejecución, la cual fue realizada en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel.

La muestra en estudio estuvo conformada por 12 pacientes de ambos sexos atendidos en dicho departamento entre las edades de 20 a 50 años; pudiéndose comprobar como la terapia lúdica y recreativa disminuyó los síntomas del trastorno de estrés postraumático en pacientes que lo padecen.

Los resultados obtenidos a través de la guía de pre-encuesta, post-encuesta y la guía de entrevista se tabularon, analizaron e interpretaron de acuerdo al siguiente orden:

Cuadro N° 1, población según edad y sexo; N° 2, datos sobre causas del estrés postraumático; N° 3, datos sobre la presencia de pesadillas; N° 4, datos sobre la presencia de imágenes y recuerdos dolorosos del acontecimiento; N° 5, datos sobre la dificultad para iniciar o mantener el sueño; N° 6, datos sobre presencia de irritabilidad; N° 7, datos sobre pérdida de interés en actividades normales; N° 8, datos sobre sensación de aislamiento social; N° 9, datos sobre la

capacidad de sentir tristeza o afecto; N° 10, datos sobre sentimiento de ser menospreciado por otros; N° 11, datos sobre presencia de síntomas nerviosos; N° 12, datos sobre comportamiento emocional y conductual posterior al programa de terapias.

Cabe mencionar que para poder tabular éstos datos se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$F = \frac{F \times 100}{N}$$

En donde:

F = Frecuencia

N = Total de datos (Muestra)

X = Incógnita que representa el tanto por ciento de la cantidad encontrada del total estudiado.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

5.1.1 RESULTADOS DE PRE-ENCUESTA Y POST-ENCUESTA A PACIENTES CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (INSTRUMENTO Nº 1)

CUADRO Nº 1
POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.

EDADES	SEXO				F	%
	M	%	F	%		
20 – 30	3	25%	2	16.6%	5	41.67
30 – 40	0	0%	0	0%	0	0%
40 – 50	3	25%	4	33.3%	7	58.3%
TOTAL	6	50%	6	50%	12	100%

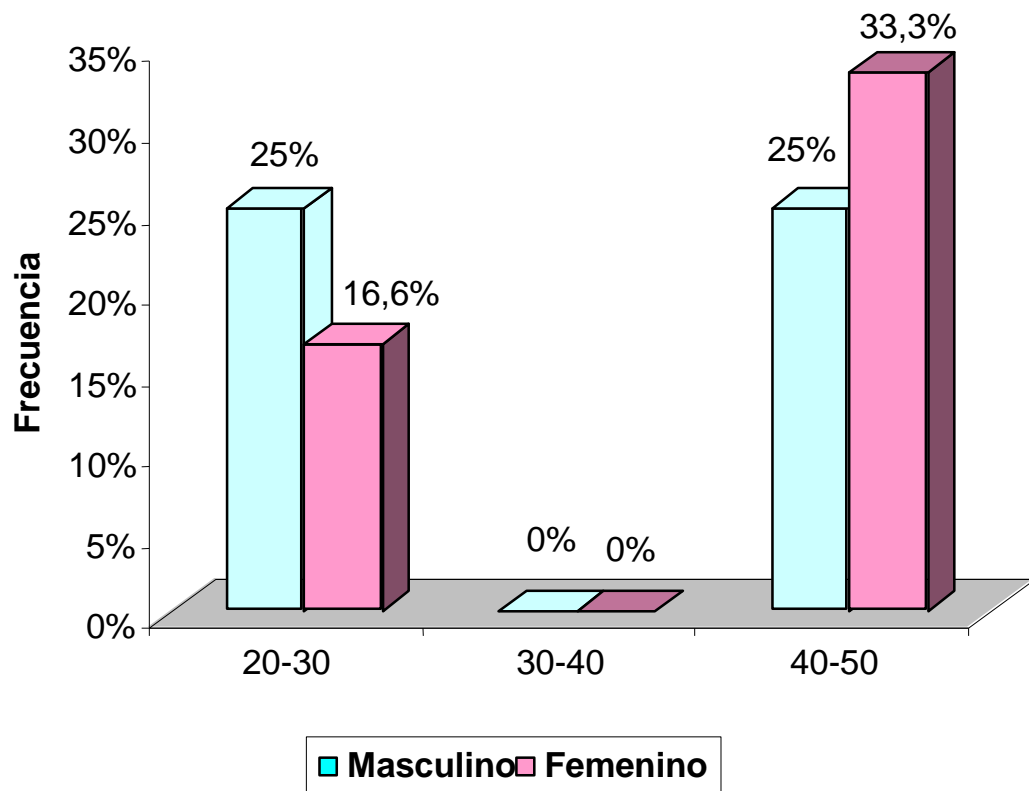
Fuente: Guía de encuesta.

ANÁLISIS: El cuadro Nº 1 representa la edad y sexo de las personas en estudio; así se tiene para las edades de 20 – 30 años género masculino con un porcentaje de 25% y género femenino un 16.6%; de 40 a 50 años un porcentaje de 25% para el género masculino y de 33.3% para el género femenino.

INTERPRETACION: De acuerdo a los datos el mayor porcentaje de incidencia de trastorno de estrés posttraumático se da entre las edades de 40 a

50 años y en menor porcentaje entre las edades de 20 – 30 años. El estrés postraumático es un trastorno que puede presentarse a cualquier edad por lo que los resultados anteriores no son determinantes para definir edad de aparición.

GRÁFICA DE BARRAS Nº 1
POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO



Fuente: Cuadro Nº 1

CUADRO Nº 2
CAUSAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

ACCIDENTES DE TRABAJO		ACCIDENTES DE TRANSITO		OTRAS	
F	%	F	%	F	%
6	50%	5	41.7%	1	8.3%

Fuente: Guía de encuesta.

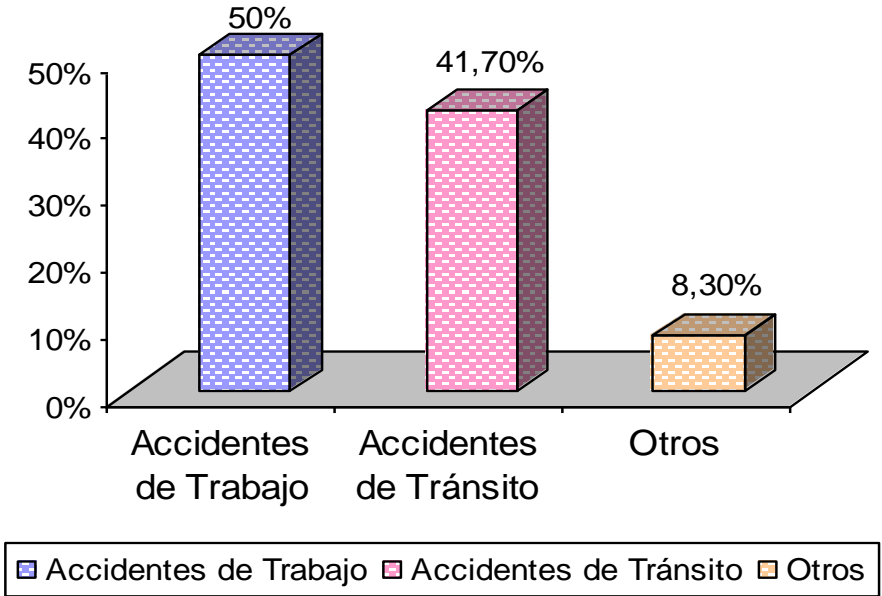
ANÁLISIS: Los datos del cuadro anterior muestran que 6 de 12 o sea el 50% de los pacientes tuvieron como causa de origen del estrés postraumático los accidentes de trabajo, el 41.7% de los casos o sea 5 de ellos se originaron por accidentes de transito y únicamente el 8.3% o sea 1 tuvo su origen en otras causas.

INTERPRETACIÓN: Se observa que la principal causa de origen del diagnóstico en estudio son los accidentes de trabajo muchos de las cuales provocan secuelas físicas como: amputaciones, fracturas y traumas craneoencefálicos. La segunda causa de origen la ocupan los accidentes de

transito, y en tercer lugar tenemos otras causas entre las que se mencionan los asaltos o heridas por armas de fuego.

Lo anterior puede aducirse a que la población estudiada es económicamente activa y esta en mayor riesgo de sufrir accidentes.

GRÁFICA DE BARRAS Nº 2
CAUSAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO



Fuente: Cuadro Nº 2

CUADRO N° 3

PRESENCIA DE PESADILLAS

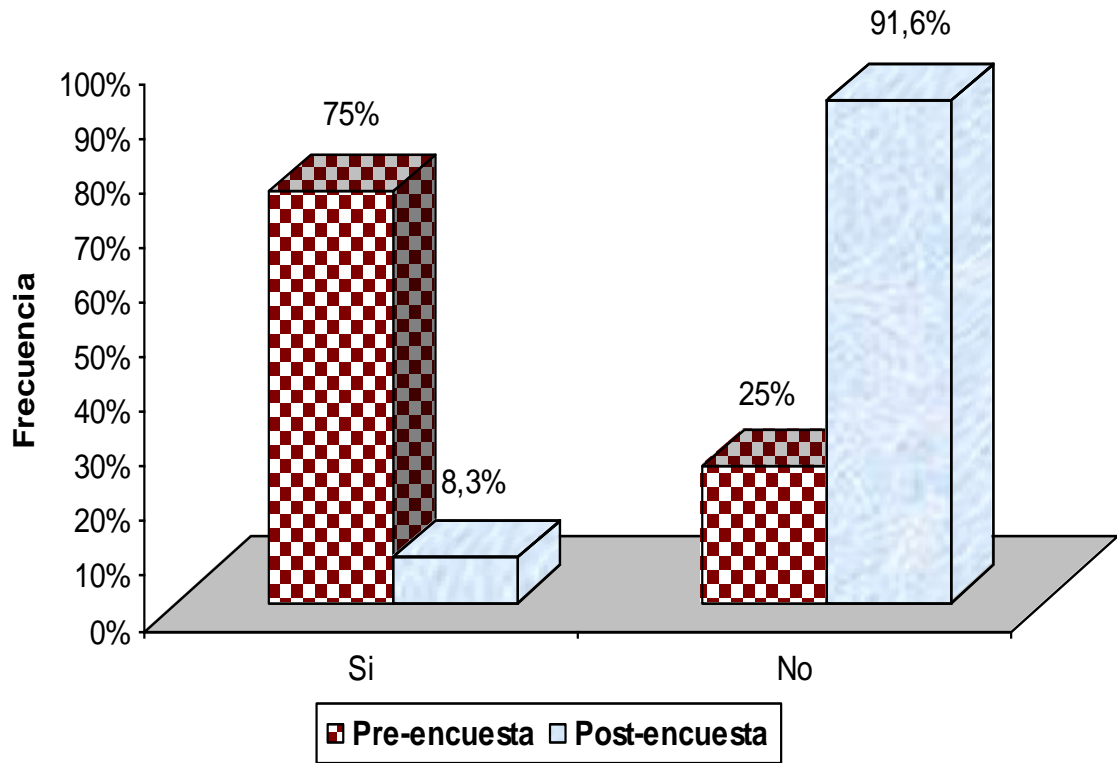
PRE-ENCUESTA				POST-ENCUESTA			
SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%
9	75%	3	25%	1	8.3%	11	91.6%

FUENTE: Guía de encuesta

ANÁLISIS: Los datos del cuadro anterior muestran que 9 de 12 o sea el 75% de los pacientes habían tenido pesadillas antes de la terapia lúdica según la pre-encuesta; pero después del tratamiento 1 de 12 o sea el 8.3% tuvieron pesadillas y el 91.6% no tuvieron pesadillas.

INTERPRETACIÓN: De lo anterior se infiere que la presencia de pesadillas disminuyó considerablemente en los pacientes en estudio; lo cual indica que las técnicas de relajación y los juegos de mesa constituyeron una herramienta útil para ayudar a disminuir éste síntoma y lograr así un sueño reparador.

GRÁFICA DE BARRAS N° 3
PRESENCIA DE PESADILLAS.



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO Nº 4

PRESENCIA DE IMÁGENES Y RECUERDOS DOLOROSOS DEL ACONTECIMIENTO

PRE-ENCUESTA				POST-ENCUESTA			
SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%
9	75%	3	25%	4	33.3%	8	66.6%

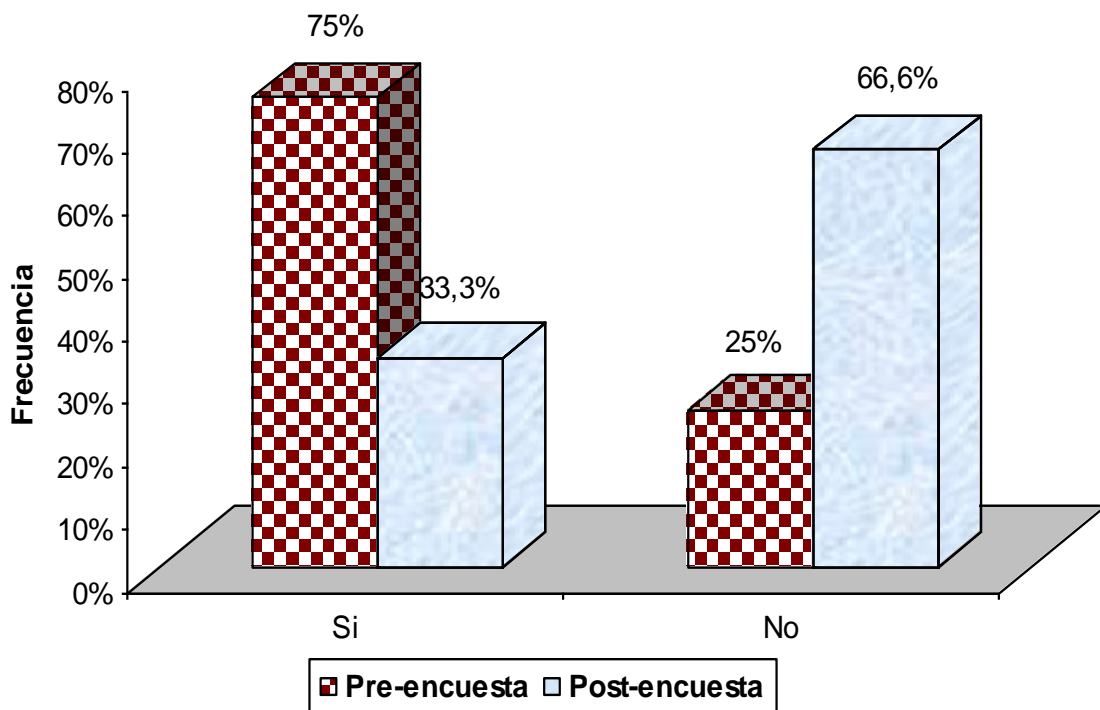
FUENTE: Guía de encuesta

ANÁLISIS: La tabla muestra que 9 de 12 pacientes (75%) sufrían de pensamientos dolorosos del acontecimiento traumático antes de la terapia lúdica y recreativa; mientras que 3 de 12 (25%) no los sufría.

La post-encuesta arrojó que 4 de 12 pacientes (33.3%) tuvo pensamientos dolorosos de acontecimiento traumático y 8 de 12 (66.6%) no los tuvo.

INTERPRETACIÓN: Un alto porcentaje de la muestra en estudio sufría de imágenes y recuerdos, dolorosos del acontecimiento traumático, éste logró disminuirse por medio de la técnica de paseos al aire libre; en la cual los pacientes tuvieron la oportunidad de socializarse intercambiando experiencias que ayudaron a disminuir el síntoma antes mencionado, distrayéndolo de sus angustias a través del esparcimiento.

GRÁFICA DE BARRAS N° 4
PRESENCIA DE IMÁGENES Y RECUERDOS DOLOROSOS DEL
ACONTECIMIENTO.



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO N° 5

DIFICULTAD PARA INICIAR O MANTENER EL SUEÑO.

PRE-ENCUESTA				POST-ENCUESTA			
SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%
9	75%	3	25%	2	16.6%	10	83.3%

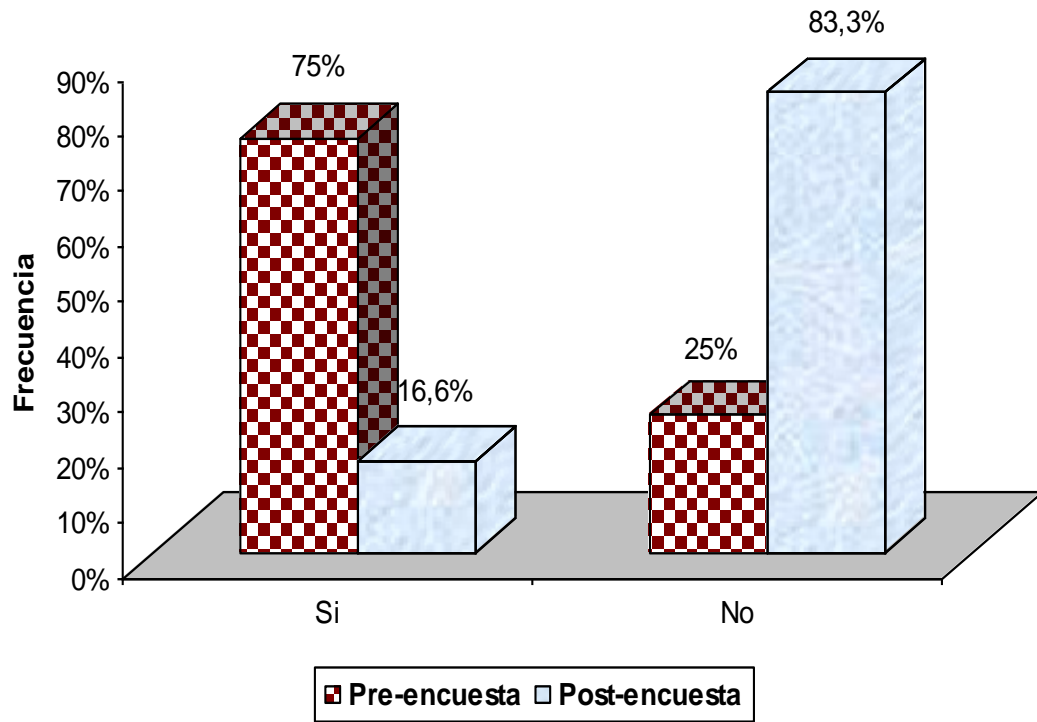
Fuente: Guía de encuesta.

ANÁLISIS: De acuerdo a la pre-encuesta 9 de 12 (75%) de los pacientes presentaba dificultad para mantener el sueño y 3 de 12 (25%) no; la post-encuesta encontró que 2 de 12 (16.6%) presentó las mismas dificultades y 10 de 12 (83.3%) no.

INTERPRETACIÓN: De lo anterior puede inferirse que después de aplicar las técnicas de relajación y los juegos de mesa se logró disminuir la dificultad de iniciar o mantener el sueño en la muestra de los pacientes en estudio. Representando una mejoría satisfactoria con respecto a éste síntoma.

GRÁFICA DE BARRAS Nº 5

DIFICULTAD PARA INICIAR Ó MANTENER EL SUEÑO.



Fuente: Cuadro Nº 5

CUADRO Nº 6

PRESENCIA DE IRRITABILIDAD.

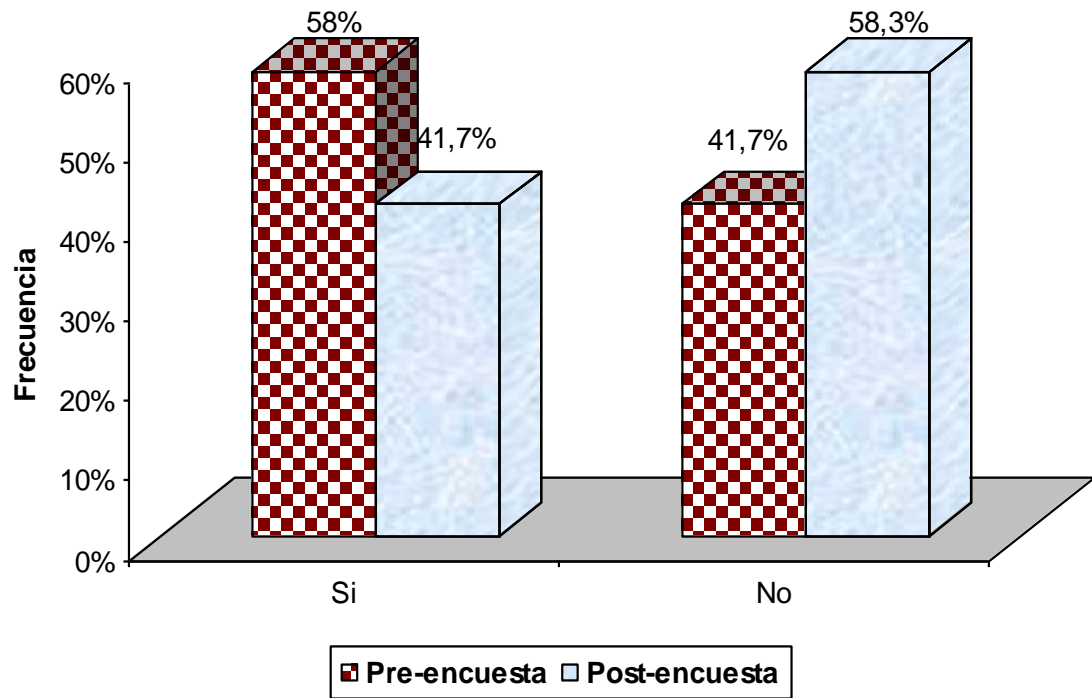
PRE-ENCUESTA				POST-ENCUESTA			
SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%
7	58.3%	5	41.7%	5	41.7%	7	58.3%

Fuente: Guía de encuesta

ANÁLISIS: Según la pre-encuesta 7 de 12 (58.3%) de los pacientes estuvo irritable en los últimos días y 5 de 12 (41.7%) no; la post – encuesta arrojó 5 de 12 (41.7%) positivos para el síntoma anteriormente indicado y 7 de 12 (58.3%) negativos a estar irritables.

INTERPRETACIÓN: La técnica de disco Forum y la dinámica ¿Cómo me siento hoy? Sirvieran como vía de escape para disminuir la irritabilidad que presentaban los pacientes por lo que después de su aplicación la presencia de éste síntoma disminuyó.

GRÁFICA DE BARRAS Nº 6
PRESENCIA DE IRRITABILIDAD.



Fuente: Cuadro Nº 6

CUADRO N° 7

PÉRDIDA DE INTERÉS EN ACTIVIDADES NORMALES

PRE-ENCUESTA				POST-ENCUESTA			
SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%
9	75%	3	25%	2	16.6%	10	83.3%

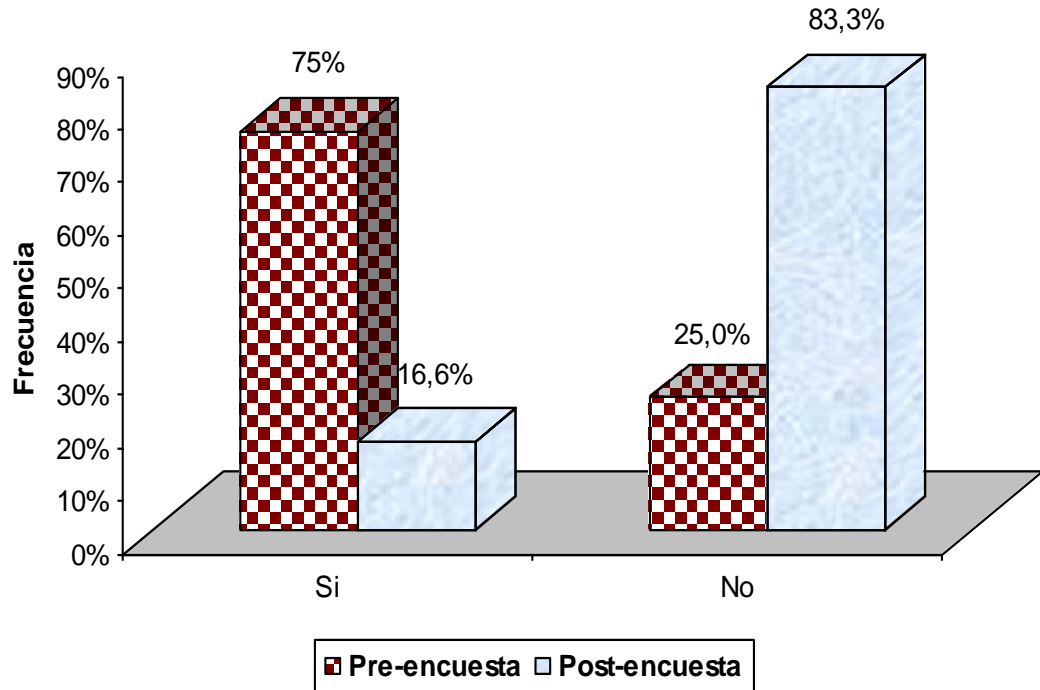
Fuente: Guía de encuesta.

ANÁLISIS: La pre-encuesta muestra que 9 de 12 (75%) ha perdido interés en actividades que antes ha realizado; aun cuando eran para su propio beneficio, y que 3 de 12 (25%) no; la post – encuesta halló positivo 2 de 12 (16.6%) pacientes y negativos a 10 de 12 (83.3%) en el mismo indicador.

INTERPRETACIÓN: Después de ejecutar la técnica visión al futuro y paseos al aire libre se logró disminuir la pérdida de interés en actividades habituales afirmando entonces que: La ausencia de pérdida de interés en las actividades habituales cambio en proporción de menos a más.

GRÁFICA DE BARRAS Nº 7

PÉRDIDA DE INTERÉS EN ACTIVIDADES NORMALES



Fuente: Cuadro Nº 7.

CUADRO Nº 8

SENSACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL.

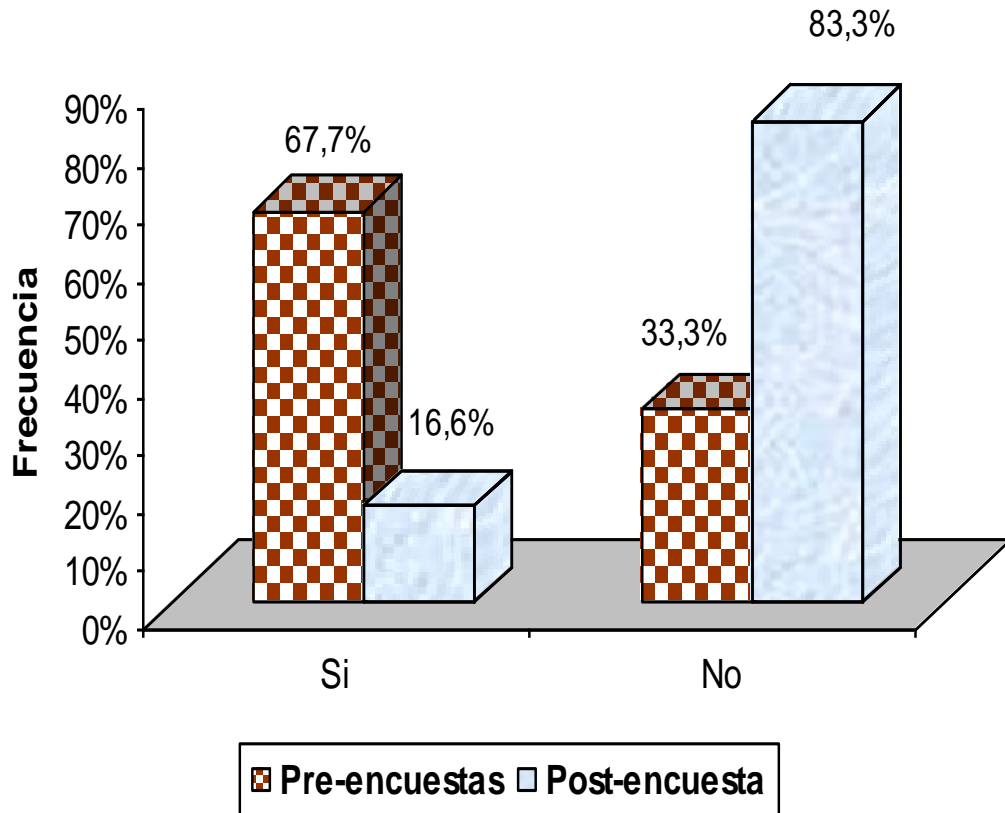
Pre-encuesta				Post-encuesta.			
SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%
8	66.7%	4	33.3%	2	16.6%	10	83.3%

Fuente: Guía de encuesta.

ANÁLISIS: La pre-encuesta encontró que 8 de 12 (66.7%) pacientes que se han sentido distantes o alejados de la gente y 4 de 12 (33.3%) no, en el mismo indicador la post- encuesta encontró positivos 2 de 12 (16.6%) y negativos 10 de 12 (83.3%).

INTERPRETACIÓN: La aplicación de los paseos al aire libre y la socialización a través de los juegos de mesa ayudaron a disminuir el porcentaje de pacientes con sensación de aislamiento social. Logrando el objetivo de conectarse con las demás personas en forma positiva.

GRAFICA DE BARRAS Nº 8
SENSACIÓN DE AISLAMIENTO SOCIAL.



Fuente: Cuadro Nº 8

CUADRO Nº 9

INCAPACIDAD DE SENTIR AFECTO.

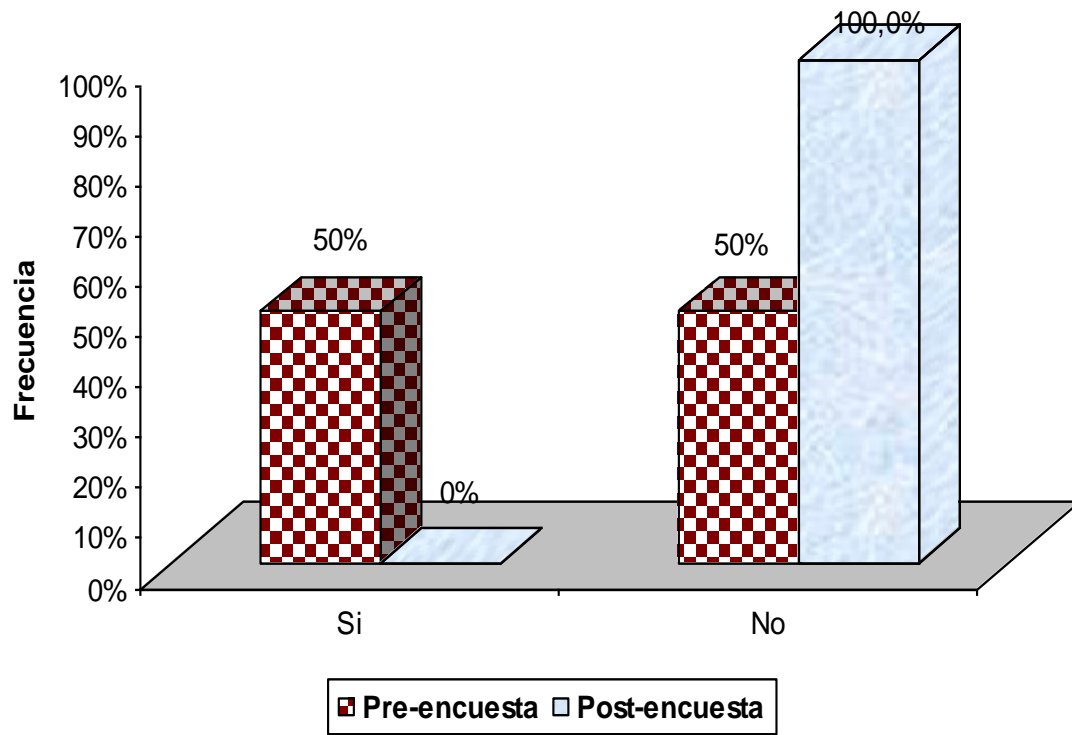
Pre-encuesta				Post-encuesta.			
SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%
6	50%	6	50%	0	0%	12	100%

Fuente: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: La pre-encuesta encontró 6 de 12 (50%) pacientes que dijeron haber sido incapaces de tener sentimientos de afecto y 50% que manifestaron lo contrario, la misma pregunta en la post-encuesta arrojó a ningún paciente positivo y el 100% negativo.

INTERPRETACIÓN: Puede atribuirse un efecto beneficioso de la técnica como me siento hoy la eliminación completa de la incapacidad de sentir afecto en los pacientes con estrés postraumático porque tuvieron oportunidad de expresar, escuchar y compartir sus estados de ánimo.

GRAFICA DE BARRAS N° 9
INCAPACIDAD DE SENTIR AFECTO.



Fuente: Cuadro N° 9.

CUADRO Nº 10

SENTIMIENTOS DE SER MENOSPRECIADO POR OTROS.

Pre-encuesta				Post-encuesta.			
SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%
3	25%	9	75%	0	0%	12	100%

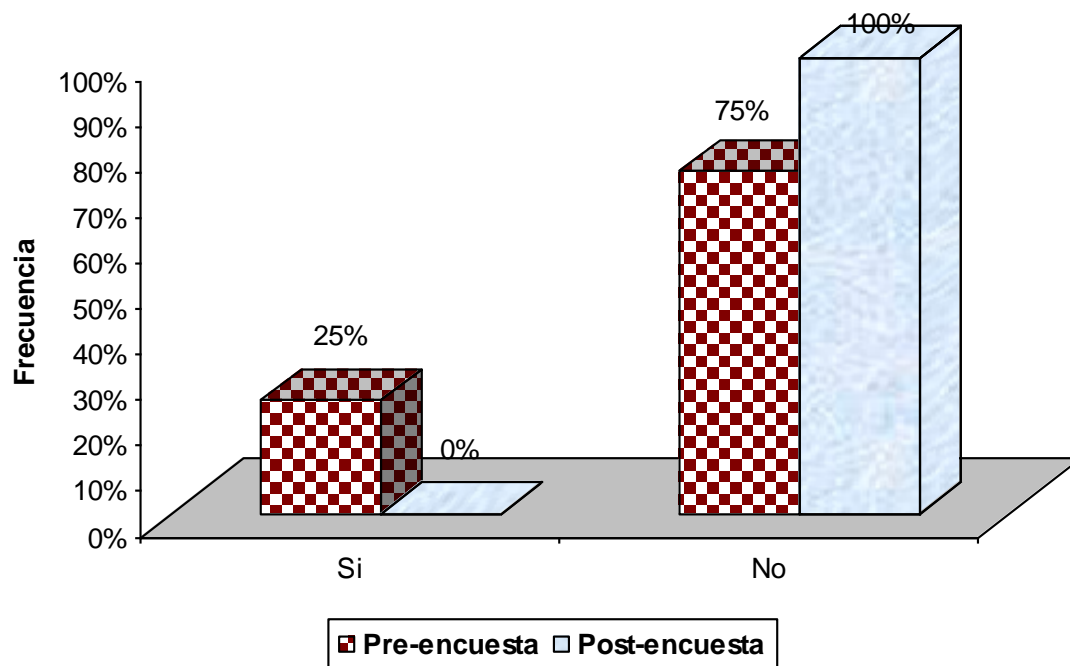
Fuente: Guía de entrevista

ANÁLISIS: 3 de 12 pacientes (25%) dijeron sentirse menospreciados por otros y 9 de 12 (75%) dijeron que no en la pre-encuesta; ninguno (0%) respondió afirmativamente y 12 de 12 (100%) contestó negativamente la misma pregunta en la post-encuesta.

INTERPRETACIÓN: como resultado del ejercicio de las diferentes técnicas recreativas se logró la eliminación total del síntoma: Sentimiento de ser menospreciado por otros. A través de la interacción grupal se hicieron sentir unos a otros como personas privilegiadas al compartir con un grupo especial y expandir su habilidad de comunicarse con los demás

GRÁFICA DE BARRAS Nº 10

SENTIMIENTOS DE SER MENOSPRECIADO POR OTROS.



Fuente: Cuadro Nº 10

CUADRO Nº 11.

PRESENCIA DE SÍNTOMAS NERVIOSOS Ó REACCIONES EMOCIONALES.

Pre-encuesta				Post-encuesta.			
SI		NO		SI		NO	
F	%	F	%	F	%	F	%
7	58.3%	5	41.7%	2	16.6%	10	83.3%

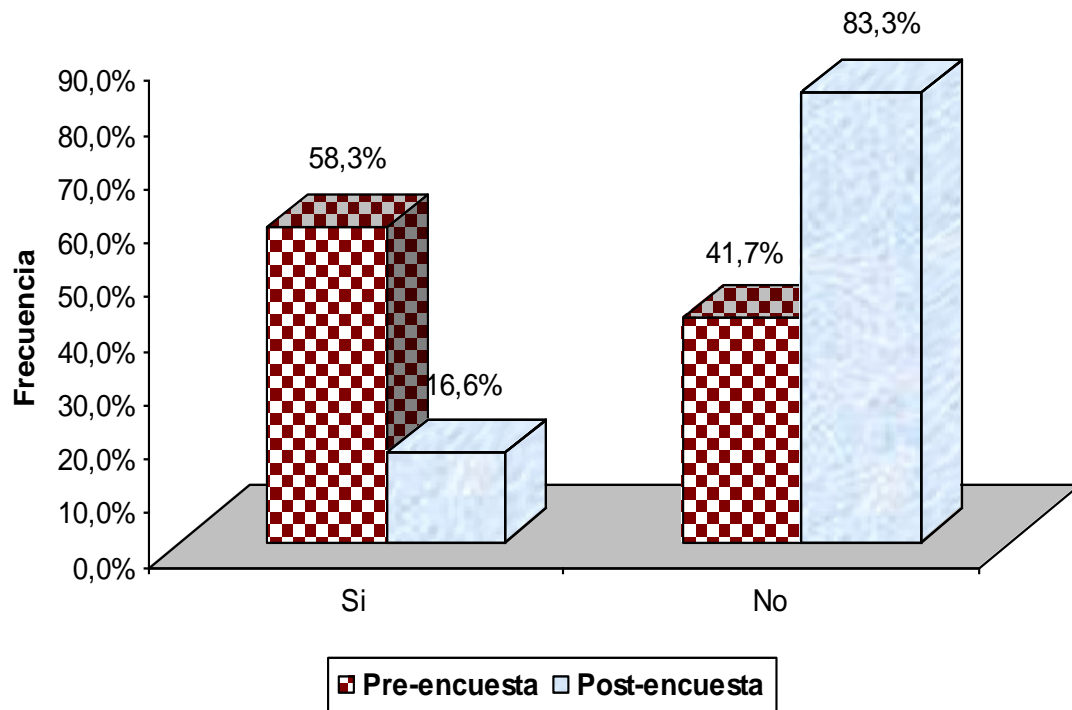
Fuente: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: en la pre-encuesta 7 de 12 (58.3%) dijeron que le dan sudores, temblores, nauseas, o diarreas cuando recuerda lo que paso y 5 de 12 (41.7%) dijeron que no, 2 de 12 (16.6%) respondió afirmativamente y 10 de 12 (83.3%) negativamente la misma pregunta en la post encuesta.

INTERPRETACIÓN: Los síntomas nerviosos que presentaban los pacientes en estudio como producto del estrés postraumático se lograron disminuir con la ejecución de técnicas como: La dinámica ¿Cómo me siento hoy?, Juegos de mesa y técnicas de relajación las que sirvieron como vía de escape y distracción a los síntomas que presentaban.

GRÁFICA DE BARRA Nº 11

GRÁFICO DE BARRA SOBRE PRESENCIA DE SÍNTOMAS NERVIOSOS.



Fuente: Cuadro Nº 11.

**5.1.2 RESULTADOS DE ENTREVISTA A PACIENTES CON
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
(INSTRUMENTO Nº 2).**

CUADRO Nº 12

**COMPORTAMIENTO EMOCIONAL Y CONDUCTUAL POSTERIOR AL
PROGRAMA DE TERAPIAS.**

Indicador (preguntas)	Frecuencia		Porcentajes	
	SI	NO	SI	NO
1. Se siente con capacidad para enfrentar los hechos traumáticos.	12	0	100%	0%
2. Ha mejorado su concentración mental al realizar sus actividades cotidianas.	12	0	100%	0%
3. Tiene un mayor control de sus reacciones emocionales ante cualquier estímulo.	12	0	100%	0%
4. Ha incrementado su interés por mejorar su presentación personal.	11	1	91.7%	8.3%
5. Disfruta el relacionarse con otras personas en una reunión social.	12	0	100%	0%
6. Ha notado mejoría después del tratamiento de las terapias recreativa.	12	0	100%	0%

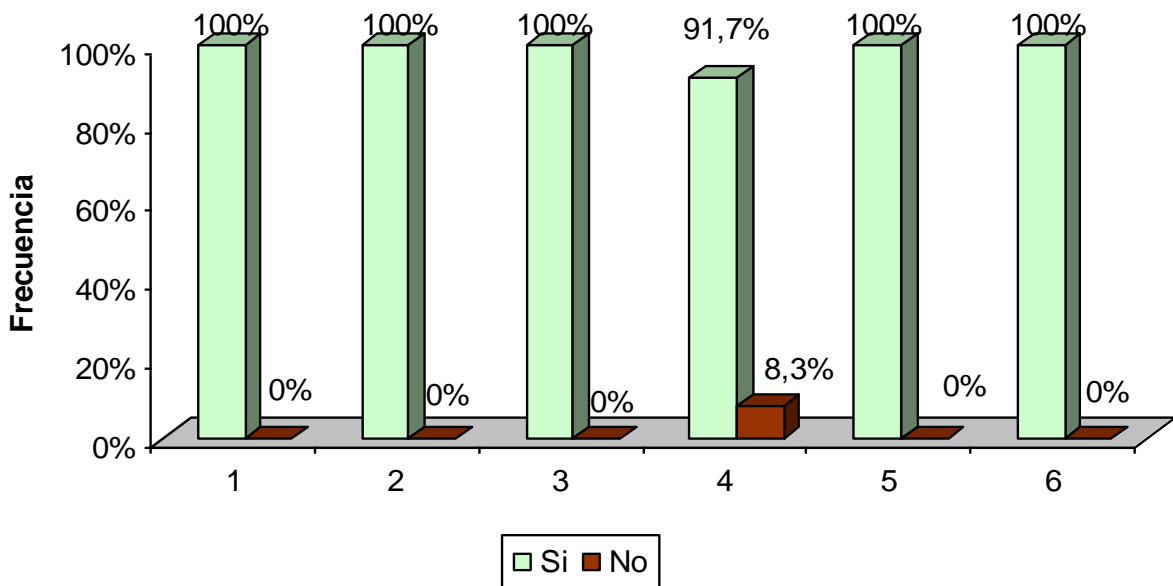
Fuente: Guía de entrevista.

ANÁLISIS: Los pacientes con estrés pos-traumático que recibieron terapias recreativas manifestaron mejorías posterior a su tratamiento en el 100%; y 91.7% en un indicador: incremento del interés por mejorar su presentación personal.

INTERPRETACIÓN: La terapia lúdica y recreativa benefició a los pacientes en las áreas de re-experimentación del evento traumático porque aumentaron el control de sus reacciones emocionales ante cualquier estímulo, en el incremento de activación por mejorar su concentración mental al realizar sus actividades cotidianas y en las conductas de evitación y bloqueo emocional porque se sienten con capacidad para enfrentar los hechos traumáticos, incrementando su interés por mejorar su presentación personal y disfrutar el relacionarse con otras personas en una reunión social.

GRÁFICA DE BARRA Nº 12

GRÁFICO SOBRE COMPORTAMIENTO EMOCIONAL Y CONDUCTUAL POSTERIOR AL PROGRAMA DE TERAPIAS.



Fuente: Cuadro Nº 12

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis de Investigación.

La aplicación de terapias lúdicas y recreativas disminuye los síntomas del Trastorno de estrés postraumático en pacientes que lo padecen en edades de 20 a 50 años de ambos sexos, atendidos en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de San Miguel.

La hipótesis planteada anteriormente se acepta con los siguientes resultados:

Se comprobó con el cuadro N° 3 (Datos sobre presencia de pesadillas) que el 91.6% de los 12 pacientes en estudio no presentaba éste síntoma al finalizar el programa de tratamiento.

Con el cuadro N° 5 (Datos sobre dificultad para iniciar o mantener el sueño); N° 7 (Datos sobre pérdida de interés en actividades normales); N° 8 (Datos sobre sensación de aislamiento social) y cuadro N° 11 (Datos sobre presencia de síntomas nerviosos), se comprueba que el 83.3% de la muestra en estudio ya no presentaban éstos síntomas al finalizar el tratamiento por lo que se

deduce una mejoría satisfactoria en relación a la disminución de los síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Con el cuadro N° 9 (Datos sobre la capacidad de sentir tristeza o afecto) y cuadro N° 10 (Datos sobre sentimientos de ser menospreciado por otros), se comprobó la desaparición de éstos síntomas en el 100% de la población en estudio, ya que al responder las interrogantes planteadas contestaron negativamente en relación a la presencia de éstos.

Con el cuadro N° 12 (Datos sobre el comportamiento emocional y conductual posterior al programa de terapias) se comprueba que el 100% de los pacientes entrevistados manifestó haber notado mejoría satisfactoria después del tratamiento de terapias lúdicas y recreativas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Luego de tabular, analizar, interpretar y graficar los resultados del estudio, el grupo investigador llegó a las siguientes conclusiones:

Se identificaron como las principales causas de origen del trastorno de estrés postraumático a los accidentes de trabajo con un 50% y a los accidentes de tránsito con un 41.7%

Que el programa de terapias lúdicas y recreativas aplicadas a pacientes con diagnóstico de estrés postraumático es efectivo, ya que el 100% de la población objeto de estudio, manifestó sentir mejoría satisfactoria posterior al tratamiento; por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

La identificación de los síntomas emocionales más relevantes que desencadenan el estrés postraumático como: La presencia de pesadillas, imágenes y recuerdos dolorosos del acontecimiento, la pérdida de interés en las actividades normales y la sensación de aislamiento social, permite un mejor abordaje terapéutico de éstos pacientes.

La aplicación de técnicas de actividades de esparcimiento propició las buenas relaciones interpersonales del grupo en estudio.

El trabajar con un grupo como la muestra en estudio favoreció una mayor sensibilidad a las necesidades físicas y emocionales existentes en los pacientes independientemente del diagnóstico presentado, abordándolos en una forma más integral.

6.2 RECOMENDACIONES

Partiendo de las conclusiones anteriores se sugiere lo siguiente:

Que el gobierno de El Salvador realice campañas de prevención sobre este diagnóstico, fomentando medidas de seguridad para evitar accidentes de tránsito y de trabajo.

Al departamento de medicina física y rehabilitación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que amplíe la cobertura del área de terapia ocupacional en la rama de esparcimiento y recreación para pacientes que adolecen trastorno de estrés postraumático y otras patologías.

Que en las áreas de Rehabilitación de las distintas instituciones de salud se capacite sobre estrés postraumático, principalmente acerca de su incidencia y manejo.

Que dentro de los programas de la carrera de Licenciatura en fisioterapia y terapia ocupacional de la Universidad de El Salvador se de a conocer los beneficios que proporcionan la terapia lúdica y recreativa en el bienestar físico y emocional del paciente.

Se recomienda a pacientes y familiares de éstos acudir prontamente a los servicios de rehabilitación mas cercano para obtener un tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

AMADOR, Inmaculada. Guía Práctica de Relajación. Editorial EDAF, S.A., España. 1989, 126 Págs.

ASOCIACIÓN EQUIPO MAIZ. Juegos y Dinámicas para la Educación. 2º Edición, Editorial Algier's S.A. de C.V., El Salvador, 2000, 93 págs.

DORLAND. Diccionario Médico de Bolsillo. 25º Edición. Editorial McGRAW HILL. INTERAMERICANA., México. 1998, 771 Págs.

HOLMES, Richard. Psicología de guerra, 2º Edición. Editorial Maser, New York. 1985. 225 págs.

KRUEGER, David. Psicología de la Rehabilitación. Editorial Herder S.A., Barcelona. 1984, 466 Págs.

MELÉNDEZ, Maymo Rasiel. Como preparar el anteproyecto de Investigación y la Tesis de Graduación. 1º Edición, Ediciones Myssa, El Salvador. 1991, 181 Págs.

MOSBY. Diccionario de Medicina. Editorial OCEÁNO, España. 1996, 1437 Págs.

HOPKINS, Helen; SMITH, Helen. Terapia Ocupacional. 8° Edición. Editorial Médica Panamericana, España. 2001, 948 Págs.

FRANCES, Allen.; FIRST, Michael.; PINCUS, Harold. Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales. 4° Edición, Editorial Masson S.A., Barcelona. 1995, 909 Págs.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA, LUCIO, Pilar. Metodología de la Investigación. Editorial McGRAW HILL-INTERAMERICANA, México. 1994, 505 Págs.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

www.nlm.nih.gov/medineplus/spanish/ency/article/000925.htm. (Consulta el 02 de Agosto de 2007)

www.ondasalud.com/edición/noticia/o,2458,5180,oohtml (Consultada el 06 de Agosto de 2007)

www.psicología-online.com/ciopa2001/actividades/16/ (Consultada el 06 de Agosto de 2007)

www.psiquiatría.com/congreso_old/mesas/mesa9/mesa9.htm. (Consultada el 1 de Agosto de 2007)

ANEXO Nº 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN
CICLO II – 2007 Y CICLO I - 2008

Nº	ACTIVIDAD	Julio/07				Agost/07				Sept/07				Oct/07				Nov/07				Dic/07				Enero/08				Feb/08			
		SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Inscripción del proceso de graduación																																
2	Elaboración del perfil de investigación																																
3	Entrega de perfil																																
4	Elaboración del protocolo de investigación																																
5	Entrega del protocolo de investigación																																
6	Exposición oral del protocolo de investigación																																
7	Ejecución de la investigación																																
8	Tabulación, análisis e interpretación de datos																																
9	Elaboración del informe final																																
10	Presentación del informe final																																
11	Exposición oral de resultados																																

ANEXO Nº 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CICLO II – 2007

Nº	MESES SEMANA ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE/2007				OCTUBRE/2007				NOVIEMBRE/2007			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Solicitud de Permiso y colaboración a la Jefatura y Área de Psicología de la Institución												
2	Determinación de la Muestra de Estudio												
3	Reunión Informativa con Pacientes y Aplicación de Pre – encuesta												
4	Aplicación de Programas de Terapias												
5	Aplicación de Post – encuesta, entrevista y Actividad de Despedida.												



Técnica Disco Forum



Dinámica Visión al Futuro



Ejercicios de relajación



Paseo al aire Libre



Juegos de Mesa



Dinámica ¿Cómo me siento hoy

ANEXO Nº 3
GUIA PARA TÉCNICA DISCO FORUM

LA MONTAÑA
(Roberto Carlos)

Voy a seguir, una luz en lo alto voy a oír,
Una voz que me llama voy a subir, la
Montaña y estar aun mas cerca de Dios
y rezar.

Voy a gritar, y este mundo me oirá y me
Seguirá.
Todo este camino y ayudará a mostrar
Como es, este grito de amor y de fe.

Voy a pedir, que las estrellas no paren
de brillar.
Que los niños no dejen de sonreír.
Que los hombres jamás se olviden de
Agradecer

Por eso digo:

Te agradezco señor un día más.
Te agradezco señor que puedo ver.
Que sería de mí sin la fe que yo tengo
en ti.

Por más que sufra:

Te agradezco Señor, también te lloro, te
agradezco señor por entender.
Que todo esto me enseñe el camino que
lleva a ti.

Una vez más:

Te agradezco Señor, por otro día.
Te agradezco Señor, que el sol nació.

Te agradezco Señor nuevamente
Agradezco Señor.

Por eso digo:

Te agradezco Señor por las estrellas.
Te agradezco Señor por la sonrisa

Te agradezco Señor, nuevamente
Agradezco Señor.

Una vez más:

Te agradezco Señor por un día
Te agradezco Señor, por la esperanza.
Te agradezco Señor, nuevamente
Agradezco Señor.

Por eso digo:

Te agradezco Señor por la sonrisa
Te agradezco Señor por el perdón
Te agradezco Señor nuevamente
Agradezco Señor.

Una vez más:

Te agradezco Señor, por.....



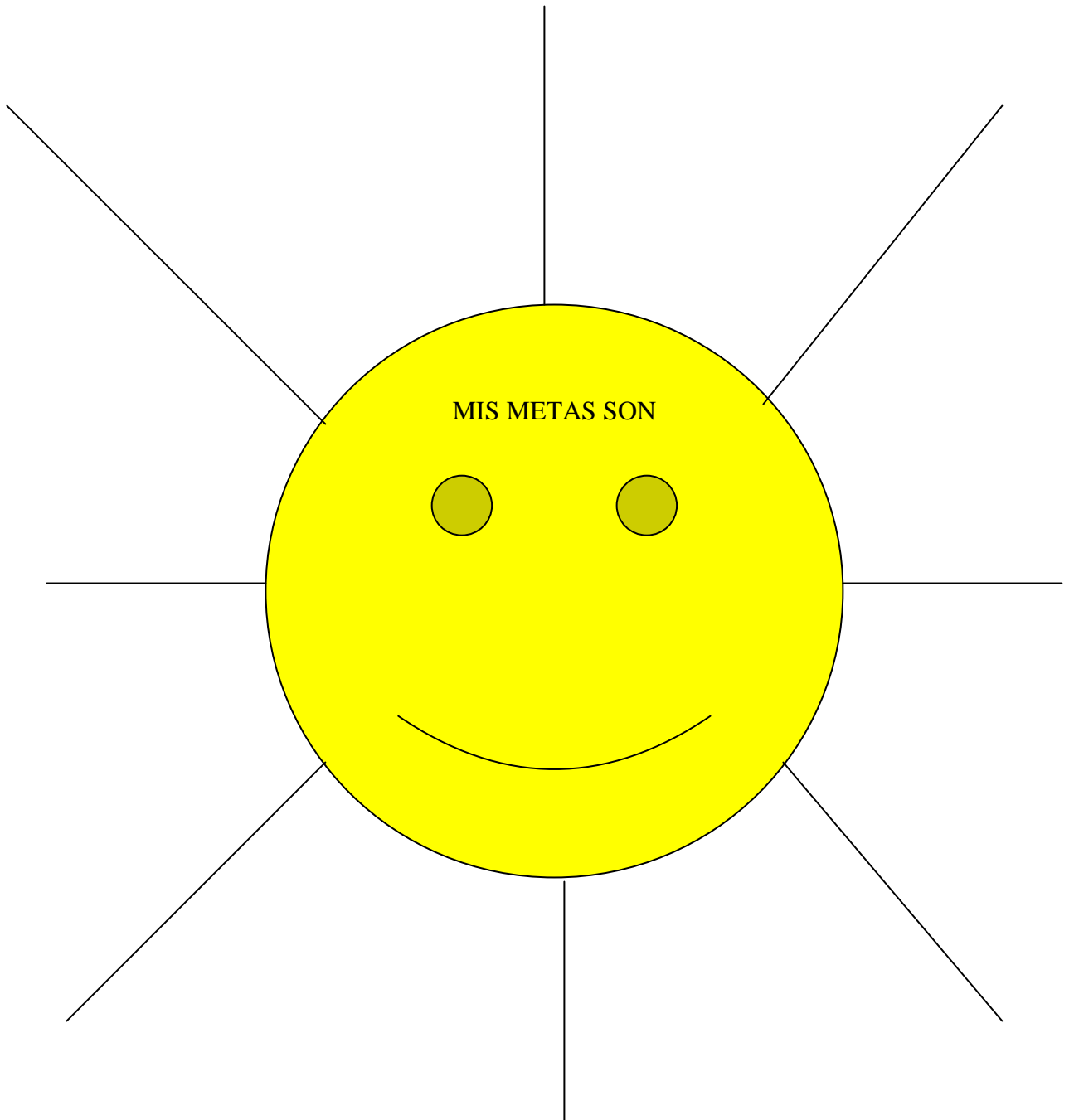
ANEXO Nº 4

EJECUCIÓN DE TÉCNICA DISCO FORUM



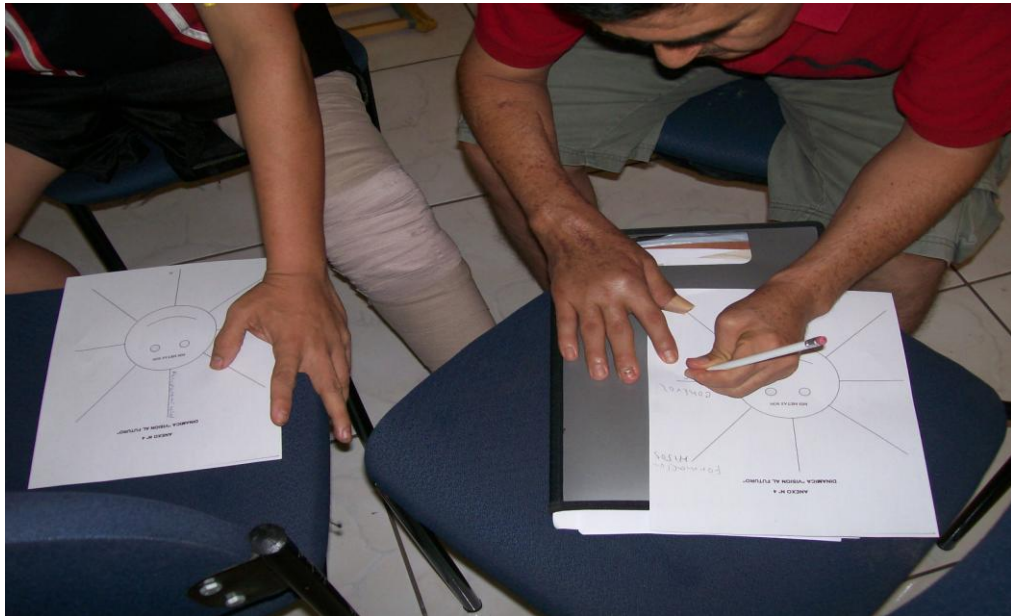
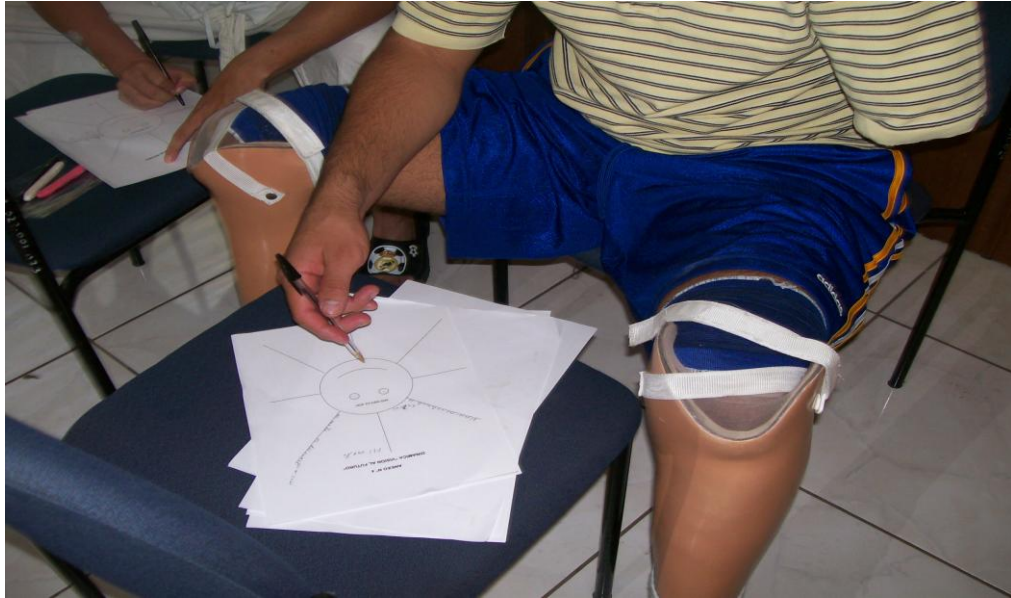
ANEXO Nº 5

GUIA PARA DINAMICA "VISION AL FUTURO"



ANEXO Nº 6

EJECUCIÓN DE DINAMICA VISION AL FUTURO



ANEXO Nº 7
PASEOS AL AIRE LIBRE



PASEOS AL AIRE LIBRE



ANEXO Nº 8
JUEGOS DE MESA



ANEXO Nº 9

HOJA DE DINAMICA ¿CÓMO ME SIENTO HOY?



ALEGRE



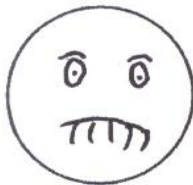
TRISTE



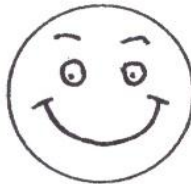
ENOJADO



INDIFERENTE



ANSIOSO



INTERESADO



MEDITATIVO(A)



SOLO(A)



TRAVIESO(A)



INTRIGADO (A)



ABURRIDO



OPTIMISTA



FELIZ



AFLIJIDO(A)



CONFUNDIDO(A)



CANSADO(A)



SATISFECHO



ATORMENTADO(A)



NERVIOSO(A)



AUSENTE

ANEXO Nº 10

EJECUCIÓN DE DINAMICA COMO ME SIENTO HOY



ANEXO Nº 11

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN



ANEXO N° 12

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



GUIA DE ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

OBJETIVO: Determinar presencia de sintomatología del trastorno existente al momento de realizar la encuesta.

INDICACIONES: A continuación se le presentan una serie de interrogantes sobre diferentes situaciones que usted ha experimentado. Por favor marque con un X de acuerdo a las alternativas que se le presentan, respondiendo con sinceridad a cada una de las preguntas.

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Diagnóstico de referencia: _____

Ocupación: _____ Fecha: _____

1. ¿Ha tenido pesadillas sobre el acontecimiento últimamente?

Si _____

No _____

2. ¿Tiene imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos de lo que le aconteció?

Si _____

No _____

3. ¿Presenta dificultad para iniciar o mantener el sueño?

Si_____

No_____

4. En los últimos días ¿Ha estado irritable?

Si_____

No_____

5. ¿Ha perdido interés en actividades que antes realizaba, aún cuando sean para su propio beneficio?

Si_____

No_____

6. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?

Si_____

No_____

7. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de afecto?

Si_____

No_____

8. ¿Se siente usted menospreciado por otros?

Si_____

No_____

9. ¿Se ha sentido nervioso o asustado fácilmente?

Si_____

No_____

10. ¿Le dan sudores, temblores, náusea o diarreas cuando recuerda lo que pasó?

Si_____

No_____

ANEXO N° 13

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO**

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

OBJETIVO: Identificar el comportamiento emocional y conductual que presentan los pacientes con trastorno de estrés postraumático después de la aplicación de las terapias lúdicas y recreativa.

1. ¿Se siente con capacidad para enfrentar los hechos traumáticos?

SI _____ NO _____

2. ¿Ha mejorado su concentración mental al realizar sus actividades cotidianas?

SI _____ NO _____

3. ¿Tiene un mayor control de sus reacciones emocionales ante cualquier estímulo?

SI _____ NO _____

4. ¿Ha incrementado su interés por mejorar su presentación personal?

SI_____ NO_____

5. ¿Disfruta el relacionarse con otras personas en una reunión social?

SI_____ NO_____

6. ¿Ha notado mejoría después del tratamiento de las terapias recreativas?

SI_____ NO_____

ANEXO Nº 14

ACTIVIDAD DE DESPEDIDA CON PACIENTES

