



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Psicoeducación en pacientes con trastorno por estrés
postraumático pertenecientes al Centro de Salud N°1**

Trabajo de titulación previa a la obtención del título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Autora: Montoya Pasaca, Katuska Ivanova

Directora: Bonilla Sierra, Patricia

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del trabajo de titulación

Loja, 11 de marzo de 2022

Doctora,

Tamara Rodríguez Quintana

Directora de la carrera de Medicina Familiar y Comunitaria

Ciudad. -

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director de la presente tesis denominada: Psicoeducación en pacientes con trastorno por estrés postraumático pertenecientes al Centro de Salud N°1 realizado por Katuska Ivanova Montoya Pasaca, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Dra. Patricia Bonilla Sierra

C.I: 0962804084

Correo electrónico: pbonilla65@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Katuska Ivanova Montoya Pasaca, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora de la tesis denominado: Psicoeducación en pacientes con trastorno por estrés postraumático pertenecientes al Centro de Salud N°1, del Programa de posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo 1. Marco teórico, Capítulo 2. Diseño Metodológico, Capítulo 3. Análisis y Discusión de Resultados, Conclusiones y Recomendaciones, siendo Dra. Patricia Bonilla Sierra directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Autor: Katuska Ivanova Montoya Pasaca

C.I.: 1104892789

Correo electrónico: ktiva02@hotmail.com

Dedicatoria

Con infinito amor a mi hijo David Ezequiel por ser el pilar fundamental de mi existir, motivo de mi esfuerzo y luz de mis días. Gracias amor de mi vida por tu compañía, porque de la mano hemos crecido y enfrentado muchas batallas juntos. A ti mi pequeño, porque eres todo lo soñé y en tus brazos que me entrelazan encuentro paz y felicidad.

A mis padres y mi familia por ser apoyo, compañía y guía.

Agradecimiento

Mi gratitud a Dios por ser pilar fundamental de mi vida y permitir cumplir mis sueños.

A mi familia por su apoyo incondicional en esta difícil etapa.

A mis amigos por su motivación y alegría.

A Dra. Patricia Bonilla Sierra, por su guía, apoyo y tiempo para la realización de esta investigación.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por permitir formarme en tan prestigiosa institución y haber contribuido a mi crecimiento profesional de manera integral.

A ustedes, gracias.

Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del trabajo de titulación	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capitulo uno.....	5
Marco teórico	5
<i>Trastorno por Estrés Postraumático</i>	5
<i>Psicoeducación</i>	9
Capitulo dos	13
Diseño Metodológico	13
<i>Tipo de estudio</i>	13
<i>Ámbito de estudio</i>	13
<i>Población y muestra</i>	13
<i>Criterios de inclusión</i>	13
<i>Criterios de exclusión</i>	13
<i>Métodos de recolección de datos</i>	14
<i>Operacionalización de Variables</i>	18
<i>Plan de análisis</i>	19
<i>Consideraciones éticas</i>	20
Capítulo tres.....	21
Discusión de resultados y análisis	21
<i>Resultados</i>	21
<i>Discusión</i>	23
Conclusiones	28
Recomendaciones.....	29
Referencias.....	30
Apéndice	35

Apéndice 1	35
Apéndice 2	37
Apéndice 3	37
Apéndice 4	38
Apéndice 5	39
Apéndice 6	40

Índice de tablas

Tabla 1 Clasificación de los síntomas de TEPT	15
Tabla 2 Operacionalización de variables	18
Tabla 3 Características sociodemográficas,	21
Tabla 4 Tipo de suceso	22
Tabla 5 Clasificación pre y post test del trastorno por estrés postraumático	22
Tabla 6 T de Student	22

Resumen

El trastorno por estrés postraumático es un trastorno psiquiátrico que surge como respuesta a un evento traumático. El objetivo del estudio fue el de evaluar la efectividad de una estrategia de psicoeducación en pacientes con este trastorno en el Centro de Salud N°1. Se desarrolló en dos etapas, la primera fue descriptivo, analítico y la segunda cuasiexperimental. Se seleccionó a 70 pacientes con síntomas de este trastorno, entre los 19 a 64 años, a las cuales se les aplicó la escala de trauma de Davidson. Se realizó la intervención a través de 9 sesiones de terapia psicoeducativa. Se aplicó un pos-test con la escala inicial, obteniendo una edad media de afectación en 33.61 años, y es más frecuente en el sexo femenino (52,9%), con una instrucción media 44.3%; el suceso traumático más frecuente fue enfermedad inesperada 30%. El 78.6% presentaron una sintomatología leve, el 17.1% moderado y el 4.3% severa; al finalizar hubo una prevalencia del trastorno del 12.9%. La mejoría general fue del 87.1%. Por lo tanto, la psicoeducación es una estrategia útil en el abordaje de este trastorno.

Palabras claves: trastorno por estrés postraumático, salud mental, Psicoeducación.

Abstract

Post-traumatic stress disorder is a psychiatric disorder in response to a traumatic event. The objective of the study was to evaluate the effectiveness of a psychoeducation strategy in patients with this disorder in the Health Center No. 1. It was developed in two stages, the first was descriptive-analytical and the second quasi-experimental. 70 patients with symptoms of this disorder were selected, between 19 and 64 years old, the Davidson trauma scale was applied. The intervention was carried out through 9 sessions of psychoeducational therapy. A post-test was applied with the initial scale, obtaining an average age of involvement of 33.61 years, and it is more frequent in females (52.9%), with a medium level of 44.3%; the most frequent traumatic event was unexpected illness 30%. 78.6% presented mild symptoms, 17.1% moderate and 4.3% severe; at the end there was a prevalence of the disorder of 12.9%. The overall improvement was 87.1%. Therefore, psychoeducation is a useful strategy in dealing with this disorder.

Keywords: post-traumatic stress disorder, mental health, Psychoeducation

Introducción

La presente investigación hace referencia a una estrategia de psicoeducación aplicada a pacientes con trastorno por estrés postraumático, el cual se define como un trastorno psiquiátrico que surge en respuesta a un evento traumático, que es definido como algo que vemos, escuchamos o vivimos y que pone en peligro nuestra vida o la de los demás (Quintero et al., 2021). La característica principal de este trastorno es que suele presentarse en episodios que recuerdan el trauma y causan intensas reacciones emocionales y físicas (Carvajalino, 2020).

Las estadísticas nos muestran que, en estudios realizados por Sadock, et al., (2015) y Crespo et al., (2019), más del 50% de la población mundial está expuesta a eventos traumáticos durante toda su vida, sin embargo, no todas las personas desarrollan un trastorno de estrés postraumático o un trastorno de estrés agudo. El trastorno por estrés postraumático (TEPT) presenta una incidencia a lo largo de la vida del 9% al 15% y según un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima una prevalencia en un 3.9% en la población general y un 5.6% entre aquellos expuestos al trauma (Bermúdez et al., 2020).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el TEPT puede ocurrir en todas las personas, de cualquier etnia, nacionalidad o cultura, y a cualquier edad. El TEPT afecta aproximadamente al 3,5 por ciento de los adultos estadounidenses cada año, y se estima que una de cada 11 personas será diagnosticada con TEPT en su vida (American Psychiatric Association, 2020).

Otras investigaciones revelan que el agotamiento emocional es lo más característico del género femenino, por lo que las mujeres son más propensas a padecer de TEPT, presentan una prevalencia a lo largo de la vida del 10% en comparación a los hombres de un 4% (Shalev et al., 2017). El estado civil soltero, bajo nivel socioeconómico, desempleo, edad más joven, baja escolaridad se asocian con mayor riesgo de padecer de TEPT entre aquellos expuestos al trauma (Lorenzo y Guerrero, 2017) (Polimanti, et al., 2019).

En nuestro país no hay datos epidemiológicos oficiales publicados por el Ministerio de Salud Pública sobre el trastorno por estrés postraumático como tal, su prevalencia o el grado

de afectación en la población. Por lo que se ha considerado como un problema de salud trascendental el incremento de individuos con este trastorno y que no cuentan con un plan diagnóstico y de intervención adecuado, y no se han optimizado planes a estos pacientes para conocer su situación.

Se consideró conveniente realizar esta investigación por los múltiples factores que hoy en día afectan la esfera mental, con una creciente demanda de los servicios sanitarios principalmente relacionados con tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos, a causa de eventos traumáticos que deterioran la salud de las personas. Bermúdez et al. (2020) menciona que ello ha originado inestabilidad a nivel individual y familiar (pp. 10), con repercusiones de tipo social, principalmente por el impacto y las graves consecuencias que conlleva este trastorno.

Para el cumplimiento de ello se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál será la efectividad de una estrategia de intervención basada en psicoeducación en pacientes con trastorno por estrés postraumático en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Loja?

Con base en lo antes expuesto, la presente investigación cuyo objetivo es el de evaluar la efectividad de una estrategia de psicoeducación en pacientes con trastorno por estrés postraumático identificados durante los meses de noviembre y diciembre del 2020 y enero del 2021 en el Centro de Salud N°1, que se presenta como una iniciativa de contribuir al mejoramiento de los problemas de salud mental, en pacientes del grupo de edad entre 19 – 64 años, con síntomas relacionados a este trastorno a los que se les aplicará la escala de Trauma de Davidson para corroborar el diagnóstico y clasificarlo, considerándose positivo un puntaje igual o mayor a 21. A continuación, se realizará la intervención con nueve sesiones de psicoeducación a cada paciente, tanto a nivel individual como familiar.

Finalmente, se aplicará una prueba re-test de la escala de Davidson para comprobar que el plan de intervención logró mejorar su condición de salud mental, considerando para ello una disminución del puntaje con respecto al inicial, lo que nos sugiere una adecuada respuesta al tratamiento.

Capítulo uno

Marco teórico

Trastorno por Estrés Postraumático

Un trauma o evento traumático se define como un evento que supone una amenaza significativa (física, emocional o psicológica) a la seguridad de la víctima o de un ser querido y que resulta abrumador e impactante. Supone un suceso estresante extremo, algo fuera del ámbito de la experiencia humana normal, al menos para el grupo social al cual el individuo pertenece, y que produce consecuencias negativas tanto en la conducta como en las emociones del individuo (Crespo, et al., 2019).

Siguen existiendo numerosas situaciones estresantes que calificamos como absolutas o traumáticas, porque dañan la integridad y la dignidad de los seres humanos al despojarles de sus derechos legítimos, como el derecho a la vida, a unos cuidados apropiados y a una educación de calidad, a la libertad e integridad personal, como cuando se les trata como objetos y se les somete a maltrato y violencia. Aunque tendamos a negarlo de forma habitual, gran parte del estrés padecido a lo largo de la historia por el ser humano es producido por él mismo a través de incontables formas de conducta violenta intraespecífica (Velasco de la Fuente, 2018).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), el más reciente de los muchos nombres utilizados para el síndrome resultante de la exposición a estresores que amenazan la vida, sigue siendo una inclusión discutida en los manuales diagnósticos psiquiátricos actuales (Mingote, et al., 2019).

Es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado por la aparición de síntomas que siguen a la exposición a un evento estresante y que aparecen selectivamente cuando el sujeto se enfrenta a estímulos que recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, siendo tal la activación autonómica que produce una serie de dificultades tales como problemas del sueño, irritabilidad, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, deterioro social y/o laboral, entre otras (Lería & Salgado, 2016).

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con este trastorno tenemos que dependen de varias circunstancias, tal como se menciona Crespo, et al., (2019) existen factores de vulnerabilidad individuales, ambientales y relacionados con el trauma.

Los factores asociados con el individuo se encuentran: ser mujer; edad joven; bajo nivel económico; formar parte de una minoría étnica; escaso apoyo social; bajo nivel educativo; vulnerabilidad cognitiva (bajo coeficiente intelectual, antecedentes de traumatismo craneoencefálico), exposición previa a eventos estresores o traumáticos (maltrato o abuso infantil u otros estresores de la vida adulta); antecedentes de patología psiquiátrica tanto personales como familiares (en especial aquellos relacionados con la depresión o ansiedad); determinados rasgos de personalidad como elevado neuroticismo o evitación (mientras que la y factores de vulnerabilidad genética (como por ejemplo, genes del transportador de serotonina, genes asociados con el eje hipotálamo-hipófisis-adrenérgico) (Crespo, et al., 2019).

Así mismo, se menciona que los factores relacionados con el trauma son: intensidad, gravedad o duración del trauma, si resultó herido o perdió a alguien importante en su vida, la intensidad de la reacción al trauma: gravedad de sintomatología aguda, estancia prolongada en centro médico intensivo, elevado dolor o discapacidad tras el trauma, grado de sensación de control sobre lo sucedido, si el evento fue intencional o una agresión, si lo ha generado otro ser humano, traumas más frecuentemente relacionados muerte inesperada, enfermedad o daño grave de alguien cercano, haber sufrido maltrato por la pareja o un cuidador, combate militar, ataques personales violentos (agresión sexual, agresión física, atraco), desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes graves, recibir un diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. (Crespo, et al., 2019).

Los estresores ambientales que provocan alteraciones en los sistemas del organismo de manera sostenida, como sucede en el estrés crónico, determinan cambios funcionales (conductuales y fisiológicos) que redundan en un aumento de la resiliencia, la adaptación y

la sensibilidad a nuevos factores estresantes, o el establecimiento de un estado anómalo (trastornos psiquiátricos) (Oken et al., 2019).

En cuanto a las manifestaciones clínicas y de acuerdo con la APA, Los síntomas del TEPT se dividen en cuatro categorías:

Intrusión: Pensamientos intrusivos como recuerdos repetidos e involuntarios; sueños angustiosos; o flashbacks del evento traumático. Los flashbacks pueden ser tan vívidos que las personas sienten que están reviviendo la experiencia traumática o viéndola ante sus ojos (American Psychiatric Association, 2020).

Evitación: Evitar los recuerdos del evento traumático puede incluir evitar personas, lugares, actividades, objetos y situaciones que puedan desencadenar recuerdos angustiosos. Las personas pueden tratar de evitar recordar o pensar en el evento traumático. Pueden resistirse a hablar sobre lo que sucedió o cómo se sienten al respecto (American Psychiatric Association, 2020).

Alteraciones en la cognición y el estado de ánimo: incapacidad para recordar aspectos importantes del evento traumático, pensamientos y sentimientos negativos que conducen a creencias continuas y distorsionadas sobre uno mismo o sobre los demás (p. ej., “soy malo”, “no se puede confiar en nadie”); pensamientos distorsionados sobre la causa o las consecuencias del evento que conducen a culparse a sí mismo o a los demás; miedo continuo, horror, ira, culpa o vergüenza; mucho menos interés en actividades que antes disfrutaba; sentirse separado o extraño de los demás; o ser incapaz de experimentar emociones positivas (un vacío de felicidad o satisfacción) (American Psychiatric Association, 2020).

Alteraciones en la excitación y la reactividad: la excitación y los síntomas reactivos pueden incluir estar irritable y tener arrebatos de ira; comportarse de manera imprudente o autodestructiva; estar demasiado atento a los alrededores de uno de una manera

sospechosa; asustarse fácilmente; o tener problemas para concentrarse o dormir (American Psychiatric Association, 2020).

Los síntomas de TEPT suelen desarrollarse inmediatamente después del evento traumático, pero en menos del 15% el comienzo del cuadro clínico puede ser demorado. A la exploración clínica, la principal característica psicológica de la persona que padece TEPT es la fragmentación o disociación de los subsistemas biopsicológicos, que funcionan normalmente de forma integrada y adaptada al entorno externo. En efecto, la persona con TEPT se aísla y se priva de los estímulos vitales con los que alimentamos nuestro funcionamiento mental y nuestra convivencia (Mingote, et al., 2019).

En casi todos los trastornos mentales se produce, de forma secundaria al padecimiento de la enfermedad, el descenso del umbral de tolerancia al estrés y la acumulación de estrés patológico de forma crónica, lo que agrava o complica el trastorno primario con otros problemas secundarios. De ahí la importancia de hacer un diagnóstico temprano y de iniciar un tratamiento efectivo cuanto antes, pues cuando el TEPT que padece una persona tiene más de 18 meses de evolución puede ser casi refractario al tratamiento, aunque siempre hay algo bueno que se puede hacer por el paciente, acompañarle y transmitirle esperanza en un futuro por escribir (Mingote, et al., 2019).

El diagnóstico se basa en una entrevista con el paciente, que puede ser ayudado por una herramienta de evaluación de detección en el encuentro de diagnóstico inicial e idealmente se confirma mediante una entrevista semiestructurada con un profesional de salud mental. En el entorno de atención primaria, use un instrumento de detección para determinar si el paciente parece tener un trastorno de estrés postraumático (Elsevier, 2020).

El diagnóstico puede ser complicado debido a la heterogeneidad de la presentación y la resistencia por parte del paciente para hablar de eventos traumáticos. Otro factor que dificulta el diagnóstico es que los eventos traumáticos se asocian a otras psicopatologías como la depresión y los trastornos de ansiedad. De este modo, los pacientes expuestos a

múltiples eventos traumáticos pueden ser diagnosticados erróneamente con TEPT en lugar de recibir un diagnóstico de otro trastorno primario (Quintero et al., 2021).

En lo referente al tratamiento, la atención educativa y de apoyo (más útil para manejar las secuelas agudas de un evento traumático). La educación debe centrarse en lo siguiente: respuesta fisiológica y emocional esperada al trauma, estrategias para disminuir la exposición secundaria o continua al trauma, formas de reducir el estrés (p. ej., respiración, ejercicios físicos), importancia de permanecer mentalmente activo e importancia del autocuidado (Elsevier, 2020).

Psicoeducación

La psicoeducación no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no normativa. De esta forma, se conceptualiza este modelo como una herramienta de cambio, porque involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida (Godoy et al., 2020).

Según Godoy et al., (2020) menciona que los pilares conceptuales de la psicoeducación en salud mental son:

- Mejorar los conocimientos sobre su enfermedad: Uno de los factores más ampliamente descritos sobre la precipitación de recaídas en esta población está asociado con la adherencia al tratamiento. Frente a esto, se plantea que fomentar los conocimientos sobre las causas, efectos e impacto de la enfermedad, ayuda a la comprensión de la situación que se está viviendo, promoviendo el desarrollo de conductas saludables y limitando los daños. El objetivo directo de la psicoeducación implica entender el mecanismo de la enfermedad y a través de eso, colaborar de manera directa con los cuidados generales y particulares para cada uno. En la medida que los pacientes y sus familiares son capaces de

reconocer las características y sintomatología de su enfermedad, pueden recurrir de manera temprana a centros de atención. Por esta razón, el identificar las señales de alarma aprendidas permite un contacto eficaz con el equipo tratante, un mejor reporte de lo observado y evitar que cuadros incipientes se agraven optimizando los tiempos de intervención (Godoy et al., 2020)

- **Mejorar la actitud y el comportamiento frente a la enfermedad:** Uno de los principales efectos que tiene la psicoeducación es consolidar el seguimiento de las indicaciones del equipo de salud, factor crucial para el éxito terapéutico. Esto se debe a que el paciente comprende de mejor manera su experiencia, le encuentra un sentido y percibe la empatía de los tratantes, quienes sugieren intervenciones ajustadas a su realidad. Además, esta comprensión genera un aumento en la motivación incrementando la adherencia terapéutica. Una colaboración activa del paciente y su familia, o círculo cercano, permite revisar sus creencias disfuncionales, cumplir tareas, estar abierto a sugerencias y dar a conocer los síntomas y problemas propios de cada trastorno. De esta forma, es posible informar de los recursos disponibles con los que se cuentan, comunitarios o privados, además de reforzar indicaciones terapéuticas. Se cree entonces, que el conocimiento aumenta el compromiso con el tratamiento y promueve el autocuidado, elementos fundamentales en el manejo de enfermedades crónicas. Por otra parte, se ha descrito teóricamente que un beneficio familiar de psicoeducar podría ser la promoción del cambio en la visión que se tiene sobre la enfermedad o el problema, ya que se considera esta instancia como un espacio contenedor. Expresar aprehensiones, temores e inseguridades en un ambiente contenedor, podría disminuir la sobre implicación emocional, el hipercriticismo y hostilidad, favoreciendo el acompañamiento en las dificultades que surgen a partir de la enfermedad (Godoy et al., 2020).
- **Aumentar su estado de salud y calidad de vida:** Una instancia psicoeducativa, constituye un eslabón en la prevención de patologías asociadas al estrés en los

familiares y pacientes. Reduce el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento. Es importante que el equipo de salud ayude al correcto ajuste de expectativas de cara a la patología y sus consecuencias, permitiendo coordinar las acciones a tomar por parte de la familia, desde instancias económicas hasta la logística de los cuidados cotidianos. Sumado a esto, ayuda a proyectar los sucesos en el futuro, lo que disminuye la ansiedad y resguarda un ambiente propositivo para todos los integrantes del sistema afectado. En la medida que las exigencias hacia al paciente sean acordes a sus necesidades, sin aumentar la sobre exigencia o caer en la sobreprotección, mejorará el desempeño funcional del paciente, así como su estado de bienestar. Por otra parte, esta instancia promueve el entrenamiento de habilidades, que favorecen el empoderamiento y la reintegración del individuo a espacios de interacción social. Esto toma vital importancia en el desarrollo de la autonomía, ya que ofrece esperanza y confianza en el transcurso de la enfermedad (Godoy et al., 2020).

La psicoeducación es muy beneficiosa clínicamente y coste efectivo, debiendo efectuarse como parte de la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (Mingote et al., 2019).

Además, ayuda a identificar estresores que antecedan a la clínica. A menudo no se identifican de entrada, pero suelen encontrarse pensamientos de ansiedad anticipatoria, o síntomas somáticos que revelan cierto grado de ansiedad con antelación a las crisis. Identificarlos puede dar al paciente una clave de enorme importancia para adelantarse a la crisis con estrategias de relajación, auto instrucciones (lo que se dice el paciente a él mismo antes y durante las crisis) o mediante una ayuda farmacológica. También ayudan los ejercicios de distracción hacia percepciones externas, auditivas o visuales. (Barragán et al., 2019).

Entre las diferentes opciones de psicoeducación se señalan:

- Técnicas de relajación, que han demostrado ampliamente su utilidad para el control del estrés y la ansiedad generalizada (Barragán et al., 2019).
- Mindfulness a través de la atención plena. Facilita la apertura, la calma, el no juzgar, la paciencia y la mente de principiante, enseñando a incrementar los recursos internos y externos para enfrentarse a situaciones estresantes. Todo ello consigue poderosos cambios en los pacientes ansiosos. Esta estrategia está siendo ampliamente utilizada también para el control del estrés en ejecutivos y profesionales sanitarios (Barragán et al., 2019).
- Otras ya comentadas: información, bibliografía, solución de problemas, autoestima y asertividad, aceptación y compromiso, modificación cognitiva y pautas de estilo de vida, incluido el deporte o andar de forma regular. (Barragán et al., 2019).

Es importante señalar que, una alternativa adecuada al programa de intervención es el modelo de rehabilitación fácilmente centrado en la familia por parte de los interventores. La terapia psicoeducativa centrada en la familia (FFPT, por sus siglas en inglés) es una intervención de este tipo. Es una intervención grupal, brinda apoyo psicológico a los pacientes y sus familias. Los objetivos son disminuir el estrés familiar y la reacción emocional negativa y mejorar el funcionamiento psicosocial, asegurando que los pacientes obtengan un mejor apoyo social y familiar en el proceso de rehabilitación (Zhou et al., 2019).

Capítulo dos

Diseño Metodológico

Tipo de estudio

La presente investigación transcurrió con un diseño de estudio de tipo cuasi - experimental.

Ámbito de estudio

El estudio se realizó en pacientes pertenecientes al Centro de salud N°1 de la ciudad de Loja, que está ubicado en la avenida Universitaria y pasaje Rodríguez.

Población y muestra

Para la primera etapa, la población de estudio estuvo constituida por 110 pacientes que cumplieron los criterios de elegibilidad.

Para la segunda etapa que corresponde a la intervención, la población fue de 70 pacientes.

Criterios de inclusión

Pacientes de 19 a 64 años, atendidos durante los meses de noviembre y diciembre 2020 y el mes de enero 2021 en el Centro de Salud N°1, que estuvieron expuestos a un evento traumático previo, al menos 3 meses atrás, que no recibieron tratamiento psicológico, que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes con comorbilidad psiquiátrica o psicológica previa al evento traumático y los que presenten alguna discapacidad mental que les impida la comprensión del instrumento.

Métodos de recolección de datos

Instrumentos.

Para la identificación de los pacientes que han sufrido un evento traumático se realizó un cuestionario elaborado por la autora (apéndice 2), que consta de tres preguntas cerradas. Teniendo en cuenta que evento traumático se define como un evento que supone una amenaza significativa (física, emocional o psicológica) a la seguridad de la víctima o de un ser querido y que resulta abrumador e impactante (Crespo, et al., 2019).

Posteriormente, se aplicó un cuestionario elaborado por la autora (anexo 3) con preguntas cerradas para recoger información socio - demográfica de los participantes. El cual consta de variables como edad, sexo, instrucción, ocupación y estado civil.

Para establecer el diagnóstico y la clasificación del trastorno por estrés postraumático se empleó la Escala de Trauma de Davidson (anexo 5) la cual es una escala auto aplicada que consta de 17 ítems que corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM IV. Esta escala evalúa la gravedad y frecuencia de los síntomas del trastorno en individuos que han experimentado un trauma. El formato de respuesta para "frecuencia" ofrece 5 alternativas, donde 0 significa nunca y 4 todos los días y para evaluar la "gravedad" 0 corresponde a nada y 4 a extremadamente alta.

Este instrumento fue creado por En J. R. T. Davidson y cols. en el año 1977. Se encuentra validado en el idioma español por Bobes y cols et al., desde el 2000. Es autoadministrado y el marco de referencia es la semana anterior, el rango de las subescalas de severidad y gravedad es de 0 a 68 puntos y el del total de la escala de 0 a 136. A mayor puntuación mayor severidad y/o frecuencia (García y Sánchez, 2019). Muestra una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo de 79% y eficiencia diagnóstica del 83% (González et al., 2001). Tiene una buena consistencia interna (Cronbach $\alpha = .99$) y confiabilidad test-retest ($r = .86$)

(Davidson et al., 1997). Se puede clasificar la sintomatología del trastorno de acuerdo con los siguientes valores (García y Sánchez, 2019):

Tabla 1

Clasificación de los síntomas de TEPT

Puntos obtenidos	Rango establecido
Hasta 20	Rango normal
21- 46	Sintomatología leve
47- 92	Sintomatología moderada
93- 136	Sintomatología severa

Finalmente, para recabar información general acerca del evento traumático (anexo 4), se empleó la sección 1 correspondiente a suceso traumático de la Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático – revisada (EGS-R) (versión clínica) elaborada por Echeburúa, E., et al., modificada en el año 2016 y que es una adaptación mejorada de la escala de Gravedad de Síntomas (EGS) desarrollada por Echeburúa et al., en España en el año 1997.

Procedimientos.

Para la recolección de datos, se inició identificando los pacientes que habían sufrido un evento traumático previamente (anexo 2), con ello se procedió a la firma del consentimiento informado y el registro del correo electrónico para contactar al paciente (anexo 1). Luego se procedió a la aplicación de los instrumentos. Posteriormente, se realizó la aplicación del test diagnóstico para medir el nivel de estrés postraumático con la escala de trauma de Davidson (anexo 5), el mismo se acompañó de una presentación corta que incluye el objetivo del estudio y el instructivo necesario para su llenado.

Previo a la ejecución del primer objetivo, se informó a la población total del estudio, conformada por 110 personas, el tema de investigación y los objetivos. Se procedió con la firma del consentimiento informado (anexo 1). Se aplicó un cuestionario inicial (anexo 2) para definir criterios de elegibilidad.

Para lograr el objetivo 1, se empleó el test diagnóstico Escala de Trauma de Davidson (anexo 5). Una vez aplicada esta escala, se obtuvo que un total de 70 pacientes dieron positivo para el mismo y que cumplieron los criterios establecidos para participar en esta investigación. Para cumplir con el objetivo 2, se aplicaron dos encuestas a los participantes que permitieron recabar información como datos generales (anexo 3) e indagar acerca del evento traumático sufrido (anexo 4).

En la segunda etapa y para dar cumplimiento al objetivo 3, se implementó una estrategia de intervención psicoeducativa a los participantes a través de una guía elaborada para el efecto (anexo 6). Esta etapa de intervención se llevó a cabo mediante 9 sesiones de psicoeducación, divididas de la siguiente manera

- 4 sesiones de tipo individual
- 3 sesiones grupales (en familia)
- 2 sesiones grupales (todos los pacientes), mediante la intervención de un psicólogo clínico. En las cuales se trabajarán con diferentes subgrupos.

Las 4 sesiones de psicoeducación individual se instauraron de acuerdo con la siguiente estructura:

- Primera sesión: Presentación con el paciente. Escucha activa. Nivel de información que tiene el individuo sobre la enfermedad. Apoyo mediante la línea de salud mental del MSP, llamando gratuitamente al 171 opción 6.
- Segunda sesión: Conociendo sobre la enfermedad: Mediante exposición sobre la enfermedad (definición, causas, manifestaciones clínicas, tipos de tratamiento), con apoyo de infografías, respondiendo preguntas.
- Tercera sesión: Mejorar la actitud y el comportamiento frente a la enfermedad mediante información acerca de la predisposición de la persona de sentir y comportarse de una forma determinada frente a la

enfermedad. Aprendizaje y realización de técnicas de relajación muscular y de respiración profunda. Videos sobre testimonios reales de personas que pasan por situaciones similares.

- Cuarta sesión: Exposiciones e infografías sobre: El cuidado del paciente higiene, alimentación, ejercicio físico, hobbies, descanso. Escucha activa: que actividades prefiere el paciente, motivarlo a realizarlas en casa.

Se realizaron 3 sesiones psicoeducativas de tipo familiar:

- Primera sesión Exposición sobre información general de la enfermedad a la familia. Entrega de material de apoyo para mayor conocimiento sobre la enfermedad y donde buscar ayuda. Uso de los recursos de apoyo.
- Segunda sesión: Charlas educativas sobre crisis familiares, crisis y contención emocionales en caso de crisis, más uso de recursos de apoyo.
- Tercera sesión Charla educativa sobre Resiliencia familiar y fases del proceso de adaptación. Uso de los recursos de apoyo.

Además, se realizaron 2 sesiones grupales de psicoterapia con todos los pacientes, a través de telemedicina, con el apoyo de un psicólogo clínico invitado, con enseñanza acerca de técnicas de afrontamiento y superación personal.

Una vez culminada la intervención de psicoeducación, se procedió a la aplicación del re- test mediante el instrumento pre – seleccionado para el efecto.

Cabe recalcar, que los pacientes a los que se les aplicó el instrumento diagnóstico y que obtuvieron un puntaje compatible con un cuadro moderado a severo fueron referidos para su tratamiento y seguimiento especializado con Psicología.

Finalmente, se realizó el procesamiento y tabulación de los datos, posteriormente, el análisis e interpretación de resultados con la respectiva determinación de la correlación entre las variables estudiadas mediante el programa Excel y SPSS.

Operacionalización de Variables

Tabla 2

Operacionalización de Variables

Variable	Definición operacional	Naturaleza	Categorías/Rangos	Fuente
Edad	Años cumplidos al momento de la investigación.	Cuantitativa continua	Años cumplidos	
Sexo	Sexo biológico	Cualitativa nominal dicotómica	1 = Mujer 2 = Hombre	Cuestionario de preguntas generales
Instrucción	Último nivel (año) estudios aprobados	Cualitativa ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Cuarto nivel	Cuestionario de preguntas generales
Tipo de suceso traumático	Acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión.	Cualitativa nominal politómica	1. Maltrato físico 2. Maltrato verbal 3. Violencia sexual 4. Enfermedad inesperada (por ejemplo: cáncer, COVID-19) 5. Accidente de tránsito 6. Muerte inesperada de un familiar 7. Desastre natural 8. Otro	Escala de gravedad de los síntomas del TEPT – revisado (EGS-R)

Tipo de exposición al suceso traumático	Persona que ha vivido o presenciado directa o indirectamente el evento traumático	Cualitativa nominal dicotómica	1. Exposición directa 2. Testigo directo	Escala de gravedad de los síntomas del TEPT – revisado (EGS-R)
Frecuencia del suceso traumático	Frecuencia del hecho traumático, es decir una vez o varias ocasiones.	Cualitativa nominal dicotómica	1. = Única 2. = Continuado	Escala de gravedad de los síntomas del TEPT – revisado (EGS-R)
Tiempo en que ocurrió el evento	Tiempo transcurrido del evento traumático	Cuantitativa continua	Meses	Escala de gravedad de los síntomas del TEPT – revisado (EGS-R)
Clasificación TEPT	Diversos signos o síntomas de acuerdo a la gravedad, base al test diagnóstico aplicado	Cualitativa ordinal	1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Escala de trauma de Davidson

Plan de análisis

Se elaboró una base de datos en el programa Excel para vaciar toda la información y datos recolectados.

El procesamiento de los datos se realizó con el programa SPSS versión 25. Las pruebas estadísticas utilizarán un nivel de significación del 5%. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central como: media y mediana. Para los datos cualitativos se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes.

Finalmente, para evaluar la efectividad de la intervención se utilizó la prueba estadística t de Student.

Consideraciones éticas

La investigación se efectuó alcanzando los principios incluidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2000) y en las pautas señaladas por el grupo CIOMS de la OMS (OMS, 2015).

Ésta se ejecutó tomando en consideración los principios de beneficencia y no maleficencia, respeto y autonomía (Costa y Padilla, 2014).

El consentimiento informado fue obtenido de manera verbal y escrita, luego de su lectura minuciosa, antes de iniciar el proceso indagatorio con los participantes (Apéndice 1).

La presente investigación se estableció dentro de un riesgo mínimo para los partícipes, al aplicarse una prueba diagnóstica a un grupo de individuos en los que no se manipuló su conducta.

La realización de esta investigación, su contenido, los productos, resultados y financiamiento fueron responsabilidad de la investigadora.

Capítulo tres

Discusión de resultados y análisis

Resultados

Tabla 3

Características socio-demográficas de los pacientes con TEPT

Característica	Variable	Población
Edad	Media	33,61
	Mediana	32
Sexo	Masculino	47.1 % (n=33)
	Femenino	52.9% (n=37)
Instrucción	Básica	27.10% (n=19)
	Media	44.30% (n=31)
	Superior	28.60% (n=20)
	Quehaceres domésticos	27,1% (n=19)
	Docente	5,7% (n=4)
Ocupación	Comerciante	15,7% (n=11)
	Empleado publico	10% (n=7)
	Empleado privado	12,9% (n=9)
	Negocio propio	10% (n=7)
	Desempleado	7,1% (n=5)
	Otro	11,4% (n=8)
	Soltero/a	30% (n=21)
Estado civil	Casado/a	35,7% (n=25)
	Unión libre	25,7% (n=18)
	Viudo/a	1,4% (n=1)
	Divorciado/a	7,1% (n=5)

Nota: En esta tabla se recopilan las características socio-demográficas de los pacientes. Se observa que la media de edad se encuentra en 33.61 años, con una mediana en 32. Presentando el mayor grado de afectación TEPT en el sexo femenino con el 52,9%, con una instrucción media en el 44,30%, que se dedican a los quehaceres domésticos en el 27,1% y que cuentan con estado civil casado/a, siendo el 35.7%.

Tabla 4*Tipo de suceso traumático en los pacientes con TEPT*

	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
Maltrato físico	0	0,00%	17	24,30%	17	24,30%
Maltrato verbal	0	0,00%	4	5,70%	4	5,70%
Enfermedad inesperada	14	20,00%	7	10,00%	21	30,00%
Accidente de tránsito	7	10,00%	2	2,90%	9	12,90%
Muerte inesperada	6	8,60%	2	2,90%	8	11,40%
Otro	6	8,60%	5	7,10%	11	15,70%
Total	33	47,10%	37	52,90%	70	100,00%

Nota: se puede observar que el tipo de suceso que más provocó TEPT fue enfermedad inesperada en un 30% de la población.

Tabla 5*Clasificación pre y pos-test del Trastorno por estrés postraumático*

	Pre test		Pos test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	-	-	61	87,10%
Leve	55	78,60%	3	4,30%
Moderado	12	17,10%	4	5,70%
Severo	3	4,30%	2	2,90%
Total	70	100%	70	100%

Nota: En lo referente a la clasificación pre test, aquellos pacientes que presentaron un cuadro leve, fue del 78.6%, moderado 17.1% y severo con un 4.3%. Una vez culminada la intervención y aplicado el pos-test, hubo una mejoría lo cual se refleja en el 87.1% de pacientes con un resultado normal.

Tabla 6

T-Student / Diferencia de medias acorde al puntaje promedio de la Escala de Trauma de Davidson pre y pos-intervención en los pacientes con TEPT

	n	Media	DE	p Value	IC
Pre-intervención	70	39,84	23,050	<0,001	95%
Post-intervención	70	20,79	22,653		

Nota: en la presente tabla se puede apreciar a través de la t de student el análisis de la diferencia de medias de acuerdo al puntaje de la escala de trauma de Davidson. Observando que en la pre intervención hubo una media de 39,84; lo cual disminuyó a 20,79 una vez culminada la intervención, lo cual demuestra una reducción en la sintomatología para TEPT. Con ello, la hipótesis nula se rechaza, ya que con un intervalo de confianza del 95% y con una diferencia significativa entre la pre y post intervención, se comprueba que la estrategia psicoeducativa fue efectiva en los participantes.

Discusión

Este estudio se basó en la aplicación de una estrategia de psicoeducación a pacientes con trastorno por estrés postraumático. Ello permitió evidenciar que esta patología se presentó principalmente en adultos maduros (edad media 33.61 años), y es más frecuente en el sexo femenino (52,9%).

Es así como en España, en el estudio denominado Estructura dimensional de los síntomas de estrés postraumático del DSM-5 en víctimas de trauma españolas realizado por Soberón et al., (2016) en 165 participantes, se menciona que la edad media se ubicó cercana a la de este trabajo (38,21 años) y con una mayor frecuencia en las mujeres (78,8%). Así mismo, Leal-Soto et al., (2016) en el estudio denominado la rumiación en el estrés postraumático y el crecimiento después de un desastre natural: un modelo de los terremotos del norte de Chile de 2014 que contó con 238 participantes, encontró un significativo desarrollo de este trastorno en el sexo femenino (56%) y una media de edad (29,15 años) cercana a la de esta indagación.

El nivel educativo es otro punto relevante al padecer TEPT. En esta investigación se observó que las personas con instrucción media (44.3%), son más propensas a padecer esta enfermedad. Este aspecto se ve relacionado con un menor nivel económico que limita el

acceso a servicios de salud psicológicos o psiquiátricos y de esta manera, impide recibir oportunamente un diagnóstico, tratamiento y seguimiento efectivos.

Tal como menciona Kowal et al., (2020) en su trabajo denominado ¿Quién está más estresado durante la pandemia por COVID-19?, se reitera que ser soltero, más joven y tener niveles educativos más bajos se ha relacionado con un mayor estrés, estos datos fueron obtenidos en 26 países. Así mismo, en el estudio relacionado con estrés postraumático, crecimiento y depreciación durante la pandemia de COVID-19, en Turquía, Ikizer et al., (2021) señala que debido a la pandemia, a menor edad y ser soltero se ha asociado con mayores niveles de trastorno por estrés postrauma y depresión, lo cual ha proporcionado evidencia de los efectos postraumáticos a corto plazo de la pandemia COVID-19. Esto puede atribuirse al acceso limitado de estos grupos a los recursos materiales y psicológicos necesarios para hacer frente a un evento adverso inesperado.

Por el contrario, García, & Sánchez, (2019), en un estudio realizado sobre resiliencia y trastorno por estrés postraumático en 47 inmigrantes venezolanos residentes en Ecuador, demuestran que la mayor parte de participantes tienen educación universitaria y que sólo un tercio de la población están limitados a la instrucción de bachillerato. Esto difiere de nuestros resultados, quizá por las diferencias sociales y una mayor accesibilidad a los servicios educativos.

Datos obtenidos en lo concerniente a la ocupación, revelan que hay una mayor proporción de personas que se dedican a los quehaceres domésticos, teniendo en cuenta que esta enfermedad mental se presenta con más frecuencia en las mujeres, ya que dedican gran parte de su tiempo a las tareas y cuidados del hogar, y, llevan una mayor responsabilidad afectiva dentro del núcleo familiar. Luego, se ubican aquellos trabajadores del comercio y los empleados privados.

Un estudio realizado en el norte de Chile, en donde se evaluó la rumiación en el estrés postraumático y el crecimiento después de un desastre natural en 238 habitantes de Iquique,

detectó que la mayoría fueron estudiantes, menos de un cuarto eran trabajadores dependientes, y únicamente una minoría eran trabajadoras del hogar o informales (Leal-Soto et al., 2016). Estos datos revelan que a pesar de ser países latinoamericanos, se deja en evidencia las diferencias en el crecimiento económico, el acceso a las plazas de empleo, las oportunidades de trabajo y el nivel de educación existentes entre ambos países y que determina el desarrollo de enfermedades y el deterioro de la salud mental.

Con respecto al estado civil, García, & Sánchez, (2019) en su trabajo acerca de la resiliencia y el estrés postraumático en 47 inmigrantes venezolanos residentes en Ecuador, al evaluar las condiciones sociodemográficas describen que, un tercio de la población eran casados, seguidos por aquellos que se encontraban en unión libre y la menor parte correspondía a personas solteras.

Similar a estos resultados tenemos que, en el presente estudio poco más de un tercio estaban casados, menos de un tercio eran solteros y la menor parte correspondía a aquellos en unión libre. Se puede apreciar que este trastorno se presenta en un promedio de edad donde es propio que los individuos busquen establecer una relación de pareja ya sea formal e informal.

El tipo de suceso traumático manifestado por la mayoría de los individuos fue el relacionado al padecimiento de una enfermedad inesperada con mayor afectación en los hombres, seguido por el maltrato físico especialmente en el sexo femenino. Luego se ubicaron aquellas causas no detalladas entre las que se encuentra el desempleo, la infidelidad de la pareja, el aborto, divorcios, migración, entre otros.

En España, el estudio nombrado Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5, en el que se describieron las propiedades psicométricas de este instrumento, se señala que previo al contexto de pandemia la mayor parte de las víctimas habían padecido violencia física, el resto habían sufrido violencia exclusivamente psicológica o violencia sexual. En los casos de violencia,

había sido ejercida por la pareja o expareja de la víctima, luego se ubica el padre o padrastro u otras personas conocidas (familiares y no familiares de la víctima) y en menor grado personas desconocidas.(Echeburúa et al., 2016).

Teniendo en cuenta que, la violencia en cualquiera de sus aspectos es una de las principales causas de sufrir un evento traumático y el posterior desarrollo de trastorno por estrés postraumático, actualmente, en contexto de pandemia y a pesar de todas las medidas aplicadas, la población se ha visto afectada por esta causa, que al ser una enfermedad reciente ha causado gran zozobra en los habitantes. Ello justifica que gran parte de los participantes hayan sido víctimas de una patología imprevista.

Se puede agregar que en nuestro país debido a factores culturales y de estigma que aún existen, no todas las personas afectadas realizan la denuncia ni los trámites legales pertinentes ante un proceso de presunta violencia, ya sea por temor, desconocimiento, impunidad o revictimización al individuo damnificado.

En este estudio, en la pre-intervención más de la mitad de los pacientes presentaron sintomatología correspondiente a un cuadro leve; los resultados finales post-intervención revelaron una disminución de la persistencia de este trastorno en los participantes, pero aún significativa (12.9%). Así mismo, en la post intervención hubo una mejoría evidenciada en la mayor parte de la población estudiada (87.1%), lo que permite demostrar que la psicoeducación es base importante para el tratamiento de los individuos que padecen problemas psicológicos y/o psiquiátricos, convirtiéndose en una herramienta útil en el trastorno por estrés postraumático.

Otros estudios hacen referencia a que la psicoeducación es un recurso valioso en la intervención con las familias, ya que cambia la visión que tienen sobre la enfermedad o el problema, ha mostrado eficacia, y cuenta además con la ventaja de su fácil adaptación e implementación, como lo demuestra el estudio denominado Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora (Cuevas & Moreno, 2017).

Es importante señalar que la psicoeducación aclara la opinión de las causas y efectos de la enfermedad y/o problema, ya que el conocimiento disminuye el riesgo de recaídas y rehospitalizaciones. También, permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento, entre otros aspectos (Cuevas & Moreno, 2017).

En el artículo denominado Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares, se afirma que es importante tomar en cuenta que, si los participantes reciben intervenciones psicoeducativas, muestran como resultado una disminución significativa de los tiempos de recaídas a corto plazo, pero no a largo plazo. Además, puede disminuir la incidencia de ansiedad severa y depresión. En último lugar, la revisión muestra una mejora en las habilidades sociales y la funcionalidad de los pacientes, pero no muestra diferencias en la calidad de vida en el corto tiempo (Godoy et al., 2020).

Finalmente, se expone que la clave de la eficacia de las intervenciones radica en la participación de los asistentes. Y aquellas psicoeducaciones en las que participan personas con síntomas leves son más efectivas pues se asocian a una mejor remisión de los síntomas a corto y largo plazo, sin embargo, en aquellos con sintomatología moderada la intervención no parece ser tan efectiva en términos de calidad de vida (Godoy et al., 2020).

Es necesario señalar que este estudio presentó algunas limitaciones ya que, por el hecho de atravesar una pandemia, se presentaron complicaciones al momento de realizar la intervención psicoeducativa directamente con el paciente y familia, por el temor de que existe de contagio y complicaciones de este problema de salud pública actual.

Conclusiones

El trastorno por estrés postraumático es bastante frecuente en nuestro medio, como lo demostró este estudio en el que se identificó en más de la mitad de los pacientes del centro de Salud N°1.

Se pudo verificar que este trastorno se observó con mayor frecuencia en un promedio de edad de 32 años, principalmente en el sexo femenino, con una instrucción media, una ocupación de quehaceres domésticos y estado civil casado. Se determinó que el tipo de suceso traumático con mayor predominio fue enfermedad inesperada.

La psicoeducación como estrategia de intervención en pacientes con trastorno por estrés postraumático resultó efectiva como parte del tratamiento de esta patología.

Recomendaciones

Es indispensable tener una mayor objetividad como médico de familia y como personal sanitario en general, para poder identificar adecuadamente los problemas de salud mental y poder tomar acciones oportunas antes ellos.

Se recomienda el desarrollo y aplicación de herramientas e instrumentos para futuros trabajos de investigación en lo concerniente a los diversos trastornos de salud mental que sean fácilmente aplicables por el personal de salud y población en general.

Es importante recomendar que, al realizar un trabajo investigativo de intervención en el contexto de pandemia, se mantengan las medidas adecuadas de bioseguridad tanto para el paciente, su familia, como para el personal que la realiza. Además, se busquen métodos alternativos de poder realizar sesiones en el caso de contagios o negativas para ejecutarlas de manera presencial.

Se recomienda a todo el personal de salud tomar en cuenta la psicoeducación como parte de la primera ayuda, tratamiento y seguimiento de las personas que padecen trastornos psicológicos, en especial el de estrés postraumático, tema de esta investigación.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2020, August). *What Is Posttraumatic Stress Disorder?*
APA. <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
- Barragán, N., Blanch, J., y Campiñez, M. (2019). Trastornos de salud mental. *Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia (Octava, pp. 897–925)*. Elsevier. <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491131854000335?scrollTo=%233-s2.0-B9788491131854000335-f33-01-9788491131854>
- Bermúdez Durán, L. V., Barrantes Martínez, M. M., y Bonilla Álvarez, G. (2020, September 1). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia*, e568. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
- Carvajalino, P. (2020, November 9). Trastorno de estrés postraumático por efectos de la pandemia debe ser tratado como un problema de salud pública. *Gestarsalud*. <https://www.gestarsalud.com/2020/11/09/trastorno-de-estres-postraumatico-por-efectos-de-la-pandemia-debe-ser-tratado-como-un-problema-de-salud-publica/>
- Centro Nacional para el TEPT. (2018, February). *Cómo hacer conexiones con otro*. National Center for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/spanish/docs/PFA_giving_social_support_sp.pdf
- Centro Nacional para el TEPT. (2018, February). *Consejos para relajarse*. National Center for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/spanish/docs/PFA_relaxation_sp.pdf
- Centro Nacional para el TEPT. (2018, April). *Entendiendo el TEPT: Guía para familiares y amigos*. National Center for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/spanish/docs/VA_PTSD_Family_GUide_sp.pdf

- Crespo Generelo, T., Camarillo Gutiérrez, L., De Diego Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918–4928. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- Cuevas-Cancino, J. J., y Moreno-Pérez, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207–218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153–160. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004229>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 111–127. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Elsevier BV. (2020, December 30). *Posttraumatic Stress Disorder*. ClinicalKey. https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-0361f0fa-0f5b-4d7b-af8d-62cc79ee76c0
- García Pazmiño, M. A., y Sánchez López, N. E. (2019). *Resiliencia y trastorno de estrés postraumático en inmigrantes de la Fundación Chamos Venezolanos en Ecuador* [tesis de Pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19144>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

- González, M., Bascarán, M., y Calcedo, A. (2001, February 8). *Evaluación psicométrica del trastorno de estrés postraumático*. *Psiquiatría.Com*.
<https://psiquiatria.com/article.php?ar=estres&wurl=evaluacion-psicometrica-del-trastorno-de-estres-postraumatico>
- Ikizer, G., Karanci, A. N., Gul, E., y Dilekler, I. (2021). Post-traumatic stress, growth, and depreciation during the COVID-19 pandemic: evidence from Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1872966>
- Kowal, M., Coll-Martín, T., Ikizer, G., Rasmussen, J., Eichel, K., Studzińska, A., Koszałkowska, K., Karwowski, M., Najmussaib, A., Pankowski, D., Lieberoth, A., y Ahmed, O. (2020). Who is the Most Stressed During the COVID-19 Pandemic? Data From 26 Countries and Areas. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 946–966. <https://doi.org/10.1111/aphw.12234>
- Leal-Soto, F., Carmona-Halty, M., y Ferrer-Urbina, R. (2016). Rumination in posttraumatic stress and growth after a natural disaster: a model from northern Chile 2014 earthquakes. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 31638. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31638>
- Lería, F., y Salgado, J. (2016). Estrés post-traumático y estrés subjetivo en estudiantes universitarios tras aluvión de barro. *Ciencias Psicológicas*, 129–141. <https://doi.org/10.22235/cp.v10i2.1250>
- Lorenzo Ruiz, A., y Guerrero Angeles, E. (2017, December). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 252–265. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6234347>
- Mingote Adán, J. C., Menjón Beltrán, F., y Mingote Bernad, B. (2019). Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático I. *Aperturas Psicoanalíticas:*

Revista de Psicoanálisis, ISSN-e 1699-4825, Nº. 61, 2019 (Ejemplar Dedicado a: *Abordaje Psicoanalítico Del Trauma I*), 61, 3.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7186125&info=resumen&idioma=SPA>

Oken, B., Chamine, I., y Wakeland, W. (2019, April). *Efectos fisiológicos y psicológicos del estrés ambiental*. IntraMed.

[https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=92550#:~:text=Los%20estresores%20ambientales%20significativos%20pueden,por%20estr%C3%A9s%20posttraum%C3%A1tico%20\(TEPT\).](https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=92550#:~:text=Los%20estresores%20ambientales%20significativos%20pueden,por%20estr%C3%A9s%20posttraum%C3%A1tico%20(TEPT).)

Polimanti, R., Ratanatharathorn, A., Maihofer, A. X., Choi, K. W., Stein, M. B., Morey, R. A., Logue, M. W., Nievergelt, C. M., Stein, D. J., Koenen, K. C., y Gelernter, J. (2019). Association of Economic Status and Educational Attainment with Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA Network Open*, 2(5), e193447.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.3447>

Quintero, J., Rodriguez, A., y Mora, F. (2021, May 14). Diagnóstico y manejo del trastorno por estrés postraumático. *Fisterra*.
https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_2775

Sadock, B., Sadock, V., y Ruiz, P. (2015). Sinopsis de Psiquiatría. In Lippincott Williams & Wilkins (Ed.), *Lippincott Williams & Wilkins* (11th ed., pp. 962–980).

Shalev, A., Liberzon, I., y Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459–2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>

Soberón, C., Crespo, M., Gómez-Gutiérrez, M. del M., Fernández-Lansac, V., y Armour, C. (2016). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms in Spanish trauma victims. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 32078.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32078>

Velasco de la Fuente, P. (2018). *Criminalmente. La criminología como ciencia*. (Ariel., Ed.; Primera). <https://es.scribd.com/document/532827450/CRIMINALMENTE-La-Criminologia-Como-Ciencia-Paz-Velasco-de-La-Fuente>

Zhou, Y., Yin, H., Wang, M., & Wang, J. (2019). The effect of family-focused psychoeducational therapy for autism spectrum disorder children's parents on parenting self-efficacy and emotion. *ClinicalKey*, 33. <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0883941717305708>

Apéndice

Apéndice 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL ESTUDIO: “PSICOEDUCACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD N°1”

INVESTIGADORA: Md. Katuska Ivanova Montoya Pasaca, Médico posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria.

Información al entrevistado (a).

El propósito del presente es estudiar el estado de salud mental de pacientes del centro de salud N°1. Para participar, usted debe pertenecer a la población asignada al centro de salud N°1, tener una edad comprendida mayor o igual a 19 años y menor a 65 años, no encontrarse en periodo de gestación y no haber tenido enfermedad psicológica o psiquiátrica previa, además para poder llenar el cuestionario diagnóstico debe responder unas preguntas previas, para confirmar que usted se encuentra dentro de los criterios de inclusión de este estudio. Las personas que no cumplan con estos criterios no podrán participar en el estudio.

Su participación consistirá en contestar un cuestionario de carácter confidencial. Una vez que haya leído, comprendido y aceptado este consentimiento informado, podrá iniciar la contestación de este, le tomará aproximadamente 20 minutos. El cuestionario contiene preguntas sobre diversos aspectos relacionados con la presencia de un hecho estresante en su vida y su estado de salud mental.

Entre los principales beneficios de su participación en este estudio incluyen: 1. Mejorar los síntomas emocionales presentes que afectan el desarrollo de su vida diaria mediante la obtención de estrategias de afrontamiento psicoeducativas, 2. Mejorar el estado de salud

emocional de su familia nuclear mediante técnicas de afrontamiento de grupo y 3. Obtener información que le ayuden a comprender mejor su enfermedad. 4. En caso necesario será referido con un especialista en salud mental al finalizar este estudio.

Usted no corre ningún riesgo al aceptar participar. Se le brindará toda la información que necesite para la comprensión del estudio. Además, podrá retirarse del mismo en el momento que usted decida sin tener que dar explicaciones y sin que esto interfiera en la atención de salud que recibe.

Confidencialidad de datos

Toda la información recolectada en esta encuesta es de tipo confidencial, sin embargo, no se mantendrá el anonimato debido a que luego de recolectar la información, se procederá a brindar psicoeducación de tipo individual y familiar a los participantes que presenten síntomas leves del trastorno por estrés postraumático. Asimismo, la información obtenida se mantendrá en forma confidencial en los servidores de la UTPL, conforme a la legislación vigente para el tratamiento y protección de datos. Finalmente, los resultados obtenidos se usarán exclusivamente con fines de investigación, por tanto le ruego que responda con total sinceridad.

Declaración y firma del entrevistado.

He recibido información suficiente por parte del investigador Montoya Pasaca Katiuska Ivanova, quien me ha explicado en qué consistirá mi participación en la investigación. He podido hacer las preguntas que me preocupaban y entiendo la importancia de mi participación en este estudio. Por lo cual doy mi consentimiento para participar.

A los _____ días del mes _____ del año 2021.

Firma del entrevistado

Firma del investigador

Correo electrónico:

Apéndice 2

CUESTIONARIO 1

Por favor, conteste con sinceridad las siguientes preguntas:

1. ¿A sufrido algún suceso traumático en su vida?

Si (), si su respuesta es afirmativa, por favor continúe a la siguiente pregunta.

No (), si su respuesta es negativa, deje en blanco el resto de ítems.

2. ¿En los últimos 6 meses ha recibido tratamiento psicológico por el evento sufrido?

Si ()

No ()

3. ¿Tiene o ha tenido diagnóstico de alguna enfermedad psicológica o psiquiátrica en algún momento de su vida?

Si ()

No ()

Apéndice 3

CUESTIONARIO 2

PREGUNTAS GENERALES	
Edad cumplida en años	
Sexo	1. Mujer () 2. Hombre ()

Instrucción	1. Primaria Incompleta () 2. Primaria completa () 3. Secundaria incompleta () 4. Secundaria completa () 5. Superior completa () 6. Superior incompleta () 7. Cuarto nivel ()
Ocupación	1. Quehaceres doméstico () 2. Docente () 3. Comerciante () 4. Empleado público () 5. Empleado privado () 6. Negocio propio () 7. Jubilado () 8. Desempleado ()
Estado civil	1. Soltero () 2. Casado () 3. Unión libre () 4. Divorciado () 5. Viudo ()

Apéndice 4

Cuestionario 3	
¿Tiene o ha tenido diagnóstico de alguna enfermedad psicológica o psiquiátrica previa?	Si () No ()
¿A sufrido algún suceso traumático?	Si () No ()
Tipo de suceso traumático: Maltrato físico Maltrato verbal Violencia sexual Enfermedad inesperada (por ejemplo: cáncer, COVID- 19) Accidente de tránsito Muerte inesperada de un familiar Desastre natural Otro	Si () No () Si () No () Si () No () Si () No () Si () No () Si () No () Si () No () Si () No () Especificar:
Tipo de exposición al suceso traumático: Exposición directa	

Testigo directo	Si () No () Si () No ()
Frecuencia del suceso traumático: Episodio único Episodios continuados	Si () No () Si () No ()
¿Hace que tiempo ocurrió el evento?	Especificar en meses o años:
¿Ha recibido tratamiento psicológico por el evento sufrido?	1= Si 2= No

Apéndice 5

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON (DTS)

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a sucesos específicos, que usted puede haber experimentado durante la última semana debido a la presencia de un hecho traumático en su vida. Para cada pregunta tenga en cuenta cuántas veces que le ha sucedido (frecuencia) y con cuánta intensidad (gravedad). Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2 - 3 veces	2 = moderada
3 = 4 - 6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

Preguntas	Frecuencia	Gravedad
1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.		
2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.		

3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.		
4. Hay cosas que me lo han hecho recordar.		
5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento. (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea).		
6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.		
7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.		
8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.		
9. He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.		
10. Me he sentido distante o alejado de la gente.		
11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.		
12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.		
13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.		
14. He estado irritable o he tenido accesos de ira.		
15. He tenido dificultades para concentrarme		
16. Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia".		
17. He estado nervioso o me he asustado fácilmente.		
TOTAL		

Apéndice 6

GUIA PSICOEDUCATIVA DIRIGIDA A PACIENTES CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO

La presente guía tiene como finalidad detallar cada una de las actividades realizadas con los pacientes con trastorno por estrés postraumático y que fueron aplicadas durante la intervención de psicoeducación.

Para cada una de las sesiones programadas se procedió a describir el detalle de cada actividad, con su respectivo objetivo y los recursos empleados. Cabe recalcar, que se dieron un total de 4 sesiones de psicoeducación individual.

GUIA PSICOEDUCATIVA DIRIGIDA A PACIENTES CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO				
	OBJETIVOS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS
SESIÓN 1	<ul style="list-style-type: none"> •Compartir información básica y practicar escucha activa con el paciente. •Adherencia a la terapia psicoeducativa 	<ul style="list-style-type: none"> •Entrevista al participante para indagar sobre los antecedentes del suceso traumático, nivel de información que tiene el paciente sobre la enfermedad. • Proporcionar información clara sobre enfermedad. • Dar a conocer medios de 	<p>Jerarquizar los problemas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificación del problema por parte del paciente y médico. -Planificación de tareas. <p>Propiciar un ambiente que vincule al paciente en la comunidad.</p> <p>Brindar apoyo en posibles crisis.</p> <p>Información y orientación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infografía sobre psicoeducación en trastorno por estrés postraumático. - Infografía sobre trastorno por estrés postraumático. - Línea telefónica gratuita de salud mental del Ministerio de Salud Pública, 171 opción 6. - Video interactivo: Estrés y Manejo de Estrés. "1er Video Educativo Interactivo" -EducaEspoir

		<p>atención de salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar al paciente a realizar un listado de estímulos agradables y desagradables. • Indicar al paciente salir de paseo cerca al domicilio o lugar de trabajo en compañía de un amigo y/o familiar. 	Entrenamiento en la solución de problemas.	
SESIÓN 2	<p>• Proporcionar información detallada acerca del trastorno por estrés postraumático al paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de adherencia a la psicoeducación. 	<p>• Conociendo la enfermedad (definición del trastorno por estrés postraumático, causas, manifestaciones clínicas, tratamientos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta a inquietudes e 	<p>Mejorar el conocimiento de la enfermedad y mejora en la atención del paciente.</p> <p>Incrementar el interés y práctica del paciente por actividades de relajación y mindfulness.</p> <p>Mejorar la identificación de</p>	<p>Infografía sobre trastorno por estrés postraumático.</p> <p>Técnica de la autoobservación.</p> <p>Musicoterapia relajante (disponible en https://www.youtube.com/watch?v=OFZpig3cJHo y https://www.youtube.com/watch?v=1ZYbU82GVz4)</p>

		<p>interrogantes del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y evaluación de tareas asignadas en la primera sesión. • Práctica de la autoobservación: se indica a los pacientes llevar un registro de su estado anímico diario basado en una escala de entre 0 que significa que se sentía muy mal y 10 que se encontraba excelentemente bien. • Compartir una comida, juego de mesa, película o manualidad con un 	<p>pensamientos intrusivos y emociones.</p> <p>Mejorar la percepción y manejo de estrés.</p>	
--	--	---	--	--

		familiar y/o amigo. •Musicoterapia relajante.		
SESIÓN 3	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la actitud y el comportamiento frente a la enfermedad. • Seguimiento de adherencia a la psicoeducación. 	<ul style="list-style-type: none"> •Revisión y análisis de tareas asignadas en la segunda sesión. •Identificación de pensamientos negativos durante el diario vivir, momentos en los que esto ocasiona llanto o no y registro del sentir de acuerdo a los pensamientos generados. •Información sobre el sentir y el comportarse determinada mente frente a la enfermedad. • Apoyo en medios audiovisuales de testimonios 	<p>Mejorar la práctica de técnicas de relajación.</p> <p>Mejorar el control de pensamientos y la práctica de técnicas de autocontrol.</p> <p>Cambiar la percepción y/o reacción a sus recuerdos, además, indicar a las personas a cómo manejar sus síntomas y cómo mantener una adecuada comunicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica 4-7-8 para control de la respiración (video educativo disponible en https://www.facebook.com/1598399590419180/posts/2730999100492551/?vh=e&d=n y en https://www.youtube.com/watch?v=B4Sui9TYzEA) • Técnica de relajación muscular (Relajación muscular progresiva de Jacobson disponible en https://www.youtube.com/watch?v=eu-2iWv_fCM&feature=youtu.be) • Video instructivo para desintoxicar la mente (disponible en https://www.youtube.com/watch?v=hwjmrWjuW5s) • Video instructivo de como bloquear pensamientos negativos (https://www.youtube.com/watch?v=PQR7zVuiu3w) • Video instructivo de mi mente es positiva (https://www.youtube.com/watch?v=EPREERWegrg) • Video sobre testimonio de padecer estrés postraumático

		<p>de personas que enfrentan situaciones similares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conversatorio acerca del suceso traumático ocurrido. • Indicaciones para manejo adecuado de la respiración. • Informar sobre técnicas de relajación muscular. 		<p>(https://www.youtube.com/watch?v=UzBJcI7p9Jc)</p>
<p>SESIÓN 4</p>	<p>• Mejorar el autocuidado y evaluación de la autonomía del paciente.</p>	<p>Revisión y análisis de tareas asignadas en la tercera sesión.</p> <p>Refuerzo de actividades de respiración y relajación muscular.</p> <p>Autocuidado: higiene, alimentación, ejercicio físico,</p>	<p>Incentivar al paciente a la práctica diaria de actividades de autocuidado.</p> <p>Incentivar a realizar actividades que el paciente prefiere y motivar para practicarlas a diario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Video educativo: Cápsula de Salud Mental - Estrategias de Autocuidado https://www.youtube.com/watch?v=yCI7DdCzDp4 • Video educativo: Autocuidado físico https://www.youtube.com/watch?v=waQfDYsa6p8

		hobbies y descanso.		
--	--	---------------------	--	--

Infografías

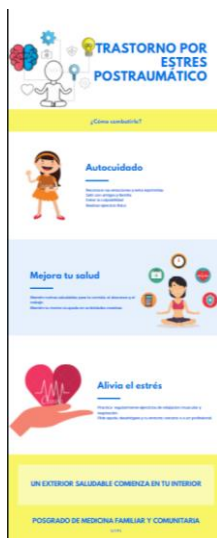
- Sesión 1: Psicoeducación: https://www.canva.com/design/DAEhqCv83xk/PUfK7hKkd-bpIDEv2LRCuw/view?utm_content=DAEhqCv83xk&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink



- Sesión 2: Estrés posttraumático: https://www.canva.com/design/DAEhr-GwVc/2ZC855lw8zyp-YbXff5isg/view?utm_content=DAEhr-GwVc&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink



- Sesión 4: Autocuidado: https://www.canva.com/design/DAEhsOpHRJ0/Sc7yAi2ccAYgsb9EGr3cdg/vi-ew?utm_content=DAEhsOpHRJ0&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink



GUÍA PARA PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR			
SESIÓN 1			
Duración estimada: 1 hora			
Objetivo	Actividades a desarrollar	Recursos	Resultados esperados
Impartir conocimientos de la enfermedad, con el fin de mejorar los cuidados generales y particulares del paciente por parte de su familia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación con la familia 2. Charla educativa: Entendiendo el TEPT. 3. Video educativo 4. Conversatorio: Preguntas y respuestas 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Actividad lúdica 2.- Charla a través de guía educativa sobre el TEPT - Apoyo mediante telemedicina por parte de Psicóloga del CS Nro 1: Psc. Patricia Córdova en caso de crisis aguda. - Servicio de apoyo psicológico por el MSP llamando al 171, opción 6 - Número de teléfono sin fines de lucro para apoyo psicosocial mediante teleasistencia en Loja: Casmul (centro 	Que las familias comprendan el mecanismo del TEPT, para lograr que colaboren de manera directa con los cuidados paciente.

		de apoyo social municipal de Loja) teleasistencia 098 224 9419 3.- Video educativo: ¿Qué es el TEPT?	
--	--	--	--

SESIÓN 2

Duración estimada: 1 hora

Objetivo	Actividades a desarrollar	Recursos	Resultados esperados
Promover una visión positiva sobre la enfermedad en el entorno familiar, creando un espacio seguro y de apoyo para el paciente.	<p>1.- Charlas educativas sobre: Sistema familiar: Crisis familiares normativas y no normativas.</p> <p>Crisis emocional: generalidades, como superar una crisis.</p> <p>2.- Video educativo</p> <p>3.- Ejercicio grupal: ¿Cuál es mi reacción frente a una crisis? ¿Qué tengo que hacer para sentirme mejor?</p> <p>4.- Conversatorio: Preguntas y respuestas.</p>	<p>1.- Exposición con el apoyo de diapositivas:</p> <p>2. Video educativo: - Manejo de emociones, sentimientos y empatía.</p> <p>- Contención emocional</p> <p>3.- Ejercicio grupal guiado.</p> <p>4. Entrega de infografía acerca de consejos para relajarse en situaciones de tensión y estrés.</p>	Crear un espacio seguro para el apoyo, autoayuda y autocuidado del paciente, y fortalecer la capacidad de las familias en su labor de cuidadoras.

SESIÓN 3

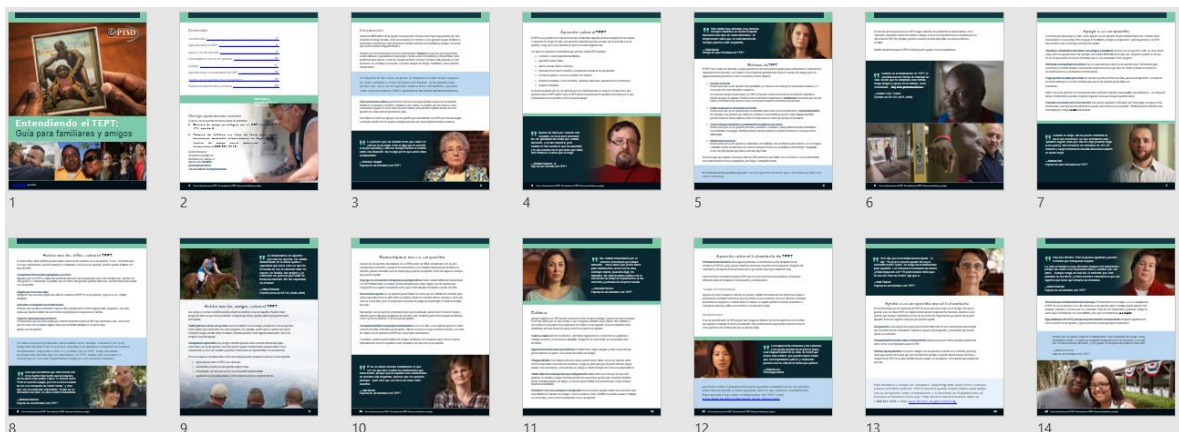
Duración estimada: 1 hora

Objetivos	Actividades a desarrollar	Recursos	Resultados esperados

<p>Fomentar la reintegración del paciente con su entorno, mediante el desarrollo de resiliencia personal y familiar.</p>	<p>1.- Actividad lúdica 2.- Charla educativa: Resiliencia, como desarrollarla. 3.- Video educativo 4.- Conversatorio: Preguntas y respuestas 5.- Cierre de sesiones de psicoeducación familiar</p>	<p>1.- Actividad lúdica para fomentar la unión familiar 2.- Charla educativa mediante el uso de diapositivas 3.- Videos educativos: - Importancia de las redes de apoyo. - Como reconocer señales de alarma 4.- Entrega de infografías: - Aprender a ser resiliente - Como prestar apoyo social en casos de crisis.</p>	<p>Que el paciente pueda reintegrarse a espacios de interacción social con la ayuda de su familia como principal red de apoyo.</p>
--	--	--	--

Infografías

Sesión 1: Entendiendo el TEPT: Guía para familiares y amigos (Centro Nacional para el TEPT, 2018).



Sesión 2: (Centro Nacional para el TEPT., 2018)



Consejos para relajarse

La tensión y la ansiedad son comunes después de los desastres. Desafortunadamente, ambas pueden hacer más difícil afrontar el sinnúmero de cosas que uno debe hacer para recuperarse. No existe una solución fácil para afrontar los problemas que surgen después de un desastre. Sin embargo, dedicar tiempo durante el día para calmarse utilizando ejercicios de relajación, puede ayudarle a conciliar el sueño, a concentrarse y le proporcionará más energía para afrontar la vida. Estas prácticas pueden incluir ejercicios de relajación muscular y de respiración, meditación, natación, estiramiento, yoga, oración, escuchar música suave, pasar tiempo en contacto con la naturaleza y otras actividades afines. A continuación encontrará algunos ejercicios básicos de respiración que podrán ayudarle.

Para usted:

- Inhale lentamente (uno, dos, tres; uno, dos, tres; uno, dos, tres) por la nariz y llene cómodamente sus pulmones hasta llenar el estómago.
- Suave y silenciosamente diga: "mi cuerpo se está llenando de calma". Exhale lentamente (uno, dos, tres; uno, dos, tres; uno, dos, tres) por la boca y cómodamente vacíe los pulmones hasta llenar el estómago.
- Suave y silenciosamente diga: "mi cuerpo se está liberando de tensión".
- Repítalo cinco veces suave y cómodamente.
- Haga esto diariamente cuantas veces sea necesario.



Para los Niños:

Guíe al niño durante un ejercicio de respiración:

- "Vamos a practicar una forma diferente de respirar que nos puede ayudar a calmar nuestros cuerpos."
- Pon una mano en tu estómago, así (demostrar).
- Bien, vamos a respirar hacia adentro por la nariz. Cuando respiramos hacia adentro, nos vamos a llenar de mucho aire y nuestros estómagos van a salir para afuera, así (demostrar).
- Después, vamos a respirar hacia afuera por la boca. Cuando respiramos hacia afuera, nuestros estómagos se van a meter hacia adentro y subir hacia arriba, así (demostrar).
- Vamos a respirar hacia adentro muy suavemente mientras yo cuento hasta tres. Yo también voy a contar hasta tres mientras respiramos hacia afuera muy suavemente.
- Vamos a tratar esto juntos. ¡Buen trabajo!"



Haga este juego:

- Sople burbujas con una varita para hacer burbujas y jabón de fregar.
- Sople burbujas con goma de mascar.
- Sople bolitas de papel o de algodón de un lado a otro de la mesa.
- Haga una historia en la que el niño le ayude a imitar a un personaje que respira profundamente.

Sesión 3: (Centro Nacional para el TEPT, 2018)



Cómo hacer conexiones con otro

Cómo prestar apoyo social

Usted puede ayudar a los miembros de las familias y a sus amigos a afrontar el desastre pasando tiempo con ellos y escuchándoles cuidadosamente. La mayoría de las personas se recuperan de mejor forma cuando desarrollan relaciones con otros que se preocupan por ellos. Algunas personas eligen no hablar de sus experiencias mientras que otros necesitan comunicarlas. El hablar sobre lo sucedido durante el desastre puede ayudar a algunos a que los eventos no resulten tan abrumadores. Otros se pueden sentir mejor, simplemente al pasar tiempo con personas cercanas o con aquellas que les permiten sentirse aceptados, sin la necesidad de tener que hablar sobre lo sucedido. A continuación encontrará información sobre cómo proveer apoyo social a otras personas.

Razones por las cuales una persona pudiera evitar el apoyo social

- No saber lo que necesita
- Sentirse avergonzado o "débil"
- Miedo a perder el control
- No querer ser una carga para otros
- Dudar de que sea provechoso o de que los otros entiendan
- Tratar de buscar ayuda y sentir que no estaba disponible
- Tratar de evitar pensar o tener sentimientos relacionados con el evento
- Suponer que otros le juzgarán o se sentirán decepcionados
- No saber dónde buscar ayuda

Formas adecuadas de brindar apoyo

- Demuestre interés, atención y que a usted le importa.
- Encuentre un lugar donde hablar y tiempo sin interrupciones.
- No juzgue o tenga expectativas.
- Demuestre respeto por las reacciones de la persona y su forma de manejar la adversidad.
- Reconozca que este tipo de estrés puede tomar tiempo en disiparse.

Comportamientos que interfieren con la prestación de ayuda

- Apresurarse a decirle a alguien que estará bien; o que debe "superar ya la situación y seguir adelante"
- Hablar sobre sus experiencias personales sin escuchar la historia de la otra persona
- Impedir que las personas hablen de lo que les molesta
- Actuar como si la persona es débil o está exagerando, pues no maneja la adversidad tan bien como usted
- Dar consejos sin escuchar las preocupaciones de las personas o sin preguntarles qué consideran conveniente para ellos
- Decirles que tienen suerte pues pudo haber sido peor

Cuando su apoyo no es suiciente

- Comuníquese los expertos señalan que la evitación y el retraimiento probablemente aumenten la angustia, y que el apoyo social ayuda en la recuperación.
- Anime a la persona a participar en grupos de apoyo de personas que están atravesando por experiencias similares.
- Anime a la persona a que hable con un consejero, un líder religioso o con un profesional médico y ofrézcale acompañarlo.
- Solicite la cooperación de otras personas de su círculo social de modo que todos participen en la tarea de apoyar a la persona.