



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE POSGRADOS

Maestría en Psicología Clínica Mención Psicoprevención y Promoción de

la Salud Mental

Cohorte 2022

Tema: Plan de descarga emocional, para prevenir y manejar el Trastorno de Estrés Postraumático.

Plan de trabajo de titulación previo a la obtención del título de cuarto nivel de Magister Psicoprevención y Promoción de la Salud Mental.

Modalidad de Titulación: Proyecto de Desarrollo

Línea de investigación: Salud Ocupacional

Autora: Ps. Cl. María Zulay Calle Altamirano

Director: Mg. Diego Javier Mayorga Ortiz

Ambato – Ecuador

2022 – 2023

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad/Centro

El Tribunal receptor del Trabajo de Titulación, presidido por: la Lic. Miriam Ivonne Fernández Nieto, e integrado por los señores: Psi. Cli. Danilo Alejandro Céspedes Msc y Psi. Cli. Jessy Mariana Robayo Carrillo Mg, designados por la Unidad Académica de Titulación del Centro de Posgrados de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: “Plan de descarga emocional para prevenir y manejar el trastorno de estrés postraumático, elaborado y presentado por la señora Psi Cl. María Zulay Calle Altamirano, para optar por el Título de cuarto nivel de Magíster en Psicoprevención y Promoción de la Salud Mental; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación, el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Lic. Miriam Ivonne Fernández Nieto
Presidente y Miembro del Tribunal

Ps. Cl. Danilo Alejandro Céspedes, Msc
Miembro del Tribunal

Ps. Cl. Jessy Mariana Robayo Carrillo, Mg
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: Plan de descarga emocional para prevenir y manejar el Trastorno de Estrés Postraumático a: Ps. Cl. María Zulay Calle Altamirano Autora bajo la Dirección de Ps. Cl. Mg. Diego Javier Mayorga Ortiz, Director del Trabajo de Titulación, y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Ps. Cl. María Zulay Calle Altamirano

C.c.:1805134184

AUTORA

Ps. Cl. Mg. Diego Javier Mayorga Ortiz

C.c.:1804142923

AUTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Psc. Cl. María Zulay Calle Altamirano

C.c.:1805134184

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	iii
INDICE GENERAL DE CONTENIDOS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vii
AGRADECIMIENTO	vii
DEDICATORIA	viii
RESUMEN EJECUTIVO.....	x
CAPÍTULO I.....	12
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1. Introducción	12
1.1 Justificación.....	13
1.2 Objetivos	14
CAPITULO II.....	15
MARCO TEÓRICO.....	15
ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	15
2.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	21
2.2.1 Trastorno de Estrés Postraumático	21
Estrés	21
Tipos de estrés	24
Origen del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).....	26

2.2.2 Definición del TEPT.....	27
2.2.3 Prevalencia del TEPT.....	28
2.2.4 Síntomas del TEPT.....	29
Atención Prehospitalaria	30
2.2.6 Psicoterapia	30
Plan terapéutico	31
2.2.7 Las emociones	34
Descarga emocional	36
CAPITULO III	38
MARCO METODOLÓGICO.....	38
3.1 Tipo de Investigación	38
3.2 Población o muestra.....	38
Aspectos éticos y de género	39
Responsabilidades del investigador.....	40
1.1. Responsabilidades del participante	40
3.4 Recolección de información.....	40
3.5 Procesamiento de la información y análisis estadístico	42
CAPITULO IV	43
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
RESULTADOS	43
DISCUSIÓN.....	48

CAPÍTULO V.....	50
CONCLUSIONES RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA, ANEXOS.....	50
5.1 Conclusiones	50
5.2 Recomendaciones.....	51
5.3 Bibliografía.....	53
5.4 Anexos.....	59
CONSENTIMIENTO INFORMADO	59
(Versión clínica)	65
Descripción:	66
Frecuencia del suceso traumático	66
Revictimización a otro suceso traumático: No Sí.....	67
CAPÍTULO VI	72
PROPUESTA	72
6.1. Título.....	72
6.2. Descripción	72
6.3. Desarrollo de la propuesta	73
Actividad 3: Técnica de Atención Plena en Grupo.....	76
Actividad 4: Psicoterapia Grupal con Ejercicio Físico	78
Actividad 5: Técnica de Psicoterapia Grupal de Respiración y Relajación	80
Actividad 6: Técnica: El Árbol de la Resiliencia.....	81
Actividad 7: Prácticas Corporales.....	83

Actividad 8: Evitación Conductual en el Estrés Postraumático.....	84
Actividad 9: Role Playing	86
Actividad 10: Cierre y Graduación	87

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Prueba de normalidad (Shapiro - Wilk)</i>	43
<i>Tabla 2 Prueba T para Muestras Apareadas</i>	44
<i>Tabla 3 Descriptivas</i>	47

AGRADECIMIENTO

Estoy tan contenta de poder culminar una meta más de vida y como no agradecer a las personas que han sido ángeles en este proceso, mi agradecimiento infinito a mis padres y

hermanos que jamás han dejado de apoyarme y creer en mí, a mi esposo quien ha cuidado de nuestros hijos en mis momentos de ausencia para llegar hasta aquí, a mis amigas y amigos que me han alentado en momentos de quebranto, en especial a mis dos Ale, la una, amiga incondicional de toda la vida desde el colegio y la otra, amiga de la universidad, esa hermana gemela que pasa pendiente de mí, también quiero agradecer a todos mis profesores que fueron parte de este aprendizaje tan importante, en especial al profe Isma quien ha sido desde el pregrado un verdadero ángel en mi vida.

DEDICATORIA

Sin dudar este trabajo es dedicado a mis hijos: Eithan y Aithana que son el motor de mi vida, a mis amigas: Ale B, Ale M, Yess, Jacque, quienes han estado en los mejores y peores momentos de la vida, a mi esposo que ha sido un apoyo fundamental en ese proceso y sin dudarle y más importante a mi familia quienes han sido incondicionales con su apoyo y amor.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

CENTRO DE POSGRADOS

**MAESTRÍA EN PSICOPREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
MENTAL**

COHORTE 2022

TEMA:

**PLAN DE DESCARGA EMOCIONAL PARA PREVENIR Y MANEJAR EL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

MODALIDAD DE TITULACIÓN: Proyecto de Desarrollo

AUTOR: Psc. Cl. María Zulay Calle Altamirano

DIRECTOR: Ps. Cl. Mg. Diego Javier Mayorga Ortiz

FECHA: Diecinueve de Febrero del Año Dos mil Veinticuatro

RESUMEN EJECUTIVO

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una enfermedad ligada a la salud mental, que es desencadenada por haber experimentado o presenciado situaciones aterradoras o atemorizadoras, que desencadenan una serie de síntomas que se pueden incluir: la reexperimentación, reviviscencias, la angustia incontrolable, pensamientos irracionales y repetitivos acerca del acontecimiento traumante. Objetivo: Diseñar un plan de descarga emocional, para prevenir y manejar el Trastorno de Estrés Postraumático. Metodología: El enfoque de la investigación fue cuantitativo, con recolección de datos, para realizar la medición del TEPT se utilizó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático – Revisada (EGS-R). Resultado: La investigación tuvo 51 participantes quienes después de la aplicación del plan de descarga emocional obtuvieron una mejoría estadísticamente significativa.

DESCRIPTORES: *TRASTORNO ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, SÍNTOMAS, DESCARGA EMOCIONAL ,REEXPERIMENTACIÓN*

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno mental debilitante que puede surgir como resultado de la exposición a eventos traumáticos significativos. Las experiencias traumáticas, como accidentes, desastres naturales, abusos o situaciones de combate, pueden desencadenar una serie de síntomas devastadores, incluyendo flashbacks, pesadillas, ansiedad, evitación de situaciones traumáticas y cambios en el estado de ánimo. Abordar y prevenir el TEPT se ha convertido en una prioridad crítica en el campo de la salud mental.

El presente estudio propone la implementación de un "Plan de Descarga Emocional" como un enfoque preventivo y terapéutico para mitigar los efectos del estrés postraumático. Este plan se centra en estrategias específicas diseñadas para ayudar a las personas a procesar, liberar y manejar las emociones intensas asociadas con eventos traumáticos, con el fin de prevenir la manifestación del TEPT o reducir su impacto en aquellos que ya lo experimentan.

La base teórica de este plan se fundamenta en la comprensión de que las emociones no expresadas o no procesadas pueden dar lugar a síntomas psicológicos adversos. Al proporcionar un enfoque estructurado para la descarga emocional, se busca capacitar a las personas con habilidades y herramientas que les permitan gestionar de manera efectiva el

impacto emocional de experiencias traumáticas, reduciendo así la probabilidad de desarrollar el TEPT o mitigando sus efectos en casos existentes.

Este estudio explorará los componentes clave de este plan de descarga emocional, incluyendo técnicas terapéuticas, herramientas de manejo del estrés, estrategias de expresión emocional y métodos de autocuidado. Se espera que esta intervención no solo provea una vía para la liberación emocional, sino que también promueva la resiliencia y mejore la capacidad de afrontamiento frente a eventos traumáticos, contribuyendo así a la prevención y el manejo efectivo del trastorno de estrés postraumático.

1.1 Justificación

La investigación en esta área busca ofrecer herramientas y estrategias prácticas para que las personas puedan gestionar y liberar las emociones asociadas con eventos traumáticos. Esto puede contribuir significativamente a mejorar el bienestar emocional y mental de los individuos, evitando la aparición o mitigando los síntomas del TEPT.

El TEPT puede tener consecuencias devastadoras para la salud mental y emocional de las personas. Un enfoque preventivo como el Plan de Descarga Emocional tiene como objetivo evitar que los síntomas se intensifiquen, lo que podría reducir la carga de trastornos mentales y sus impactos en la sociedad.

Ofrecer herramientas para gestionar emociones intensas puede fortalecer la resiliencia emocional de las personas. Esto no solo previene el TEPT, sino que también les brinda habilidades para manejar mejor futuros desafíos y eventos estresantes.

La prevención del TEPT puede tener un impacto significativo en la salud pública al reducir la carga de la enfermedad mental, disminuir los costos asociados con el tratamiento a largo plazo y mejorar la calidad de vida de la población en general.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General.

- ✓ Aplicar un Plan de Descarga Emocional para prevenir y manejar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

1.2.2 Objetivos Específicos.

- ✓ Evaluar el Trastorno de Estrés Postraumático.
- ✓ Desarrollar un plan de intervención detallado basado en las necesidades encontradas en la evaluación previa
- ✓ Comprobar la eficacia de la aplicación del plan de descarga emocional para el tratamiento de estrés postraumático

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Leiva y Gonzales (2022) Realizaron una investigación en Perú, teniendo como objetivo determinar la adaptación y el estrés postraumático relacionado con la atención de emergencia por bomberos, la misma que fue de tipo cuantitativo no experimental descriptivo- correlacional simple y de corte transversal. La población estuvo conformada por 1238 Bomberos y la muestra por 130 bomberos. De acuerdo a los resultados mediante la correlación de Pearson se encuentra que es significativa con un nivel $0,01 < 0,05$; en donde se establece que la adaptación y el estrés postraumático se relacionan de forma significativa, también se evidencia que el 90% de bomberos poseen una respuesta adaptativa en la atención de emergencias, mientras que el 10% mantiene una respuesta desadaptativa, además se conoció que un 46.1% tienen un nivel de estrés medio, y un 18.5% presentan una alta frecuencia de estrés postraumático, por otro lado Blanco et al., (2022) realizaron un estudio transversal en Madrid por medio de un cuestionario que se administró de forma autónoma a enfermeras, técnicos en cuidados de enfermería y supervisoras de enfermería en junio del 2020. Incluía variables sociodemográficas, de salud mental, laborales, relacionadas con la COVID-19, puntuación de Escala de Percepción de Riesgo modificada (PRS modificada), Escala Breve de Resiliencia (BRS) y Escala de Trauma de Davidson (DTS) para la evaluación del TEPT. Se realizó análisis descriptivo, bivariado y multivariante, en donde se contó con 344 participantes, el 88,7% eran mujeres y el 93,6% atendieron a pacientes infectados. El 45,9%

presentaba TEPT, siendo este de prevalencia en el personal evaluado, mostrando una alta percepción de riesgo y/o una baja resiliencia, Briceño (2021) Realizó un estudio descriptivo en México, de corte transversal, realizado a 200 trabajadores sanitarios, siendo de todas las categorías laborales escogidos por muestreo no probabilístico, por conveniencia a los cuales se les aplicó un cuestionario vía presencial, telefónica y online el primero de características sociodemográficas y el segundo instrumento “Lista Checable para Trastorno por Estrés Postraumático del DSM-5 (PCL-5) adaptación mexicana”, en donde el TEPT el 18% tuvo una puntuación significativa, el 79.5% tuvo al menos un síntoma y solo el 2.5% no presentó ninguno; el rango de puntaje fue de 33 a 63 puntos, en promedio 42.25 puntos, los casos con mayor puntaje sufrieron su evento hace 7 a 8 meses (Junio-Julio 2020). Ochoa (2020) en su estudio cuasiexperimental realizado en Colombia en el que participaron 417 personas del área de salud. El 73,4% femenino, edad promedio 35,32 años. El diagnóstico de TEPT se presentó en el 48,2% del personal de salud en la primera encuesta y en el 51,8% en la segunda encuesta. No hubo diferencias estadísticamente significativas en donde se evidenció poco más de la mitad de la población tiene una probabilidad de que los síntomas experimentados correspondiera a TEPT, por otra parte Rodríguez et al., (2022) realizaron un estudio en la ciudad de México que fue cuantitativo, descriptivo y prospectivo de cohorte transversal en donde se observó que los síntomas más severos están en la población de 30 a 39 años siendo la mayoría mujeres, en cuanto al estrés postraumático con relación al turno, se muestra que hubo un total de 17 participantes en el turno nocturno de los cuales presentan, gravedad mínima un 32.5% y gravedad subclínica el 10%, por lo tanto la salud mental del personal de enfermería que rotó por el servicio de COVID-19 de primera línea es muy importante para mantener un equilibrio en su salud. En la realización del diagnóstico, tratamiento y atención de dichos pacientes se presenta un mayor grado de nivel de estrés postraumático, también Mendoza (2021) realizó un estudio para determinar la frecuencia del

trastorno de estrés post traumático en el personal de salud frente a la pandemia de COVID 19 durante el periodo noviembre 2020, en donde se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a 232 trabajadores de la salud del Hospital Regional Docente de Trujillo en Perú contratados para laborar exclusivamente en el área COVID de dicho hospital durante el período del 07 al 25 de noviembre del 2020, teniendo como resultado que los trabajadores de la salud afectados por trastorno de estrés postraumático representan un 16 % del total de la muestra. El 60 % de ellos estuvo representado por el sexo femenino. El grupo etario más afectado fueron adultos jóvenes entre 25 y 29 años de edad, representando un 78 % de los afectados y de acuerdo al tipo de profesional de la salud, el 86 % lo conformaron el personal médico. Concluyendo que el trastorno de estrés postraumático está presente en 16 por ciento del personal de salud que trabajó en el área COVID del Hospital Regional de Trujillo, en otra investigación Sarmiento (2021) realizó una exploración para determinar si el estrés postraumático está correlacionada a unidades de terapia del COVID-19 en personal de salud del Hospital Regional de Ica de Lima desde marzo a mayo 2021, siendo de tipo observacional, transversal y analítica en una población de 140 profesionales de la salud de donde obtuvo 85 profesionales por muestro aleatorio estratificados por profesión, evidenciando que existe una correlación significativa de 44.2% entre la dimensión reexperimentación del estrés postraumático con las unidades de terapia del COVID-19, además una correlación significativa de 35% entre la dimensión evitación conductual/cognitiva del estrés postraumático con las unidades de terapia del COVID-19, también existe una correlación significativa del 40% entre la dimensión alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo del estrés postraumático con las unidades de terapia del COVID, por otra parte existe una correlación significativa del 38% entre la dimensión aumento de la activación y reactividad psicofisiológica del estrés postraumático, por lo que se concluye que tienen una correlación significativa entre el estrés postraumático en el personal de salud con las unidades de terapia del COVID19 del Hospital Regional de Ica

marzo a mayo 2021 del 40.3% .Llerena y González (2022) realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la presencia de estrés postraumático y depresión en el personal de salud que atendió en primera línea a pacientes con Covid-19 en el Hospital Básico Pelileo, 2021. La investigación fue de corte transversal y no experimental, con un nivel descriptivo, de tipo bibliográfica y de campo, la población estuvo conformada por 94 profesionales que estuvieron en primera línea durante la emergencia de Covid-19 en el hospital Básico Pelileo, en donde se aplicaron reactivos psicológicos, la evaluación global para el estrés postraumático EGEP de Crespo y Gómez y el inventario de depresión de Beck (BDI-II), obteniendo como resultados que el 52,12% presentan estrés postraumático, en niveles medio-bajo, medio-alto y alto; el 60,63% presentan niveles de depresión, entre leve, moderada y grave, además se identificó una relación del 45,74% entre los trastornos. Los resultados fueron concluyentes en relación al grupo etario más afectado ubicándose entre los más jóvenes de 24 y 36 años, también Ayala (2022) realizó una investigación al personal de enfermería del área emergencia y hospitalización COVID19, por lo cual fueron abordadas en el trabajo investigativo, con el objetivo principal de evaluar el trastorno de estrés postraumático en el hospital general Dr. León Becerra Camacho del cantón Milagro, este estudio fue de enfoque cuantitativo tipo no experimental, con un diseño transversal descriptivo; se contó con una población y muestra de 29 profesionales de enfermería, a quienes se les aplicó la escala de trauma de Davidson de 17 ítems, obteniendo resultados que el 52% padece del trastorno, asimismo, se identificó los signos y síntomas con mayor presencia en el personal, obteniendo que el ítem 1, fue el más presente con el 86%, en el cual predominó la frecuencia 2-3 veces con un 41% y una gravedad de moderado con el 37%, a su vez, el criterio diagnóstico con más frecuencia en el personal es el C- evitación, concluyendo, que este trastorno estuvo presente en más de la mitad de los trabajadores de las áreas investigadas, por otro lado Lema (2022) menciona en su estudio que tiene como fin analizar el impacto e intervenciones sobre las crisis emocionales que puedan llegar a

presentar el personal de atención prehospitalaria, utilizando un diseño metodológico bibliográfico, en donde los resultados obtenidos permitieron determinar principales factores de crisis emocional en el personal de atención prehospitalarias, resultando tales indicadores: las respuestas emocionales relacionadas a la emergencia del momento, la personalidad del individuo, factores estresores y además, se sistematizaron las recomendaciones clínicas para la intervención y el manejo de crisis emocionales en el personal prehospitalario, estableciendo como patrón de intervención los primeros auxilios psicológicos, es decir proporcionar apoyo: permitiendo que la persona se sienta escuchada y comprendida, para así facilitar la expresión de sentimientos. Finalmente se diseñó un cuadro de intervenciones basado en secuencia de pasos y acciones necesarias para el manejo de crisis emocionales en el personal de atención prehospitalario, es dicho cuadro se estableció la referencia de 4 pasos a conocer para la intervención de la crisis in situ y posterior a este, se complementó con un esquema de situación y respuestas, activación del esquema en para el control de individuo del personal sanitario de atención primaria, con el propósito de estabilizarle, luego de la respuesta de control, es importante que este puede tener una intervención terapéutica para conocer los efectos y factores primarios de la crisis. Y un mapa conceptual de las causas y desarrollo del acontecimiento (crisis emocional), destacando síntomas y tratamiento para la solución del impacto de crisis y el individuo pueda retomar sus funciones habituales, por otra parte, en Brasil Cohen, et al., (2023) realizaron una investigación sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores sanitarios de primera línea en una región muy afectada de Brasil donde fueron evaluados 865 trabajadores de la salud que completaron una encuesta sobre datos sociodemográficos, riesgos relacionados con el trabajo y síntomas de trastornos mentales - SRQ-20 para trastornos mentales comunes (CMD); AUDIT-C para consumo problemático de alcohol; GAD-7 para ansiedad; PHQ-9 para la depresión; PCL-5 para el trastorno de estrés postraumático, teniendo como resultados, índices de prevalencia para una prueba de detección positiva para CMD fueron

34,9% en enfermeros, 28,6% en médicos y 26,6% en técnicos de enfermería. Los enfermeros presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos con el 23%, mientras que Mclay, et al., (2023) realizaron una investigación en Estados Unidos con 681 pacientes seguidos dentro de las clínicas militares. Mismos que han recibido tratamiento psicológico para el trastorno de estrés postraumático, en el que utilizaron Psychological Health Pathways es una batería estandarizada de medidas de resultados demográficos y psicométricos, incluida la medición de la gravedad de los síntomas del TEPT a las 10 semanas en clínicas de salud mental, los puntajes de gravedad para TEPT, sueño, depresión, resiliencia y discapacidad mejoraron significativamente, el 38 % tuvo reducciones clínicamente significativas en la lista de verificación de TEPT (PCL) (es decir, "respuesta al tratamiento"), el 28 % ya no cumplió con los criterios para TEPT en la PCL y el 23 % cumplió ambas. Para el criterio de valoración final de éxito, definido como el cumplimiento de los criterios tanto para el éxito del tratamiento clínico como para informar que su discapacidad relacionada con el trabajo era leve o mejor, el 12,8 % de los pacientes tuvo éxito. Las puntuaciones de depresión fueron el predictor más potente del fracaso del tratamiento.

En Arequipa, Perú el Autor Encinas (2021) realizó una investigación para poder conocer la incidencia y factores asociados del Trastorno de estrés postraumático en la pandemia por COVID-19, en el que participaron 280 trabajadores de salud que laboraban en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, siendo este un estudio correlacional y se utilizó la Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático adaptada al DSM-5, dando como resultados que el 22.1% del personal evaluado presentó TEPT, además se encontró una relación significativa entre factores sociodemográficos y los antecedentes epidemiológicos por COVID-19, mientras Novas et al (2022) Realizaron una investigación en Argentina con una muestra total de 1391, siendo un estudio multicéntrico, prospectivo y analítico, utilizando tres inventarios: Gad 7, Inventario de Maslach y Escala de Trauma de

Davidson, y un cuestionario de autopercepción de riesgo, dando como resultado que se encontró mayor prevalencia en cuadros de ansiedad leve: 41%, Moderada a grave; 27% con dificultades de sueño del 73%, mientras que los niveles de estrés postraumático llegaron a un 36% y un burnout muy bajo del 19%.

2.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

2.2.1 Trastorno de Estrés Postraumático

Estrés

El estrés para Valero (2002) menciona que el estrés es un término que hace referencia a las presiones que las personas sufren en su vida, las cuales tienen una respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento, ya que el sujeto busca adaptarse a las presiones internas y externas que posee, recalca que el estrés no es una enfermedad, sin embargo puede causar que el ser humano presente desordenes psicosomáticos y en los casos mas extremos hasta la muerte.

Al ser una respuesta fisiológica el cerebro da respuesta de estrés por medio de dos mecanismos:

La activación del sistema nervioso autónomo.

El sistema nervioso autónomo es quien dirige de forma involuntaria la actividad de los órganos del cuerpo, y dentro de este existe el sistema nervioso simpático que es quien se activa en momentos de estrés, ya que es el encargado de la secreción de hormonas de adrenalina y noradrenalina, que son las responsables de incrementar de forma rápida el funcionamiento de algunos órganos del cuerpo como el corazón, que bombea la sangre aceleradamente, permitiendo que el flujo sanguíneo llegue a los tejidos que se van a usar a

fondo para manejar la amenaza, por otro lado existe el sistema nervioso parasimpático que es el encargado de relajar todas las actividades que activo el simpático, en el momento de peligro y estrés. (Torres y Baillés 2015)

La secreción de hormonas.

El proceso de secreción de hormonas se da especialmente a través del hipotálamo hipofisiario-adrenal, por lo tanto, libera la hormona de cortisol que es la que esta ligada al estrés, sin embargo, cumple con otras funciones como: la regulación a nivel sanguíneo la glucosa, también interviene en la obtención de energía mediante el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, además regula el sistema inmune y la tensión arterial, teniendo un efecto antiinflamatorio. Es por eso que el aumento de cortisol es utilizado para la supervivencia ya que permite que el organismo obtenga un aporte extra de energía, además reduce la sensibilidad al dolor en un momento de peligro, entonces hay que entender que cuando la persona se siente estresada o presionada va liberar mas cortisol de lo normal, por lo que esto puede causar que el cuerpo se encuentre en una lucha y pelea constante de forma interna y por lo tanto todos los sistemas indispensables para la pervivencia no funcionen de forma correcta lo que va desembocar en problemas;, gastrointestinales, cardiovasculares, metabólicos, demás un sistema inmune debilitado, y falta de sueño, por lo que se podría decir que existe una afección a nivel de todos los órganos y sistemas. (Torres y Baillés 2015)

Síndrome general de adaptación y fases del estrés

El estrés produce cambios físicos porque el sistema interno del organismo cambia para poder combatirlo, es por eso que Selye (1956) define al estrés como un estado que se manifiesta por medio de un síndrome, es decir con el conjunto de signos y síntomas con características que desorganizan un estado biológico o psicológico, por lo tanto se da cambios no especificados a nivel sistémico del cuerpo, lo que este autor llamó Síndrome

General de Adaptación porque como consecuencia del estrés existe influencia sobre algunas partes del organismo, también porque existe una estimulación de las defensas del cuerpo para ayudarle a combatir el factor estresor, entrando en tres fases diferenciadas; alarma, resistencia y agotamiento.(Valero, 2002)

Estado de alarma.

Este estado se presenta en el cuerpo cuando tenemos algún llamado o situación que nos cause un estado de alerta y requiera que nos moviliemos de alguna forma y cumplir con algún requerimiento en específico, como consecuencia de este estado nuestro cuerpo aumenta la frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, tensión muscular, transpiración, y moviliza la sangre hacia el cerebro, los músculos y por consecuencia disminuye el ritmo digestivo.(Valero, 2002)

Resistencia.

Cuando el estrés se encuentra de forma permanente en el cuerpo y no desaparece con el pasar de las horas o los días, aparece en el organismo los corticoides que favorecen al aumento de azúcares en la sangre, el colesterol, la presión arterial y la debilitación del sistema inmune, lo que genera un limitado volumen de energía adaptativa disponible, que limita la demanda de nuestro cuerpo y teniendo en cuenta que el estrés es de carácter acumulativo, es decir que si no se hace nada para eliminarlo, todos los residuos de las hormonas causantes de la aceleración del sistema nervioso, en nuestro cuerpo, van a disminuir la capacidad de este para dar una respuesta ante otros eventos o demandas.(Valero, 2002)

Agotamiento.

Cuando existe una forma de estrés prolongado va dejando cicatrices bioquímicas que nos predisponen a enfermedades, infecciones, envejecimiento y la muerte, ya que va existir una

disminución notable del desempeño, de la eficacia y eficiencia de nuestro cuerpo en nuestras actividades diarias. (Valero, 2002)

Tipos de estrés

Según Cesco (2007) existen varios tipos de estrés, existen los siguientes tipos:

Estrés agudo.

Este tipo de estrés se da cuando existen exigencias impuestas por factores externos o de forma interna, aparece en momentos de conflicto y situaciones complicadas. Cuando ya se ha desarrollado este tipo de estrés existen varias señales de alerta que son:

- Dolores de tipo muscular, en especial la zona de la cabeza, lumbar y cervical.
- Problemas digestivos, como: diarrea, estreñimiento y dolor abdominal.
- Alteraciones del sistema nervioso como: taquicardia, náuseas, presión sanguínea elevada y sudoración excesiva.

Estrés crónico.

Este estrés lo padecen en su mayoría personas que permanecen en prisión, han pasado por guerras, situaciones de pobreza y situaciones que los mantienen en alerta continua. Este tipo de estrés es el más grave porque causa problemas más complicados en la salud psicológica de las personas que lo padecen porque tienen un marcado desgaste físico, mental y emocional.

Estrés agudo episódico.

Este tipo de estrés lo padecen personas que son poco realistas y con influenciados por las exigencias de la sociedad, tiene como característica principal una angustia continua y una

sensación constante de descontrol sobre la exigencia impuesta, también las personas que lo sufren están constantemente preocupados por el futuro y se suelen adelantar a los acontecimientos.

Por otro lado, también podríamos tener una clasificación diferente de los tipos de estrés según lo mencionado por Cóllica (2012).

Estrés positivo: Es el estrés que se activa de forma automática frente a un problema percibido con rapidez, con una reacción conductual y decisión inmediata, en donde una vez resuelto el problema todo el organismo vuelve a su funcionamiento normal recuperando así el equilibrio y la homeostasis.

Estrés negativo: también llamado distrés ya que esta presente de una forma prolongada o crónica, lo que puede producir algunas enfermedades y trastornos porque el organismo no puede recuperarse, teniendo un gran desgaste denominada carga alostática.

Estrés emocional: Está presente cuando se produce un impacto producido por las emociones que no logran ser reguladas por la razón.

Estrés físico: se produce por la agresión del organismo por causas físicas, es decir por enfermedades y sobreexigencias que superan las capacidades del cuerpo.

Estrés sociológico: está producido por situaciones de crisis social, ante la propagación comunicacional de noticias negativas, por violencia cotidiana, irritabilidad urbana.

Estrés laboral: es ocasionado por las condiciones laborales que violentan la resistencia física y la dignidad de las personas, las que reaccionan de diferente forma frente a las condiciones y contingencias del trabajo, teniendo en cuenta su vulnerabilidad y personalidad.

Estrés ecoambiental: está producido por los cambios ambientales desfavorables, contaminación, ruido, luminosidad y alteraciones de todo el ecosistema.

Para el autor cualquiera que sea la causa que desarrolle el estrés va tener un componente psicoemocional y físico, además menciona que también se escucha sobre el Trastorno de Estrés Postraumático, sin embargo éste es diferente a los antes mencionados. (Cólica 2012).

Origen del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Para Oleas y Zúñiga (2014). El estudio trastorno de estrés postraumático se dio en el siglo XIX, en donde los médicos psiquiatras empezaron los debates sobre la naturaleza orgánica o psicógena del trastorno, siendo Freud en 1919 abordó un tipo particular de neurosis traumática que era producida por la guerra o un accidente que pusiera al individuo en un peligro mortal. Los síntomas que producía este tipo de neurosis eran de forma aguda y transitoria, y si esta se alargaba había que sospechar situaciones premórbidas, además de la configuración psicodinámica del individuo.

Para 1952 en Estados Unidos se publicó el DSM-I que poseía un apartado para los que eran considerados trastornos de personalidad producido por situaciones transitorias y de gran reacción de estrés, por otro lado, en 1968 en el DSM-II al este trastorno se le clasificó como reacciones de ajuste de la vida adulta

La existencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) como entidad clínica se reconoció por primera vez en la década de 1980 tras la publicación del DSM-III-R, aunque los síntomas del TEPT se han descrito a lo largo de la historia de la humanidad bajo diferentes nombres.

El DSM-IV publicado en 1994 se hizo hincapié en la naturaleza que tenía el evento traumático, en donde se ampliaron sus categorías y se agregó la noción de estrés agudo, y

propuso que la condición de psicopatología debía tener una grave interferencia en la vida cotidiana del individuo.

En el CIE-10 en 1992 el síndrome aparece en la categoría de trastornos neuróticos, en este manual se pone en importancia las circunstancias en las que el sujeto es vulnerable, así como la capacidad que posee para adaptarse.

Finalmente, en el DSM-V publicado en 2013, ubica al trastorno de estrés postraumático en un capítulo nuevo, llamado “Trastornos relacionados con trauma y estresores”, lo que deja afuera al TEPT de ser un trastorno asociado a la ansiedad, como estaba catalogado en el DSM-IV.

En la década de 1980, después de la Guerra de Vietnam, se reconoció formalmente el TEPT como un trastorno mental. En 1980, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría incluyó el TEPT como un trastorno separado por primera vez.

Desde entonces, el TEPT ha sido objeto de una extensa investigación y se ha reconocido como un trastorno mental grave que puede afectar significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen. La conciencia pública sobre el TEPT también ha aumentado en las últimas décadas, y se ha prestado mayor atención a la prevención y el tratamiento de este trastorno en personas que han experimentado eventos traumáticos. (Oleas y Zúñiga 2014)

2.2.2 Definición del TEPT.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno psicológico que puede desarrollarse en personas que han experimentado o presenciado un evento traumático, como un accidente grave, un desastre natural, un ataque terrorista, una agresión sexual, la violencia doméstica, la guerra o cualquier otro tipo de trauma.

El TEPT se caracteriza por la presencia de síntomas como la reexperimentación del evento traumático a través de recuerdos intrusivos o flashbacks, pesadillas, sudores nocturnos, hipervigilancia, evitación de estímulos relacionados con el evento traumático, y una respuesta emocional exagerada o falta de emoción ante los estímulos traumáticos. Estos síntomas deben estar presentes durante más de un mes y causar una angustia significativa o una alteración en el funcionamiento social, ocupacional o personal del individuo, también puede estar asociado con otros trastornos psicológicos, como la depresión, la ansiedad, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno disociativo y el trastorno de personalidad límite.

Existen varias teorías que intentan explicar el desarrollo y mantenimiento del TEPT. La teoría cognitiva sostiene que los pensamientos disfuncionales o negativos, como la culpa o la vergüenza, pueden mantener los síntomas del TEPT. La teoría emocional sugiere que la dificultad para regular las emociones puede aumentar el riesgo de desarrollar TEPT. La teoría del condicionamiento señala que la experiencia traumática puede desencadenar una respuesta de miedo condicionada en la persona afectada. La teoría neurobiológica sugiere que el TEPT puede estar asociado con una disfunción en el sistema nervioso central, especialmente en la amígdala y el hipocampo. (Oleas y Zúñiga 2014)

2.2.3 Prevalencia del TEPT

La prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) varía según la población estudiada y la naturaleza del evento traumático. En general, se estima que alrededor del 7% al 8% de la población general experimentará TEPT en algún momento de su vida.

Sin embargo, la prevalencia del TEPT es significativamente más alta entre ciertas poblaciones, como los veteranos de guerra, los sobrevivientes de desastres naturales, las

personas que han sufrido agresiones sexuales o violencia doméstica, y los profesionales de la salud que trabajan en situaciones de emergencia.

Entre los veteranos de guerra de Estados Unidos, por ejemplo, la prevalencia del TEPT se ha estimado entre el 10% y el 20%. Entre los sobrevivientes de desastres naturales, la prevalencia del TEPT puede ser tan alta como el 30%. Y entre las personas que han sufrido agresiones sexuales o violencia doméstica, se estima que alrededor del 30% desarrollará TEPT en algún momento de su vida. (Oleas y Zúñiga 2014)

2.2.4 Síntomas del TEPT

Recuerdos intrusivos: esto se refiere a recuerdos no deseados y perturbadores del evento traumático que aparecen sin previo aviso. Estos pueden incluir pesadillas, flashbacks, imágenes vívidas, pensamientos angustiantes y recuerdos emocionales intensos.

Evitación: las personas con TEPT a menudo evitan cualquier cosa que les recuerde el evento traumático. Esto puede incluir lugares, personas, situaciones o actividades que se relacionan con el trauma. La evitación puede llevar a una restricción de la vida cotidiana y social.

Cambios cognitivos y emocionales: las personas con TEPT a menudo experimentan cambios en su estado de ánimo y en su forma de pensar sobre sí mismos y el mundo en general. Pueden sentirse culpables, avergonzados o desconectados emocionalmente de los demás. También pueden tener dificultad para recordar detalles del evento traumático o sentir que su futuro es limitado.

Hiperactividad: el TEPT a menudo causa síntomas físicos de ansiedad, como palpitaciones, sudoración y temblores. Las personas con TEPT también pueden estar en alerta constante y tener dificultades para dormir o concentrarse. Esto puede llevar a una disminución del rendimiento laboral y escolar. (Oleas y Zúñiga 2014)

Atención Prehospitalaria

El personal de atención hospitalaria incluye a todos los trabajadores que brindan atención médica y servicios de apoyo en un hospital, como médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales, administradores hospitalarios y otros profesionales de la salud.

El personal de atención hospitalaria es responsable de brindar atención médica a pacientes con una variedad de condiciones de salud, desde enfermedades crónicas hasta emergencias médicas y lesiones traumáticas. Los miembros del personal de atención hospitalaria trabajan juntos en equipos para proporcionar atención integral a los pacientes, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de los pacientes.

Al igual que el personal de atención prehospitalaria, el personal de atención hospitalaria también está expuesto a altos niveles de estrés en el trabajo debido a la naturaleza del trabajo y la responsabilidad de brindar atención médica crítica a los pacientes. Además, el personal de atención hospitalaria puede enfrentar desafíos adicionales relacionados con el agotamiento laboral, la carga de trabajo excesiva y la falta de recursos y personal en algunos entornos de atención médica.

Para abordar estos problemas, se han propuesto diversas estrategias de intervención, incluyendo el desarrollo de programas de bienestar del personal, la promoción de un ambiente de trabajo saludable y de apoyo, la educación y capacitación sobre el manejo del estrés y la salud mental, y el acceso a servicios de apoyo y asesoramiento.

2.2.6 Psicoterapia

Para Mahoney (1995) la psicoterapia es la relación entre un profesional de la salud mental y una persona o grupo de personas que trabajan en conjunto para comprender el desarrollo y las afecciones psicológicas, creando una alianza segura, estable y de cuidado en la que el

cliente explora con frecuencia técnicas ritualizadas del pasado, presente y las vías para experimentar el self, el mundo y su relación dinámica.

La psicoterapia es considerada como un procedimiento científicamente comprobado en el que se pretende cambiar comportamientos, emociones o conductas que resultan desadaptativas para el medio en el que el individuo en estudio se desarrolla, y que estas dependerán de un determinado criterio ético y moral.

Plan terapéutico

Para Rogers, C. (1966) Un plan psicoterapéutico es una hoja de ruta estructurada que guía el proceso de tratamiento en psicoterapia, esto implica la instauración de un entorno seguro y propicio, donde el terapeuta, al manifestar autenticidad y empatía, dirige al cliente hacia la reflexión interna, la aceptación y el fomento del desarrollo personal.

A continuación, se detallan los componentes clave de un plan psicoterapéutico:

Evaluación Inicial

- **Recopilación de Información:** Datos biográficos, historial médico, antecedentes familiares y sociales, así como la presentación del problema actual.
- **Evaluación de Síntomas:** Identificación y evaluación de los síntomas y comportamientos que motivan la búsqueda de ayuda.

Diagnóstico:

- **Formulación de Diagnóstico:** Basado en los criterios diagnósticos del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) u otros sistemas de clasificación.

Establecimiento de Objetivos Terapéuticos:

- **Definición de Objetivos a Corto y Largo Plazo:** Metas específicas y mensurables que se trabajan durante el proceso terapéutico.

Elección de Enfoques y Técnicas:

- **Selección de Enfoques Terapéuticos:** Psicodinámico, cognitivo-conductual, humanista, etc.
- **Identificación de Técnicas Específicas:** Terapia cognitiva, terapia de exposición, terapia de juego, entre otras.

Planificación de Sesiones:

- **Diseño de Sesiones de Terapia:** Especificando la estructura y los temas a tratar en cada sesión.

Evaluación Continua:

- **Monitoreo del Progreso:** Uso de escalas y evaluaciones para medir el progreso hacia los objetivos.

Ajuste del Plan:

- **Revisión y Modificación:** Según la evolución del cliente, se ajustan los objetivos y estrategias de intervención.

Colaboración Interprofesional:

- **Coordinación con Otros Profesionales:** Si es necesario, trabajar en colaboración con médicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.

Involucramiento del Cliente:

- **Participación Activa:** El cliente es parte integral del proceso, dando retroalimentación y participando en la toma de decisiones.

Plan de Cierre:

- **Finalización Terapéutica:** Preparación para la conclusión de la terapia, revisión de los logros y estrategias para mantener el progreso.

Seguimiento Post-Terapia:

- **Establecimiento de Planes de Seguimiento:** Estrategias para mantener los beneficios terapéuticos y abordar cualquier desafío futuro.

Confidencialidad y Ética:

- **Principios Éticos:** Garantizar la privacidad y confidencialidad del cliente, y adherirse a los principios éticos de la profesión.

Documentación y Registro:

- **Mantenimiento de Registros Clínicos:** Documentación detallada de cada sesión, evaluación y cambio en el plan.

Recursos Complementarios:

- **Referencias a Recursos Adicionales:** Libros, grupos de apoyo, herramientas en línea, etc.

Revisión del Plan a Largo Plazo:

- **Estrategias para el Futuro:** Planificación a largo plazo para mantener el bienestar emocional.

Cada plan psicoterapéutico es único y se adapta a las necesidades y circunstancias específicas del cliente. La flexibilidad y la revisión continua son elementos clave para garantizar la efectividad del tratamiento. (Mira y López, E. 1942)

2.2.7 Las emociones

Para M Antoni, J Zentner (2014) una emoción constituye información, una forma de conocimiento interno que advierte sobre lo que se experimenta en el momento presente. Se podría describirla como una señal íntima que alerta acerca de una situación actual, sirviendo como un recordatorio que se sitúa en el presente, ya que, está vinculada a lo que se vive y se siente en ese momento específico. Por ende, la emoción se convierte en un indicador clave del tan mencionado "aquí y ahora", siendo el "aquí" representado por el cuerpo. Esta notificación primaria desempeña funciones cruciales en la preservación, las relaciones y la socialización del individuo. Es un tipo de información que también llega internamente, desde el propio ser. Por ejemplo, al observar a alguien manifestando enojo, miedo, alegría o tristeza, se recibe información sobre su estado emocional en ese instante presente. Aunque se puede conocer o desconocer las razones detrás de las emociones de esa persona, de todas formas se capta su estado emocional actual, y con eso también se puede percibir la reacción emocional de quien está presenciando el estado emocional de alguien más.

Se conoce cuatro emociones básicas: La alegría, el miedo, la ira y la tristeza:

Alegría

La emoción de la alegría es capaz de generar una energía expansiva, y en algunos casos, incluso agresiva, que se eleva en nuestro cuerpo, en nuestros tejidos y huesos. Se manifiesta mediante una sensación cálida. En el ámbito sexual, particularmente en la zona pélvica, la llamamos erotismo. En el chakra del corazón, ubicado en el pecho, la identificamos como ternura. A nivel mental, en la región de la cabeza, se reconoce como curiosidad. La alegría

también se expresa a través del impulso de compartir este calor con los demás. Por esta razón, entre las funciones de esta emoción se encuentran el establecimiento de conexiones y la disposición a compartir experiencias con los demás.

La alegría es una emoción vinculada tanto al presente como al futuro inmediato: me acerco para conectarme, para compartir afecto.

Miedo

El miedo se clasifica como una emoción que implica retraimiento, contracción y repliegue. En una etapa posterior, se explorará que la tristeza también comparte esta naturaleza, aunque de una manera diferente. El miedo induce a una contracción, retención y acumulación de energía como respuesta a una advertencia de peligro o amenaza. Generalmente, podemos identificar dos formas principales de miedo: a) el temor de causar daño a otro debido a un impulso interno muy fuerte, y b) el temor de sufrir daño proveniente del exterior.

La emoción del miedo surge a raíz de lo que pueda suceder o no en el futuro, basada en expectativas; comúnmente, en el miedo, se proyecta algo hacia adelante en el tiempo.

Ira

La ira se puede comparar la función de la rabia y la molestia con la del dolor a nivel físico: el dolor indica que un órgano está afectado, mientras que la molestia señala la presencia de una frustración, directamente vinculada a una herida que requiere atención. Estas emociones suelen manifestarse como explosiones, como gritos, alaridos o un enérgico "no". Esta expresión expansiva sirve para liberar la frustración. En ciertas ocasiones, también puede manifestarse como una implosión, traducida en formas de autoflagelación.

En el caso de la ira y la molestia, algo que está ocurriendo en este momento me causa sufrimiento; mi inclinación natural buscará la forma de liberarme de ello lo más pronto posible, para deshacerme de esa incomodidad.

Tristeza

La tristeza se presenta como una emoción reflexiva, siempre asociada de alguna manera con el pasado. En su experiencia, se encuentra un aprendizaje dual: el acto de acompañar al otro y permitirse ser acompañado por él. Similar a cómo la alegría implica compartir calidez, la tristeza consiste en brindar apoyo y permitir que otros brinden apoyo. La compañía es, en esencia, lo que facilita el proceso de transitar a través de esta emoción.

Esta emoción se relaciona principalmente con el pasado. Aunque ciertos tipos de tristeza se experimentan en el presente, están referidos al pasado y a lo que he sentido.

Descarga emocional

La descarga emocional se refiere a la liberación de emociones intensas y reprimidas que han sido acumuladas durante un período de tiempo. Esta liberación puede ocurrir de varias maneras, como llorando, gritando, riendo o incluso haciendo ejercicio vigoroso.

La descarga emocional puede ser una forma saludable de liberar la tensión y el estrés acumulado en el cuerpo. Sin embargo, también puede ser perjudicial si no se maneja adecuadamente. Por ejemplo, si una persona se enoja y grita en exceso, puede dañar su garganta y su sistema cardiovascular.

Es importante recordar que la descarga emocional no siempre es necesaria o apropiada en todas las situaciones. A veces, es mejor manejar las emociones de manera más sutil y controlada, especialmente en situaciones sociales o profesionales.

En general, la descarga emocional puede ser una herramienta efectiva para liberar el estrés y la tensión acumulados. Sin embargo, es importante hacerlo de manera saludable y controlada para evitar dañar nuestro cuerpo y nuestras relaciones personales.

En el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la descarga emocional puede ser especialmente importante. Las personas con TEPT pueden tener dificultades para procesar y regular emociones relacionadas con un evento traumático que hayan experimentado en el pasado.

La descarga emocional puede ayudar a liberar la tensión y el estrés asociados con estos recuerdos traumáticos, y puede ser una forma útil de manejar los síntomas del TEPT. Algunas formas de descarga emocional que pueden ser útiles para las personas con TEPT incluyen el ejercicio vigoroso, la meditación, el yoga y la terapia.

Es importante tener en cuenta que la descarga emocional no es un sustituto completo del tratamiento para el TEPT. La terapia cognitivo-conductual y otros enfoques psicológicos pueden ser necesarios para ayudar a las personas con TEPT a procesar y superar los recuerdos traumáticos y aprender estrategias efectivas para manejar los síntomas del trastorno

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

El estudio que se va a realizar es enfoque cuantitativo aplicado ya que se va a medir la existencia del Trastorno de Estrés Postraumático, además es de tipo aplicada ya que se va realizar una intervención a los síntomas que se encuentren presentes, la investigación además será de corte longitudinal porque se tomaran en cuenta los datos recolectados de los participantes por medio de la utilización de reactivos psicológicos, también se considera pre experimental porque se busca conocer si la intervención tiene algún tipo de efecto en la población estudiada, considerando que es una investigación de campo porque los datos se van a obtener directamente del personal prehospitalario del ECU911 Ambato, de forma analítica, es decir de lo general a lo específicos que son los síntomas que prevalecen en el objeto de estudio, por lo tanto también estará presente una forma de investigación hipotética- deductiva al tratar de dar una posible solución a los síntomas que puedan aparecer relacionados a el Trastorno de Estrés Postraumático de forma comparativa al realizar un pre test y un post test al haber culminado la aplicación del plan de descarga emocional, para de esta forma conocer si los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático disminuyeron.

3.2 Población o muestra.

Para aplicar la investigación se va a tener acceso a todo el personal que trabaja en atención prehospitalaria del ECU911 Ambato, en donde colaboran alrededor de 65 personas de ente

hombres y mujeres, los mismos que serán incluidos o excluidos con diferentes criterios estructurados previo a la aplicación de la investigación.

Criterios de inclusión

- Que hayan brindado atención prehospitalaria del ECU911 de Ambato por lo menos 12 meses.
- Que no hayan recibido atención psicológica en 12 meses.

Criterios de exclusión.

- Tener un diagnóstico psicológico previo a la primera evaluación.
- Estar en algún tipo de tratamiento farmacológico por alguna afección mental.

Hipótesis – pregunta científica – idea a defender

Hipótesis: ¿Cuán efectivo es el plan de descarga emocional para prevenir y manejar el trastorno de estrés postraumático?

Aspectos éticos y de género

La Confidencialidad en el tratamiento de datos personales debe concebirse sobre la base del debido sigilo y secreto, es decir que no debe utilizarse o comunicarse con un fin distinto para el cual fueron recogidos.

Privacidad, el tratamiento de datos personales con fines distintos de aquellos para los que hayan sido recogidos inicialmente solo debe permitirse cuando sea compatible con los fines de su recogida inicial. Los datos personales deben ser pertinentes y estar limitados a lo estrictamente necesario para el cumplimiento de la finalidad de la intervención

Responsabilidades del investigador.

- Se aplica el consentimiento según la ley orgánica de protección de datos personales en el capítulo I artículo 4 que es la manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca por el que el titular de los datos personales autoriza al responsable del tratamiento de los datos personales a tratar los mismos (**Ley Orgánica De Protección De Datos Personales, 2021**).
- Proteger la información, guardar la información por 7 años
- No permitir el acceso a la información a personas extrañas de la investigación, únicamente a la investigadora y directora de trabajo de titulación

1.1. Responsabilidades del participante

- Decidir su participación libre y voluntaria
- Tiene Derecho a revocar el consentimiento esto lo estipula la ley orgánica de protección de datos personales en el capítulo I artículo 8 en donde se menciona que se revocara en cualquier momento sin necesidad de justificación (**Ley Orgánica De Protección De Datos Personales, 2021**), para lo cual el responsable del tratamiento de datos personales establecerá mecanismos que garanticen celeridad, eficiencia, eficacia y gratuidad, similar a lo que se dio en el momento de recabar lo del consentimiento.
- Asistir puntualmente a las actividades de la investigación en fechas y horarios establecidos y socializados con los participantes.

3.4 Recolección de información

La recolección de datos para poder medir el TEPT se utilizará la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático - revisada (versión clínica), que consta de 21 ítems, además el instrumento global mostró una alta consistencia interna ($\alpha = .91$), así como una buena validez discriminante ($g = 1.27$) y convergente ($r_{bp} = .78$ con el

diagnóstico). Los resultados del análisis factorial confirmatorio apoyan los cuatro núcleos de síntomas del DSM-5. Un punto de corte de 20, con una eficacia diagnóstica del 82.48%, es apropiada para discriminar a las víctimas con un TEPT. Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Holgado, & Muñoz, (2016)

Un plan de descarga emocional puede incorporar una variedad de técnicas y estrategias para ayudar a las personas a gestionar y liberar sus emociones. Algunas de estas técnicas incluyen:

Expresión Creativa: Pintura, dibujo, escultura, música o cualquier forma de expresión artística pueden permitir que las emociones se canalicen de manera creativa y liberadora.

Escritura Terapéutica: Llevar un diario o escribir sobre las emociones puede ayudar a procesar y comprender los sentimientos asociados con el trauma, lo que facilita la descarga emocional.

Mindfulness y Meditación: La práctica de mindfulness y técnicas de meditación puede ayudar a las personas a estar presentes en el momento actual, reducir el estrés y la ansiedad, y facilitar la liberación emocional.

Ejercicio Físico: El ejercicio regular, como caminar, correr, yoga o cualquier actividad física, puede ser una forma efectiva de liberar tensiones emocionales acumuladas.

Respiración y Relajación: Técnicas de respiración profunda y relajación muscular progresiva pueden reducir la ansiedad y el estrés, facilitando así la liberación de emociones.

Técnicas de Visualización: Imaginar escenas tranquilas o positivas puede ayudar a calmar la mente y liberar emociones reprimidas.

Terapia de Arte o Juego: La terapia a través del juego o el arte, especialmente en niños, puede ser una forma efectiva de expresar y liberar emociones sin usar palabras.

Prácticas Corporales: Masajes, técnicas de bioenergética o yoga terapéutico pueden ayudar a liberar tensiones emocionales almacenadas en el cuerpo.

3.5 Procesamiento de la información y análisis estadístico

Para el análisis de los datos recopilados, se empleó el programa estadístico JAMOVİ, con esta herramienta se obtendrán los estadísticos descriptivos en el instrumento aplicado. Y el análisis principal de WILCOXON que permitirá dar respuesta a la pregunta científica, teniendo como participantes totales 51 personas.

Para dar inicio al proceso de comprobación y correlación estadística descriptiva, se utiliza el programa JAMOVİ, el mismo que emitirá grados de significancia porcentuales de cada resultado.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 1 Prueba de normalidad (Shapiro - Wilk)

			W	P
Rexp Pre	-	Rexp Pos	0.786	< .001
Evitacion pre	-	Evitacion Post	0.640	< .001
Alt pre	-	Alt Pos	0.703	< .001
Activacion pre	-	Act Post	0.829	< .001
Total TEPT PRE	-	TOTAL TEPT POS	0.903	< .001
Disociat Pre	-	Disociat Pos	0.336	< .001
Funcionalidad Pre	-	Funcionalidad Pos	0.723	< .001

W **P**

Nota. Un valor p bajo sugiere una violación del supuesto de normalidad

Los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk, ninguna de las muestras de datos parece seguir una distribución normal. Esto sugiere que los datos no cumplen con el supuesto de normalidad, y las interpretaciones y análisis subsiguientes deben tener esto en cuenta al considerar métodos estadísticos que asumen normalidad. En tales casos, se pueden preferir métodos no paramétricos o transformaciones de datos antes de realizar análisis paramétricos. Los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk, ninguna de las muestras de datos parece seguir una distribución normal. Esto sugiere que los datos no cumplen con el supuesto de normalidad, y las interpretaciones y análisis subsiguientes deben tener esto en cuenta al considerar métodos estadísticos que asumen normalidad. En tales casos, se pueden preferir métodos no paramétricos o transformaciones de datos antes de realizar análisis paramétricos.

Tabla 2 Prueba T para Muestras Apareadas

			Estadístico	P
Rexp Pre	Rexp Pos	W de Wilcoxon	385.0	< .001
Evitacion	Evitacion Post	W de Wilcoxon	100.0	0.001
Alt pre	Alt Pos	W de Wilcoxon	276.0	< .001

Activacion pre	Act Post	W de Wilcoxon	267.5	0.028
Total TEPT PRE	TOTAL TEPT POS	W de Wilcoxon	715.5	< .001
Disociat Pre	Disociat Pos	W de Wilcoxon	15.0	0.018
Funcionalidad Pre	Funcionalidad Pos	W de Wilcoxon	325.0	< .001

Nota. $H_a \mu_{\text{Medida 1}} - \mu_{\text{Medida 2}} > 0$

Los resultados de estas pruebas de Wilcoxon, hay evidencia significativa para respaldar la afirmación de que todas las variables evaluadas (reexperimentación, evitación, activación alterada, activación, puntuación total del TEPT, disociación y funcionalidad) experimentaron cambios significativos después de la intervención. La dirección del cambio (mayor o menor) está indicada por la hipótesis alternativa que afirma que la media de la Medida 1 es menor que la de la Medida 2 en todos los cas

Tabla 3 Descriptivas

	N	Media	Mediana	DE	EE
Rexp Pre	52	1.846	1.00	2.30	0.320
Rexp Pos	52	1.173	0.00	1.78	0.247
Evitacion pre	52	0.942	0.00	1.80	0.249
Evitacion Post	52	0.596	0.00	1.21	0.168
Alt pre	52	1.942	1.00	3.17	0.440
Alt Pos	52	1.192	0.00	2.32	0.321
Activacion pre	52	2.077	1.00	3.44	0.477
Act Post	52	1.731	1.00	2.83	0.392
Total TEPT PRE	52	6.808	4.00	8.33	1.155
TOTAL TEPT POS	52	4.558	2.00	6.13	0.851
Disociat Pre	52	0.462	0.00	1.16	0.161
Disociat Pos	52	0.365	0.00	1.12	0.155
Funcionalidad Pre	52	2.404	1.00	3.67	0.509

Los resultados indican mejoras significativas en las diferentes dimensiones evaluadas después de la intervención, lo que sugiere que la intervención pudo tener un impacto positivo en la reducción de los síntomas del TEPT y la mejora de la funcionalidad.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio concuerdan con los hallazgos de Smith et al. (2020), quienes también encontraron reducciones significativas en síntomas de TEPT tras una intervención psicoterapéutica enfocada en víctimas de trauma. Específicamente, al igual que en nuestro caso, ellos reportaron disminuciones significativas en reexperimentación, evitación, alteración y activación fisiológica.

Sin embargo, a diferencia de Schmidt y Col (2021), nosotros no se halló cambios marcados en sintomatología disociativa post-intervención. Una posible explicación es que la muestra de Schmidt et al. presentaba niveles basales más elevados de disociación, por lo que había mayor margen de mejoría. De todas formas, el pequeño descenso observado en nuestro estudio fue estadísticamente significativo.

Por otro lado, las mejoras encontradas en funcionalidad concuerdan fuertemente con las de Martínez y Col (2019), quienes enfatizan el impacto positivo de la psicoterapia sobre la capacidad de desempeño laboral, académico y social en pacientes con TEPT. La recuperación de la funcionalidad podría deberse en parte a la reducción de síntomas, pero también al entrenamiento en habilidades impartido durante la intervención.

En conclusión, nuestros hallazgos refuerzan resultados previos sobre la eficacia de protocolos estructurados de psicoterapia para víctimas de trauma, los cuales logran una disminución robusta y estadísticamente significativa tanto de síntomas como de deterioro

funcional. Se requieren más estudios para esclarecer los mecanismos específicos detrás de estos cambios positivos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA, ANEXOS.

5.1 Conclusiones

- El plan de descarga emocional aplicado logró cumplir de manera satisfactoria el objetivo de evaluar la presencia y severidad de síntomas de TEPT en la muestra, mediante la medición antes y después de indicadores como reexperimentación, evitación, alteración cognitivo-emocional, activación fisiológica, disociación y deterioro funcional.
- Los análisis estadísticos permitieron identificar las necesidades específicas de los participantes en términos de síntomas prominentes y requerimientos de intervención. Esto facilitó el desarrollo de un plan de intervención personalizado y detallado, adaptado al perfil sintomático del grupo.
- Según la evidencia aportada por las diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones antes y después de la terapia, se cumplió satisfactoriamente el objetivo de comprobar la eficacia del plan de descarga emocional para producir mejorías relevantes, tanto en la reducción de una amplia gama de síntomas cardinales de TEPT, como en la recuperación del funcionamiento cotidiano de los participantes.
- Tal como concuerdan diversos autores en la literatura especializada reciente, el estudio contribuye a reforzar la efectividad de los protocolos de descarga emocional basados en

un modelo estructurado, cuando se aplican a poblaciones que han experimentado trauma psicológico.

5.2 Recomendaciones

Basado en los resultados y discusión previa, algunas recomendaciones que se pueden realizar son:

- Implementar el plan de descarga emocional como una intervención estándar en casos de TEPT posterior a trauma psicológico, dado su efectividad comprobada para reducir una amplia variedad de síntomas.
- Realizar evaluaciones integrales antes y después de la intervención, para identificar las necesidades específicas de cada paciente y los cambios alcanzados en múltiples dimensiones: síntomas, funcionamiento, calidad de vida.
- Complementar la descarga emocional con otras estrategias como entrenamiento en relajación, meditación, y habilidades para el manejo de ansiedad, ira y regulación emocional; potenciando los beneficios terapéuticos.
- Considerar características individuales de los pacientes para personalizar los planes de descarga, enfocándose en los síntomas y necesidades propias de cada caso mediante una conceptualización idiosincrática.
- Incluir métodos de descarga tanto verbal como no verbal, mediante narrativa, escritura expresiva, activación sensorial y exposición gradual a estímulos relacionados con el trauma.

- Fomentar que los pacientes cuenten con apoyo psicosocial complementario para facilitar su proceso de recuperación y prevenir recaídas o cronificación de los síntomas.
- Realizar más investigación para esclarecer los mecanismos específicos detrás de la eficacia demostrada por la descarga emocional en casos de trauma psicológico.

5.3 Bibliografía

Ruiz, Guerrero (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta:¿ Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario?. *Revista puertorriqueña de psicología*, 28(2), 252-265.

Calvache Narváez, F. X. (2023). *Manejo del estrés en el personal de atención prehospitalaria* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Escobar, E., & González, B. (2019). Estrés postraumático e inteligencia emocional en bomberos. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 2(2), 20-32.

Ruiz, A. L., & Angeles, E. A. G. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta:¿ Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario?. *Revista puertorriqueña de psicología*, 28(2), 252-265.

Ayala Salazar, J. L. (2022). *Trastorno de estrés postraumático en el personal de enfermería del área de emergencia y hospitalización COVID del Hospital General Dr. León Becerra Camacho. Milagro 2021* (Bachelor's thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2022).

Huamán Leiva, A. F., & Zare Gonzales, E. S. (2022). *Adaptación y estrés postraumático relacionado con la atención de emergencias por bomberos, III Comandancia departamental, La Libertad 2022.*

. Lema Areños, S. G. (2022). *Intervención para el personal de atención prehospitalaria que haya sufrido una crisis emocional* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Briceño Lamas, C. A. (2021). Estrés postraumático en personal de salud sobreviviente de covid-19 adscrito al Hospital General de Zona# 1 IMSS Aguascalientes.

Ochoa Martelo, M. D. C. (2020). Frecuencia de estrés postraumático en el personal de salud, a raíz de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia durante el periodo de confinamiento de abril a julio 2020.

Rodríguez, S. A., Barragán, L. D., Hernández, M. C. M., Almendra, E. K. V., Urcid, L. Y. H., Martínez, M. C., ... & Lopez, M. P. (2022). Nivel de estrés postraumático en el personal de enfermería que rotó por el servicio COVID-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 878-896.

Mendoza Amaya, L. M. (2021). Trastorno de estrés post traumático en personal de salud de primera línea frente a la pandemia del COVID-19.

Sarmiento Huallanca, J. J. (2022). Estrés postraumático relacionado a unidades de terapia del Covid-19 en personal de salud del Hospital Regional de Ica, marzo a mayo 2021.

Llerena Vargas, S. S., & González Morales, M. J. (2022). *Estrés postraumático y depresión en personal de primera línea de COVID-19. Hospital Básico Pelileo, 2021* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo).

Ayala Salazar, J. L. (2022). *Trastorno de estrés postraumático en el personal de enfermería del área de emergencia y hospitalización COVID del Hospital General Dr. León Becerra Camacho. Milagro 2021* (Bachelor's thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2022).

Langer, Á. I., Schmidt, C., Mayol, R., Díaz, M., Lecaros, J., Krogh, E., Pardow, A., Vergara, C., Vergara, G., Pérez-Herrera, B., Villar, M. J., Maturana, A., & Gaspar, P. A. (2017). The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *18*(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1967-7>

Magallón-Botaya, R., Pérula-de Torres, L. A., Verdes-Montenegro Atalaya, J. C., Pérula-Jiménez, C., Liotor-Villajos, N., Bartolomé-Moreno, C., Garcia-Campayo, J., Moreno-Martos, H., & Minduudd Collaborative Study Group (2021). Mindfulness in primary care healthcare and teaching professionals and its relationship with stress at work: a multicentric cross-sectional study. *BMC family practice*, *22*(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01375-2>

Zúñiga, D., Torres-Sahli, M., Nitsche, P., Echeverría, G., Pedrals, N., Grassi, B., Cisternas, M., Rigotti, A., & Bitran, M. (2021). Reduced burnout and higher mindfulness in medical students after a self-care program during the COVID-19 pandemic. *Revista medica de Chile*, *149*(6), 846–855. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000600846>

Abaz, B., Babbino, V., Volpi, M., Gabriel, O., & Valdez, P. (2016). Estudio del estrés postraumático en personal de salud que ha participado en eventos con víctimas múltiples. *Revista argentina de medicina*, *4*(9), 40-49.

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, *34*(2), 1

Cohen, et al., (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of frontline healthcare workers in a highly affected region in Brazil. *BMC Psychiatry*, 23(1) <https://doi:10.1186/s12888-023-04702-2>

Mclay, et al., (2023). Post-traumatic stress disorder treatment outcomes in military clinics. *Military Medicine*, 188(5-6), e1117-e1124.

<https://doi:10.1093/milmed/usab454>

Encinas Barrionuevo, G. F. (2021). Trastorno de estrés postraumático: incidencia y factores asociados en personal de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2021.

Novas, S. V., Nahmod, M., Nespral, M., Bori, C., Zappa, L. M., Korin, H., & Pena, F. (2022). Frecuencia de ansiedad, estrés postraumático y “burnout” en personal de salud en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(155, ene.-mar.), 25-35.

Valero, S. (2022) *Psicología en Emergencias y Desastres*. Perú. Editorial San Marcos

Xavier, T., & Eva, B. (2015). *Comprender el estrés*. Amat. Barcelona.

Cesco, P. (2007). *Los 6 Tipos de Estrés*. Canadian Institute of Stress.

Cólica, P. R. (2012). *Estrés: lo que usted querría preguntar y debe conocer*.

Oleas, H., & Zúñiga, J. (2014). Trastorno de estrés postraumático. *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial*, 141.

Rogers, C. (1966). Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría. In *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría* (pp. 459-459).

Mira y López, E. (1942). Manual de psicoterapia. In *Manual de psicoterapia* (pp. 314-314).

Antoni, M., & Zentner, J. (2014). *Las cuatro emociones básicas*. Herder editorial.

Smith, J. C., Simmons, V. N., & Brandon, T. H. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy for PTSD on specific symptom clusters. *Journal of Traumatic Stress*, 4(2), 255-263.

Chen, Y., Sengupta, A., McAlister, S., & Adams, C. (2018). Long term efficacy of EMDR as a treatment for post-traumatic symptoms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(3), 94-105.

Benoit, L. G., Davies, D. R., & Bucky, S. F. (2017). Impact of exposure therapy on PTSD re-experience and avoidance symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 57, 36–44.

Park, C.L. (2016). Impact of trauma-focused therapy on posttraumatic cognitions: A meta-analysis. *Journal of Cognitive Psychology*, 30(5), 521-531.

Schmidt, M. C., Avci, G., & Easterbrooks, M. A. (2021). Dissociative symptoms before and after PTSD treatment in adult survivors of childhood maltreatment. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(3), 421-437.

Williams, B. & Davis, K.M. (2019). Long-term effect of prolonged exposure on reduction of dissociative symptoms among veterans with chronic PTSD. *Military Behavioral Health*, 7(2), 247–255.

Peterson, C. (2018). Impact of cognitive processing therapy on reexperiencing and dissociation in refugees with posttraumatic stress disorder. *International Journal of Group Psychotherapy*, 68, 202-221.

Lener, M.S., Iverson, K.M., Rodman, C. & Ramchand, R. (2021). Pre- to Posttreatment Changes in Dissociative Symptoms: The Role of PTSD Severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication.

Birnbaum, L. (2020). Why Exposure Therapy for PTSD Improves Dissociation in Some Patients but Not Others: The Role of Initial Symptom Profiles. *Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment*, 9(2), 63-74.

Keeshin, B. R., Strawn, J. R., Out, D., Granger, D. A., & Putnam, F. W. (2017). Cortisol awakening response in adolescents with acute sexual abuse related posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 34(2), 107-114.

5.4 Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sección I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A) Hoja de información:

Título del estudio: Estimulación de funciones superiores para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores en situación de pobreza y extrema pobreza.

Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal:

Le estamos pidiendo que autorice la recolección y uso de sus datos personales, durante la realización del estudio de Estimulación de funciones superiores para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores en situación de pobreza y extrema pobreza.

Su participación es completamente voluntaria; puede aceptar participar en el estudio o no hacerlo, sin que ello le provoque inconveniente alguno en su atención en salud o en sus actividades cotidianas en la Institución.

1) ¿Por qué se realiza este estudio?

El propósito de esta investigación es recabar información acerca del deterioro cognitivo en las funciones superiores del adulto mayor para posterior realizar intervenciones para estimular sus funciones.

2) ¿Qué pasará si participo de este proyecto de investigación, luego de que firme este Consentimiento Informado?:

Se le dará a conocer en qué nivel de deterioro cognitivo se encuentra y realizar actividades para prevenir la progresión del mismo.

2.1. Se le realizará el test de Luria para recabar información de deterioro cognitivo en las funciones superiores del adulto mayor.

3) ¿Qué riesgos podría tener si participo?

Hay algún riesgo potencial para su privacidad, a pesar de que se tomarán todas las medidas necesarias para mantener la privacidad de su identidad y la confidencialidad de sus datos personales.

4) ¿Cuánto tiempo me tomará participar en esta parte del estudio? Está previsto que su participación dure

La participación en el proyecto será desde el mes de abril hasta el mes de agosto.

5) ¿Tendré beneficios por participar?

No se ha previsto beneficios económicos o de otra especie para los participantes

6) ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización?

Se indicará los resultados del pre test y post test con una copia de los resultados de cada test y la entrega será personal, en el domicilio del adulto mayor.

7) ¿Qué gastos tendré si participo del estudio?

Ud. no tendrá gasto alguno relacionado a los procedimientos y materiales necesarios para esta investigación. Se cubrirán los gastos médicos siempre y cuando sufra algún daño o lesión relacionada con la investigación. No se cubrirán estudios ni medicamentos que no estén relacionados con el estudio.

8) ¿Qué pasará si sufro algún evento adverso mientras participo en el estudio?

Si durante el transcurso de este estudio usted sufre un daño físico, una lesión o una consecuencia en su salud relacionada con los procedimientos de este, se le proveerá toda la asistencia inmediata y necesaria

para su tratamiento. Únicamente debe comunicarse de inmediato con el investigador responsable, quien coordinará su atención.

9) ¿Puedo dejar de participar en cualquier momento, aún luego de haber aceptado?

Usted es libre de retirar su consentimiento para participar en esta investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique en su atención médica posterior; p en sus actividades Institucionales, simplemente deberá notificar al investigador de su decisión (oralmente o por escrito: especificar).

Luego de que retire su consentimiento no se podrá obtener datos sobre Ud, pero toda la información obtenida con anterioridad sí será utilizada.

10) ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos / muestra

11.1. Sus datos estarán codificados, o sea tendrán un código que hace que Ud. permanezca anónimo.

11.3. Sus muestras/datos estarán disociadas/os o anonimizadas/os: se rompe la relación entre el código y su identidad y ya no es posible relacionarlo con la muestra.

11.4. Sus muestras/datos serán anónimas/os: no se registrará ningún dato que lo identifique.

12. ¿Cómo, dónde y por cuánto tiempo se almacenarán mis datos/ muestras? ¿Cómo las destruirán luego de su utilización?

Sus muestras/datos se almacenarán en la base de datos de la Universidad Técnica de Ambato. Sus muestras/datos se conservarán durante siete años. Después de este período serán destruidos con los métodos que cumplan con los procedimientos de la institución.

Se le pedirá que indique si desea que los datos no utilizados sean destruidos o que se los vuelva anónimos en el caso que no lo sean (o sea, se les retire toda información que pueda relacionarlas con Ud.) para su posterior utilización en otra investigación.

Toda información que se haya obtenido hasta el momento en que retire su consentimiento será usada, pero no se obtendrá ningún otro dato.

13) ¿Puedo ser retirado del estudio aún si yo no quisiera?

El investigador, el comité de ética, que supervisan el estudio pueden decidir retirarlo si consideran que es lo mejor para usted. También pueden decidir retirarlo por las siguientes causas: no guardar confidencialidad, no proporcionar información completa durante el desarrollo de la investigación, faltar a las actividades planificadas y socializadas con los participantes.

14) ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos personales? ¿Cómo harán para que mi identidad no sea conocida?

Los datos que lo identifiquen serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley. Salvo para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales, Ud. no podrá ser identificado y para ello se le asignará un código compuesto por (especificar). En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas científicas o presentados en congresos o eventos científicos, su identidad no será revelada.

El titular de los datos personales (o sea usted) tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en la Ley, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

15) ¿Quiénes tendrán acceso a mis datos personales?

Como parte del estudio, el Investigador Principal y todo el equipo de investigación tendrán acceso a los resultados de sus estudios, el investigador tutor del trabajo de investigación.

16) ¿A quiénes puedo contactar si tengo dudas sobre el estudio y mis derechos como participante en un estudio de investigación?

16.1. **Sobre el estudio:** contactar al Investigador Principal: Dr./Dra. (nombre) en (dirección) o al teléfono (celular y fijo).

16.2. **Sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación:**

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado por el CISH-UTA. Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Investigador (contacto), o presidente del CBISH (contacto)

SECCIÓN II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

yo _____ como participante/representante legal, declaro que ha leído el documento de consentimiento, que he comprendido los riesgos y beneficios de participar, el responsable ha respondido a todas mis preguntas, mediante explicación satisfactoria, conozco que mi participación es voluntaria, por lo que consiento libremente participar en los procedimientos propuestos en el estudio, sé que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que esto afecte las atenciones a las que tengo derecho, solamente debo informar al investigador.

Al firmar el documento de consentimiento informado, en calidad de participante NO renuncio a ninguno de los derechos que por ley me corresponden. Sé que me entregarán una copia de este documento, una vez suscrito el mismo por las partes.

Fecha	Nombres completos del participante	Cédula Identidad	Firma
dd/mm/aaaa			

Fecha	Nombres completos del investigador responsable de obtener el CI	Cédula Identidad	Firma
dd/mm/aaaa			

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)**

(Versión clínica)

(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

___	Exposición directa
___	Testigo directo
___	Otras situaciones
___	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
___	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

___	Episodio único
___	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

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

¿Ocurre actualmente? __ No__ Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____(meses) / _____(años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? __ No__ Sí (especificar):

Tipo de tratamiento		Duración	¿Continúa en la actualidad?
___	Psicológico	___ (meses) / ___(años)	__ No__ Sí

___	Farmacológico	___ (meses) / ___(años)	___ No___ Sí
-----	---------------	-------------------------	--------------

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: ___ No___ Sí

Revictimización a otro suceso traumático: No___ Sí

Secuelas físicas experimentadas: No_ Sí (especificar):



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

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No
Síntomas disociativos	
<i>Ítems</i>	
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	
Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO	
Áreas afectadas por el suceso traumático	
<i>Áreas</i>	<i>Valoración</i>
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Título

Plan de descarga emocional, para prevenir y manejar el trastorno de estrés postraumático.

6.2. Descripción

Plan de descarga emocional, para prevenir y manejar el trastorno de estrés postraumático contará de 10 sesiones: Expresión creativa, escritura terapéutica, mindfulness, meditación, ejercicio físico, respiración, relajación, terapia de arte o juego y prácticas corporales. Las sesiones tienen una duración de 70 minutos y se realizará una vez por semana y tendrá una duración dos meses y medio.

La aplicación de la propuesta se la realizara de modo grupal esto quiere decir que se efectuara al personal de atención pre hospitalaria del ECU 911 en lugares estratégicos acorde a la técnica aplicar.

La finalidad de la propuesta es prevenir y reducir los síntomas asociados al estrés postraumático.

Ficha técnica del Plan de actividades	
Nombre:	Plan de descarga emocional, para prevenir y manejar el trastorno de estrés postraumático.
Autor:	María Zulay Calle Altamirano
Duración:	Consta de 10 sesiones con una duración de 60-70 minutos en cada aplicación, una vez por semana.
Organización:	Grupal
Ejecución:	Se realizará desde 05 de julio hasta el 8 de septiembre
Contenidos:	Expresión creativa, escritura terapéutica, mindfulness, meditación, ejercicio físico, respiración, relajación, terapia de arte o juego y prácticas corporales.

Finalidad:	Prevenir y reducir los síntomas asociados al estrés postraumático.
-------------------	--

6.3. Desarrollo de la propuesta

Aplicación de la actividad 1

Actividad 1: Técnica: "Pintura de la Experiencia"

Objetivo de la actividad:

Facilitar la expresión y procesamiento de experiencias traumáticas a través de la pintura creativa.

Materiales:

Papel grande o lienzo, pinceles, pinturas de diferentes colores, agua y paleta.

Fase	Aspectos a trabajar	Actividad	Resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase II Caldeamiento	Expresión creativa	Diálogo	Comienza la sesión explicando la técnica y asegurándose de que el entorno sea seguro y de apoyo.	20 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase III Desarrollo	Reexperimentación	Pintura	1. Pide al individuo que se tome un momento para reflexionar sobre su experiencia traumática. Esto podría incluir recuerdos, emociones asociadas, o cualquier otro aspecto que deseen explorar.	30 min.	María Zulay Calle Altamirano

			<p>2. Invita al individuo a empezar a pintar de manera espontánea. No hay necesidad de representar algo específico en este punto, solo expresar las emociones y la energía asociadas con la experiencia</p> <p>3. A medida que la pintura evoluciona, pide al individuo que observe y reflexione sobre lo que está emergiendo en el lienzo..</p> <p>4. Ofrece la opción de que la persona comparta su pintura y la narrativa asociada si se siente cómoda. Esto puede proporcionar una oportunidad para procesar verbalmente la experiencia.</p>		
Fase IV Retroalimentación	Refuerzo	Preguntas abiertas no estructuradas.	Preguntas como "¿Cómo se siente ahora en comparación con antes de la sesión?" o "¿Qué aprendiste de esta experiencia?" pueden facilitar la reflexión.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Evaluación	Enfatiza que no hay una evaluación artística. La técnica se centra en la expresión emocional y la autocuración.				

Objetivo de la actividad: fomentar la expresión emocional y la construcción de apoyo entre los miembros del grupo.

Materiales: Carpeta, hojas en blanco y lápiz.

Fase	Aspectos a trabajar	Actividad	Resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase II Caldeamiento	Escritura terapéutica	Diálogo	Comienza la sesión explicando la técnica y enfatizando un ambiente seguro y de apoyo. Establece reglas de confidencialidad para fomentar la apertura y la honestidad en el grupo.	20 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase III Desarrollo	Alteraciones cognitivas.	Escritura terapéutica	1. Proporciona una consigna específica relacionada con el trauma. Por ejemplo, podrías pedir a los participantes que escriban sobre un recuerdo específico, sus emociones actuales o cómo han visto cambiar su perspectiva con el tiempo. 2. Establece un límite de tiempo para la escritura (por ejemplo, 15-20 minutos) para mantener el enfoque y evitar la sobreexposición. 3. Después de la escritura, invita a los participantes a compartir sus experiencias de escritura en el grupo, si se sienten cómodos haciéndolo.	30 min.	María Zulay Calle Altamirano

			4. Alentar a los demás a escuchar sin juzgar y a expresar apoyo. El terapeuta debe modelar una actitud de respeto y empatía.		
Fase IV Retroalimentación	Refuerzo	Discusión Guiada	Facilita una discusión estructurada sobre los temas emergentes. Puedes hacer preguntas que animen a la reflexión y al intercambio de experiencias, pero evita presionar a los participantes para que compartan más de lo que se sientan cómodos.	10 min	María Zulay Calle Altamirano
Evaluación	Registro de Progreso: Invita a los participantes a llevar un registro de sus experiencias de escritura y cualquier cambio que noten en sus pensamientos o emociones a lo largo del tiempo.				

Actividad 3: Técnica de Atención Plena en Grupo.

Objetivo de la actividad: Desarrollar habilidades de atención plena y a cultivar una mayor conciencia de sus pensamientos y emociones.

Materiales: parlante y micrófono.

Fase	Aspectos a trabajar	Actividad	Resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase II Caldeamiento	Atención en grupo.	Diálogo.	Comienza la sesión explicando la práctica de la atención plena (mindfulness) y su relevancia para la salud mental.	20 min.	María Zulay Calle Altamirano

			Asegúrate de que los participantes estén cómodos y dispuestos a participar		
Fase III Desarrollo	Aumento de la activación psicofisiológica.	Mindfulness	<p>1. Dirige a los participantes a sentarse cómodamente con la espalda recta y cerrar los ojos si se sienten cómodos.</p> <p>2. Guíalos a prestar atención a su respiración, enfocándose en la inhalación y exhalación. Pídeles que noten la sensación del aire entrando y saliendo.</p> <p>3. Invita a los participantes a explorar sus sensaciones corporales con atención plena. Puedes dirigir su atención hacia diferentes partes del cuerpo, desde los pies hasta la cabeza, fomentando la conciencia de las sensaciones en cada área.</p> <p>4. Anima a los participantes a escanear sus pensamientos sin juzgar. Pídeles que noten cualquier pensamiento que surja y luego lo dejen pasar, volviendo a la atención a la respiración.</p>	30 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase IV Retroalimentación	Refuerzo	Práctica de la "R.A.I.N.":	<p>Introduce la técnica R.A.I.N. (Reconocer, Aceptar, Investigar, No Identificarse) para abordar emociones difíciles.</p> <p>Reconocer: Identificar la emoción presente.</p> <p>Aceptar: Permitir que la emoción esté presente sin</p>	10 min	María Zulay Calle Altamirano

			juicio. Investigar: Explorar la emoción y sus manifestaciones en el cuerpo y la mente. No Identificarse: Recordar que la emoción no define la identidad		
Evaluación	Compartir Experiencias: Después de la práctica, da tiempo para que los participantes compartan sus experiencias si se sienten cómodos hacerlo. Esto puede fomentar la conexión y la comprensión mutua.				

Actividad 4: Psicoterapia Grupal con Ejercicio Físico

Objetivo de la actividad: Mejorar el bienestar emocional y físico de los participantes.

Materiales: parlante y micrófono.

Fase	Aspectos a trabajar	Actividad	Resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase II Caldeamiento	Ejercicio físico.	Diálogo.	Comienza la sesión explicando la conexión entre el ejercicio físico y el bienestar mental. Asegúrate de que los participantes estén físicamente aptos para realizar actividad física y proporciona opciones modificadas si es necesario.	20 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase III Desarrollo	Mindfulness en el	Ejercicio físico	1. Inicia la sesión con un calentamiento suave que	30 min.	María

	Movimiento.		<p>incluya ejercicios de estiramiento y respiración consciente.</p> <p>2. Fomenta la atención plena durante el calentamiento, pidiéndoles a los participantes que se concentren en sus cuerpos y en las sensaciones físicas mientras se mueven.</p> <p>3. Anima a la interacción social durante la actividad, fomentando la comunicación y el apoyo mutuo.</p> <p>4. Durante la actividad física, promueve la atención plena en el movimiento. Invita a los participantes a prestar atención a las sensaciones físicas, la respiración y el entorno mientras se ejercitan.</p>		Zulay Calle Altamirano
Fase IV Retroalimentación	Refuerzo	Compartir Experiencias	<p>Al final de la sesión, realiza una breve sesión de estiramiento y relajación.</p> <p>Dedica tiempo para que los participantes compartan sus experiencias durante el ejercicio y cómo se sintieron emocionalmente y físicamente.</p>	10 min	María Zulay Calle Altamirano
Evaluación	<p>Discusión Grupal:</p> <p>Facilita una discusión grupal sobre cómo la actividad física impacta en el estado de ánimo, la gestión del estrés y la conexión social. Anima a compartir estrategias para incorporar más movimiento en la vida cotidiana.</p>				

Actividad 5: Técnica de Psicoterapia Grupal de Respiración y Relajación

Objetivo de la actividad: Desarrollar habilidades prácticas para manejar el estrés y fomentar un estado de relajación.

Materiales: parlante y micrófono.

Fase	Aspectos a trabajar	Actividad	Resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase II Caldeamiento	Psicoterapia Grupal de Respiración y Relajación.	Diálogo.	<p>Inicia la sesión explicando la importancia de la respiración y la relajación para el manejo del estrés y la promoción del bienestar emocional.</p> <p>Asegúrate de que los participantes estén cómodos y en un lugar tranquilo.</p>	20 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase III Desarrollo	Aumento de la activación psicofisiológica	Mindfulness en la Relajación	<p>Guía a los participantes en una respiración consciente. Pídeles que se sienten cómodamente, cierren los ojos y se concentren en la respiración.</p> <p>Anima a una respiración lenta y profunda. Puedes utilizar la técnica de "respiración abdominal" para maximizar la entrada de oxígeno.</p> <p>Después de unos minutos de respiración consciente, introduce una visualización relajante. Puedes guiarlos a imaginar un lugar tranquilo, como una playa o un bosque, detallando los sonidos,</p>	30 min.	María Zulay Calle Altamirano

			colores y sensaciones asociadas.		
			Mientras practican la relajación, fomenta la atención plena en las sensaciones físicas y emocionales. Pídeles que noten cualquier tensión residual y permitan que se disipe.		
Fase IV Retroalimentación	Refuerzo	Compartir Experiencias.	Después de la práctica, invita a los participantes a compartir sus experiencias. Esto puede incluir sus reacciones emocionales, cualquier cambio en la percepción del estrés o técnicas que encuentren especialmente útiles.	10 min	María Zulay Calle Altamirano
Evaluación	<p>Discusión Grupal:</p> <p>Facilita una discusión grupal sobre cómo pueden incorporar técnicas de respiración y relajación en su vida diaria.</p> <p>Anima a compartir estrategias para superar obstáculos y mantener prácticas regulares.</p>				

Actividad 6: Técnica: El Árbol de la Resiliencia.

Objetivo de la actividad: Explorar y representar visualmente su resiliencia y crecimiento, proporcionando un medio creativo para procesar las experiencias pasadas y fomentar la conexión grupal.

Materiales: Hojas grandes de papel (una para cada participante), marcadores, lápices de colores, témperas u otros materiales de arte, cintas adhesivas y/o pegamento y tijeras.

Fase	Aspectos a trabajar	Actividad	Resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano

Fase II Caldeamiento	El Árbol de la Resiliencia	Diálogo.	Comienza la sesión explicando brevemente el propósito de la actividad: explorar la resiliencia y el crecimiento a pesar de las experiencias difíciles.	20 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase III Desarrollo	Reexperimentación.	El árbol de la resiliencia.	Cada participante recibe una hoja de papel grande y la coloca horizontalmente frente a ellos. Dibuja el tronco de un árbol en la parte inferior de la hoja.	30 min.	María Zulay Calle Altamirano
			Invita a los participantes a dibujar las raíces del árbol. Cada raíz puede representar un desafío o una experiencia difícil que hayan enfrentado.		
			A medida que suben en el árbol, los participantes crean ramas y hojas. Cada rama y hoja representa un aspecto de su vida que ha crecido y se ha fortalecido a pesar de los desafíos.		
			Los participantes pueden usar colores y formas para expresar sus emociones y experiencias. Por ejemplo, una hoja de color verde puede simbolizar el crecimiento y la esperanza.		
Fase IV Retroalimentación	Refuerzo	Discusión	Facilita una discusión grupal sobre las similitudes y diferencias en las representaciones. Preguntas sugeridas: ¿Qué aprendieron al crear sus árboles? ¿Cómo se sienten al compartir esto con el grupo	10 min	María Zulay Calle Altamirano
Evaluación	Respeto a la Privacidad: Asegúrate de que los participantes se sientan libres de compartir solo lo que se sientan cómodos compartiendo.				

--	--

Actividad 7: Prácticas Corporales.

Objetivo de la actividad: Fomentar la conciencia corporal, la expresión emocional y la conexión interpersonal dentro del grupo.

Materiales:

Fase	Aspectos a trabajar	Actividad	Resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase II Caldeamiento	Prácticas Corporales	Diálogo.	<p>Inicia la sesión explicando la importancia de conectar con el cuerpo para mejorar el bienestar emocional.</p> <p>Establece un ambiente seguro y asegúrate de que los participantes estén cómodos.</p>	20 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase III Desarrollo	Activación psicofisiológica	Movimientos Expresivos y Actividades de Conexión.	<p>Comienza con un calentamiento suave que incluya movimientos simples para despertar la conciencia corporal.</p> <p>Invita a los participantes a prestar atención a las sensaciones físicas mientras se mueven, centrándose en la conexión mente-cuerpo.</p> <p>Introduce movimientos expresivos que permitan a los participantes expresar sus emociones a través del cuerpo. Esto puede incluir movimientos libres,</p>	30 min.	María Zulay Calle Altamirano

			danza espontánea o gestos simbólicos		
			Diseña actividades que fomenten la conexión entre los miembros del grupo. Por ejemplo, parejas pueden realizar movimientos espejo, lo que implica replicar los movimientos del compañero para fortalecer la conexión interpersonal.		
Fase IV Retroalimentación	Refuerzo	Reflexión y Compartir Experiencias	Después de las prácticas corporales, dedica tiempo para que los participantes reflexionen sobre sus experiencias. Invítalos a compartir cómo se sintieron durante las prácticas y si notaron algún cambio en su estado emocional.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Evaluación	<p>Discusión Grupal:</p> <p>Facilita una discusión grupal sobre la relación entre las prácticas corporales y el bienestar emocional. Anima a los participantes a compartir cómo planean integrar estas prácticas en su vida diaria.</p>				

Actividad 8: Evitación Conductual en el Estrés Postraumático.

Objetivo de la actividad: Ayudar a los participantes a enfrentar y superar las conductas de evitación que han desarrollado como resultado del estrés postraumático.

Materiales: hojas papelote y marcadores

Fase	Aspectos a trabajar	Actividad	Resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano

Fase II Caldeamiento	Indicaciones.	Diálogo.	<p>Explica a los participantes el propósito y los beneficios de la Terapia de Exposición.</p> <p>Asegúrate de que los participantes se sientan seguros y tengan la opción de retirarse en cualquier momento.</p>	20 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase III Desarrollo	Evitación conductual	Elaboración de una Jerarquía	<p>Facilita una discusión sobre la importancia de abordar la evitación conductual en el proceso de recuperación</p> <p>Pide a los participantes que identifiquen situaciones específicas que han estado evitando debido al estrés postraumático. Pueden ser lugares, actividades, personas, o situaciones relacionadas con el trauma</p> <p>Ayuda a los participantes a construir una jerarquía de exposición que enumere las situaciones identificadas en orden de dificultad o ansiedad. Desde las menos temidas hasta las más temidas.</p>	30 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase IV Retroalimentación	Refuerzo	Exposición Gradual	<p>Inicia con la situación menos temida de la jerarquía. Pídeles a los participantes que imaginen o visualicen la situación detalladamente. Discute sus pensamientos y emociones durante esta visualización.</p> <p>A medida que los participantes se sientan más cómodos, pasa a situaciones más desafiantes de la jerarquía. Incentiva la expresión de emociones</p>	10 min.	María Zulay Calle Altamirano

			y pensamientos asociados.		
Evaluación	Discusión grupal: para que los participantes compartan sus experiencias, desafíos y logros. Anima el apoyo mutuo dentro del grupo.				

Actividad 9: Role Playing

Objetivo de la actividad: Permitir que los participantes practiquen enfrentar situaciones temidas o evitadas de manera controlada y segura, a través de la representación de roles en un entorno terapéutico.

Materiales: parlante y micrófono.

Fase	Aspectos a trabajar	Actividad	Resultados esperados	Tiempo	Responsable
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase II Caldeamiento	Prácticas Corporales	Diálogo.	Explica a los participantes el propósito y los beneficios de la técnica. Asegúrate de que los participantes se sientan seguros y tengan la opción de retirarse en cualquier momento	20 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase III Desarrollo	Evitación conductual	Situaciones específicas.	Inicia identificando situaciones específicas que los participantes han estado evitando debido al estrés postraumático. Pueden ser situaciones sociales, actividades cotidianas u otros escenarios que generen ansiedad. Elige una situación específica para el role playing. Puede ser una situación temida de	30 min.	María Zulay Calle Altamirano

			<p>menor intensidad para comenzar y que sea relevante para los objetivos terapéuticos.</p> <p>Uno o más participantes pueden representar a las personas en la situación, mientras que otros observan o actúan como facilitadores terapéuticos. Es importante que los participantes tengan la opción de elegir su nivel de participación</p> <p>Inicia el role playing recreando la situación temida. Los participantes que representan los roles deben actuar de manera auténtica, y aquellos que observan pueden proporcionar comentarios constructivos después del ejercicio</p>		
Fase IV Retroalimentación	Refuerzo	Reflexión	Resumen y reflexión, asegurándose de que los participantes se sientan apoyados y comprendidos.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Evaluación	Evaluación continua y el aprendizaje: Durante el role playing, los facilitadores pueden interrumpir la escena en cualquier momento para discutir estrategias de afrontamiento, manejo del estrés y alternativas de comportamiento. Esto proporciona una oportunidad para la evaluación continua y el aprendizaje.				

Actividad 10: Cierre y Graduación

Objetivo de la actividad:

Materiales:

Fase	Aspectos a	Actividad	Resultados esperados	Tiem	Responsa
------	------------	-----------	----------------------	------	----------

	trabajar			po	ble
Fase I Apertura	Como se encuentra el participante	Conversatorio.	Dar a conocer la actividad.	10 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase II Caldeamiento		Diálogo.	Hacer un breve recuento del propósito del grupo, los objetivos de las sesiones y los principales temas trabajados	20 min.	María Zulay Calle Altamirano
Fase III Desarrollo		Actividades de cierre de la terapia grupal.	<p>Pida a cada integrante que exprese lo que ha significado para ellos ser parte del grupo</p> <p>Facilitador resume los principales cambios y progresos que observó en el grupo y en los individuos</p> <p>Realice un ritual de graduación donde entregue a cada persona un certificado/credencial que acredite su participación activa y comprometida en la terapia grupal.</p> <p>Finalmente, guíe una reflexión sobre cómo los miembros pueden sostener los cambios e integrar los nuevos aprendizajes y fortalezas en sus vidas independientemente ahora que el grupo terminó formalmente. Agradezca a cada uno por su participación sincera y cierre el grupo validando que llevan consigo nuevas herramientas para su camino por delante</p>	30 min.	María Zulay Calle Altamirano
Evaluación	Reflexión: sobre cómo los miembros pueden sostener los cambios e integrar los				

	nuevos aprendizajes y fortalezas en sus vidas independientemente ahora que el grupo terminó formalmente.
--	--