

1.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en el mundo cada año mueren 1.200.000 personas a consecuencia de un accidente tránsito y quedan heridas o discapacitadas 50.000.000 más. Los accidentes son la segunda causa de muerte a nivel mundial entre jóvenes de 5 a 29 años, y la tercera entre la población de 30 a 44 años. Al Aumentar la población, aumenta el número de automóviles, y por consiguiente el número de accidentes de tránsito.

Según datos estadísticos se calcula que el año 2000 aproximadamente 1.260.000 personas murieron en el mundo como consecuencia las lesiones sufridas por accidentes de tránsito y otro número similar de las víctimas que sufren graves consecuencias psicológicas posteriores como depresión, ansiedad, desesperanza, miedo, culpa, son las consecuencias más comunes en las víctimas que sufrieron accidentes de tránsito (www.ops.org.bo).

El accidente de tránsito no sólo produce secuelas físicas en las víctimas, sino también serios trastornos psicológicos consecuencia natural de la experiencia traumática vivida. Por pequeño que sea, lo que siempre aparece en los protagonistas es el temor de que vuelva a suceder.

El sufrimiento humano causado por las colisiones en las vías de tránsito es enorme; por cada víctima de un choque hay familiares, amigos y comunidades que deben afrontar las consecuencias físicas, psicológicas y económicas de la muerte, los traumatismos y/o la discapacidad de un ser querido. Cuando el accidente deja secuelas físicas importantes las consecuencias psicológicas también lo son, sobre todo cuando éstas alteran la cotidianidad a lo largo del tiempo y provocan una incapacidad física que se traduce, por ejemplo en una discapacidad laboral o para atender a su familia.

Los problemas surgen tras un cuadro traumático, en el que aparecen síntomas que siguen a la exposición de un acontecimiento estresante, donde el sujeto se ve involucrado en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier amenaza para su integridad psicofísica. Idéntica situación se produce cuando se es testigo de un siniestro que ocasiona la muerte o heridas de otras personas.

El temor, la desesperanza y el horror se convierten en síntomas típicos en estos cuadros y tratándose de niños puede darse además un comportamiento desestructurado o agitado.

Algunos especialistas sostienen que "luego del trauma, el sujeto puede presentar el fenómeno de la re experimentación, volver a experimentar la situación traumática, con todos los sentidos, tal como si la estuviera viviendo; la persona se comporta como si estuviera en el momento del acontecimiento".

En una investigación realizado por la Federación Europea de Víctimas de Accidentes de Tránsito, sobre diez mil accidentados encuestados, dio por resultado que en la gran mayoría las secuelas psicológicas pueden ser sorprendentemente variadas: problemas para dormir, dolores de cabeza, pesadillas angustiantes, stress, falta de interés, pérdida de confianza en sí mismo, ataques de ansiedad, depresión, fobias, trastornos alimenticios, ira, resentimiento y sentimientos suicidas. El mismo trabajo indica que luego de muchos años de ocurrido el accidente, el 25% de las víctimas se ve a sí mismo como suicida potencial (Geller Claudio 2010)

Estas alteraciones pueden aparecer hasta pasados 6 meses del accidente y el tratamiento que se indica suele ser una terapia cognitivo-conductual, por la brevedad y rapidez de la misma.

Cuando el accidente deja secuelas físicas importantes, las consecuencias psicológicas también lo son, sobre todo cuando éstas alteran la cotidianeidad a lo largo del tiempo

y provocan una incapacidad física que se traduce, por ejemplo, en una incapacidad laboral o para atender a su familia.

Muchas veces los damnificados se ven imposibilitados para poder subir a un automóvil o viajar en transportes públicos, llegando en casos extremos a no querer salir a la calle.

Es importante acceder a una rápida contención psicológica; informes internacionales explican que este tipo de atención primaria tiene que ser inmediata para ser efectiva.

En **Bolivia**, la características en la evolución de su perfil epidemiológico más algunas evidencias encontradas, inducen a pensar que el problema de accidentes de tránsito constituye un serio desafío para la salud pública debido a las características contextuales del país entre las que se destacan las condiciones de pobreza, las deficiencias de infraestructura vial, deficiencias de educación de la población y las características topográficas donde se ubican las ciudades, caminos y carreteras interdepartamentales (Ministerio de Salud y Deportes: 2004).

En **nuestro departamento** también se ha incrementado el número de accidentes de tránsito, registrándose un total de 2,353 accidentes en los últimos días. Esto se debe a los cambios climáticos, los jóvenes que salen en la noche en sus vehículos a compartir con sus amigos en plazas, avenidas y comienzan a ingerir bebidas alcohólicas; eso hace que haya un incremento de accidentes de tránsito, con muerte, trauma y/o discapacidad (INE: 2000-2008).

El sub Director del Hospital Regional San Juan de Dios Marcelo Zenteno consideró que los accidentes de tránsito se están volviendo un problema de salud pública que debe ser enfrentado por hospitales, que en el futuro se tendrá una epidemia de traumatismos, más lisiados con secuelas psicológicas que dejan los accidentes de tránsito; estos hechos cobran vidas más que cualquier otra enfermedad en el

departamento, ante esta realidad nos planteamos la pregunta de investigación (periódico el Nacional 2010, pág. 9).

Por todo lo anteriormente planteado se ha llegado a la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las consecuencias psicológicas posteriores en personas que sufrieron un accidente de tránsito traumático en el hospital San Juan de Dios de la Ciudad de Tarija?**

El problema planteado supone como finalidad de la investigación detectar las consecuencias psicológicas posteriores de los accidentes de tránsito.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Se ha tomado en cuenta el problema de investigación “consecuencias psicológicas posteriores de las personas que sufrieron un accidente de tránsito traumático”, por las siguientes razones:

Es importante analizar las diferentes consecuencias psicológicas posteriores de las personas que sufrieron un accidente de tránsito, ya que es un suceso que de alguna manera dejará secuelas en las personas que la padecen, secuelas que pueden ir desde recuerdos vagos del incidente hasta consecuencias más graves como lo pueden ser la depresión, ansiedad entre otros, pues es una etapa que recordarán por un lapso de tiempo.

Es de gran importancia profundizar en este tema, ya que el mismo sobrepasa los límites de la esfera psicológica, es decir, no sólo afecta a la persona que lo padece, sino que dependiendo de la gravedad del accidente, puede afectar a los demás miembros de la familia.

Se convierte en un tema de gran importancia puesto que en nuestro medio, no se han podido encontrar trabajos en los cuales se hable sobre este tipo específico de problemas, es decir, de las consecuencias psicológicas que tienen aquellas personas que han sufrido accidentes de tránsito. Es por ello que este trabajo pretende ser un aporte para llenar el vacío existente en cuanto a los aportes teóricos sobre las secuelas que deja un accidente de tránsito en las personas que lo sufren.

Este trabajo hace hincapié en la evaluación psicológica mediante diferentes instrumentos de evaluación psicológica, lo que permitirá apreciar los síntomas más comunes de las secuelas de los accidentes de tránsito. Entre estas consecuencias se espera que los síntomas importantes sean la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático.

El aporte práctico que se realizará es que a través de la presente investigación se pueda proponer estrategias de acción que brinden apoyo psicológico y emocional a las víctimas de los accidentes de tránsito para poder mermar de alguna manera los efectos psicológicos duraderos de los accidentes de tránsito, los cuales pueden afectar su vida cotidiana de manera significativa si es que no es tratada adecuadamente.

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán las consecuencias psicológicas posteriores en las personas que sufrieron un accidente de tránsito traumático internados en el Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Detectar las consecuencias psicológicas posteriores de las personas que sufrieron un accidente de tránsito traumático en pacientes internados en el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de ansiedad de las personas que sufrieron un accidente de tránsito.
- Determinar el nivel de depresión de las personas que sufrieron un accidente de tránsito.
- Evaluar el estrés postraumático de las personas que sufrieron accidente de tránsito.

2.3. HIPÓTESIS

- La ansiedad es una de las consecuencias psicológicas más comunes que se manifiesta en personas que sufrieron un accidente de tránsito traumático.

- La Depresión es una de las consecuencias psicológicas que presentan las personas después de un accidente de tránsito.
- Las personas que sufrieron un accidente de tránsito traumático tienen un estrés postraumático elevado.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variable | Concepto | Dimensiones | Categoría | Indicadores | Escala |
|-----------------|--|--------------------|--------------------|-------------------------------|---|
| Ansiedad | Vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido que se produce por nada. Carece de un objeto exterior | Síntomas Físicos | Taquicardia | Latidos rápido del corazón | <ul style="list-style-type: none"> • Banda normal 0 - 20 • Ansiedad ligera 21 - 30 • Ansiedad moderada 31 - 40 • Ansiedad grave 41 - 50 • Ansiedad muy grave > 50 |
| | | | Tics | Contracturas musculares | |
| | | | Aerofagia | Gases | |
| | | Síntomas Psíquicos | Inquieto | Sentirse nervioso | |
| | | | Fobias | Temores exagerados | |
| | | | Indecisión | Le cuesta tomar una decisión | |
| | | Síntomas Conducta | Alerta | Estar en estado de vigilancia | |
| | | | Irritable | Exageración de los estímulos | |
| | | | Quedarse bloqueado | No saber qué decir | |
| | | Síntomas | | Ideas pesimistas | |

| | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|
| | | <p>Intelectuales</p> <p>Síntomas asertivos</p> | <p>Inquietud del futuro. Fallas en la memoria.</p> <p>Utiliza términos extremos</p> <p>No sabe qué decir.</p> <p>Avergonzarse</p> <p>Vergüenza ajena</p> | <p>del futuro.</p> <p>Le cuesta recordar cosas</p> <p>Nunca, jamás, todo, nada.</p> <p>No poder mantener una comunicación.</p> <p>Sentirse incómodo ante ciertas situaciones</p> <p>Siente vergüenza de cosas que hacen los demás.</p> | |
| Depresión | Estado emocional dominado por sentimientos de tristeza, puede estar marcado la falta de actividad, dificultades de pensar y concentrar, sentimientos de desaliento y | | <p>Humor deprimido</p> <p>Sentimientos de culpa.</p> | <p>Expresa cuando le preguntan. Expresa espontáneamente.</p> <p>Comunicación verbal y no. Se culpa a sí mismo. Medita sobre errores pasados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ausente 0 - 9 • Leve 10 - 18 • Moderada 19 - 29 • Grave 30 - 63 |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|
| | desesperación. | | <p>Insomnio</p> <p>Trabajo y actividades.</p> <p>Inhibición</p> <p>Agitación</p> <p>Ansiedad</p> <p>Síntomas</p> | <p>Insomnio precoz. Insomnio intermedio Insomnio tardío.</p> <p>Incapacidad, fatiga. Pérdida de interés. Dejó de trabajar.</p> <p>Retraso en el habla. Dificultad en el habla. Incapacidad para expresarse.</p> <p>Juega con sus dedos, manos. No puede quedarse quieto.</p> <p>Ansiedad psíquica. Ansiedad somática</p> | |
| Estrés postraumático | Es un tipo de trastorno de ansiedad que puede | | Reviviscencia | <p>Recuerdos reiterativos y angustiantes de la</p> | <p>Frecuencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 – Nunca • 1 – A veces |

| | | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------------|--|
| | | | | exagerada (hipervigilancia) | |
| | | | | Irritabilidad o ataques de ira. | |

En el presente capítulo se explica de manera concreta todos los elementos necesarios para poder entender adecuadamente la presente investigación. En una primera parte se señalan las definiciones de lo que viene a ser los accidentes de tránsito, sus tipos, causas y efectos. En una segunda parte se puede apreciar de manera detallada los efectos psicológicos de los accidentes de tránsito.

3.1. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Se entiende por accidente a un suceso repentino ocurrido por causas involuntarias que produce daños en las personas y/o en las cosas. Con respecto al accidente de tránsito puede decirse que "es un hecho eventual, producido como consecuencia del tránsito vehicular en el que interviene, por lo menos, un vehículo, cuyo resultado produce lesiones o muertes de las personas y/o daños en las cosas"(Cáceres 2008: 49).

Los accidentes de tránsito constituyen sucesos ocurridos en vía pública terrestre, en el que interviene uno o más vehículos y de los que resultan daños a las personas y/o a las cosas, derivan de situaciones fortuitas (ajenas a la voluntad del agente), de situaciones relacionadas con la imprudencia, negligencia e inobservancia de las leyes, o de situaciones dolosas (el agente ha previsto el daño).

3.1.1. TIPOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Existen varias formas de clasificar los accidentes y definir los distintos tipos que las clasificaciones contienen.

3.1.2. CLASIFICACIÓN SEGÚN NÚMERO DE VEHÍCULOS

Para este modus operandi, el accidente debe clasificarse en razón de resultado final, es decir, del accidente realmente ocurrido. En este sentido se diferencian de los

accidentes simples, en que sólo interviene un vehículo, de los accidentes múltiples, en que intervienen dos o más vehículos o un vehículo o más y un peatones.

- Accidentes simples
- Accidentes múltiples
- Otros accidentes

3.1.3. PERSONAS QUE SUFRIERON ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Los accidentes se multiplican día a día, nuevas víctimas se suman y más familias padecen el dolor y las consecuencias de esta epidemia silenciosa. El goteo constante de perjudicados es de extrema gravedad. Se toma como inevitable algo que en verdad podría haberse evitado.

3.1.4. LOS JÓVENES Y LA PREDISPOSICIÓN AL RIESGO

La disposición al riesgo es seguramente inherente a la condición humana. Hay quienes están más dispuestos que otros a correr peligros y así aumentar la probabilidad de sufrir un accidente. Esto es muy relevante, ya que quien incurre en un riesgo termina afectando a los demás. El riesgo en la conducción no sólo afecta a quien lo produce sino que supone un peligro sobre terceros; ya sean acompañantes, otros conductores, peatones o ciclistas.

3.1.5. EDAD

Los jóvenes se hallan generalmente en un período de maduración en el cual a menudo ponen a prueba sus límites. Su ritmo de vida es muy intenso, especialmente por la noche y durante los fines de semana, sus actividades suelen realizarse en grupo e incluir el consumo de alcohol y/o drogas.

3.1.6. GÉNERO

Los jóvenes varones sufren más accidentes y de mayor gravedad que las mujeres. Distintas investigaciones han puesto de manifiesto que los varones tienen una mayor tendencia a asumir riesgos y buscan nuevas sensaciones; lo que los lleva a incurrir en comportamientos riesgosos como superar los límites de velocidad, conducir de forma temeraria o no utilizar el cinturón de seguridad. También es más frecuente que los varones sobrestimen sus capacidades de conducción y que sean más vulnerables a la influencia de los amigos.

3.2. LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LAS PERSONAS QUE SUFREN ACCIDENTES DE TRANSITO

Los accidentes de tránsito provocan a veces secuelas que no se ven a simple vista, y esto no significa que no sean realmente graves.

Estas secuelas dejan a los participantes de estos choques, atropellos y demás en algunos casos, inhabilitados para poder seguir teniendo una vida normal, inclusive para trabajar y para relacionarse normalmente con su familia y su entorno social.

Los accidentes fatales pueden activar en quienes lo sufren y lo sobre viven, un trastorno por estrés postraumático uno de los trastornos más comunes de ansiedad más comunes en estos casos.

El sufrimiento físico de las víctimas y sus familiares consiste, en su mayoría, en: problemas para dormir, dolores de cabeza, pesadillas angustiantes y problemas generales de salud, asociados al stress y la angustia (Luchemos por la vida 2006 N° 6).

Entre la amplia gama de problemas psicológicos de la mayoría de las víctimas predominan: falta de interés, pérdida de confianza en sí mismo, ataques de ansiedad, depresión, fobias, trastornos alimenticios, ira, resentimiento, sentimientos suicidas. Es

impresionante que inclusive, luego de muchos años, un cuarto de las víctimas sufren tanto que se sienten suicidas potenciales.

La mejor ayuda psicológica es proporcionada por amigos y familias. Lamentablemente la eficiencia de la ayuda proporcionada por profesionales, instituciones y religiones no es suficiente.

Es triste darse cuenta de la profundidad de la angustia de estas personas. Una gran proporción de ellos sufren desórdenes psicológicos que frecuentemente son intensos, duraderos y hasta permanentes y que causan enfermedades somáticas que empeoran la angustia psicológica. Se entiende que estas consecuencias disminuyen y desaparecen con el tiempo. Sin embargo, nuestras investigaciones han demostrado lo contrario. Los trastornos psicológicos van empeorando con el tiempo y requieren de más asistencia. Estos problemas son frecuentemente exacerbados por las dificultades que, las víctimas y sus familias, encuentran con el sistema legal y las compañías de seguros.

3.2.1. ANSIEDAD

La ansiedad es: *“una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada”*. La ansiedad es la vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido que se produce por nada y se difuminan las referencias, por lo tanto es un temor impreciso carente de objeto, está dominado por la perplejidad y la sorpresa, siendo una afección esencialmente afectiva a la que se le añade un estado de activación neuropsicología de hipervigilancia (Rojas 1996: 28)

3.2.1.1. CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD

La ansiedad se manifiesta en cinco grupos de síntomas: síntomas físicos, síntomas psicológicos, síntomas de conducta, síntomas intelectuales y por último síntomas

asertivos. Cada uno de ellos abarca una determinada área, aunque la ansiedad es sí misma contiene siempre mezcla de unos y de otros, los cuales definiremos a continuación (Rojas 1996: 72).

3.2.1.2. SÍNTOMAS FÍSICOS

Están producidos por una serie de estructuras cerebrales intermedias, donde se asientan las bases neurofisiológicas de las emociones: el hipotálamo y el sistema nervioso simpático, que produce en la médula suprarrenal grandes cantidades de adrenalina, teniendo manifestaciones como: palpitaciones, opresión precordial, temblores, hipersudoración, sequedad de boca, dificultad respiratoria, etc.

Además de las bases apuntadas en el nivel anatómico, la ansiedad se produce, o está condicionada, por descargas de adrenalina. Los efectos causados por ésta van a ser parecidos a una estimulación directa del sistema nervioso simpático, donde brotan los síntomas físicos.

3.2.1.3. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

Los síntomas psicológicos son muy importantes. Se captan a través del lenguaje verbal, es una vertiente subjetiva, pues la información que obtenemos va a depender directamente de la riqueza psicológica del paciente, de la capacidad de bucear y descubrir sus sentimientos y, más que todo, de su capacidad expresar, referir, relatar lo que se mueve dentro de ellos. Se manifiesta por: inquietud interior, desasosiego, inseguridad, presentimiento de la nada, temor a perder el control, temor a la muerte, temor a la locura, temor al suicidio, etc.

3.2.1.4. SÍNTOMAS DE CONDUCTA

Se llama conducta a todo aquello que se puede observar desde fuera en otra persona. No es necesario que la persona cuente, lo que le pasa, sino que simplemente se

registra al ver su comportamiento; y esto, tanto en el aspecto general como en el plano comunicativo. Sus indicadores son: estado de alerta, dificultad para la acción, bloqueo afectivo, inquietud motora, trastorno del lenguaje no verbal, etc.

3.2.1.5. SÍNTOMAS INTELECTUALES

Hacen referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación de la información. Se manifiesta por presentar: diversos errores en el procesamiento de la información, expectación generalizada de matiz negativa, pensamientos ilógicos, dificultad para concentrarse, trastorno de la memoria, etc.

3.2.1.6. SÍNTOMAS ASERTIVOS

Se definen como trastornos de las habilidades para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación. Se manifiesta por: descenso en las diversas habilidades sociales, bloqueo en las relaciones humanas, no saber decir que no, no saber terminar una conversación difícil, etc.

Desde el punto de vista psicológico, es éste un concepto cada vez más utilizado en psiquiatría. Reúne tres características:

1. Se trata de algo muy relacionado con la personalidad y con la forma en que ésta se muestra y funciona.
2. Conjunto de técnicas de comportamiento orientadas a una mejoría de las propias, relaciones sociales. En una palabra, asertividad = habilidad social. Dicho esto en términos más explícitos:

- Expresión de emociones positivas y negativas según la circunstancia.
- Defensa de los derechos más legítimos.

- Saber pedir favores.
- Negativa a acceder a peticiones razonables.
- Aprender a decir que no (pero con la sonrisa en los labios).
- Comportamiento personal y social adecuado a cada momento.

3. Poder expresar ideas, juicios y sentimientos tanto de signo positivo como negativo frente a cualquier persona, situación o circunstancia. Libertad de expresión ideológica y emocional (Rojas 1996 pág. 73 - 82).

3.2.1.7. LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES

Los Trastornos de Ansiedad se presentan frecuentemente como secuela en las víctimas de accidentes de tránsito y constituyen el denominado "daño psíquico" en tanto determinan una incapacidad sobreviniente que puede ser, según el caso particular, permanente o transitoria. (<http://psicologiaonlinearg.blogspot.com/>).

Es imprescindible poder realizar adecuadamente un diagnóstico diferencial entre los diversos trastornos, a efectos de determinar el grado de incidencia del cuadro clínico en el examinado, no sólo en cuanto a la sintomatología, sino también en lo que refiere a la gravedad, el curso, tratamiento y posibilidades de remisión. De esta manera se podrá evaluar el grado de incapacidad, y el carácter de "parcial y permanente" de la misma.

De acuerdo al *Manual de Diagnóstico y Estadística DSM IV* los Trastornos de Ansiedad comprenden los trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado (<http://psicologiaonlinearg.blogspot.com/>).

Cada año ocurren más de seis millones de accidentes de tránsito en los Estados Unidos de América. Si usted ha estado en un accidente podría haber tenido muchos sentimientos diferentes en el momento del accidente y en los días que le siguieron al mismo indican que. Algunos de estos sentimientos podrían haber incluido lo siguiente:

- Choque
- Dificultad para creer lo que realmente pasó
- Rabia
- Nerviosismo o preocupación
- Miedo o desasosiego
- Culpabilidad

Además, usted puede seguir repitiendo el accidente en su mente. Puede sentir como que no puede dejar de pensar en ello. La mayoría de las personas que han estado en un accidente tienen algunos, o todos estos sentimientos. No obstante, algunas veces, estos sentimientos pueden ser tan fuertes que le impiden vivir una vida normal después del accidente.

Para la mayoría de las personas que sufrieron un accidente de tránsito los sentimientos desaparecen con el tiempo. Sin embargo, los sentimientos de algunas personas no desaparecen o se hacen más fuertes cambiando la manera cómo la gente piensa y actúa. Los sentimientos fuertes que se quedan con una persona durante largo tiempo, y comienzan a interferir en la vida diaria, son señas de una condición que se conoce con el nombre de síndrome de estrés postraumático. Si usted tiene estrés postraumático puede tener algunos de los siguientes problemas:

- Un sentimiento continuo y generalizado de desasosiego
- Problemas al manejar o montar en vehículos
- No querer someterse a exámenes o procedimientos médicos
- Irritabilidad, o preocupación o rabia excesiva

- Pesadillas o dificultad para conciliar el sueño
- Una sensación de no estar conectado a los demás eventos o personas
- Recuerdos continuos del accidente que usted no puede parar (<http://familydoctor.org>).

Las personas que atraviesan por esa vivencia, padecen graves consecuencias psicológicas como el temor, la desesperanza y el desinterés por la vida cotidiana.

El Centro de Estudios Especialista en Trastornos de Ansiedad (CEETA) demostró que los accidentes graves pueden activar en los protagonistas o en quienes los presencian trastornos que surgen por estrés postraumático como insomnio, falta de memoria y desapego afectivo.

Este tipo de trastorno surge tras un cuadro traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad psicofísica

Entre los síntomas más comunes los expertos encontraron que las personas padecen temor, desesperanza y horror intenso, y en el caso de los niños "puede haber un comportamiento desestructurado o agitado", según los especialistas, las personas afectadas reviven los hechos ocurridos y se comportan como si volviera el tiempo atrás, y lo importante es tener en cuenta que los síntomas no necesariamente son inmediatos, sino que pueden aparecer incluso hasta seis meses después. (Martínez Castro 2008)

3.2.2. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Beck define la depresión como un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas. Para Beck lo más característico del trastorno depresivo es lo que

denomina triada cognitiva: visión negativa sobre uno mismo, visión negativa de su entorno y visión negativa acerca del futuro. (Beck 2000: 139-142)

Es posible destacar que la depresión es un estado emocional, reflejado en la manera de cómo el individuo realiza o desarrolla sus actividades. Dicho estado emocional es dominado por la tristeza; puede estar marcado por la falta de concentración, sentimientos de desaliento, dificultad para pensar, sentimiento de impotencia, desesperanza. Puede ser sintomático de varios trastornos: Sin embargo, estos sentimientos también ocurren en las personas normales ya que es algo inconsciente de las que muchas veces el individuo no se da cuenta.

Teniendo en cuenta que para definir la depresión los diferentes estudiosos la dividieron en:

- **Depresión mayor:** Es cuando los síntomas son intensos. Normalmente una depresión mayor es una enfermedad muy evidente. El paciente se halla triste, desanimado, cansado, etc.
- **Depresiones enmascaradas:** Son trastornos en que predominan los síntomas físicos: cansancio, dolores diversos, vértigos, vómitos, etc., sobre los psicológicos. Es lo que, a veces, se llama “nervios” en el estómago, en el corazón...
- **Depresiones con obsesiones:** Las obsesiones, pensamientos repetitivos o acciones repetitivas sobre algún tema, pueden ser el único síntoma evidente en este tipo de depresiones.
- **Depresiones mitigadas o distimias depresivas:** Distimia quiere decir “humor perturbado”. En este trastorno la persona suele estar con cambios de humor, irritabilidad, problemas de concentración y, de vez en cuando, altibajos depresivos. Las distimias son muy engañosas, pues pueden durar años y no

diagnosticarse como un trastorno depresivo. Lo típico es que duren mucho tiempo, y que el paciente no pase más de dos meses libre de trastornos. Es frecuente la incidencia de desavenencias familiares, personales, laborales, etc., a causa de los cambios del humor.

- **Depresiones con crisis de ansiedad:** Las crisis de ansiedad, también llamadas crisis de pánico, consisten en un intenso estado de ansiedad, agitación, ahogo, palpitaciones, temblor, sudación, escalofríos, taquicardia y sensación de que a uno le va a dar algo o que se va a morir. Las crisis de ansiedad se producen en el curso de algunas depresiones. Después de las crisis de ansiedad el paciente suele presentar agorafobia, que se define como el miedo de estar en lugares de donde sea difícil o embarazoso escapar en el caso de que apareciera una crisis de ansiedad (R. Fernández y otros 1977: 121-125).

3.2.2.1. SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Para tener un mayor entendimiento de los síntomas y efectos en las actividades del individuo, se pueden definir los siguientes aspectos:

- **Desmotivación.-**La desmotivación supone la existencia de limitaciones contra las que es muy difícil luchar y vencer, tales como las bajas expectativas y atribuciones inadecuadas, falta de hábitos, prejuicios, falta de conocimiento y habilidades y un largo etcétera frente a los que es difícil obtener algún cambio” (Diccionario Soviético de Filosofía 1965: 21).

El ser humano necesita ‘motivos’ para actuar, ilusiones, objetivos que den sentido a su vida. A la depresión se llega, y una vez llegados, permanecemos en ella por una apatía, una desgana, una desilusión y falta de sentido en nuestras vidas que nos parece ‘vegetativa’, absurda.

Por consiguiente sería más preciso considerar que el estar motivados consiste en:

- Mantener los objetivos; las ilusiones si ya las tenemos, para que no languidezcan por cansancio, olvido, dispersión, tentaciones, etc., referido más concretamente a la madurez de una persona adulta, de su capacidad para preservar ante las dificultades, la firmeza de no caer en el derrotismo antes de tiempo, el ser capaces de reanimarnos, damos nuevo aliento evocando las razones y las cosas que daban sentido a nuestros planes, revitalizar, limpiar las motivaciones que se han diluido o se han olvidada en el trajín del día a día (a esta operación la podríamos llamar el arte de auto motivarse).
- Búsqueda de nuevos objetivos; buscar nuevas cuando ya se han acabado las anteriores, lo que requiere un comportamiento de exploración, de búsqueda, de correr el riesgo de probar cosas nuevas. La habilidad de edificar nuevas vidas sobre las cenizas de las anteriores marca la diferencia entre la persona que se hunde ante el fracaso, la muerte o la enfermedad, y la que se remonta.

Es importante, sin embargo que para la búsqueda de nuevos objetivos la flexibilidad de la personalidad nos ayuda a “ser de diversas maneras”, aunque a veces la educación, mal entendida, parece que predique más bien el “ser siempre la misma persona”, lo cual produce una rigidez peligrosa, sobre todo en las situaciones excepcionales que estamos contemplando, y las que nuestra sociedad compleja se empeña en proporcionarnos. Intelectualmente también se requiere de nosotros el arte ‘activo’ de buscar nuevas ilusiones, consistente en podemos imaginar acontecimientos agradables, historias posibles, nuevos caminos, nuevos parajes y por ello mismo tener ante los ojos una promesa de goce.

3.2.2.2. DEPRESIÓN Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Haegi, indica que las principales secuelas psico-físicas dejadas por un accidente de tránsito son las siguientes:

- El sufrimiento físico de las víctimas y sus familiares consiste, en su mayoría, en: problemas para dormir, dolores de cabeza, pesadillas angustiantes y problemas generales de salud, asociados al stress y la angustia.
- Muchos de ellos incrementaron el consumo de productos psicotrópicos como tranquilizantes, tabletas para dormir, etc.
- Entre la amplia gama de problemas psicológicos de la mayoría de las víctimas predominan: falta de interés, pérdida de confianza en sí mismo, ataques de ansiedad, depresión, fobias, trastornos alimenticios, ira, resentimiento, sentimientos suicidas. Es impresionante que inclusive, luego de muchos años, un cuarto de las víctimas sufren tanto que se sienten suicidas potenciales.
- Una gran mayoría de las víctimas cree que nunca va a disfrutar su vida como antes, especialmente los familiares de muertos.
- Estas investigaciones han demostrado que la gran mayoría de los familiares y víctimas padecen un considerable y dramático declive de su calidad de vida, sostenido en el tiempo, y que la mitad de ellas padecen también un severo empeoramiento de su estándar de vida.
- Es triste darse cuenta de la profundidad de la angustia de estas personas. Una gran proporción de ellos sufren desórdenes psicológicos que frecuentemente son intensos, duraderos y hasta permanentes y que causan enfermedades somáticas que empeoran la angustia psicológica. Se entiende que estas consecuencias disminuyen y desaparecen con el tiempo. Sin embargo, nuestras investigaciones han demostrado lo contrario. Los trastornos psicológicos van empeorando con el tiempo y requieren de más asistencia.

- Estos problemas son frecuentemente exacerbados por las dificultades que, las víctimas y sus familias, encuentran con el sistema legal y las compañías de seguros (Dr. Haegi, Marcel 1998: 18-19)

3.2.3. DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El acontecimiento traumático ha sido definido por la asociación psiquiátrica americana como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasó el repertorio de las experiencias habituales de la vida como ser un simple duelo, pérdida económica, enfermedad crónica. En este sentido el trauma se vincula directamente con los desastres naturales (terremotos, accidentes, guerras, incendios forestales, accidentes de tránsito, choque de aviones) o con los provocados deliberadamente por el hombre violaciones, torturas, asaltos, maltrato, etc.

El impacto del trauma puede durar desde algunos segundos hasta horas, días o meses puede ocurrir de forma única como en los accidentes de tránsito o reiterativo como en la guerra (Psychiatricassociation.www.psych.org).

3.2.3.1. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN EL DSM-IV

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas, o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés pos-traumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

3.2.3.2 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F43. 1 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

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

- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

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

- (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
- (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

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

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

- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- (6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- (7) Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

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

- (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) Irritabilidad o ataques de ira
- (3) Dificultades para concentrarse
- (4) Hipervigilancia
- (5) Respuestas exageradas de sobresalto (DSM–IV: 428)

3.2.3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Se clasifican en tres categorías:

1. “Reviviscencia” repetitiva del evento, lo cual perturba as actividades diarias. Estas son: Episodios de reviviscencias, en donde el evento parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez; Recuerdos reiterativos y angustiantes de la situación; Sueños repetitivos con la situación; Reacciones físicas a situaciones que le recuerdan el evento traumático.
2. Evasión. Sus principales síntomas son: “Insensibilidad” emocional o sentimiento de que a usted nada le importa; Sentimientos de despreocupación e indiferencia; Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma; Falta de interés en las actividades normales; Menos expresión de estados de ánimo; Aislamiento de las personas, lugares u objetos que hacen recordar el evento; Sensación de un futuro incierto.
3. Excitación. Sus principales características son: Dificultad para concentrarse; Respuesta exagerada a las cosas que causan sobresalto; Conciencia excesiva (hipervigilancia); Irritabilidad o ataques de ira; Dificultad para dormir.

3.2.3.4. ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El Trastorno de Estrés Postraumático se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes de tránsito, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores pre disponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso,

pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés postraumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse e incluso evitarse las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol pueden ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede despejar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos un trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente y de la personalidad. (Dra. Ginette Campos y otros 2008: 33)

En el presente capítulo se exponen el área de la psicología en la cual se enmarca la presente investigación, así como también los métodos y enfoque utilizados para su realización. De la misma manera se muestra la población y muestra con la cual se ha trabajado así como las características de selección y el tipo de muestreo utilizado para la obtención de la muestra.

Por último se dan a conocer los métodos técnicas e instrumentos que se han utilizado así como las etapas del procedimiento que se han seguido para la realización de este trabajo de investigación.

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se enmarca dentro del *Área Clínica*, puesto que trataremos temas que atañen a esta área, como ser las consecuencias psicológicas de los accidentes de tránsito, en los cuales se tomarán aspectos como: ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Los métodos a utilizarse en la investigación son:

- a) ***Exploratorio***, puesto que no se realizó ninguna investigación respecto a esta temática.
- b) ***Diagnóstico***, ya que se recolectaron datos de las personas víctimas de accidente de tránsito, se aplicó una batería de cuestionarios, escalas, test e inventarios y en base a los resultados obtenidos se efectuará un posterior diagnóstico de las consecuencias psicológicas que puedan presentarse.
- c) ***Descriptivo*** porque nos permitió conocer las principales consecuencias psicológicas de los pacientes que sufrieron un accidente de tránsito traumático mediante la aplicación de la batería de test.

Para el tratamiento de los datos se utilizara el enfoque *Cualitativo*, porque los resultados que se obtuvo de los instrumentos utilizados son netamente numéricos busca describir y explicar las características externas generales centrándose en aspectos susceptibles a medición. *Cuantitativo* porque su categoría principal es descubrir el sentido y significado de las acciones lo cual nos facilitara la elaboración del análisis tomando en cuenta la teoría en que estará basada en los objetivos específicos de la investigación así mismo la interpretación de los resultados.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. POBLACIÓN

La población objeto de estudio en el presente trabajo de investigación está constituido solo por pacientes de 20 a 40 años de edad que se encontraron internados en el Hospital Universitario “San Juan de Dios” a consecuencia de un accidente de tránsito traumático. Según dato estadístico de la anterior gestión (2009) muestran que el número de ingreso es de 494 pacientes que sufrieron un accidente de tránsito.

4.2.2. MUESTRA

La muestra está conformada por 80 pacientes que sufrieron un accidente de tránsito traumático en los que se aplico los instrumentos ya mencionados en su totalidad. Según la estadística este número representa el 16,2 % de la población total, lo que se considera significativamente representativo, quienes se encuentran en el rango de edad de 20 a 40 años, y que por lo menos estuvieron internados una semana en el Hospital Universitario “San Juan de Dios” de la ciudad de Tarija.

Tomando en cuenta las peculiaridades de la investigación, el tipo de muestreo fue intencional, es decir, que se eligió *“a cada unidad según características que para el investigador resulten de relevancia* es decir que el investigador sólo tomó en cuenta para la investigación aquellas personas que cumplían cada una de las características

de selección, las cuales son las necesarias para poder ser tomado en cuenta como elemento de la muestra. (Sabino 1992: 101)

CUADRO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

| sexo Diagnóstico | Femenino | | Masculino | | Total | |
|-----------------------------|-----------------|------------|------------------|------------|--------------|------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Fractura de la Clavícula | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| Fractura de piernas | 2 | 13 | 5 | 8 | 7 | 9 |
| Fracturas Múltiples | 1 | 6 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| Lesión en Vertebrae | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Politraumatismo | 7 | 43 | 18 | 28 | 25 | 31 |
| TEC | 5 | 31 | 26 | 41 | 31 | 39 |
| Traumatismos No específicos | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| Trauma Facial | 1 | 6 | 7 | 11 | 8 | 10 |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

Cuadro N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR INGRESO AL HOSPITAL
UNIVERSITARIO “SAN JUAN DE DIOS”

| diagnostico | Abril | Mayo | Total |
|-----------------------------|--------------|-------------|--------------|
| | F | F | F |
| Fractura de la Clavícula | 1 | 0 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 1 | 1 | 2 |
| Fractura de piernas | 3 | 4 | 7 |
| Fracturas Múltiples | 3 | 0 | 3 |
| Lesión en Vertebrae | 1 | 0 | 1 |
| Politraumatismo | 16 | 9 | 25 |
| TEC | 19 | 12 | 31 |
| Traumatismos No específicos | 2 | 0 | 2 |
| Trauma Facial | 5 | 3 | 8 |
| Total | 51 | 29 | 80 |

Fuente y Elaboración: Propia

4.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

En lo que refiere a la selección de técnicas las mismas están de acuerdo a los objetivos planteados. De acuerdo al tipo de investigación y estrategia cualitativa planteada las técnicas a utilizados serán los siguientes:

- **Cuestionario para valorar la Ansiedad** (de Enrique Rojas).- El Cuestionario de Ansiedad de Rojas es un instrumento que se ha diseñado como fin último el de medir el nivel de ansiedad en sujetos de 12 años en adelante. Consta de 100 preguntas divididos en 5 áreas como ser síntomas: físicos, psíquicos, intelectuales, conductuales y asertivos. De la aplicación, se le entrega al sujeto un cuadernillo con las preguntas respectivas y una hoja de respuestas donde el sujeto tiene que elegir entre las opciones de Si y No, en caso de elegir sí, en ese mismo ítem tiene que elegir la intensidad del síntoma presentado que se valora de 1 a 4 (donde 1 es ligero, 2 mediana intensidad, 3 intenso y 4 muy intenso); en cambio si responde a no se pasa al siguiente ítem. El cuestionario tarda aproximadamente entre 30 a 45 min. Lo que ayuda a dar respuesta al primer objetivo de investigación.
- **Inventario de Depresión de Beck.**- Es un instrumento psicológico que mide el nivel de depresión de la persona, que consta de 21 sub escalas a las cuales hay que responder con un 0, 1, 2 ó 3. De la aplicación el BDI-II casi no presenta dificultades en su administración y es fácil de utilizar. El lugar donde se administra el test debe estar bien iluminado para permitir la lectura, y además debe ser un entorno lo suficientemente tranquilo a fin de facilitar una concentración adecuada. En general, para completar el BDI-II se requieren entre 5 y 10 minutos. Lo que nos dará como resultado el nivel de depresión lo que da respuesta al segundo objetivo.
- **Cuestionario de Estrés Postraumático.**- La Escala de Trauma de Davidson fue diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del trastorno por

estrés postraumático en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV (criterio B ítems 1-4 y 17, criterio C ítems 5-11 y criterio D ítems 12-16). Consta de 17 ítems, los referentes a intrusión y evitación hacen referencia al acompañamiento estresante, mientras que los de embotamiento aislamiento e hiperactivación sólo valoran la presencia o ausencia de los mismos. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: una de frecuencia y otra de gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta también cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior.

Se pueden obtener tres resultados distintos: la puntuación total que corresponde a la suma de todos los ítems y la puntuación de las escalas de frecuencia y gravedad que corresponden a la suma de las respuestas de cada subescala. Instrumento que nos servirá para poder dar respuesta al tercer objetivo planteado en esta investigación.

4.4. PROCEDIMIENTO

- **Primera Fase:** Esta Fase consistió en la búsqueda bibliográfica para la realización del presente trabajo de investigación.
- **Segunda Fase:** Se ha seleccionado los instrumentos que fueron aplicados de acorde a los objetivos planteados.
- **Tercera Fase.-** Se procedió a la selección de la muestra, la que se realizó en el Hospital San Juan de Dios, y que fueron internados en el mismo en los meses desde marzo a mayo del 2010.

- **Cuarta Fase.-** (Aplicación de instrumentos) En esta fase se procedió a la administración de las diferentes escalas, cuestionarios, inventarios y test psicológicos seleccionados para la presente investigación.
- **Quinta Fase:** (Tabulación de datos) Se procederá la sistematización de todos los datos obtenidos mediante las diferentes pruebas psicológicas, tomando en cuenta sus respectivas escalas y/o baremos de los test, escalas, inventarios y cuestionarios utilizados.
- **Sexta Fase:** (Análisis e interpretación de los datos) Los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos son interpretados y analizados según sus escalas.
- **Séptima Fase:** En esta fase se procedió a la elaboración de las conclusiones y recomendaciones a las cuales se ha llegado con el trabajo de investigación.
- **Octava Fase:** En esta se redactó el informe final.

5.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos psicológicos, los cuales fueron utilizados para poder indagar las consecuencias psicológicas que derivan por el sufrimiento de un accidente de tránsito.

Los resultados serán presentados en el mismo orden que se muestran en los objetivos específicos para poder confirmar o rechazar las hipótesis que se ponen a consideración en el trabajo de investigación.

Los cuadros se encuentran elaborados de manera que se pueda encontrar si existe diferencias entre las distintas categorías de ansiedad también se hicieron cuadros que están diferenciados por el sexo, para mostrar si existen similitudes o diferencias en cuanto a los tipos lesión que producen los accidentes de tránsito.

5.1.1. OBJETIVO ESPECÍFICO N° 1. *Determinar el nivel de ansiedad de las personas que sufrieron un accidente de tránsito.*

Para dar cumplimiento a este objetivo se realizó la aplicación del Cuestionario para Valorar la Ansiedad de Rojas, el cual permitió poder determinar el nivel de ansiedad que presentan aquellas personas que han sufrido un accidente de tránsito.

Para el análisis de este objetivo se realizaron cuadros de frecuencia donde se analiza los diferentes niveles de ansiedad, por otro lado también se realizara comparaciones, tomando en cuenta el tipo de lesión con el fin de indagar si hay lesiones o traumas que provocan mas ansiedad, también se realizará el análisis tomando en cuenta el sexos para ver si existen alguna variación.

Cuadro N° 3
ANSIEDAD FÍSICA POR SEXO

| SEXO VARIABLE | Femenino | | Masculino | | Total | |
|----------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Ansiedad Normal | 0 | 0% | 7 | 11% | 7 | 9% |
| Ansiedad Ligera | 0 | 0% | 4 | 6% | 4 | 5% |
| Ansiedad Moderada | 8 | 50% | 17 | 27% | 25 | 31% |
| Ansiedad Grave | 6 | 38% | 17 | 27% | 23 | 29% |
| Ansiedad Muy Grave | 2 | 13% | 19 | 30% | 21 | 26% |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

Como se puede observar en el Cuadro N° 3 el porcentaje más elevado corresponde al nivel de ansiedad moderada con un 31% del total de la muestra, en la cual señala que las personas manifiestan síntomas significativos característicos de la ansiedad.

Tomando en cuenta la diferente sintomatología nos hace suponer que, los accidentes de tránsito predispone la aparición de la ansiedad, el hecho de ser tan impredecible y causar lesiones físicas que dejan al sujeto inhabilitado por largos periodos de tiempo o el no saber si después del accidente quedara con una discapacidad que podría ser permanente o transitoria.

Otro dato importante con el 29% de la muestra total de las víctimas de accidente de tránsito se encuentran dentro de un diagnostico de ansiedad grave esto puede deberse a que los sujetos al estar muchos días en el hospital inhabilitados con múltiples lesiones de gravedad sin poderse moverse lejos de su familia hace que haya factores que predispongan la. Aparición de niveles de ansiedad física, ya que

como lo muestra en Cuadro N° 3, el porcentaje más elevado dentro de la categoría masculino se encuentre en el nivel de ansiedad muy grave con un 30%, aunque se observa que en los demás porcentajes no hay mucha diferencia. El nivel más elevado se da en la categoría de mujeres se encuentra en el nivel de ansiedad moderada con un 50%, esto en relación a los varones presentan niveles más elevados de ansiedad que las mujeres.

Cuadro N°4
ANSIEDAD FÍSICA POR TIPO DE LESIÓN

| Variable | Ansiedad Normal | | Ansiedad Ligera | | Ansiedad Moderada | | Ansiedad Grave | | Ansiedad Muy Grave | | Total | |
|-----------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-------------------|------------|----------------|------------|--------------------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| | Lesión | | | | | | | | | | | |
| Fractura de la Clavícula | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 5 | 2 | 3 |
| Fractura de piernas | 1 | 14 | 1 | 25 | 4 | 16 | 1 | 4 | 0 | 0 | 7 | 9 |
| Fracturas Múltiples | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 1 | 5 | 3 | 4 |
| Lesión en Vertebrae | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Politraumatismo | 1 | 14 | 1 | 25 | 9 | 36 | 10 | 43 | 4 | 19 | 25 | 31 |
| TEC | 5 | 71 | 2 | 50 | 11 | 44 | 4 | 17 | 9 | 43 | 31 | 39 |
| Traumatismos No específicos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | | 2 | 3 |
| Trauma Facial | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 6 | 29 | 8 | 10 |
| Total | 7 | 100 | 4 | 100 | 25 | 100 | 23 | 100 | 21 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

En cuanto a los niveles de ansiedad física por tipo de lesión se puede ver que el tipo lesión que induce a manifestarse los diferentes grados de ansiedad en mayor porcentaje es el trauma encéfalo craneano donde podemos decir que el 50% de los pacientes padecen síntomas de de ansiedad ligera, seguido con un 44% de los pacientes que manifiestan síntomas de ansiedad moderada y con una mínima diferencia manifiestan niveles de ansiedad muy grave con un 43%. seguido por el politraumatismo que es otra lesión que genera ansiedad manifestándose en un 43% de los pacientes que presentan síntomas de ansiedad muy grave.

De manera general de acuerdo a los resultados observados en el Cuadro N°4 se puede indicar que aquellos pacientes que han padecido de un TEC por algún accidente de tránsito del total de muestra un 39 % de los pacientes presentan mayores niveles de ansiedad.

Cuadro N° 5
ANSIEDAD PSÍQUICA POR SEXO

| Variable | Sexo Femenino | | Sexo Masculino | | Total | |
|--------------------|---------------|------------|----------------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Ansiedad Normal | 0 | 0 | 10 | 16 | 10 | 13 |
| Ansiedad Ligera | 2 | 13 | 6 | 9 | 8 | 10 |
| Ansiedad Moderada | 4 | 25 | 22 | 34 | 26 | 33 |
| Ansiedad Grave | 6 | 38 | 15 | 23 | 21 | 26 |
| Ansiedad Muy Grave | 4 | 25 | 11 | 17 | 15 | 19 |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

En cuanto al nivel de ansiedad psíquica por sexo, se puede observar que las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad entre los síntomas más comunes están las

fobias a subirse a un vehículo temores difusos relación a los varones, podemos decir que un 38 % de las mujeres padecieron ansiedad grave a diferencia de los varones que presentaron ansiedad moderada en un porcentaje mas bajo con un 34 %

Cuadro N°6
ANSIEDAD PSÍQUICA POR TIPO DE LESIÓN

| Variable Lesión | Ansiedad Normal | | Ansiedad Ligera | | Ansiedad Moderada | | Ansiedad Grave | | Ansiedad Muy Grave | | Total | |
|-----------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-------------------|------------|----------------|------------|--------------------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Fractura de la Clavícula | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 10 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Fractura de piernas | 1 | 10 | 3 | 38 | 2 | 8 | 1 | 5 | 0 | 0 | 7 | 9 |
| Fracturas Múltiples | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 2 | 13 | 3 | 4 |
| Lesión en Vertebrae | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Politraumatismo | 4 | 40 | 2 | 25 | 7 | 27 | 9 | 43 | 3 | 20 | 25 | 31 |
| TEC | 5 | 50 | 2 | 25 | 13 | 50 | 6 | 29 | 5 | 33 | 31 | 39 |
| Traumatismos No específicos | 0 | 0 | 1 | 13 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Trauma Facial | 0 | | 0 | | 0 | | 3 | 14 | 5 | 33 | 8 | 10 |
| Total | 10 | 100 | 8 | 100 | 26 | 100 | 21 | 100 | 15 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

Como se puede observar en el cuadro N° 6, aquellas personas que han padecido un trauma encéfalo craneano (TEC) en el accidente de tránsito que son quienes presentan un 39% del total de la muestra es tipo de lesión probablemente pueda desencadenar

diversos niveles de ansiedad psíquica y están más propensos a poder tener este tipo de ansiedad, ya que el traumatismo encéfalo craneal es uno de los más peligrosos, pues a raíz de un golpe la persona pueda perder la conciencia, y en ciertas circunstancias hasta la memoria. Por otro lado, es el hecho de tener que sentir toda la cabeza vendada y con hematomas lo que hace que esta persona se preocupe más, pues pensará que ha tenido demasiada suerte de que no le haya sucedido algo peor.

Cuadro N° 7
ANSIEDAD CONDUCTUAL POR SEXO

| Variable | Sexo Femenino | | Sexo Masculino | | Total | |
|--------------------|---------------|------------|----------------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Ansiedad Normal | 0 | 0 | 10 | 16 | 10 | 13 |
| Ansiedad Ligera | 3 | 19 | 4 | 6 | 7 | 9 |
| Ansiedad Moderada | 9 | 56 | 27 | 42 | 36 | 45 |
| Ansiedad Grave | 4 | 25 | 19 | 30 | 23 | 29 |
| Ansiedad Muy Grave | 0 | 0 | 4 | 6 | 4 | 5 |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

De acuerdo al cuadro N° 7 en cuanto a las diferencias entre sexos se puede evidenciar que tanto hombres como mujeres presentaron síntomas conductuales moderados de ansiedad, en mujeres con un 56% y en varones con un 42% observándose una notable diferencia.

De manera general podemos decir que tanto hombres como mujeres un 45 % del total de la muestra se encuentra con un diagnóstico de ansiedad moderada. Esto nos indica que las víctimas de accidentes de tránsito tienden a sufrir niveles de ansiedad conductual, el hecho de no poder moverse, tener un futuro incierto, estar lejos de la

familia etc. Puede predisponer a conductas que se manifiestan en el paciente como ansiedad, irritabilidad y un desgano notable en la mayoría de ellos.

Cuadro N° 8
ANSIEDAD CONDUCTUAL POR TIPO DE LESIÓN

| Variable | Ansiedad Normal | | Ansiedad Ligera | | Ansiedad Moderada | | Ansiedad Grave | | Ansiedad Muy Grave | | Total | |
|---------------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-------------------|------------|----------------|------------|--------------------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Lesión Fractura de la Clavícula | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Fractura de piernas | 1 | 10 | 3 | 43 | 2 | 6 | 0 | 0 | 1 | 25 | 7 | 9 |
| Fracturas Múltiples | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 9 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Lesión en Vertebrae | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Politraumatismo | 3 | 30 | 1 | 14 | 9 | 25 | 11 | 48 | 1 | 25 | 25 | 31 |
| TEC | 5 | 50 | 3 | 43 | 15 | 42 | 7 | 30 | 1 | 25 | 31 | 39 |
| Traumatismos No específicos | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Trauma Facial | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 17 | 1 | 4 | 1 | 25 | 8 | 10 |
| Total | 10 | 100 | 7 | 100 | 36 | 100 | 23 | 100 | 4 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

Al observar el Cuadro N° 8 podemos mencionar que al igual que los anteriores cuadros podemos decir que el tipo de lesión que produce mayor ansiedad conductual

en los pacientes que han sufrido un accidente de tránsito es el TEC seguido del politraumatismo, de acuerdo a la aplicación del cuestionario de ansiedad en su categoría conductual indica que un 48 % de los pacientes presentan diagnóstico de ansiedad grave y con un porcentaje menor de 43 % con un diagnóstico de ansiedad ligera, en general podemos decir que aquellos pacientes que han sufrido Trauma Encéfalo Craneano el 39% padecen un nivel de ansiedad conductual.

Cuadro N° 9
ANSIEDAD INTELECTUAL POR SEXO

| Variable | Sexo | | Femenino | | Masculino | | Total | |
|--------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|---|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Ansiedad Normal | 0 | 0 | 12 | 19 | 12 | 15 | | |
| Ansiedad Ligera | 2 | 13 | 12 | 19 | 14 | 18 | | |
| Ansiedad Moderada | 8 | 50 | 15 | 23 | 23 | 29 | | |
| Ansiedad Grave | 4 | 25 | 19 | 30 | 23 | 29 | | |
| Ansiedad Muy Grave | 2 | 13 | 6 | 9 | 8 | 10 | | |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 | | |

Fuente y Elaboración: Propia

De acuerdo a la aplicación del cuestionario en el área de ansiedad intelectual podemos decir que el 50 % de las mujeres padecen síntomas de ansiedad moderada a diferencia de los varones con un porcentaje menor pero relevante con el 30% con un diagnóstico de ansiedad grave, en general podemos decir que un 29% padece tanto niveles de ansiedad moderada como grave.

Cuadro N° 10

ANSIEDAD INTELECTUAL POR TIPO DE LESIÓN

| Variable Lesión | Ansiedad Normal | | Ansiedad Ligera | | Ansiedad Moderada | | Ansiedad Grave | | Ansiedad Muy Grave | | Total | |
|-----------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-------------------|------------|----------------|------------|--------------------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Fractura de la Clavícula | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Fractura de piernas | 2 | 17 | 3 | 21 | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 9 |
| Fracturas Múltiples | 0 | 0 | 1 | 7 | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Lesión en Vertebrae | 0 | 0 | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Politraumatismo | 4 | 33 | 2 | 14 | 9 | 39 | 8 | 35 | 2 | 25 | 25 | 31 |
| TEC | 4 | 33 | 7 | 50 | 11 | 48 | 6 | 26 | 3 | 38 | 31 | 39 |
| Traumatismos No específicos | 2 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Trauma Facial | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 22 | 3 | 38 | 8 | 10 |
| Total | 12 | 100 | 14 | 100 | 23 | 100 | 23 | 100 | 8 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

El cuadro N° 10 demuestra que los pacientes que han sufrido trauma encéfalo craneano se encuentran con un diagnóstico de ansiedad ligera con un 50 % seguido con el 48% con un diagnóstico de ansiedad moderada, en un menor porcentaje pero significativo con el diagnóstico de ansiedad grave con un 38% tanto en TEC como en trauma facial. En global se puede decir que las lesiones producidas por un accidente de tránsito las que producen mayor ansiedad intelectual TEC y el politraumatismo.

El TEC es una patología frecuente en la población en general con una alta morbilidad y puede determinar importantes secuelas entre las que destacan los déficits cognitivos (como alteraciones en la concentración y de memoria) en algunos casos que puede llegar a la demencia post TEC. Este tipo de secuelas genera

incapacidad laboral, cognitivas o psíquicas con importantes alteraciones conductuales lo que puede predisponer algún tipo de ansiedad en los pacientes.

Cuadro N° 11
ANSIEDAD ASERTIVA POR SEXO

| Variable | Femenino | | Masculino | | Total | |
|--------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | F | F % | F% | % | F | F % |
| Ansiedad Normal | 14 | 88 | 46 | 72 | 60 | 75 |
| Ansiedad Ligera | 1 | 6 | 11 | 17 | 12 | 15 |
| Ansiedad Moderada | 1 | 6 | 7 | 11 | 8 | 10 |
| Ansiedad Grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ansiedad Muy Grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

Al observar el Cuadro N° 11 podemos decir que de acuerdo al diagnóstico que los niveles de ansiedad asertiva en la mayoría de los pacientes en ambos sexos no se observa trastornos de las habilidades sociales, ya que este aspecto está relacionado con la personalidad.

Cuadro N° 12
ANSIEDAD ASERTIVA POR TIPO DE LESIÓN

| Variable Lesión | Ansiedad Normal | | Ansiedad Ligera | | Ansiedad Moderada | | Ansiedad Grave | | Ansiedad Muy Grave | | Total | |
|-----------------------------|--------------------------|------------|-----------------|------------|-------------------|------------|----------------|----------|--------------------|----------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| | Fractura de la Clavícula | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 1 | 8 | 1 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Fractura de piernas | 6 | 10 | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 9 |
| Fracturas Múltiples | 2 | 3 | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Lesión en Vertebras | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Politraumatismo | 18 | 30 | 4 | 33 | 3 | 38 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 31 |
| TEC | 26 | 43 | 3 | 25 | 2 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 31 | 39 |
| Traumatismos No específicos | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Trauma Facial | 4 | 7 | 2 | 17 | 2 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 10 |
| Total | 60 | 100 | 12 | 100 | 8 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

De acuerdo al cuadro N° 12 se puede observar que el porcentaje más significativo en cuanto al nivel de ansiedad asertiva por tipo de lesión se manifiesta con un 38% en un nivel de ansiedad moderada y con un 33% que corresponde a un nivel de ansiedad ligera que corresponde al politraumatismo y un porcentaje menor que

corresponde al trauma facial con un 25%. En general se puede decir que la lesión que produce más niveles de ansiedad asertiva es el causado por un TEC.

Cuadro N° 13
NIVEL DE ANSIEDAD POR SEXO

| Variable | Sexo | | Femenino | | Masculino | | Total | |
|--------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|---|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Ansiedad Normal | 1 | 6 | 10 | 16 | 11 | 14 | | |
| Ansiedad Ligera | 0 | 0 | 4 | 6 | 4 | 5 | | |
| Ansiedad Moderada | 14 | 88 | 36 | 56 | 50 | 63 | | |
| Ansiedad Grave | 1 | 6 | 14 | 22 | 15 | 19 | | |
| Ansiedad Muy Grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 | | |

Fuente y Elaboración: Propia

Rojas define la ansiedad como: *“una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada”*. Al observar el Cuadro N° 13 se puede evidenciar que las respuestas vivenciales, fisiológicas conductuales y asertivas por parte de aquellas personas que han sufrido un accidentes de tránsito de acuerdo al cuestionario aplicado muestra que el 63% de los pacientes sufren una ansiedad moderada y un porcentaje menor de ansiedad grave con el 19%. Estos datos se corroboran con lo que dice Stéfano quien menciona que *“los Trastornos de Ansiedad se presentan frecuentemente como secuela en las víctimas de accidentes de tránsito y constituyen el denominado “daño psíquico” en tanto determinan una incapacidad sobreviniente que puede ser, según el caso particular, permanente o transitoria”*.

Cuadro N° 14
ANSIEDAD POR TIPO DE LESIÓN

| Variable | Ansiedad Normal | | Ansiedad Ligera | | Ansiedad Moderada | | Ansiedad Grave | | Ansiedad Muy Grave | | Total | |
|-----------------------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-------------------|------------|----------------|------------|--------------------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Lesión | | | | | | | | | | | | |
| Fractura de la Clavícula | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 7 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Fractura de piernas | 2 | 18 | 2 | 50 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 9 |
| Fracturas Múltiples | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 1 | 7 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Lesión en Vertebrae | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Politraumatismo | 4 | 36 | 0 | 0 | 17 | 34 | 4 | 27 | 0 | 0 | 25 | 31 |
| TEC | 5 | 45 | 0 | 0 | 21 | 42 | 5 | 33 | 0 | 0 | 31 | 39 |
| Traumatismos No específicos | 0 | 0 | 2 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Trauma Facial | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 8 | 4 | 27 | 0 | 0 | 8 | 10 |
| Total | 11 | 100 | 4 | 100 | 50 | 100 | 15 | 100 | 0 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

Por otro lado las lesiones que producen mayores niveles de ansiedad son el TEC con un 42% seguido del politraumatismo con un 34% en un nivel de ansiedad moderada. De acuerdo a los anteriores cuadros expuestos se puede indicar que las personas que sufren una lesión por accidente de tránsito predispone la aparición de algún nivel de

ansiedad esto se puede incrementar de acuerdo a la gravedad de lesión en especial por TEC y politraumatismo según lo expuesto.

5.1.2. ANÁLISIS DE LA PRIMERA HIPOTESIS

De acuerdo a los datos recabados mediante el Cuestionario de Ansiedad de Rojas, aplicado para indagar el nivel de ansiedad que presentan las personas que han sufrido una lesión traumática por un accidente de tránsito, se ha llegado a la conclusión de manera general que se confirma la hipótesis de trabajo de acuerdo a lo anteriormente expuesto.

La ansiedad es una de las consecuencias psicológicas posteriores en personas que sufrieron un accidente de tránsito traumático.

5.1.3. OBJETIVO ESPECÍFICO N° 2. Determinar el nivel de depresión las personas que sufrieron un accidente de tránsito internados en el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.

Para este objetivo se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el cual permitió identificar los distintos niveles de depresión según su escala

Cada cuadro se presenta el nivel de depresión por sexo, para poder establecer alguna diferencia entre hombres y mujeres, en cuanto a los niveles de depresión por tipo de lesión se determinara si existen lesiones físicas que puedan predisponer la aparición de depresión severa.

Cuadro N° 15
NIVEL DE DEPRESIÓN SEXO

| Variable | Femenino | | Masculino | | Total | |
|--------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | F | f% | F | f% | F | f% |
| Mínimo | 0 | 0 | 8 | 13 | 8 | 10 |
| Leve | 1 | 6 | 6 | 9 | 7 | 9 |
| Moderado | 9 | 56 | 17 | 27 | 26 | 33 |
| Severo | 6 | 38 | 33 | 52 | 39 | 49 |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

En el cuadro N° 15 se observa que el nivel de depresión de acuerdo al sexo ase referencia que el 56% de las mujeres padecen niveles de depresión moderado seguido de los hombres con un 52 % que padecen niveles de depresión severa.

Un factor muy importante que se debe mencionar para que probablemente exista un nivel de depresión severo en las víctimas de accidente de tránsito es el impacto que se produce por choques, vuelcos y embarrancamientos que deja heridos muertos etc. También debemos mencionar que los accidentes de tránsito provocan traumas físicos graves dejando al sujeto inhabilitado, inmóvil, mutilado de algún miembro, que puede predisponer en un estado de tristeza, sentimientos de desesperanza, pesimismo tendencia o ideas suicida, etc.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede corroborar lo expresado por el Dr. Haegi que indica que: *“las principales secuelas psico-físicas dejadas por un accidente de tránsito son: el sufrimiento físico de las víctimas que consiste en problemas para dormir, dolores de cabeza, pesadillas angustiantes y problemas*

generales de salud, asociados al stress, angustia y depresión. Entre la amplia gama de problemas psicológicos de la mayoría de las víctimas predominan: falta de interés, pérdida de confianza en sí mismo, ataques de ansiedad, depresión, fobias, trastornos alimenticios, ira, resentimiento, sentimientos suicidas. Es impresionante que inclusive, luego de muchos años, un cuarto de las víctimas sufren tanto que se sienten suicidas potenciales”.

Cuadro N° 16
NIVEL DE DEPRESIÓN POR TIPO DE LESIÓN

| Lesión | Mínimo | | Leve | | Moderado | | Severo | | Total | |
|-----------------------------|----------|------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Fractura de la Clavícula | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 2 | 3 |
| Fractura de piernas | 1 | 13 | 3 | 43 | 3 | 12 | 0 | 0 | 7 | 9 |
| Fracturas Múltiples | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 8 | 3 | 4 |
| Lesión en Vertebras | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| Politraumatismo | 3 | 38 | 0 | 0 | 12 | 46 | 10 | 26 | 25 | 31 |
| TEC | 4 | 50 | 4 | 57 | 9 | 35 | 14 | 36 | 31 | 39 |
| Traumatismos No específicos | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 3 |
| Trauma Facial | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 21 | 8 | 10 |
| Total | 8 | 100 | 7 | 100 | 26 | 100 | 39 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

Se puede observar en el Cuadro N° 16 que los pacientes que sufren lesiones traumáticas a consecuencia de un accidente de tránsito las lesiones que producen

mayor niveles de depresión son: el politraumatismo con un porcentaje de 46% que se encuentra en un nivel de depresión moderado, seguido del TEC con 36% en un nivel de depresión severo, de manera general se puede decir que un 39% padece algún nivel de depresión.

5.1.3.1. ANÁLISIS DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se ha llegado a la conclusión de que las personas que han padecido un accidente de tránsito y como consecuencia de las lesiones traumáticas llegan a sufrir algún nivel de depresión en especial severa.

De acuerdo a los resultados expuestos, se puede señalar que las lesiones causadas por accidente de tránsito conllevan al sujeto a sufrir niveles de depresión muy acentuados.

La Depresión es una de las consecuencias psicológicas que presentan las personas después de un accidente de tránsito.

5.1.4. OBJETIVO ESPECÍFICO N° 3. Evaluar el estrés postraumático de las personas que sufrieron accidentes y estén internados en el Hospital Regional San Juan de Dios

Para este objetivo se ha aplicado a la muestra objeto de estudio el Cuestionario de Estrés Postraumático, el cual ayudó a precisar si las personas que han padecido accidentes de tránsito presentan estrés postraumático.

El análisis que se realizara en este aspecto se tomara en cuenta el sexo y el tipo de lesión que predispone a la aparición de diferentes síntomas que determinan la gravedad y la frecuencia del estrés post traumático.

Cuadro N° 17
GRAVEDAD DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR SEXO

| Variable | Sexo | | Femenino | | Masculino | | Total | |
|---------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-------|---|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Sin Estrés Pos Traumático | 3 | 19 | 23 | 36 | 26 | 33 | | |
| Con Estrés pos Traumático | 13 | 81 | 41 | 64 | 54 | 68 | | |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 | | |

Fuente y Elaboración: Propia

El cuadro N°17 refleja de acuerdo al sexo que las mujeres tienden a padecer mayor número de estrés post traumático que a diferencia de los varones, en general el 68% padecen estrés post traumático.

El acontecimiento traumático ha sido definido por la Asociación Psiquiátrica Americana como aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasó el repertorio de las experiencias habituales de la vida como ser un simple duelo o que, como en este caso por causa de accidentes de tránsito

Dra. Ginette Campos y colaboradores señala que el Trastorno de Estrés Postraumático se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo.

De acuerdo a los resultados que se muestran en el cuadro N° 17, se puede observar que las personas que se encuentran con estrés postraumático después del accidente

cuenta con un porcentaje de manera general de un 68%, o sea que para estas personas las secuelas psíquicas producidas por los accidentes son graves, es decir, los síntomas son tan graves que les pueden dificultar su diario vivir y sus relaciones interpersonales. Dentro de los síntomas más característicos se tienen: episodios reiterados de volver a reexperimentar el trauma en forma de reviviscencias o sueños, pesadillas que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma, es decir, que suelen tener recuerdos vívidos de lo sucedido en su accidente de tránsito, a tal punto que pueden llegar a experimentar el mismo dolor y desorientación vividos en el accidente de tránsito. Temen e incluso evitan situaciones que recuerdan o sugieran accidentes de tránsito. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio, es decir que son personas que se encuentran expectantes y con temor a volver a padecer esta experiencia o que tienen sueños en donde vuelven a tener el mismo accidente. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. Lo que caracteriza a estos síntomas es que se presentan con tanta intensidad que la persona que los padece se ve incapacitada para poder llevar a cabo sus actividades cotidianas y que en muchas de las veces está forzado a interrumpirlas hasta que pase el suceso, lo que repercutiría en su vida cotidiana de manera negativa, y en sus relaciones interpersonales y trabajo.

Cuadro N° 18

GRAVEDAD DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR TIPO DE LESIÓN

| Lesión | Variable | | Sin Estrés | | Con Estrés | | Total | |
|-----------------------------|----------------|------------|----------------|------------|------------|------------|-------|--|
| | Pos Traumático | | pos Traumático | | | | | |
| | F | % | F | % | F | % | | |
| Fractura de la Clavícula | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | | |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 3 | | |
| Fractura de piernas | 6 | 23 | 1 | 2 | 7 | 9 | | |
| Fracturas Múltiples | 0 | 0 | 3 | 6 | 3 | 4 | | |
| Lesión en Vertebras | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | | |
| Politraumatismo | 9 | 35 | 16 | 30 | 25 | 31 | | |
| TEC | 10 | 38 | 21 | 39 | 31 | 39 | | |
| Traumatismos No específicos | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 3 | | |
| Trauma Facial | 0 | 0 | 8 | 15 | 8 | 10 | | |
| Total | 26 | 100 | 54 | 100 | 80 | 100 | | |

Fuente y Elaboración: Propia

En el Cuadro N° 18 podemos mencionar que las lesiones causadas a consecuencia de un accidente de tránsito que generan mayor gravedad en el estrés post traumático son el TEC con un 39% seguido del politraumatismo con un 31% al igual que en los anteriores cuadros ya expuestos.

Cuadro N° 19

FRECUENCIA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR SEXO

| Variable | Sexo Femenino | | Sexo Masculino | | Total | |
|---------------------------|----------------------|------------|-----------------------|------------|--------------|------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Sin Estrés Pos Traumático | 2 | 13 | 23 | 36 | 25 | 31 |
| Con Estrés pos Traumático | 14 | 88 | 41 | 64 | 55 | 69 |
| Total | 16 | 100 | 64 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

Como se puede observar un 69% de los pacientes que han sufrido un accidente de tránsito padecen estrés post traumático.

Según estudios realizados mencionan que las personas que han padecido accidente de tránsito, recurrentemente piensan en las diferentes situaciones o resultados que pudiera haber tenido el mismo, dependiendo de la gravedad, pueden despertar en la víctima la sensación de mortalidad, de que en cualquier momento pueden fallecer por cualquier motivo, presentan frecuentemente la reviviscencia del hecho, pues a la persona le viene el recuerdo recurrente del accidente de tránsito, perturbando sus actividades diarias. Estos son: Episodios de reviviscencias, en donde el evento parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez; Recuerdos reiterativos y angustiantes de la situación; Sueños repetitivos con la situación; Reacciones físicas o situaciones que le recuerdan el evento traumático.

La frecuencia del estrés posttraumático se observa en la persona cuando tiene recuerdos de los acontecimientos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en

los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, y les produce malestar. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse), así mismo, malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

En cuanto al sexo, no se han encontrado diferencias significativas, por lo que se infiere que el estrés postraumático afectaría de la misma manera a ambos sexos.

Cuadro N° 20
FRECUENCIA DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO TIPO DE LESIÓN

| Variable | Sin Estrés Pos Traumático | | Con Estrés pos Traumático | | Total | |
|-----------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|-----------|------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Lesión | | | | | | |
| Fractura de la Clavícula | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Fractura de la Pelvis | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| Fractura de piernas | 6 | 24 | 1 | 2 | 7 | 9 |
| Fracturas Múltiples | 0 | 0 | 3 | 5 | 3 | 4 |
| Lesión en Vertebras | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Politraumatismo | 9 | 36 | 16 | 29 | 25 | 31 |
| TEC | 9 | 36 | 22 | 40 | 31 | 39 |
| Traumatismos No específicos | 0 | 0 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| Trauma Facial | 0 | 0 | 8 | 15 | 8 | 10 |
| Total | 25 | 100 | 55 | 100 | 80 | 100 |

Fuente y Elaboración: Propia

En el Cuadro N° 20 podemos observar que los mayores porcentajes se encuentran ubicados en aquellos sujetos que han sufrido TEC, lo que nos hace suponer que las personas que tienen este tipo de lesión tienden a padecer mayores síntomas graves del estrés postraumático. Esto también dependerá de la gravedad de la lesión, pues en muchos de los casos las personas tienen que estar enyesadas, o bien por tiempos largos en recuperación, lo que sería un recordatorio de lo que ha pasado y del por qué está así, lo que le aumentaría la frecuencia del estrés postraumático.

5.1.4.1. ANÁLISIS DE LA TERCERA HIPOTESIS

Para poder responder a la tercera hipótesis de trabajo se ha llevado a cabo la aplicación del Cuestionario de Estrés Postraumático de Davidson, con el cual se han obtenido dos diferentes resultados; el primero hace referencia a la gravedad del estrés postraumático, llegando a la conclusión de que el 68% de las personas han padecido estrés postraumático.

En cuanto a la gravedad del estrés postraumático, ya que las mujeres padecen más de este síntoma; los varones con estrés postraumático llegan al 68% a diferencia de las mujeres quienes muestran un porcentaje más elevado, un 81% de la muestra.

En cuanto a la frecuencia de los síntomas del estrés postraumático se puede observar que en el cuadro N° 19, de manera general el 69% de las personas que han padecido accidente de tránsito indican que los síntomas que presenta el estrés postraumático se manifiesta frecuentemente. Las diferencias que puedan haber en relación a la variable sexo, señalan que las mujeres son las más propensas a padecer frecuentemente episodios de estrés postraumático, ya que como se observa en el cuadro N° 19 sólo el 64% de los varones presentan estos síntomas, en comparación de las mujeres quienes tienen un porcentaje más elevado llegando a un total de 88%.

Por todo lo anteriormente expuesto se puede indicar que el estrés postraumático es una consecuencia psicológica del accidente de tránsito, con lo que se confirma la tercera hipótesis de trabajo que indica: *Las personas que sufrieron un accidente de tránsito traumático tienen un estrés postraumático elevado.*

6.1. CONCLUSIONES

Según el análisis se verifica que los pacientes internados en el Hospital Universitario San Juan de Dios que sufrieron un accidente de tránsito traumático, presentaron consecuencias psicológicas en niveles significativos tanto en ansiedad, depresión como en estrés post traumático.

- En cuanto al *Nivel de Ansiedad* se puede decir de las personas que han sufrido una lesión traumática a consecuencia de un accidente de tránsito se ha llegado a la conclusión de manera general que no se encuentra diferencia significativa entre los varones y mujeres, en cuanto al nivel de ansiedad un gran porcentaje ha puntuado en el nivel de ansiedad moderada. De acuerdo al tipo de lesión lo que producen mayor ansiedad son el TEC y el politraumatismo.
- En cuanto al *Nivel de Depresión* en base a los resultados obtenidos mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se llega a la conclusión, que las personas que han padecido un accidente de tránsito sufren como consecuencia psicológica en un nivel de depresión severa en un porcentaje significativo.
- Por último en cuanto al *Estrés Postraumático*, se puede decir que las personas que han padecido un accidente de tránsito traumático padecen un nivel de estrés post traumático y un gran porcentaje de ellos se encuentran elevados niveles de estrés postraumático.

6.2. RECOMENDACIONES

A partir de la investigación realizada, la investigadora se permite recomendar lo siguiente:

- Que el Hospital San Juan de Dios al ser un centro de atención de tercer nivel al tener gran afluencia de pacientes víctimas de accidente de tránsito debe contar con personal capacitado para brindar atención en las necesidades psicológicas de los pacientes que se encuentran en crisis por el acontecimiento ocurrido, por lo que se pudo observar que se da mayor importancia a la parte física y no así al aspecto psicológico siendo este un aspecto muy importante en la recuperación del paciente para volver a insertarse a la sociedad.
- A la jefatura del área de Cirugía y Traumatología debe brindar mayor atención a los pacientes que sufren un accidente de tránsito ya que manifiestan niveles significativos de ansiedad moderada para coadyuvar en su recuperación para ayudarla a bajar el nivel de angustia causada por el accidente de tránsito.
- Otro aspecto importante es brindar atención psicológica oportuna a las víctimas para salir del estado depresivo que según el estudio la mayoría de los pacientes presenta y se acentúa en un nivel severo.
- Al observar un alto nivel de estrés post traumático en los pacientes que han sufrido un accidente de tránsito se debe llevar a la reflexión a otras instituciones como el SEDES (Servicio Departamental De Salud) donde pueda dotar un equipo de psicólogos para la atención oportuna hacia los pacientes ya que la intervención oportuna es un pilar fundamental en la recuperación del paciente.