

**Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas
Carrera de Psicología**



Trabajo de Diploma

Características de la ansiedad, depresión e ira en jóvenes hospitalizados con Traumatismo Craneoencefálico.

Autora: Lenay Rodríguez Alonso

Tutora: Dra. C. Vivian Guerra Morales

Tutor: Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez

Consultante: MSc. Evelyn Fernández Castillo

Julio de 2016

Exergo

Te convertirás en aquello en lo que pienses constantemente. Cada día, cada minuto, cada segundo de tu vida estas construyendo tu futuro con tu manera de pensar.

Earl Nigthingale

Dedicatoria

A mi madre, por ser la persona más especial en mi vida, mi mayor inspiración, por luchar por mis sueños, que también son los suyos.

A mi abuela Martha, sé que desde el cielo estará orgullosa de mí y de todo lo que he logrado.

Agradecimientos

A mis padres Lizzett y Jose, por haberme convertido en la persona que soy, por brindarme apoyo incondicional, por regalarme todo el cariño y el amor que se necesita para ser feliz, por ser los pilares de mi vida. Gracias mami y papi, los adoro.

A Alejandro, mi estrella gemela, mi compañero de vida, gracias por tu ayuda, por tu optimismo, por tu alegría, por nunca soltarme, por estar a mi lado en las buenas y malas, por tu amor verdadero. Todo es más fácil si estoy junto a ti, te amo.

A José Enrique, mi hermanito querido, por ser parte de mí, por consentirme, por permitirme ser niña de nuevo cuando estoy junto a él.

A mi bella familia, la que está cerca y la que se encuentra lejos, gracias por formar parte de mi vida y apoyarme en estos difíciles momentos.

A mi tutora Vivian Guerra, por su dedicación y sabiduría, por no dejarme sola y enseñarme a pensar en positivo.

A la profe Evelyn, por darme la oportunidad de aprender verdaderamente el complejo mundo de la Estadística. De sus tantas cualidades, brindar ayuda ilimitada, es una de las más especiales.

A Luife, por ser un excelente profesor y un maravilloso ser humano, y, sobre todo, por ser mi amigo.

A todas mis amistades por su preocupación, por sus muestras de aliento y por sacarme una sonrisa en los días de estrés. Agradezco especialmente a Ley, mi gran amiga, a Alex, Edua, Migue, Rodny y Steven.

A la profe Lisandra, que además de ser mi oponente fue una fuente de gran ayuda.

Al personal del servicio de Neurocirugía del Hospital Arnaldo Milián Castro, sobre todo al Dr. Esteban Roig.

A las personas de esta investigación, pues sin su colaboración hubiese sido imposible llevar a cabo este hermoso proyecto.

A todos, muchas gracias

Lenay

Resumen

La investigación se realizó con el objetivo de determinar las características de la ansiedad, depresión e ira, en jóvenes con Traumatismo Craneoencefálico ingresados en el Hospital Quirúrgico Docente “Arnaldo Milán Castro” de la ciudad de Santa Clara, en el período comprendido desde enero a mayo del 2016.

Se realizó un estudio no experimental, de tipo descriptivo y transversal, mediante un paradigma de investigación cuantitativo. Se trabajó con una muestra incidental de 30 pacientes, cuyas edades oscilan de 20 a 28 años. Los instrumentos de evaluación psicológica fueron la entrevista psicológica semiestructurada, el Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE), el Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE) y el Inventario de la expresión de la ira (STAXI-2). El procesamiento de los datos se efectuó cuantitativamente, a partir del paquete estadístico SPSS 20, empleándose la estadística descriptiva e inferencial.

Entre los principales resultados se obtuvo que los pacientes estudiados presentaron niveles altos de ansiedad estado y medios de ansiedad rasgo. La depresión también mostró niveles altos como estado y no se evidenció como característica de personalidad. Los participantes de la investigación presentaron niveles bajos de ira como estado y rasgo. Se obtuvo un control medio de esta emoción. No se encontraron diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas. Solo en el control de la ira los resultados varían en relación con el nivel de escolaridad a favor del grupo universitario.

Palabras claves: Traumatismo craneoencefálico, juventud, ansiedad, depresión, ira.

Abstract

The present investigation was carried out with the objective of determining the characteristics of the anxiety, depression and anger, in youths with Traumatic Brain Injury into the Surgical University Student "Arnaldo Milián Castro" of Santa Clara city, in the understood period from January to May of 2016.

A transverse and descriptive non-experimental study was realized, by means of a quantitative investigation paradigm. It was worked out with an incidental sample of 30 patients, with ages between 20 and 28. The instruments of psychological evaluation were the psychological semi-structured interview, the Inventory of Anxiety feature-state (IDARE), the Inventory of depression feature-state (IDERE) and the Inventory of the expression of the anger (STAXI-2). The data processing was realized quantitatively, using statistical packet SPSS 20, applying the descriptive and inferential statistic.

Among the primary results was obtained that the studied patients presented high levels of anxiety state and trait anxiety means. The depression also showed high levels as state and it was not evinced as personality characteristic. The patients presented low levels of anger as state and trait. A medium control of this emotion was obtained. No differences were found about the studied clinical and sociodemographic variables. Only in the anger control the results change in relation with the scholastic level in favor of the university group.

Key words: Traumatic Brain Injury, youth, anxiety, depression, anger.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1. Los traumatismos craneoencefálicos. Principales definiciones y clasificaciones	7
1.1.1. Etiología de los Traumatismos Craneoencefálicos.....	11
1.1.2. Alteraciones neurológicas y neuropsicológicas después de un trauma craneal.....	13
1.2. Aproximación al estudio de las emociones.....	18
1.2.1. Clasificación de las emociones. Emociones displacenteras: ira, ansiedad y depresión.....	21
1.3. Desarrollo emocional en la etapa juvenil.....	26
CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS	28
2.1. Diseño metodológico de la investigación.....	28
2.2. Descripción de la muestra.....	29
2.3. Definición conceptual y operacionalización de las variables.....	30
2.4. Descripción de las técnicas empleadas.....	34
2.5. Procedimiento general de la investigación.....	41
2.6. Procesamiento de análisis.....	43
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	45
3.1. Análisis de la entrevista psicológica realiza al especialista.....	45

3.2. Análisis de las entrevistas psicológicas realizadas a los pacientes y familiares.....	48
3.3. Análisis del Inventario de Ansiedad rasgo-estado(IDARE).....	51
3.4. Análisis del Inventario de Depresión rasgo-estado (IDERE).....	57
3.5 Análisis del Inventario de Expresión de la Ira (STAXI-2)	63
Análisis integrador.....	68
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

Introducción

El desarrollo tecnológico actual y las propias contradicciones sociales existentes a nivel internacional han conllevado a un incremento notable de los accidentes que afectan la dinámica de la vida prácticamente en todas las esferas del quehacer humano; entre los traumatismos se destacan, por su alta prevalencia a nivel mundial, los craneoencefálicos.

La National Head Injury Foundation de los Estados Unidos (NHIF) describe el daño traumático como una lesión al cerebro no de naturaleza congénita o degenerativa, sino causada por una fuerza física externa que puede provocar una disminución del estado de conciencia y que conlleva a alteraciones de las habilidades cognitivas, del funcionamiento físico, del comportamiento y del manejo emocional (Campbell, 2000).

El traumatismo craneoencefálico se considera un grave problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados, constituyendo la primera causa de mortalidad e incapacidad en la población menor de 40 años. Se estima que ocurre cada siete segundos y provoca una disfunción cada cinco minutos, muy particularmente entre la población joven de sexo masculino (Quevedo y Ramos, 2004). La morbilidad y las secuelas también son muy frecuentes e importantes por su trascendencia sociofamiliar, laboral y económica; las secuelas físicas y psicológicas adquieren un enorme significado pues afectan la integridad de la persona lesionada.

En la actualidad se ha multiplicado el número de personas que sobreviven y viven con esta enfermedad, su prevalencia global supera en gran medida a las enfermedades mentales clásicas. Su importancia es obvia, por la frecuencia con que se producen y la morbilidad e incluso por la alta mortalidad que ocasionan. Se estima que en el 50% de los pacientes el traumatismo craneoencefálico(TCE) se debe a los accidentes del tránsito y, en el otro 50%, a caídas, agresiones, práctica de deportes, accidentes de trabajo y otros (Camacho y González, 2014).

Las cifras reales oscilan alrededor de 2.000 urgencias atendidas por 100.000 habitantes en un año (Canto, 2010). Los análisis epidemiológicos internacionales estiman que la incidencia en países como China es de 359 habitantes por cada 100 000 (Vázquez y González, 1997).

En España, TCE son la modalidad más frecuente de daño cerebral en personas de menos de 40 años, y constituyen el campo de intervención más frecuente en la práctica neuropsicológica. En dicho país, de las 18 000 lesiones cerebrales graves que se producen anualmente, un tercio corresponden a accidentes de tráfico (Portellano, 2005).

Por su parte, en Angola, datos oficiales de salud pública indican que la principal secuela de los accidentes del tránsito son los TCE que afectan al 82 % de los accidentados y constituyen la principal causa de muerte de adolescentes y jóvenes varones entre los 14 y los 25 años de edad (Mendes, 2015).

En México, el 70% de las admisiones son por traumatismos de cráneo, siendo la causa más frecuente los accidentes de tráfico y le siguen en frecuencia los asaltos, las caídas y los accidentes industriales (Herrera, 1998). En el caso de Colombia, fallecen por trauma 127 personas por 100.00 habitantes de los cuales 69.8% son causados por homicidios (Maya, 2007).

Por otro lado, en los Estados Unidos la incidencia de trauma craneal es de 200 habitantes por cada 100 000 (Rodríguez, 2010). Además, es la principal causa de muerte en las edades comprendidas de 15 a 45 años; y en aquellos pacientes entre 45-64 años supera incluso los accidentes vasculares encefálicos. Por otra parte, en el 75% de los pacientes con traumas múltiples se han encontrado lesiones encefálicas de envergadura durante la autopsia.

En Cuba, los traumatismos craneoencefálicos representan aún un problema relevante y un reto científico de primer orden. (Vázquez y González, 1997). En nuestro país el trauma constituye la cuarta causa de muerte, con una tasa bruta de mortalidad de 47.4 x 100 000 habitantes durante el año 1998, pero representó la primera causa de muerte en las personas menores de 40 años y la principal causa de años de vida potencialmente perdidos por 1000 habitantes con un valor de 8.5 por 1000 habitantes. (González; Leyva; Fernández y Medina, 1998).

Los accidentes son la primera causa de muerte de los cubanos menores de 50 años y un factor importante de riesgo en los de edades mayores (Pereira, 1997). Las estadísticas anuales del Ministerio de Salud Pública reportan los accidentes como la primera causa de mortalidad en las edades de 1 a 14 y de 10 a 19 años de edad. Otros estudios revelan la prevalencia de accidentes en un 55.3 % y se señala como el grupo etario más afectado el de 15 a 64 años.

Las caídas accidentales y accidentes por colisión aportan la mayor incidencia de lesiones. Aproximadamente la mitad de las víctimas fatales por traumatismos en general, fallecen por un TCE grave (MINSAP, 2001).

En los últimos años en la provincia de Villa Clara las cifras de TCE han experimentado un gran crecimiento, debido fundamentalmente, al desarrollo tecnológico en los diversos ámbitos. Los TCE constituyen la mayor causa de ingreso e intervención quirúrgica en el servicio de Neurocirugía del Hospital Arnaldo Milián Castro de la provincia de Villa Clara, causados, principalmente, por accidentes de tránsito. En un estudio realizado en esta institución, se reportó que el 42% de los casos presentaron algún tipo de lesión focal (Aguilar, 2003).

Diversas investigaciones han desarrollado la problemática de Traumatismo Craneoencefálico, y dentro de esta temática, lo vinculado a las particularidades neurológicas y neuropsicológicas en TCE (Quevedo y Ramos, 2005; Rodríguez, 2006; Guzmán, 2008; 2009; Pérez, 2011; Socarras, 2011; Lozano, 2013). Por otro lado, se puede destacar el trabajo realizado por Mendes (2015), destinado a la implementación del Programa psicoeducativo “PROTEC” para la atención de jóvenes con traumatismos craneoencefálicos.

También se señala la investigación dirigida a la Toma de decisiones en personas con TCE severo del autor Canto (2010). Por último, es importante resaltar el estudio desarrollado por Amado (2015) titulado Estrategia para modificar los modos de actuación profesional en la evaluación de los pacientes con TCE leves y moderados con lesión del lóbulo frontal y la orientación de su rehabilitación integral.

Sin embargo, no se han reportado estudios que dirijan su atención a las emociones que experimentan los pacientes tras sufrir un trauma craneal. Sin dudas, se debe evaluar el impacto psicológico después de una afectación craneal de tal magnitud, pues los TCE pueden traer consigo la aparición de emociones displacenteras, tales como ira, ansiedad y depresión, las que pueden influir de manera negativa en la evolución y rehabilitación de los pacientes, sobre todo en la población joven.

Las emociones, consideradas como procesos afectivos, emergen de la relación entre la persona y su medio social. Conllevan cambios a nivel fisiológico, motor o conductual expresivo y subjetivo-experiencial, tienen como base la valoración personal de la situación o

estímulo y son vivenciados con agrado y/o desagrado, considerando su vínculo con las necesidades y metas individuales. Estos cambios presentan implicación para el funcionamiento biológico, psicológico y social del sujeto. (Pérez, 2014)

Por su parte, la juventud es una etapa de la vida, donde las emociones juegan un papel primordial. Por una parte, existe un desarrollo emocional estable, independiente, muy marcado por los propios intereses y motivaciones de los jóvenes. Sin embargo, cuando surge determinadas situaciones estresantes o amenazantes, puede ocurrir una desestructuración de esta estabilidad emocional, provocando en el joven un comportamiento inadaptativo que se puede traducir en sentimientos y perdurar en el tiempo.

Como aporte teórico, la investigación contribuye a la sistematización de conocimientos vinculados con los traumatismos craneoencefálicos y con el estudio de las emociones, enfatizando en las de tipo displacenteras como la ansiedad, depresión e ira. A su vez, asume un aporte práctico al ofrecer una caracterización de este grupo de emociones displacenteras en la población joven que ha sobrevivido a un TCE. Los resultados pueden resultar de interés para la atención de las personas que han sufrido TCE y constituye premisas para futuros estudios destinados a acciones interventivas para la rehabilitación psicológica en pacientes con esta realidad.

Por todas estas razones, se considera que la investigación debe partir del problema científico siguiente:

¿Cuáles son las características de la ansiedad, depresión e ira en jóvenes que han sufrido traumatismos craneoencefálicos ingresados en el Hospital Arnaldo Milián Castro de la ciudad de Santa Clara?

En relación con el problema planteado se definen los objetivos a cumplir durante la investigación:

Objetivo General:

- ✓ Determinar las características de la ansiedad, depresión e ira en jóvenes con traumatismo craneoencefálico en el contexto de estudio.

Objetivos específicos:

- ✓ Describir la ansiedad como emoción displacentera en jóvenes con TCE ingresados en el Hospital Arnaldo Milián Castro.
- ✓ Determinar las características de la depresión en el contexto de estudio.
- ✓ Describir la ira como emoción displacentera en el contexto objeto de estudio.
- ✓ Comparar la ansiedad, depresión e ira teniendo en cuenta variables sociodemográficas y clínicas estudiadas.

La memoria escrita se estructura en introducción y tres capítulos. En la introducción se hace una valoración general de la importancia del estudio de los traumatismos craneoencefálicos, mostrando cifras epidemiológicas de Cuba y del mundo. Además, se presentan investigaciones que han abordado esta problemática. A su vez, se brinda la definición de emociones asumida, así como un acercamiento al desarrollo emocional en la etapa juvenil. Por último, se presenta la importancia de la investigación, el problema científico y los objetivos, tanto el general como los específicos.

El primer capítulo desarrolla las temáticas referidas a los Traumatismos Craneoencefálicos, abordando sus principales definiciones y clasificaciones, así como la etiología de los mismos y las alteraciones neurológicas y neuropsicológicas que estos causan. Seguidamente, se expone una caracterización del estudio de las emociones, enfatizando en las de tipo displacenteras, como la ansiedad, depresión e ira. Finalmente, se presenta las particularidades del desarrollo emocional en la etapa de la juventud.

En el segundo capítulo se define y describe el diseño metodológico de la investigación, precisando la muestra seleccionada, los métodos y técnicas empleadas para la recolección de los datos, así como el procedimiento llevado a cabo en el estudio y el procesamiento de análisis.

En el tercer capítulo se presentan y discuten los resultados obtenidos, partiendo del análisis individual de cada técnica y luego se desarrolla un análisis integrador. Se exponen los resultados estadísticos con sus respectivas valoraciones psicológicas.

En las conclusiones se destacan los principales resultados de la investigación. Seguidamente se ofrecen recomendaciones de interés práctico-asistencial y de valor para el desarrollo de futuras investigaciones vinculadas con el bienestar emocional de personas que han sufrido

TCE. En los anexos se incluyen protocolos de las técnicas empleadas y tablas estadísticas que ayudan a comprender el proceso investigativo.

Capítulo I. Referentes teóricos de la investigación

1.1. Los traumatismos craneoencefálicos. Principales definiciones y clasificaciones

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) constituyen un importante problema de salud en la actualidad, en la mayoría de las naciones del mundo. Su elevada incidencia es causa de muerte y de variadas secuelas en muchos seres humanos, afectando principalmente a la población joven.

El daño cerebral traumático abarca desde el traumatismo más leve hasta el caso en el que el paciente llega al hospital en coma necesitando cuidados intensivos. El trauma craneal es la modalidad más frecuente de daño cerebral sobrevenido en personas de menos de cuarenta años y constituye el mayor campo de atención en la práctica neuropsicológica.

Se denomina daño cerebral sobrevenido o adquirido, a cualquier lesión repentina en el cerebro, posterior al momento del nacimiento, ocasionado por causas de tipo mecánica, Ferreros, Peiró et al. (2012). El daño cerebral adquirido por estas causas, específicamente externas, es de origen traumático, por lo que suele identificarse con el traumatismo craneoencefálico (TCE). En la actualidad existe un mejor consenso sobre su definición para analizarlo como una entidad diferente del daño cerebral adquirido de causas internas o no traumáticas (accidentes vasculares, tumores cerebrales, infecciones, hipoxia o isquemia, intoxicaciones, etc.) (Mendes, 2015).

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es entonces, la lesión física aguda de cara, cuero cabelludo, cráneo, duramadre o cerebro, causado por dicha energía mecánica (Frankowski, 1986). The British Society of Rehabilitation Medicine (BSRM, 2008) se refiere al TCE como una lesión en el cerebro originado por un trauma en la cabeza, incluyendo los efectos en el cerebro y otras posibles complicaciones como la hipotensión y los hematomas intracerebrales.

Por otro lado, y asumiendo esta definición, La National Head Injury Fundation de los Estados Unidos (NHIF) describe el daño traumático como una lesión al cerebro no de naturaleza congénita o degenerativa, pero causada por una fuerza física externa que puede provocar una disminución del estado de conciencia y que conlleva a alteraciones de las habilidades cognitivas, del funcionamiento físico, del comportamiento y manejo emocional. Dichas

consecuencias pueden ser temporales o permanentes y causar parcial o totalmente discapacidad y desajuste psicosocial (Campbell, 2000).

El trauma craneal también es definido como toda aquella agresión de la extremidad cefálica, por fuerza de inercia o de contacto con un agente físico. (Varela, 2011). A su vez, La Organización Mundial de la Salud define la lesión cerebral traumática o traumatismo craneoencefálico (TCE) como aquella lesión de la cabeza (por contusión, lesión penetrante o por fuerzas de aceleración-desaceleración) que presenta, al menos, una de las siguientes condiciones: alteración de la conciencia o amnesia por trauma cerebral, cambios neurológicos o neuropsicológicos, diagnóstico de fractura craneal o lesiones intracraneales que pueden atribuirse al trauma cerebral, (Mendes,2015;García-Molina, 2010;Tagliaferri, 2006).

De igual manera, existen diversas formas de clasificar a los TCE, citando como primera, la que proporciona el CIE-10. En esta clasificación se propone un esquema para codificar los “traumatismos de la cabeza” en su capítulo XIX, WHO., (1992), y en uno de estos apartados se separa en función de la afectación de la estructura intracraneal. (Mendes,2015).

Tabla 1. Clasificación de los TCE de acuerdo con el CIE-10

(S06) Traumatismo intracraneal
(S06.0) Conmoción
(S06.1) Edema cerebral traumático
(S06.2) Traumatismo cerebral difuso
(S06.3) Traumatismo cerebral focal
(S06.4) Hemorragia epidural
(S06.5) Hemorragia subdural traumática
(S06.6) Hemorragia subaracnoidea traumática
(S06.7) Traumatismo intracraneal con coma prolongado
(S06.8) Otros traumatismos intracraneales

(S06.9)Traumatismo intracraneal, no especificado

Fuente: CIE-10

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR), no existe una clasificación explícita de los TCE, aunque el mismo considera los términos de traumatismo intracraneal o cerrado como origen de algunos trastornos mentales, por ejemplo, las demencias y el trastorno postconmocional (A.P.A., 2000).

Los traumatismos también pueden clasificarse en directos e indirectos. El trauma directo se produce cuando el cráneo impacta de forma brusca con un objeto, produciendo lesiones focales. El traumatismo indirecto se produce cuando el encéfalo se lesiona en el interior del cráneo tras ser sometido a fuerzas de distensión provocadas por la desaceleración repentina. El daño cerebral puede producirse en el mismo momento del impacto, aunque también pueden presentarse lesiones posteriormente, en un período de tiempo posterior a la lesión (Portellano 2005).

Pueden encontrarse otros modelos de clasificación del daño cerebral traumático, como el que los separa en abiertos (o penetrantes) y cerrados; siendo el abierto aquel en el que se llega a producir la apertura traumática de la duramadre, existiendo el riesgo de aparición de una infección secundaria y de la aparición de epilepsia postraumática. La mayoría de los traumatismos son cerrados, lo que no implica la exposición del cerebro al exterior. Su causa más común son los accidentes de tráfico y las caídas, y ocasionan menor lesión focal, y mayor lesión difusa (Canto, 2010; Bell, 1992).

Una clasificación diferente distingue entre lesiones primarias o iniciales y secundarias (Hume-Adams, 1984; Nolan, 2005). La lesión primaria es el resultado directo del daño cerebral en el momento del impacto, y puede ser a su vez focal (hematomas intracraneales y fracturas de cráneo) o difusa (hemorragias por contragolpe y lesión axonal difusa) (véase tabla no. 2). Sin embargo, estas lesiones primarias causan daños posteriores o tardíos, por lo que dan lugar a lesiones secundarias.

La lesión secundaria puede abarcar isquemia, edema o aumento de la presión intracraneal, los cuales pueden ocurrir en minutos, horas o días más tarde. Los TCE son un grupo dentro de la patología humana en el que las lesiones secundarias son responsables de la mayor parte

de las secuelas que producen. Se ha propuesto también el concepto de lesiones terciarias como aquellas referidas a las consecuencias funcionales y estructurales de las lesiones secundarias a través de la aparición de cascadas metabólicas o físico-químicas anormales (Canto, 2005;Rodríguez-Baeza, 2000).

Mundialmente el método más aceptado para la clasificación de los TCE es la escala de coma de Glasgow, GSC por sus siglas en inglés, la que, a pesar de algunas deficiencias, sigue siendo la más utilizada de las escalas disponibles a nivel internacional. La evaluación se realiza sobre la base de tres criterios de observación clínica: la respuesta visual, la respuesta verbal y la respuesta motora, y clasifica. (Mendes,2015; Thiessen, 2006).

Esta es una escala reconocida y establecida internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para determinar el nivel de gravedad de los pacientes que han sido afectados por un TCE, clasificándolos en leves, moderados o graves.

Tabla 2. Escala de Coma de Glasgow (GCS)

Indicadores	Tipo de respuesta	Puntuación
Apertura Ocular (Ao)	Abre los ojos espontáneamente.	4
	Abre a la orden.	3
	Abre al dolor.	2
	No abre los ojos.	1
Respuesta Motora (Rm)	Cumple órdenes.	6
	Localiza el dolor.	5
	Flexión por retirada.	4
	Flexión anormal.	3
	Extensión anormal.	2
	No responde.	1
Respuesta Verbal (Rv)	Orientado (conversa).	5
	Desorientado (conversa).	4

	Emite palabras inapropiadas.	3
	Emite sonidos incomprensibles.	2
	No responde.	1
Total		

Fuente: investigación de Mendes,2015

La gravedad del TCE se dará mediante la suma de puntuaciones de estos apartados (Ao+Rm+Rv). Así se define un TCE grave a aquel con un GCS de menor o igual a 8 puntos, TCE moderado comprendido entre 9 y 12, y TCE leve con un GCS comprendido entre 13 y 15. La Escala de Coma de Glasgow es un indicador importante para estandarizar la severidad del daño cerebral en la evaluación temprana.

Con respecto al traumatismo craneoencefálico grave se plantea que incluye a todos aquellos pacientes que presentan una puntuación inferior o igual a 8 puntos dentro de las primeras 48 horas del accidente y después de las maniobras apropiadas de reanimación no quirúrgica, soporte hemodinámico, manitol, etc. Aproximadamente el 10 % de los pacientes hospitalizados por TCE se encuentran graves (Asociación Americana de Neurocirugía, AANS, 1991).

La introducción de la Escala de Coma de Glasgow, la amplia difusión en los diferentes centros asistenciales de salud de la Tomografía Axial Computarizada (TAC), el desarrollo del banco de datos y la reproducción en modelos experimentales de las lesiones traumáticas observadas en la práctica clínica han sido los factores que más han contribuido a incrementar el conocimiento de la etiología de daño cerebral (Mendes, 2015; Sayers, 2005).

1.1.1. Etiología de los Traumatismos Craneoencefálicos

Los traumatismos craneoencefálicos se han vinculado a un incremento de la accidentabilidad en la vía, seguidos de los accidentes laborales, los asaltos, agresiones y deportes de riesgo. Entre los accidentes del tráfico se reconocen como principales causantes de los TCE, los que ocurren con motos, seguidos de los atropellos y los choques entre vehículos (García-Molina, 2010).

El accidente de tráfico ocurre en la vía abierta a la circulación, en el cual alguna persona resulta muerta o herida, se producen daños materiales y en el que se encuentra implicado al menos un vehículo (Jennett, 1996). Otras características del accidente de tráfico son las circunstancias de los involucrados que abarcan: el peatón, el conductor, el copiloto, el pasajero del vehículo, el lugar de la colisión, entre otros.

Los traumatismos causados por el tránsito son la principal causa de muerte en personas de 10-24 años a nivel mundial y representan alrededor del 15 % de todas las muertes en varones, Huang, Lunnen et al. (2010); Patton, Coffey, Sawyer, et al. (2009). Cada año más de 1,2 millones de personas mueren y hasta 50 millones resultan lesionadas por traumatismos causados por el tránsito. La OMS predice que los traumatismos causados por el tránsito se convertirán en la quinta causa de muerte en el año 2030, (WHO, 2006).

Un estudio epidemiológico llevado a cabo en España por Expósito-Tirado y cols. (2003) en una unidad de rehabilitación en Sevilla muestra resultados objetivos sobre la etiología de los TCE. La edad media de los pacientes fue de 29 años (intervalo: 4-67), con un 82% de varones. La etiología más frecuente era el accidente de moto en un 40%, seguido de accidente de automóvil (30%), precipitación (11.5%), atropello (6.5%) y accidente deportivo (5.5%). En un 60.5%, el TCE fue grave. Las lesiones asociadas que presentaron al ingreso fueron: traumatismo facial en 56 pacientes (46%), fracturas de extremidades en 47 (38.5%) y traumatismo torácico en 36 pacientes (29.2%).

Cabe señalar que la presencia de alcohol interviene como agente facilitador en más de un tercio de los accidentes mortales de tráfico (Jennett y Teasdale, 1977). Más del 30% de los conductores fallecidos tienen cifras de alcoholemia superiores a los 0,5 grados de alcohol por litro de sangre (g/L). Los efectos del alcohol son diversos en el sistema nervioso central; deteriora capacidades básicas como los niveles de atención sostenida y dividida, la percepción visual y movilidad ocular, el procesamiento de la información junto al seguimiento coordinado de rutas, las habilidades psicomotoras, entre otras (Garrido, Fernández-Guinea, 2004; Goldstein, Leskovjan, Hoff, Hitzemann, Bashan, Khalsa, Wang, Fowler, Volkow, 2004; Lorenzo, 2003; Neiman, 1998).

Otra fuente primordial de lesiones cerebrales son las caídas, principalmente en el ámbito laboral. Representan entre el 0 y 14% de los TCE, siendo especialmente sensible el sector de

la construcción. Muchas caídas en los adultos están relacionadas también con la presencia de alcohol, por lo que puede subestimarse su incidencia o ser poco precisa (Canto 2010; Muñoz, 2004). Cabe destacar, además, las caídas provocadas por la monta de caballos y toros, ya sea con objetivos laborales, deportivos o recreativos.

Los asaltos o agresiones son una causa común de TCE en algunos países, particularmente en aquellos con niveles económicos más bajos y áreas densamente pobladas (Jennett, 1996). El TCE causado por violencia puede originarse por diferentes circunstancias. Estas pueden venir por heridas de bala, de otros proyectiles a la cabeza o de heridas de asaltos violentos. La violencia interpersonal puede resultar en TCE cuando proviene de caídas o cuando la víctima es empujada de un punto o de un vehículo en movimiento (Hart, 2003). La diferencia que distingue al TCE violento de un no violento es la intención de causar daño que caracteriza al primero (Schopp, 2006). Entre los grupos de edad, los que poseen la incidencia más alta de TCE violento son los adolescentes y adultos jóvenes. Los altos niveles de violencia en este grupo parecen derivarse de la impulsividad y el comportamiento de riesgos comunes, los cuales conllevan a relacionarse con accidentes de tráfico o el consumo de sustancias (Bushnik, 2003). La incidencia de TCE disminuye con la edad adulta, lo cual es proporcional a la disminución de la impulsividad de los años anteriores donde prevalece la impulsividad y los bajos niveles de regulación del comportamiento (Bruns, 2003).

Los deportes y otras actividades recreativas pueden llevar, en ocasiones, a provocar un TCE. Los datos que se disponen indican que para este tipo de actividades suponen entre el 3 y el 14% de los TCE, siendo las edades con más lesiones las comprendidas entre 15 y 24 para los hombres y 5 a 14 para las mujeres. El boxeo, el fútbol, el rugby, el fútbol americano, etc. son los más frecuentemente implicados en lesiones cerebrales (Zillmer, 2006).

Como se aprecia, existe diversidad de causas que provocan TCE, cuya magnitud varía según el factor externo que conlleve al daño; pero que sin lugar a dudas puede provocar una serie de alteraciones tanto neurológicas como neuropsicológicas que intervienen en el funcionamiento óptimo de las personas afectadas.

1.1.2. Alteraciones neurológicas y neuropsicológicas después de un trauma craneal

De las lesiones neurológicas que surgen posterior a un TCE, se debe tener en cuenta las lesiones primarias, secundarias y terciarias. Las primarias son aquellas que se producen de

forma inmediata al traumatismo. Se incluyen las contusiones, las laceraciones cerebrales y la lesión axonal difusa (Fernández,2008). Estas alteran un sistema altamente integrado, que carece casi totalmente de capacidad funcional de reparación; la plasticidad, que es la habilidad de compensar un daño estructural, es también limitada y, probablemente, aún más limitada a medida que progresa la edad. Por lo tanto, los efectos de la lesión primaria son, generalmente, irreversibles.

Por su parte, las lesiones secundarias, aunque desencadenadas por el impacto, se manifiestan en un intervalo más o menos prolongado de tiempo después del accidente. Este tipo de lesiones son potencialmente reversibles, pero el tejido nervioso previamente dañado es extremadamente vulnerable a ellas. Como lesiones secundarias pueden aparecer: los hematomas intracraneales epidurales, subdurales o de tipo de hemorragia subaracnoidea y de tipo intraparenquimatoso o intracerebrales, la epilepsia postraumática y la hidrocefalia (Sayers 2005).

Las lesiones terciarias incluyen alteraciones neuroquímicas, "autodestructivas" y/o mediadoras de la inflamación, y afectación de los factores neuroprotectores endógenos. Entre sus causas se encuentra con frecuencia la hipertensión intracraneal, lesiones con efecto de masa, vasoespasmos, hidrocefalia, infecciones, convulsiones y anomalías del flujo sanguíneo cerebral, así como otras alteraciones vinculadas con la disminución de la presión de perfusión cerebral y el flujo sanguíneo cerebral global, que limita el transporte de oxígeno hacia el encéfalo (Poca,2004; González et al.,1998).

Las lesiones neurológicas más frecuentes que se presentan después de un TCE son las siguientes: edema postraumático, hidrocefalia, rotura del cráneo, contusiones y epilepsia postraumática. El edema postraumático es inicialmente una tumefacción localizada en uno o dos lóbulos y puede ser generalizado o generalizarse a partir de un área de contusión hemorrágica (Hartings,2011).

La hidrocefalia puede ser verdadera, de tipo comunicante por mala absorción del líquido cefalorraquídeo (LRC), o falsa, con agrandamiento ventricular debido a la atrofia del tejido nervioso dañado por el traumatismo y la hipoxia, llamada hidrocefalia *exvacuo* (Herrera, 1998). La rotura del cráneo en fragmentos pequeños, algunas veces origina desgarramiento en el cerebro y esto proporciona una puerta de entrada de infecciones.

Estas fracturas por hundimiento, de acuerdo con su localización van a dar lugar a signos neurológicos focales como son déficit motor y sensitivo de tipo cortical, disfasias, defecto en los campos visuales, etc. En las fracturas deprimidas uno o más fragmentos del hueso se han hundido en la masa encefálica, comprimiéndola, siendo abierta en un 85 % de los casos, (Mayer y Rowland,2000).

Por su parte, las contusiones son focos corticales de necrosis y hemorragias petequiales múltiples, al principio peri vasculares y a veces confluentes que, si son extensas, se acompañan casi siempre de edema regional importante. En los pacientes que sobreviven, estas lesiones evolucionan hacia la formación de cicatrices o cavidades quísticas en contacto con el espacio subaracnoideo.

La contusión se reserva para las lesiones en las que se mantiene la integridad de la duramadre. Laceración implica, por el contrario, una herida con disrupción de la duramadre y el parénquima cerebral. La epilepsia postraumática, por su parte, se produce en alrededor del 5 % de enfermos con traumatismos cerrados de cráneo y hasta en el 50 % de los que han sufrido una herida abierta del cerebro (Herrera,1998).

Los traumatismos craneoencefálicos dañan con mayor frecuencia las regiones orbitarias y temporales, los polos frontales y occipitales, el cuerpo calloso y el mesencéfalo, sea cual fuere el lugar del impacto e incluso en ausencia de la fractura craneal. Las lesiones por contragolpe, localizadas en el punto opuesto al lugar del impacto, se deben en su mayor parte a este tipo de fuerza (Menon, 2011).

Es importante señalar en este sentido la conmoción cerebral, definida como un estado neurológico, disfuncional transitorio, resultado de una fuerza aplicada al cerebro pudiendo ser leve o moderada. La conmoción leve se caracteriza por un estado disfuncional temporal y focal, que no implica una pérdida de conciencia o pérdida de memoria. Otras lesiones hacen referencia a los hematomas, entre los que se encuentran: los epidurales, subdurales, subaracnoideo e intraparenquimatoso.

Como se ha expuesto, son diversas las lesiones neurológicas después de un TCE, capaces de provocar secuelas neuropsicológicas como las que a continuación se presentan. En los TCE se evidencian alteraciones neuropsicológicas, cognitivas y afectivas como déficit en el aprendizaje, en la memorización, la abstracción, la atención, las capacidades perceptuales,

funciones ejecutivas, motoras, y del lenguaje (Ardila y Ostrosky, 2012; Ariza, Roser y Serra 2004).

De forma inmediata a la salida del estado de coma, los pacientes con TCE tienen un período de confusión, desorientación e inhabilidad para recordar los hechos que van ocurriendo. Este período es conocido como Amnesia Post-Traumática (APT), que puede durar días, semanas o, en los casos más graves, meses. (Ibíd.)

Las afectaciones en los lóbulos frontales son a menudo las que generan mayor discapacidad, dado que interfieren en la habilidad de los pacientes para usar el conocimiento de forma fluida, apropiada, o adaptativa. Muchas de las personas que han sufrido un TCE tienen dificultades para analizar, planificar y llevar a cabo la solución de problemas o tareas complejas, mientras que pueden seguir realizando correctamente actividades estructuradas, que requieran poca iniciativa o dirección (García-Molina, 2010).

Entre otras afectaciones, generalmente los TCE dejan secuelas físico-motoras que pueden estar acompañadas o no con traumatismos en otras partes del cuerpo. Resultan frecuentes las apraxias, las dificultades en la marcha y motricidad fina por daño cerebral (Cooper, Rosenfeld, Murray, 2011).

Por su parte, los cambios emocionales que tienen lugar como resultado del trauma cerebral incluyen la exageración o desaparición de la experiencia y la respuesta emocional. Tras un TCE, los trastornos ansiosos y del estado de ánimo son los más comunes, mientras que son poco habituales los trastornos mentales como el trastorno bipolar o trastorno psicótico (Becerra, Restropo y Herrera 2006).

La depresión puede observarse en daños en la parte anterior del lóbulo cerebral izquierdo, principalmente en los ganglios basales y la corteza prefrontal dorso lateral. En este sentido el factor psicológico se hace evidente, ya que el paciente comienza a tener una visión negativa de sus limitaciones, del cambio que ha tenido postrauma, de la dificultad para reintegrarse a su ambiente familiar y laboral, de la lentitud del proceso de recuperación (Pérez y Agudelo 2007).

Los cambios de personalidad tras el TCE también son frecuentes, y pueden ir desde una leve exacerbación de los rasgos previos hasta un cambio radical de la personalidad pre-mórbida; por lo general constituyen la principal causa de queja y motivo de consulta por parte de los

familiares. Los cambios más frecuentes son la apatía y la pérdida de interés por el entorno, el embotamiento afectivo, la irritabilidad, los episodios de conducta explosiva, los problemas de impulsividad, la desinhibición y la euforia, la labilidad emocional, la conducta egocéntrica e infantil, la suspicacia o la intolerancia a la frustración (Mendes, 2015; Becerra, Restrepo y Herrera, 2006; Pelegrín, Gómez y Muñoz, 2001).

De manera general, las alteraciones neuropsicológicas observadas en pacientes con TCE dependen de múltiples factores como: gravedad de la lesión (intensidad o severidad, duración del período de coma y período de amnesia postraumática); tipo de daño cerebral (focal, difuso, mixto); zonas afectadas (extensión y localización); consecuencias fisiopatológicas (pérdida de la masa encefálica, hematoma, contusión); edad, nivel educativo, personalidad pre mórbida y otros (Huang, Lunnen y Hyder, 2010).

La edad del paciente al sufrir el traumatismo es la variable a la que se ha prestado mayor atención. Tradicionalmente se ha asociado la mayoría de edad con una mayor probabilidad de déficit cognitivo y secuelas psiquiátricas, según el principio de Kennard, en el cual este científico señaló que, a menor edad en el momento de producirse la lesión, menor nivel de alteración residual y mayor capacidad de recuperación (Márquez et al. 2010).

Otra variable es el nivel educativo, se debe decir que la educación premórbida del sujeto tiene marcada influencia en la aparición de alteraciones neuropsicológicas, pues cuanto mayor sean las habilidades y los recursos cognitivos previos, mayores serán las posibilidades de emplear estrategias alternativas de compensación y solución de los déficits que aparezcan con el traumatismo (Ardila y Ostrosky, 2012).

La intervención quirúrgica es otra variable que se asume en la investigación por la importancia que, desde el punto de vista neurológico y neuropsicológico, representa para los pacientes. Las personas que sufren de TCE y necesitan de cirugía pueden presentar igual recuperación que aquellas que no la requieran, aunque en algunos casos, surgen alteraciones psicológicas posterior a la intervención, relacionadas con los lóbulos y regiones cerebrales afectadas. Además, el decisivo proceso de intervención quirúrgica conlleva al paciente a vivir una serie de sensaciones, sobre todo en el tiempo de recuperación con estancia hospitalaria.

Las alteraciones neuropsicológicas postraumáticas constituyen uno de los principales factores que determinan el futuro de las personas con TCE y condicionan de forma notable tanto el grado de independencia funcional alcanzado, el establecimiento de relaciones familiares y sociales satisfactorias, como la capacidad para retornar al trabajo. De aquí la importancia que se le atribuye al papel de las emociones en la vida de estas personas.

1.2. Aproximación al estudio de las emociones

Abordar lo que hoy conocemos como emociones representó durante muchos años un reto para la Psicología Científica. La palabra “emoción” tiene su origen en el latín, viene de la palabra *emovere* que significa remover, agitar o excitar. Las emociones son complejas, sistémicas y multicausales, al tiempo que son múltiples sus formas de expresión (Roca, 2014).

Siendo sustancialmente psicológicas, en que se privilegian los aspectos subjetivos tanto vivenciales como valorativos, las emociones incluyen de manera no menos importante las funciones adaptativas, los estímulos desencadenantes, los mecanismos fisiológicos y la significación social, al mismo tiempo que según miradas clásicas asume diversas dimensiones como el tono de la experiencia en su significación motivacional, la intensidad de la reacción y su duración temporal.

El término emoción, debido a su complejidad y diversas acepciones, es considerado todavía como vago e impreciso.

En este sentido Zaccagnini (2004) expone que las emociones son una compleja combinación de rocosos corporales, perceptuales y motivacionales que producen en las personas un estado psicológico global, que puede ser positivo o negativo, de poca o mucha intensidad y de corta o larga duración, y que genera una expresión gestual que puede ser identificada por las demás personas.

A su vez, Fernández - Abascal (2011) explica que el proceso emocional se desencadena por la percepción de condiciones internas y externas, que llegan a un primer filtro, la evaluación valorativa. Como consecuencia de esta evaluación tiene lugar la activación emocional que se compone de una experiencia subjetiva, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento y cambios fisiológicos que dan soporte a todas

las actividades anteriores. Las manifestaciones externas de la emoción o los efectos observables de la misma son fruto de un segundo filtro que tamiza las mismas y se refiere al aprendizaje y la cultura.

Roca (2014) plantea que la emoción es la categoría científica que expresa tanto el significado que para las personas tienen los eventos que cotidianamente acontecen en su entorno, como la implicación que, en su totalidad, una persona tiene en las respuestas adaptativas y eficaces a las demandas de este. La define como una fuerte conmoción del estado de ánimo, que puede tener un carácter placentero o displacentero y va acompañada de cambios orgánicos, expresiones faciales, conductas motoras. Surge como consecuencia de reacciones a una situación externa o una reacción interna del organismo.

A partir de los principales ejes teóricos tratados hasta el momento, en la investigación se considera que la definición aportada por Pérez (2014) y de acuerdo con Angulo (2015), contiene de manera precisa los principales elementos conceptuales que deben considerarse en el estudio de este fenómeno y que representan aspectos comunes hallados en las definiciones expuestas con anterioridad.

Se plantea entonces que las emociones son concebidas como procesos afectivos que emergen de la relación entre la persona y su medio social. Conllevan cambios a nivel fisiológico, motor o conductual expresivo y subjetivo-experiencial, tienen como base la valoración personal de la situación o estímulo y son vivenciados con agrado y/o desagrado, considerando su vínculo con las necesidades y metas individuales. Estos cambios presentan implicación para el funcionamiento biológico, psicológico y social del sujeto. (Angulo, 2015).

Por otro lado, es importante destacar que la valencia que asume una emoción depende de muchos factores, entre los cuales, tal vez el más sobresaliente sea el componente subjetivo, con aquello que es expresión de bienestar o malestar con lo que está sucediendo, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interrelaciones de la persona con su ambiente.

Obviamente, la significación atribuida a la emoción determina la calidad de la vivencia concurrente. En este sentido, las emociones pueden tener tanto connotaciones agradables

como desagradables y, la mayor parte de las veces, mixtas, al tiempo que sumamente dinámicas, en función de cómo se “mueve” la propia situación y sus consecuentes interpretaciones. Lo deseable, y tal vez más saludable, es que exista congruencia entre lo que sucede objetivamente y lo que pasa por el mundo vivencial de la persona; sin embargo, en ocasiones hay un abismo entre ambos como consecuencia de la interpretación, y lo que se produce es una farsa incongruencia como ocurre en los cuadros severos de alteraciones psicopatológicas.

En el ámbito de la Psicología de la Salud, las ideas anteriores proporcionan dimensiones de análisis para valorar el potencial de riesgo-beneficio que cada emoción puede presentar. En este sentido, se interrelacionan dimensiones cuantitativas y funcionales. Generalmente se enfatiza la frecuencia, la intensidad y/o la duración de las emociones como indicadores cuantitativos que posibilitan analizar su implicación para la salud humana. No obstante, son indicadores que se vinculan con el modo en que la emoción contribuye con la solución de una situación, con la realización de metas, con el desempeño ante las diversas actividades y relaciones interpersonales (Fernández-Abascal, 2009; Gratz y Tull, 2013; Gross y Thompson, 2007; Hervás y Vázquez, 2006; Lazarus, 1991; Ortega, 2010; Padilla, 2008; Palmero et al., 2006; Pedraza, 2009).

Las emociones actúan a través de diferentes vías que suelen combinarse entre sí, tanto directas como indirectas. Pueden constituir factores de riesgo para la aparición y desarrollo de enfermedades, considerando la neuroquímica de la emoción y sus efectos en los órganos del cuerpo, fundamentalmente cuando las reacciones emocionales son intensas y prolongadas. Estas constituirían vías directas, donde se producen cambios biológicos relacionados con la propia reacción emocional (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Lazarus, 1991; Piqueras et al., 2008). Pero la afectación de la salud puede provocar una situación de crisis y generar determinadas emociones displacenteras, siendo esta la relación bidireccional (Molerio, 2004).

1.2.1. Clasificación de las emociones. Emociones displacenteras: ira, ansiedad y depresión

La complejidad a la hora de abordar las emociones hace que también existan distintas clasificaciones y modos en los que están han sido agrupadas. Así, por ejemplo, se encuentran como: básicas, primarias o secundarias (Zerpa, 2009), placenteras y displacenteras (Pérez, 2014), positivas, negativas o neutras (Fernández- Abascal, 2011; Greco, 2010; Oros ,2014).

Dentro de las emociones es preciso diferenciar entre las emociones primarias, que se producen como consecuencia de un tipo de cambio específico en las condiciones estímulares, y las emociones secundarias. producidas por la anticipación o recuerdo de tales situaciones (Kalat y Shiota, 2006). También en el ámbito de la Psicología de las Emociones ha ocupado un lugar importante el estudio de las mismas desde dos polos contrarios: las emociones positivas y negativas. Fredrickson una de las autoras más reconocidas en el tema, considera que una emoción es positiva si la experiencia subjetiva es percibida como placentera, si amplía el repertorio de pensamientos-acciones de una persona y si a consecuencia de experimentar este tipo de emociones, se construyen recursos personales que conllevan a un desarrollo funcional y positivo de bienestar lo cual se traduce en un indicador de salud mental.

En cambio, el término emociones negativas, según Fernández Abascal (2011) se refiere a las emociones desagradables que se experimenta cuando se bloquea una meta, se produce una amenaza o pérdida, estas emociones requieren la movilización de importantes recursos cognitivos, psicológicos y comportamentales para ser empleados en la creación y elaboración de planes que resuelvan o alivien la situación. Las mismas han sido más abordadas en la literatura científica, sobre todo la ansiedad, la tristeza y la ira. También se hace referencia, en ocasiones, a emociones neutras como la sorpresa, las cuales producen intrínsecamente reacciones ni agradables ni desagradables y tienen como finalidad facilitar aparición de posteriores estados emocionales.

Si se parte del carácter adaptativo que todas las emociones poseen al movilizar recursos que posibiliten al organismo afrontar las situaciones que dan lugar a su aparición, resulta contradictorio etiquetar un número de emociones como positivas y otras como negativas (ansiedad, tristeza, ira, celos, culpa, vergüenza, envidia).

Ante esta disyuntiva autores como Vázquez et al. (2009) destaca que calificarlas como positivas o negativas no tiene que ver con su propia naturaleza, sino por cómo son vividas por quienes las vivencian. No se trata de que haya emociones buenas o malas, funcionales o no, sino del afecto (positivo o negativo) que suelen conllevar. A partir de esta divergencia se asume la clasificación de Pérez (2014) quien distribuye las emociones en un espacio bidimensional de acuerdo con la experiencia subjetiva de calidad placentera – displacenteras.

Una emoción es placentera si la experiencia subjetiva es percibida como agradable. Surgen cuando la persona experimenta atenuación en su estado de malestar, consigue alcanzar metas determinadas, o evalúa el evento o estímulo como favorable con la consecución de las mismas, proporcionando disfrute, relajación y bienestar (alegría, esperanza, orgullo).

Por su parte, las emociones displacenteras se generan ante acontecimientos que son valorados como dificultad para el logro de los propios objetivos, es decir, cuando se bloquea una meta o ante una amenaza o pérdida; generalmente son vivenciadas con desagrado (Piqueras et al., 2009; Pérez, 2014)). Requieren de la movilización de recursos afectivos, cognitivos, fisiológicos y comportamentales, que contribuyan con la resolución o alivio de la situación que las provoca (ansiedad, tristeza, ira, envidia, celos, culpa, vergüenza). Estas pueden propiciar la desorganización de las respuestas emocionales de las personas llegando incluso a provocar la aparición de estados patológicos (González de Rivera, 2001).

Como su nombre lo indica las emociones displacenteras se relacionan con el *displacer*, con el espectro negativo de las vivencias, en donde la propia situación puede llevar a que estas emociones asuman carácter transitorio o se instauren de manera prolongada en la propia conducta de las personas. Es importante destacar, que a pesar de que a este grupo de emociones se le considere como amenazantes o desequilibrantes, las emociones displacenteras tienen función adaptativa, propiciando que el individuo canalice su energía, permitiéndole al mismo darse cuenta de qué situación en particular está desestabilizando su comportamiento, considerando en muchos casos como mejor alternativa la modificación del mismo.

Entre las emociones displacenteras más estudiadas en su relación con la salud humana, se encuentran la ansiedad, la depresión y la ira. En el caso de la ansiedad, esta se define como

la emoción de marcado desagrado o inconformidad, generalmente de causa desconocida por el paciente, que se acompaña de ligera excitación motora (pequeños movimientos repetitivos, ligero temblor) y de inestabilidad o violentas reacciones vegetativas (enrojecimiento o palidez en la cara, escalofríos, micciones frecuentes, etc.), Grau (1982).

De acuerdo con este autor, es necesario categorizar las diferentes formas de la ansiedad en dos expresiones fundamentales: ansiedad como rasgo y como estado. La ansiedad como rasgo, personal o peculiar, se pone de manifiesto como una característica estable y al mismo tiempo dinámica de la personalidad que da una idea de la predisposición del hombre a la percepción de un amplio círculo de situaciones como amenazantes y a la reacción ante ellas con un estado de ansiedad que se activa en un momento determinado de diferentes niveles de expresión. Se revela ante todo como disposición. Depende no tanto de las características o situaciones desfavorables o estresantes, como de las particularidades de la percepción de la esfera motivacional- emocional de la personalidad individual.

Por su parte, la ansiedad estado se concibe como un estado transitorio que surge como resultado de la percepción de estímulos internos o externos como amenazantes o dañinos. Se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Entre las expresiones de ansiedad como rasgo y la ansiedad estado, se dan interesantes relaciones, de un lado la primera puede condicionar a la segunda y esa a su vez como un estado psíquico reiterado influye en la relación de rasgos de ansiedad sobre todo en las etapas de formación y desarrollo de la personalidad.

Por su parte y de acuerdo con Grau (1982), la depresión constituye una emoción desagradable en la que se presenta un estado de ánimo triste, melancólico o vacío en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, de culpa, inutilidad y desamparo, inquietud, irritabilidad, abatimiento, preocupación, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que el individuo disfrutaba antes, incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.

Pueden aflorar pensamientos de muerte o suicidio, así como intentos de este último, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos. Como vivencia emocional constituye una categoría muy amplia de expresiones que puede variar desde la “tristeza” que comúnmente experimente cualquier persona, en algún momento de su vida, que tiene gran importancia en la conducta adaptativa del hombre y que puede ser normal en la comunicación social del mismo, en situación de desesperanza; hasta su expresión patológica con diversos grados de severidad, intensidad y duración (Moure, 2011).

Según Grau (1982) es necesario categorizar las diferentes formas de depresión en dos expresiones fundamentales: depresión como rasgo y como estado. La depresión rasgo se refiere a la disposición conductual adquirida, rasgos de la personalidad, dado por la predisposición a la percepción de situaciones como pérdida, fracaso y frustración.

A su vez la depresión estado es el estado transitorio que surge como resultado de la percepción de estímulos internos o externos que se asocian a acontecimientos de separación, pérdida o fracaso, decepción e indefensión. Se asocia con la disminución de energía e interés por las actividades vitales, enlentecimiento del metabolismo corporal, la pena, la desilusión, la melancolía, falta de interés y desmotivación por actividades que antes eran.

Por último, se hará referencia a otra de las emociones displacenteras, la ira. Según Tobal (1997), la ira se refiere a la emoción displacentera que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación, furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la activación del sistema nervioso central. Desde el punto de vista de su significado, la emoción de ira aparece principalmente asociada a situaciones interpersonales valoradas por el individuo como una violación injustificada e intencional de sus expectativas o de su territorio personal. El mecanismo básico o primario dirigido a afrontar este tipo de situaciones es la respuesta de lucha o ataque (Molerio, 2004).

Las expresiones de la ira igualmente se categorizan como rasgo-estado y además como control de acuerdo con Spielberger (1991). Este autor define la ira-estado como la situación o condición psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa furia o rabia. Desde el punto de vista

psicobiológico va unida a tensión muscular y a excitación de los sistemas neuroendocrinos y nervioso autónomo. Desde el punto de vista vivencial, la ira incluye sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia con activación concomitante del sistema nervioso autónomo (Nieves, 2008).

Por otro lado, la ira como rasgo se refiere a la tendencia o propensión individual a percibir un amplio rango de situaciones como enojosas o frustrantes y por la tendencia a reaccionar con incrementos del estado de ira. Son personas más propensas a experimentar los estados de ira con mayor frecuencia e intensidad.

Por último, se concibe al control de la ira, como estados emocionales que tienden a suprimirse mediante el sosiego y la moderación en situaciones enojosas. Implica acciones por parte del individuo para controlar sus sentimientos de enfado evitando su manifestación ante otras personas u objetos y, en muchos casos, intentando resolver el problema que los ha provocado.

Una vez abordado el estudio de las emociones, enfatizando, sobre todo, en las de tipo displacenteras como la ansiedad, depresión e ira, se hace necesario exponer consideraciones importantes sobre el desarrollo emocional en la población joven. Por un lado, por la importancia que se les otorga a los estados emocionales en esta etapa del desarrollo y por otro, por ser precisamente la juventud, la etapa objeto de estudio de la investigación.

1.3. Desarrollo emocional en la etapa juvenil

La juventud (del latín *iuventus*) es la etapa del desarrollo que se sitúa entre la adolescencia y la edad adulta.. Se debe aclarar que existen diversas concepciones en cuanto a la edad cronológica en la que se enmarca esta etapa, en dicha investigación se asume la concepción que propone la Organización de Naciones Unidas, la que comprende la juventud en el rango de edad entre 20 a 28 años, considerándolo como juventud plena.

En la edad juvenil culmina en lo esencial el proceso de formación de la personalidad. El surgimiento de una estructura jerárquica suficientemente estable de motivos, su fundamentación a través de la elaboración consciente del sujeto en base al desarrollo intelectual alcanzado, la consolidación de formaciones motivacionales complejas como la

autovaloración y los ideales, permiten la regulación efectiva del comportamiento en las diferentes esferas de significación para la personalidad. (Domínguez, 2003)

Esto conlleva a que el desarrollo emocional en esta etapa sea eminentemente estable e independiente, es decir, va a existir un afianzamiento en cuanto a la expresión de las emociones por parte de los jóvenes condicionado sobre todo por la propia independencia que se alcanza en esta etapa, desligado del grupo y del contexto familiar.

Las emociones en la juventud guardan mucha relación con las motivaciones e intereses fundamentales de sus protagonistas. Estos intereses se traducen en el ámbito de las relaciones de pareja y las actividades profesionales, o sea, el desarrollo emocional dependerá en gran medida del comportamiento de estas dos áreas en la vida de los jóvenes.

Va a existir mayor comprensión y control emocional por parte de los jóvenes, la intensidad de las mismas dependerá de la significación de las situaciones, aunque la duración varía según los sujetos. Se experimenta, además, una gama variada de emociones que pueden ir desde la alegría hasta la ira profunda, puesto que el joven está en constante interacción con un contexto rico en actividades y relaciones sociales, que conllevan a experimentar disímiles vivencias tanto negativas como positivas.

En esta etapa, las emociones positivas y/o placenteras se evidencian con mayor fuerza por el propio desarrollo y características de la edad, (culminación de estudios, actividades profesionales, relación de pareja, recreación, grupo de amigos, proyecto de vida) lo que hace que el joven experimente un sin número de emociones agradables.

Pero también se puede observar la aparición de emociones negativas muy vinculadas al consumo de drogas, vida amorosa, problemas económicos, conflictos con los progenitores, enfermedades mentales y daños cerebrales. En el caso de estos últimos, como lo son los TCE, es preciso llevar a cabo una exploración de las emociones en esta etapa, pues si bien se ha dicho que el desarrollo emocional en esta etapa es estable, es posible que se desestructure luego de una situación eminentemente amenazante capaz de dañar toda la personalidad del sujeto. Los jóvenes, al sentirse discapacitados, limitados, sin fuerzas y energías, tienden a darle un giro a sus emociones manifestando estados de ánimos depresivos, agresividad,

ansiedad, irritabilidad, lo que puede influir considerablemente en la recuperación de la enfermedad y dar lugar a la presencia de sentimientos más que de emociones, siendo duraderos e intensos a lo largo del tiempo.

Capítulo II. Fundamentos Metodológicos

2.1. Diseño metodológico de la investigación

En correspondencia con el problema científico, se estructuró la investigación desde una perspectiva cuantitativa. Este proceso es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no se puede eludir pasos, el orden es riguroso. En el enfoque cuantitativo los planteamientos a investigar son específicos y delimitados desde el inicio de un estudio (Sampieri, 2014).

La recolección de los datos se fundamenta en la medición y el análisis en procesamientos estadísticos. Esta metodología aplica la lógica deductiva (de lo general a lo particular, de las leyes a los datos). La posición del investigador es imparcial y los participantes son fuentes externas de datos. El valor de este paradigma permite construir y generalizar una representación científica de la problemática abordada (Sampieri, 2014).

Se utiliza un diseño metodológico no experimental, el cual tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables. Este procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o, generalmente, más variables, y proporcionar su descripción. Presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos en determinado momento (Sampieri, 2014). En la investigación no experimental se observan fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señalan Kerlinger y Lee (2002): “En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos”. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza (Sampieri, 2014).

En la investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal. Los estudios descriptivos sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Por su parte, los diseños de investigación de tipo transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que

sucede. Los diseños transversales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población (Sampieri, 2014).

Tanto el tipo de estudio como el diseño utilizados son necesarios para cumplir los objetivos trazados en los inicios de la investigación. La problemática seleccionada para desarrollar la investigación no ha sido abordada en el contexto de la ciudad de Santa Clara por lo que se selecciona este tipo de estudio con la finalidad de construir una aproximación inicial al tema.

2.2. Descripción de la muestra

La población contó con un total de 75 pacientes que han sufrido un TCE, hospitalizados en el servicio de Neurocirugía del Hospital Arnaldo Milián Castro de la ciudad de Santa Clara en el período de enero a mayo del 2016. Utilizando un muestreo incidental y cumpliendo con los criterios de selección siguientes, la muestra queda conformada por 30 pacientes, 26 de sexo masculino y 4 de sexo femenino, con rango de edad de 20 a 28 años ($M=24$; $SD=3$).

Criterios de inclusión.

Para la conformación de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes diagnosticados previamente por el especialista con TCE tanto leve como moderado (en el caso de este último con confirmación de poder trabajar por parte del especialista)
- ✓ Pacientes que se encuentren hospitalizados en el servicio de Neurocirugía del Hospital Arnaldo Milián Castro de Santa Clara de enero a mayo del 2016.
- ✓ Las edades deben oscilar entre los 20 y los 28 años.
- ✓ El respeto en todo momento a la voluntariedad de los pacientes y su disposición de formar parte de la investigación.

Criterios de exclusión.

Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta los siguientes:

- ✓ Pacientes que con anterioridad al traumatismo presentaron algún tipo de trastorno mental como retraso mental, epilepsia, esquizofrenia, trastorno bipolar.
- ✓ Pacientes que presenten un estado de gravedad tal que imposibilite la aplicación de técnicas o pruebas psicológicas, como el caso de los traumatismos graves.

- ✓ Pacientes que no decidan colaborar voluntariamente en la investigación o abandonen su participación en la misma.

Criterios de salida.

- ✓ Pacientes que no puedan continuar en la investigación por complicaciones de su estado de salud.
- ✓ Pacientes que decidan abandonar la investigación por decisión propia.
- ✓ Egreso de los pacientes.
- ✓ Muerte (por complicaciones no específicas).

La distribución de la muestra según la edad y el sexo se presenta en la tabla siguiente:

Tabla 3. Descripción de la muestra según edad y sexo

Intervalo de edades.	Cantidad de pacientes del sexo femenino		Cantidad de pacientes del sexo masculino		Total de pacientes	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
20-21 años	-	-	4	13,3	4	13,3
22-23 años	1	3,3	4	13,3	5	16,7
24-25 años	2	6,7	7	23,3	9	30
26-28 años	1	3,3	11	36,7	12	40
Total	4	13,3	26	86,7	30	100

Fuente: investigación

2.3. Definición conceptual y operacionalización de las variables

Sexo: diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción (Anuario Estadístico Cubano, 2010). Establece la distinción de género en: Masculino (1) y Femenino (2).

Edad: tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. Representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los períodos en que se divide la vida humana (Anuario Estadístico Cubano, 2010, citado en Socarrás, 2011). Se operacionalizó a partir de los años cumplidos y el rango de edad para la muestra oscila entre los 20 y 28 años.

Nivel de escolaridad: se clasifica por el más alto grado de estudios que cada estudiante haya aprobado, o por el grado, título o diploma más alto que haya obtenido (Anuario Estadístico Cubano, 2010). Se evalúa en: - Primario: hasta 6to grado (1) - Secundario: hasta 9no grado (2) - Preuniversitario: hasta 12mo grado (3) - Universitario: título universitario (4)

Intervención Quirúrgica: hace referencia a la posibilidad o necesidad de que el paciente sea intervenido quirúrgicamente, es decir, que haya atravesar por una cirugía. Se operacionaliza: Intervenido (1) y No Intervenido (2).

Localización de la lesión: se refiere a la región del cerebro que se afecta tras el TCE. Las lesiones pueden localizarse en uno o más lóbulos. La investigación asume la localización en los siguientes lóbulos:

Frontal (1) Temporal (2)

Traumatismo Craneoencefálico: impacto en el cerebro causado por una fuerza externa que puede producir disminución o alteración del nivel de conciencia, lo que a su vez conlleva una disminución de las capacidades cognitivas y/o físicas. Identifica la patología en estudio y se evalúa atendiendo a la clasificación de la Escala de Glasgow para el coma en (Asociación Nacional de Daño Cerebral de los Estado Unidos, citado por Portellano, 2005):

Leve (de 13 a 15) Moderado (9 a 12) Severo (de 3 a 8)

En la investigación el tipo de TCE se operacionaliza de la manera siguiente:

Leve (1) Moderado (2)

Ansiedad: emoción de marcado desagrado o inconformidad, generalmente de causa desconocida, que se acompaña de ligera excitación motora (pequeños movimientos repetitivos, ligero temblor, lenguaje entrecortado) y de inestable o violentas reacciones vegetativas (enrojecimiento o palidez de la cara, escalofríos, erizamiento del pelo, peristaltismo intestinal exagerado, micciones frecuentes, etc.).

Ansiedad Rasgo, personal o peculiar: se pone de manifiesto como una característica estable y al mismo tiempo dinámica de la personalidad que da una idea de la predisposición del hombre a la precepción de un amplio círculo de situaciones como amenazantes y a la reacción

ante ellas con un estado de ansiedad que se activa en un momento determinado de diferentes niveles de expresión. Se revela ante todo como disposición. Depende no tanto de las características o situaciones desfavorables o estresantes, como de las particularidades de la percepción de la esfera motivacional- emocional de la personalidad individual.

Ansiedad Estado: Estado transitorio que surge como resultado de la percepción de estímulos internos o externos como amenazantes o dañinos. Se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

En la investigación, la técnica para explorar la ansiedad es el IDARE, en el cual se evalúa dos modalidades básicas de expresión de la ansiedad: la ansiedad como rasgo y como estado. Se operacionaliza de la manera siguiente:

Ansiedad Estado: Nivel Bajo (1), Nivel Medio (2) y Nivel Alto (3)

Ansiedad Rasgo: Nivel Bajo (1), Nivel Medio (2) y Nivel Alto (3)

Depresión: constituye un una emoción desagradable en la que se presenta un estado de ánimo triste, melancólico o vacío en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, de culpa, inutilidad y desamparo, inquietud, irritabilidad, abatimiento, preocupación, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que el individuo disfrutaba antes, incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.

Depresión Rasgo: disposición conductual adquirida, rasgos de la personalidad, dado por la predisposición a la percepción de situaciones como pérdida, fracaso y frustración.

Depresión Estado: estado transitorio que surge como resultado de la percepción de estímulos internos o externos que se asocian a acontecimientos de separación, pérdida o fracaso, decepción e indefensión. Se asocia con la disminución de energía e interés por las actividades vitales, enlentecimiento del metabolismo corporal, la pena, la desilusión, la melancolía, falta de interés y desmotivación por actividades que antes eran.

La técnica utilizada para el diagnóstico es el IDERE. Existen 5 ejes fundamentales para analizar el diagnóstico de la depresión: 1. Síntomas Anímicos: predomina la tristeza y la afectación del estado emocional 2. Síntomas motivacionales: es común encontrar la desesperanza y la pérdida del interés por las cosas. 3. Síntomas cognoscitivos: aquí se destacan los cambios en la memoria, la estabilidad tensional y el retenimiento al tener que reflexionar. 4. Síntomas físicos: en este indicador se encuentran variados síntomas que van desde la disminución de las necesidades sexuales y el apetito hasta dolores de espalda y cambios en la expresión de rostro. 5. Síntomas vinculares: aquí son reconocidos los cambios de la conducta social del paciente deprimido, que generalmente se retrae y tiende a aislarse. Se operacionaliza de la manera siguiente:

Depresión Estado: Nivel Bajo (1), Nivel Medio (2) y Nivel Alto (3)

Depresión Rasgo: Nivel Bajo (1), Nivel Medio (2) y Nivel Alto (3)

Ira: emoción displacentera que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación, furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendocrinos y la activación del sistema nervioso central. Desde el punto de vista de su significado, la emoción de ira aparece principalmente asociada a situaciones interpersonales valoradas por el individuo como una violación injustificada e intencional de sus expectativas o de su territorio personal. El mecanismo básico o primario dirigido a afrontar este tipo de situaciones es la respuesta de lucha o ataque.

La técnica utilizada para su estudio fue el STAXI-2. En la misma se va a evaluar los índices de estado, rasgo y control de la ira.

Ira-Estado: se refiere a la situación o condición psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa furia o rabia. Desde el punto de vista psicobiológico va unida a tensión muscular y a excitación de los sistemas neuroendocrinos y nervioso autónomo. Desde el punto de vista vivencial, la ira incluye sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia con activación concomitante del sistema nervioso autónomo.

Ira-rasgo: es la tendencia o propensión individual a percibir un amplio rango de situaciones como enojosas o frustrantes y por la tendencia a reaccionar con incrementos del estado de ira. Son personas más propensas a experimentar los estados de ira con mayor frecuencia e intensidad.

Ira-Control: se relaciona con el control de los sentimientos de ira suprimidos mediante el sosiego y la moderación en situaciones enojosas. A su vez, el control externo de la ira, implica acciones por parte del individuo para controlar sus sentimientos de enfado evitando su manifestación ante otras personas u objetos y, en muchos casos, intentando resolver el problema que los ha provocado.

Se operacionaliza de la manera siguiente:

Ira Estado: Nivel Bajo (1), Nivel Medio (2) y Nivel Alto (3)

Ira Rasgo: Nivel Bajo (1), Nivel Medio (2) y Nivel Alto (3)

Ira Control: Nivel Bajo (1), Nivel Medio (2) y Nivel Alto (3)

2.4. Descripción de las técnicas empleadas

Para dar respuesta a los objetivos trazados en la investigación, se utilizaron las técnicas psicológicas siguientes:

- ✓ Entrevista psicológica semiestructurada.
- ✓ Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)
- ✓ Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDERE)
- ✓ Inventario de Expresión de ira (STAXI-2)

Entrevista psicológica semiestructurada

Descripción: la entrevista psicológica es una de las técnicas más antiguas y eficaces de la Psicología, debido a las amplias posibilidades de acercamiento al paciente, profundización e improvisación de acuerdo a la tarea clínica u objetivo a perseguir. Está comprobada su utilidad en el área clínica por permitir profundizar en aspectos vivenciales y manifestaciones psicopatológicas.

La entrevista psicológica constituye la técnica de mayor uso en la práctica profesional del psicólogo, dada su gran flexibilidad y operatividad tanto para obtener información como para ejercer influencia sobre el /os evaluado/s. La aplicación práctica de esta técnica constituye un elemento de capital importancia de corte investigativo de cualquier temática. Su importancia viene dada por la riqueza de datos que ofrece, por su flexibilidad para acomodarse al propósito de la interacción y su eficiencia en una interacción natural rostro a rostro, pero sobre todo porque está presente en todo el proceso de ayuda psicológica y no puede ser sustituida ni aún por el más sofisticado avance tecnológico.

La entrevista se acompaña en todo momento de la observación general, focalizando aspectos esenciales como: fisonomía, mímica, lenguaje, espontaneidad general -en el caso del paciente-, repeticiones, fenómenos de euforia, inexpressión emocional, rigidez, cambios en el tono emocional y amplitud de las respuestas.

A pesar de reconocer la utilidad práctica de la entrevista en cualquier proceso, es válido señalar además lo necesario de la preparación del entrevistador, así como, la correcta estructuración de esta técnica, lo cual influye en el grado de confiabilidad y validez de los resultados que por este método se obtienen.

Específicamente en la entrevista semiestructurada, se construye o se parte de una guía con una serie de preguntas preestablecidas, pero que en este caso constituyen una “guía flexible” que el entrevistador puede manejar de acuerdo a la información valiosa que vaya apareciendo, dándole a la persona entrevistada la opción de ser un participante más, un “sujeto activo” en este proceso.

Las entrevistas psicológicas semiestructuradas estuvieron dirigidas al especialista, al paciente y al familiar.

Entrevista psicológica semiestructurada al especialista (véase anexo no. 2)

Objetivos:

- ✓ Conocer las características clínicas del TCE que presenta el paciente
- ✓ Conocer el estado emocional del paciente
- ✓ Determinar el estado actual del paciente

Entrevista psicológica semiestructurada al paciente (véase anexo no.3)

Objetivos:

- ✓ Conocer datos generales del paciente
- ✓ Crear un clima favorable para el desarrollo de las actividades
- ✓ Indagar sobre aspectos referentes al traumatismo sufrido
- ✓ Determinar manifestaciones de ira, ansiedad y depresión en el paciente
- ✓ Conocer la valoración del paciente respecto al trauma y posible recuperación

Entrevista psicológica semiestructurada al familiar (véase anexo no.4)

Objetivos:

- ✓ Crear un clima favorable para el desarrollo de las actividades
- ✓ Conocer datos de la vida del paciente
- ✓ Indagar sobre aspectos referentes al traumatismo sufrido por el paciente
- ✓ Determinar cambios conductuales, preocupaciones y actitud del paciente después del trauma

Calificación de la técnica: Las entrevistas fueron analizadas cuantitativamente, a través de porcentajes y tablas, y cualitativamente partiendo de los indicadores siguientes:

-Nombre, edad, grado de escolaridad, ocupación u oficio.

-Antecedentes evolutivos personales

-Antecedentes patológicos personales

-Antecedentes patológicos familiares

-Relaciones familiares

-Relaciones de amistad

-Cambios conductuales y emocionales asociados al evento traumático (irritabilidad, tristeza, tensión, etc.)

Reconocimiento de las circunstancias asociadas al evento traumático, posibles causas (accidente, caída, práctica de deporte, agresión)

-Reconocimiento de sus afectaciones y reacción ante las mismas (estado de ánimo)

-Miedos o preocupaciones generadas por las secuelas del trauma

-Conocimiento acerca de las posibilidades de recuperación.

-Tipo de Traumatismo de acuerdo a la Escala Glasgow

-Clasificación del TCE según la tipología abierto o cerrado

-Mecanismo causal del TCE

-Lesiones neurológicas

-Localización de la lesión

- Necesidad de intervención quirúrgica
- Estado de ánimo del paciente (tristeza, apatía, depresión)
- Pronóstico.
- Posibilidades de rehabilitación.

Interpretación de la técnica: La entrevista se interpreta de manera cualitativa.

Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)

Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene.

Descripción: el IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado con el propósito de disponer de una escala, relativamente breve y confiable, para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), autoaplicada.

La validación en Cuba fue realizada en 1986 por Castellanos, Grau y Martín. Desde entonces, se utiliza en la asistencia cotidiana en casi todas las instituciones de salud del país, así como en la docencia e investigación.

La prueba consiste en un total de 40 expresiones que los sujetos usan para describirse, 20 preguntas miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y 20, la ansiedad peculiar (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Objetivo: explorar la ansiedad rasgo-estado en los participantes.

Material: Protocolo IDARE y lápiz (véase anexo no. 5)

Procedimiento: Las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo de ambas escalas, no obstante el experimentador se cerciorará de que el sujeto haya comprendido cabalmente las mismas, pues de ello depende la validez de los datos, para ello dirigirá la atención del sujeto hacia el hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario, y se recalca al examinado la instrucción de ahora mismo, en estos momentos, para la escala ansiedad-estado (generalmente se realiza primero) y de habitualmente para la escala ansiedad-rasgo, teniendo mucho cuidado de no influir en las

respuestas del sujeto con comentarios o al responder alguna duda que este pudiera tener, además se vigila cuidadosamente que el examinado no omita ningún ítem. Para responder a las escalas el sujeto debe vincular el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada una de las expresiones del protocolo.

Calificación: la prueba se califica cuantitativamente. La dispersión de las posibles puntuaciones a obtener en cada una de las escalas varía desde una puntuación mínima de 20 hasta un máximo de 80. La calificación cuantitativa de la prueba se realiza teniendo en cuenta cuáles son los reactivos directos (+) e invertidos (-) para cada una de las escalas. Como reactivo directo se considera aquel que indica un alto nivel de ansiedad de forma directa. Por ejemplo: una valoración de 4 para el reactivo “estoy tenso” implica un alto nivel de ansiedad. Los invertidos se formulan de manera tal, que una valoración muy alta indica poca ansiedad, por ejemplo: “me siento bien”. Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad - estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. En la escala ansiedad-rasgo, los ítems positivos y directos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39. Para obtener la puntuación del sujeto en cada una de las escalas se utilizaron los parámetros siguientes: Ansiedad-estado: $RP - RN \cdot AE - + = \sum \sum 50 \sum RP - \sum RN + 35 = AR$ RP-Reactivos positivos. RN-Reactivos negativos. Las constantes que se suman en ambas fórmulas (50 y 35) son obtenidas al multiplicar el número total de reactivos inversos en cada escala por cinco. A través de esta constante se revierte automáticamente el peso de las respuestas para cada reactivo. Una vez obtenida la puntuación requerida se lleva a la siguiente escala: Nivel de ansiedad: Baja (menos de 30 puntos) Media (30-43 puntos) Alta (más de 44 puntos).

Inventario de Depresión Rasgo – Estado (IDERE)

Autores. Martín M, Grau JA, Ramírez V y Grau, R.

Descripción: Esta técnica es la versión al español del State-Trait Depressed Inventory (SDAI) de Spielberger la cual constituyó su prueba para la investigación de dos dimensiones distintas de la depresión: la llamada depresión como rasgo y la llamada depresión como estado, en sujetos adultos normales.

Esta prueba consiste en un total de 40 expresiones que los sujetos usan para describirse, 20 preguntas miden la depresión como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y 20, la depresión peculiar (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem. Los valores oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado y 20 y 88 puntos para la escala rasgo.

Objetivo: explorar el nivel de la depresión rasgo-estado en los pacientes.

Material: protocolo IDERE y lápiz (véase anexo 6).

Procedimiento: las instrucciones para la realización de la prueba están impresas en el protocolo de ambas escalas, no obstante el experimentador se cerciorará de que el sujeto haya comprendido cabalmente las mismas, pues de ello depende la validez de los datos, para ello dirigirá la atención del sujeto hacia el hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario, y se recalca al examinado la instrucción de ahora mismo, en estos momentos, para la escala depresión-estado y de habitualmente para la escala depresión-rasgo, teniendo mucho cuidado de no influir en las respuestas del sujeto con comentarios o al responder alguna duda que este pudiera tener, además se vigila cuidadosamente que el examinado no omita ningún ítem. Para responder a las escalas el sujeto debe vincular el número apropiado que se encuentra a la derecha de cada una de las expresiones del protocolo.

Calificación: se califica de manera cuantitativa de la siguiente forma:

Depresión como estado:

$$1+2+6+8+9+10+13+15+18+20 = \text{Total A}$$

$$3+4+5+7+11+12+14+16+17+19 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 = \quad \text{Alto } \geq 43 \quad \text{Medio } 35 - 42 \quad \text{Bajo } \leq 34$$

Depresión como rasgo:

$$1+3+5+7+8+11+14+16+17+20+22 = \text{Total A}$$

$$2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 = \quad \text{Alto } \geq 47 \quad \text{Medio } 36-46 \quad \text{Bajo } \leq 35$$

Los ítems pueden tomar valores de 1 a 4 puntos. Para la escala estado, se otorga 1 punto a la respuesta No, en lo absoluto; 2 a la respuesta Un poco, 3 a la respuesta Bastante y 4 puntos a la respuesta Mucho. Diez ítems son positivos con respecto a la depresión actual, mientras que los otros 10 son contradictorios. Para la calificación de la escala rasgo se procede de manera similar, aunque los puntos de corte son diferentes.

Inventario de expresión de la ira (STAXI-2)

Autores: Brunner y Spielberger

Descripción: El STAXI-2 es una prueba que permite evaluar la ira como estado y rasgo, además del control de la misma en la población adulta. Fue validado para la población cubana (Sanz, 2011), obteniéndose un alpha de Cronbach con rangos entre ,6 y ,8. Consta de 49 ítems distribuidos en las siguientes escalas y subescalas: Ira Estado, Ira Rasgo, Ira Expresión y Control de la Ira. El sujeto debe leer las instrucciones que aparece para cada uno de los bloques y responder de las cuatro alternativas de respuestas donde: A. No en lo absoluto (1 punto) B. Algo (2 puntos) C. Moderadamente (3 puntos) D. Mucho (4 puntos).

Objetivo: explorar el nivel de la ira presente en los pacientes.

Material: protocolo STAXI-2 y lápiz (véase anexo no.7).

Procedimiento: Se pide al sujeto que lea los ítems y marca con una “x” la alternativa que optaría.

Calificación: La calificación de la prueba se realiza de forma cuantitativa, sumando los puntos de cada uno de los ítems que integran sub-escalas.

IRA estado $E = \sum (\text{Sent.} + \text{Exp V} + \text{Exp F})$ Sent. = $\sum (1+2+3+5+7)$ Exp F = $\sum (4+8+11+13+14)$ Exp V = $\sum (6+9+11+10+12+15)$

Ira Rasgo $R = \sum (\text{Temp} + \text{Reacc.})$ Temp. = $\sum (16+17+18+20+23)$ Reac. = $\sum (19+21+22+24)$

Expresión y control de Ira E. Ext. = $\sum (27+ 29+ 31 + 34 + 38+ 40)$ E. Int. = $\sum (28+ 32+ 35 + 37 + 39+ 42)$ C. Ext. = $\sum (26+ 30+ 33 + 36 + 41+ 43)$ C. Int. = $\sum (44+ 45+ 46 + 47 + 48+ 49)$ Índice de Expresión de Ira. IEI = $\sum (E. \text{Ext} + E. \text{Int.}) - (C. \text{Ext.} + C. \text{Int.}) + 36.$

Las puntuaciones directas obtenidas son llevadas a las tablas de baremos que se ofrecen en la técnica para obtener los centiles de cada una de las sub-escalas y escalas. La técnica contiene varias tablas de baremos. Se ofrecen baremos específicos para varones y mujeres en tres grupos de edad: de 16-19 años, de 20 a 29 años y mayores de 29 años. En el caso del estado de ira una vez calculado los centiles los mismos son llevados a una tabla en la que se clasifica el nivel de ira estado en cuatro categorías (Alto, Moderado, Bajo y Nulo).

La prueba se acompaña de una hoja de perfil donde se acotan los centiles. Esta representación gráfica facilita la comprensión de los resultados, de manera especial cuando se comparan los mismos antes y después de la aplicación de un programa. Los centiles correspondientes a las puntuaciones de las escalas y subescalas del STAXI-2 en las muestras de adultos normales permiten comparar a un sujeto concreto con otras personas del mismo sexo y edad similar. Puntuaciones entre los centiles 25 y 75 pueden considerarse normales. Aunque los sujetos con puntuaciones más altas, dentro de este rango, son más propensos a experimentar, exteriorizar, reprimir o controlar la ira que quienes están en la parte inferior de la escala. Puntuaciones por encima del centil 75 indican que estos sujetos experimentan o expresan sentimientos de ira en un grado que pueden interferir con un comportamiento óptimo (Spielberger, 1988). Estos sujetos tienen a producir dificultades en las relaciones interpersonales o predisposición hacia perturbaciones psicológicas o físicas.

2.5. Procedimiento general de la investigación

La investigación se desarrolla en el período de enero a mayo del 2016, en el Hospital Arnaldo Milián Castro de la ciudad de Santa Clara. Constó para su realización de tres etapas fundamentales.

La primera etapa estuvo dirigida a la búsqueda y revisión bibliográfica relacionada con los traumatismos craneoencefálicos, principales definiciones y clasificaciones, epidemiología a nivel mundial y local, principales alteraciones neurológicas y neuropsicológicas causadas por este tipo de daño cerebral, así como la etiología de los mismos.

La búsqueda bibliográfica también se centró en el estudio de las emociones, enfatizando en las de tipo displacenteras, como la ira, ansiedad y depresión. Por último, se dirige la búsqueda

a la edad juvenil, centrando la atención en el desarrollo emocional que caracteriza esta etapa del desarrollo.

Para ello se revisaron tanto investigaciones clásicas como contemporáneas, acudiendo a revistas de primera línea, incluyendo las de idioma inglés. Esta etapa fue decisiva en la elaboración del problema de investigación, así como de los objetivos que darán respuesta al mismo.

La segunda etapa estuvo encaminada a la conformación de la muestra, así como a la selección y aplicación de técnicas psicológicas. Se solicitó, la autorización del jefe de servicio de Neurocirugía del Hospital “Arnaldo Milián Castro. Una vez seleccionados los participantes se procedió al término formal y ético de la investigación (solicitud del consentimiento informado) (véase anexo no.1). Se llevan a cabo las entrevistas psicológicas semiestructuradas proyectadas a especialistas, pacientes y familiares y se aplican las pruebas de IDARE, IDERE y STAXI-2, encaminadas a caracterizar las emociones de ansiedad, depresión e ira presente en el grupo de estudio.

El estudio contó con un promedio de trabajo de 4 sesiones por cada paciente, una sesión con el especialista y una con el familiar de los pacientes. La sesión, tanto con el familiar como con el especialista, se centra en la entrevista psicológica correspondiente para cada caso. En cuanto a las sesiones con el grupo de trabajo, estas se dividen por técnica a aplicar. La primera sesión se dirige a la entrevista psicológica, la segunda al IDARE, la tercera al IDERE y la última al STAXI-2.

Se aplicaron las técnicas tanto en el horario de la mañana como en el de la tarde, de forma individual, en sesiones que no excedieran los 30 minutos, teniendo en cuenta el estado de salud del paciente y la posible aparición de síntomas de cansancio, tanto físicos como mentales.

La tercera y última etapa correspondió al procesamiento de los datos a partir del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS Versión 20) con la utilización de la estadística descriptiva e inferencial, mostrándose los resultados mediante tablas y gráficos estadísticos. Los datos obtenidos en las entrevistas psicológicas fueron sometidos a un análisis cualitativo.

2.6. Procedimiento de análisis

Para realizar el análisis de los resultados se utilizó el SPSS versión 20, paquete de programas estadísticos destinados a las Ciencias Sociales. Se aplicaron procedimientos de la estadística descriptiva e inferencial, se realizó un análisis cuantitativo de los datos obtenidos, los que fueron resumidos en tablas y gráficos Como criterio para establecer diferencias significativas, se asumieron valores de $p < 0,05$. Los. Los datos obtenidos en las entrevistas psicológicas fueron sometidos a un análisis cuantitativo y cualitativo.

La tabla 4 muestra las tareas científicas que se llevan a cabo en la investigación con sus respectivas pruebas estadísticas.

Tabla 4. Análisis estadístico: pruebas, objetivos e hipótesis estadísticas

Tarea Científica	Análisis Estadístico		
	Prueba Estadística	Objetivo	Hipótesis Estadística
Identificación de los niveles de ansiedad, depresión e ira en los pacientes con TCE estudiados.	Análisis de frecuencia	Determinar la frecuencia con que aparecen las manifestaciones de la ansiedad, depresión e ira (categorizadas en tres niveles: alto, medio y bajo) en los pacientes con TCE	
Establecer relaciones entre las variables demográficas, clínicas y la ansiedad, la ira y la depresión en los pacientes con TCE estudiados.	Test Chi-Cuadrado para datos de frecuencia	Determinar la dependencia entre las variables demográficas, clínicas y la ansiedad, la ira y la depresión	H0: No existe dependencia entre las variables demográficas y clínicas y la ansiedad, la ira y la depresión en los pacientes con TCE estudiados. H1: Existe relación entre las variables demográficas, clínicas y la ansiedad, la ira y la depresión en los pacientes con TCE estudiados.

	<p>Pruebas no paramétricas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - U de Mann Whitney. -Kruskal Wallis 	<p>Identificar diferencias entre los grupos de pacientes conformados a partir de las variables demográficas y clínicas y las manifestaciones de la ansiedad, la ira y la depresión en los pacientes con TCE estudiados.</p>	<p>H0: No existe diferencias entre los grupos de pacientes conformados a partir de las variables demográficas y clínicas y las manifestaciones de la ansiedad, la ira y la depresión en los pacientes con TCE estudiados.</p> <p>H1: Existe diferencias entre los grupos de pacientes conformados a partir de las variables demográficas y clínicas y las manifestaciones de la ansiedad, la ira y la depresión en los pacientes con TCE estudiados.</p>
<p>Identificar la asociación entre las manifestaciones de la ansiedad, la ira y la depresión en los pacientes con TCE estudiados</p>	<p>-Análisis de correlaciones</p> <p>-Coeficiente Taub de Kendall</p>	<p>Establecer relaciones entre la ansiedad, la ira y la depresión en los pacientes con TCE estudiados.</p>	<p>H0: No existe relación entre la ansiedad, ira y depresión en los pacientes con TCE estudiados</p> <p>H1: existe relación entre la ansiedad, ira y depresión en los pacientes con TCE estudiados</p>

Fuente: investigación

Capítulo III. Análisis y discusión de los Resultados

La interpretación de los resultados se realizó por técnicas, tomando como punto de partida la entrevista psicológica semiestructurada al especialista. Posteriormente se interpretan los resultados obtenidos en la entrevista psicológica semiestructurada dirigida a los pacientes y a los familiares. Luego se lleva a cabo la interpretación de manera individual de los inventarios IDARE, IDERE y STAXI-2, relacionando los resultados con variables demográficas (edad, sexo y nivel educacional) y variables clínicas (intervención quirúrgica, tipo de TCE y localización de la lesión). En todos los casos se procedió a interpretar los resultados del procesamiento estadístico y de igual manera establecer tendencias según comportamiento de la variable. Finalmente, se efectuó un análisis integrador teniendo en cuenta los objetivos del estudio.

3.1. Análisis de la entrevista psicológica realiza al especialista

Mediante la entrevista realizada al especialista, y teniendo en cuenta los datos de la Escala de Glasgow se constata que 22 pacientes (73% de los casos) presenta TCE leve, mientras que los 8 pacientes restantes (27%) presenta TCE moderado.

Tabla 5. Resultados obtenidos en la Escala de Coma de Glasgow(GCS)

GCS	N	%
Leve	22	73
Moderado	8	27
Total	30	100

Fuente: resultados de la entrevista psicológica

En cuanto a la clasificación del daño craneal se refleja que la mayoría de los pacientes evidencian TCE cerrado (24 casos que equivale al 80%) y solo 6 casos (20%) muestran TCE abierto.

Tabla 6. Distribución de los pacientes según la clasificación de los TCE

Tipo de TCE	N	%
-------------	---	---

Abierto	24	80
Cerrado	6	20
Total	30	100

Fuente: resultados de la entrevista psicológica

En cuanto al mecanismo causal se puede decir que el 50% respondió a accidentes de tránsito (quince casos), 30% respondió a caídas (nueve casos); 10% a agresiones (tres casos); un 7% correspondió a accidentes deportivos (dos casos) y un 3% a accidentes laborales (1 caso). Aquí se puede evidenciar que el mayor porcentaje corresponde a los accidentes de tránsito y a caídas. Se debe tener en cuenta que un factor común en estas dos causas de TCE es la ingestión de bebidas alcohólicas, lo cual es un elemento a tener en cuenta para la prevención de esta enfermedad, coincidiendo con Mendes, 2015.

Dentro de los pacientes se encuentra que el 80% de los casos presentó cuadro de contusión cerebral (24 pacientes), de los cuales ocho presentaron hemorragia. De diez pacientes con fractura craneal, nueve de estas se asociaron a cuadro de contusión y solo en uno de los casos se observó la fractura solamente (doble fractura) asociada a un pequeño hematoma intraparenquimatoso. El total de pacientes con fracturas de cráneo (diez casos), representó un 33%, de las cuales nueve fueron de bóveda (7 lineales, 2 deprimidas), observándose una mejor evolución en aquel que sufrió únicamente fracturas (en este caso doble fractura), sin asociarse con cuadro de contusión o hemorragia.

Por otra parte, nueve pacientes presentaron hemorragias (30%), predominando la contusión hemorrágica (siete casos), seguidos por la hemorragia subaracnoidea, (dos casos). Se apreció además el hematoma intraparenquimatoso en cinco pacientes (17 %) y el hematoma subdural en un caso (3%). Tanto las hemorragias como los hematomas se asocian a los cuadros de contusión cerebral en todos los casos. Del total de casos estudiados, dos presentaron edemas (7%); otros dos sujetos lesión axonal difusa (7%) y uno presentó hidrocefalia (3%). Lo planteado anteriormente se corresponde con resultados alcanzados por Cooper (1996), quien refiere que existen dos tipos de lesiones que casi siempre acompañan a los traumas con contusión cerebral, que son las fracturas y los hematomas intracraneales.

Además, se presenta en 12 pacientes (40%) la epilepsia postraumática. Esta se señala como una de las secuelas más frecuentes tras la incidencia de un TCE, produciéndose en alrededor del 5 % de enfermos con traumas cerrados de cráneo y hasta en el 50 % de los que han sufrido una herida abierta del cerebro (Rodríguez, 2006).

En relación con la localización de acuerdo a los exámenes de neuroimagen, se puede decir que las fracturas de cráneo se localizaron en las regiones frontales (7 casos para un 23,3%) y en las temporales (3 casos para un 10%).Igualmente, en el caso de las contusiones, se apreciaron 14 casos de localización predominantemente frontal (46,7%) y 6 casos en las regiones temporales (20%), para un total de 21 pacientes con lesiones frontales y 9 con lesiones temporales. Esto corrobora lo expresado por Gennarelli y Graham (1998), quienes plantean que las contusiones más típicas se observan en los polos frontales y los temporales.

Los casos que requirieron intervención quirúrgica (12 pacientes para un 40% del total) fueron las fracturas craneales (10 pacientes para un 33%) y dos casos de hematomas (7%). Aquellos que presentaron un rápido deterioro neurológico antes de iniciar el procedimiento quirúrgico, se les indicó tratamiento con manitol 0.250-1.0 g/kg mientras se inicia la cirugía.

Tabla 7. Pacientes con TCE intervenidos o no quirúrgicamente

Intervenidos	N	%
Sí	12	40
No	18	60
Total	30	100

Fuente: resultados de la entrevista psicológica

La entrevista al especialista aportó igualmente información acerca de las secuelas más evidentes. En este sentido se debe destacar la presencia de epilepsia postraumática en el 40% de los casos, anteriormente mencionada. Otras secuelas importantes resultaron los déficits motores: hemiparesia, trastornos del balance o equilibrio, déficit sensitivo. Entre los déficits cognitivos más frecuentes tras el daño cerebral se encontraron en mayor proporción las fallas mnémicas, alteraciones en la atención y concentración, problemas visoespaciales, reducción de las habilidades de razonamiento y una limitada capacidad de planificación y organización,

hallazgos que coinciden con los encontrados por autores como Squire, (2002); Allegri y Harris, (2003).

Se debe decir que más del 80% de los pacientes experimentaron un amplio rango de síntomas neurológicos tales como: cefaleas en la mayoría de los casos, vértigos, hipersensibilidad a los ruidos y a la luz, insomnio y fatiga. Estos resultados coinciden con los expuestos por Duckro y Chibnall (1999) quienes afirman que de un 50 a un 90% de las víctimas de traumas craneales moderados, existe presencia de cefaleas fuertes, de los cuales, del 30 al 50% tendrán cefaleas por dos meses pasado el trauma; de 20 a 25% la presentarán por 6 meses luego del trauma y de un 10 a un 15% continuará experimentando síntomas postraumáticos significativos incluyendo la cefalea por más de un año.

En cuanto al estado de ánimo de los pacientes, se evidencia en más del 50% marcada tristeza e incluso llanto, (sobre todo en los casos intervenidos y en los que presentan secuelas motoras). También se pone de manifiesto temblores, intranquilidad, hiperhidrosis, todo esto normal en pacientes con esta enfermedad, dependiendo de sus características personológicas.

En relación con el pronóstico médico, este resultó reservado para todos los casos, aún en los clasificados como traumas leves y con mejor grado de recuperación, donde no se descarta la posibilidad de aparición de algunas complicaciones secundarias. En el caso de las posibilidades de rehabilitación se asume que todos los pacientes con TCE pueden tenerla, siempre que las propias condiciones físicas y mentales de los sujetos contribuyan al desarrollo de este proceso. Además, se debe evitar que las acciones de rehabilitación sean intensivas, y en caso de no percibirse logros en los pacientes deben de ser retiradas.

3.2. Análisis de las entrevistas psicológicas realizadas a los pacientes y familiares

Al existir marcadas coincidencias en los resultados de la entrevista a los pacientes y la de los familiares, se decide integrar la información obtenida en un mismo análisis.

La entrevista psicológica realizada tanto a los pacientes como a sus familiares, estuvo encaminada a profundizar en diferentes esferas de la vida: personal, familiar, intelectual, ocupacional, relaciones de amistad, esfera afectiva motivacional. Se enfatiza en aspectos relacionados con el traumatismo, los principales cambios conductuales y emocionales asociados al evento traumático, principales preocupaciones, así como la actitud ante la

repercusión. Es importante señalar que en el desarrollo de las dos entrevistas se contó con condiciones aceptables, teniendo en cuenta el contexto en el que se lleva a cabo la investigación. Se logra la empatía y la colaboración espontánea tanto de los pacientes como de los familiares.

Resulta necesario aclarar que, aunque la variable sexo no fue seleccionada como discriminadora, la incidencia de los TCE se caracterizó por su predominio en el sexo masculino. En este caso, 26 pacientes representan al sexo masculino (87%) y los 4 restantes al sexo femenino (13%). Con respecto a la edad, el rango que predominó fue de 26 a 28 años (M=24 SD=3).

En cuanto al nivel de escolaridad se presenta que el 10% corresponde al nivel primario (3 pacientes), 27% al nivel secundario (8 pacientes), 46% al nivel pre universitario (14 pacientes) y el 17% restante al nivel universitario (5 pacientes). Por su parte, en las ocupaciones actuales se evidencian 8 obreros (27%), 4 desempleados (13%), 1 ama de casa (3%), 5 estudiantes (17%), 10 cuentapropistas (33%) y 2 trabajadores de servicios (7%).

Tabla 8. Pacientes con TCE según el nivel escolar

Nivel Escolar	N	%
Primario	3	10
Secundaria básica	8	27
Pre-universitario	14	46
Universitario	5	17
Total	30	100

Fuente: resultados de la entrevista psicológica

Con relación a los antecedentes evolutivos personales se puede decir que la generalidad de los pacientes refiere haber devenido de un parto sin dificultades y no haber sufrido alteraciones en su desarrollo físico ni psíquico, constatándose un desarrollo evolutivo normal. Los antecedentes patológicos personales no revelan datos significativos en cuanto a daños, enfermedades o trastornos orgánicos presentados por los pacientes con anterioridad al traumatismo craneoencefálico. En los antecedentes patológicos familiares se aprecia la

existencia de hipertensión arterial en familiares de primera línea en mayor medida, seguidos por asma bronquial y diabetes mellitus.

En el 100% de los casos se apreció elevada preocupación de los miembros de la familia hacia los pacientes tomando matices especiales posterior al evento traumático, tanto del acompañante como de otros familiares en los horarios de visita. No se apareció el abandono o atención disminuida de parte de los familiares, que pudieran generar algún sentimiento de soledad en los pacientes hospitalizados.

El 90% de los casos manifestó tener adecuadas relaciones en su medio familiar, lo que se logró corroborar a través de la atención y preocupación de los familiares. El 10% restante planteó que, a pesar de mantener buenas relaciones familiares, no interactuaban ni convivían pues se encontraban distante físicamente unos de otros, en donde las amistades pasaban a ser su familia más cercana.

Con respecto a la esfera de relaciones de amistad, la generalidad de participantes en la investigación manifestó la existencia de lazos de amistad con al menos dos personas, enmarcados en el respeto y la ayuda mutua, evidenciándose en las muestras de preocupación y en la ayuda brindada, especialmente después del trauma que sufrieron los participantes. Autores como Ponsford (1995), sugiere que cuando existen problemas previos en el ámbito familiar y social, el pronóstico de daños cerebrales tiende a ser peor, hallazgo que queda refutado en la investigación.

Por otra parte, los familiares hacen alusión a la aparición de cambios conductuales en los pacientes, sobreintranquilidad, llanto, temblores, cansancio, tono de voz bajo, no apreciándose previo al trauma. Lo anteriormente planteado conduce a considerar la frecuencia de aparición de cambios de personalidad tras la ocurrencia de TCE, los que, de acuerdo a lo planteado por Muñoz (1998), pueden ir desde una leve exacerbación de los rasgos previos hasta un cambio radical de la personalidad premórbida.

Asimismo, se observan perseveraciones u otros fenómenos de inercia patológica que en ocasiones no son reconocidos por el paciente y que indican afectaciones neuropsicológicas, información que coincide además con Tirapu, Pelegrín, y Gómez, (2005).

En cuanto a los cambios emocionales se presenta tristeza, tensión, preocupación, inquietud, ansiedad, negativismo asociado a las limitaciones neurológicas en la mayoría de los casos, lo que se corrobora además con las observaciones realizadas a la hora de llevar a cabo las entrevistas. Esto repercute negativamente en toda la integridad de los pacientes.

Las principales preocupaciones de los pacientes asociados a su estado actual giran en relación a su posterior desempeño laboral (65% de los casos), relaciones sociales y de pareja (30%) y trastornos mentales (5%). De aquí se puede interpretar la importancia que tiene para los pacientes llevar una vida laboral activa que les proporcione sustento económico. Al respecto comentan: *“me preocupa mucho que no pueda rendir como antes en el trabajo”, “seguro que me botan porque ya no seré el mismo””, yo necesito trabajar para mantener a mi familia”*.

Por otra parte, el déficit de memoria constituyó una queja mantenida en 65% de los pacientes, lo que se puede relacionar con lo planteado en este sentido por sus familiares. Se puede decir que ninguno de estos pacientes logró recordar o precisar detalles acerca del momento de ocurrencia del traumatismo, más allá de lo que les comentaron sus allegados o los testigos presenciales del evento, aunque si recuerdan perfectamente la causa del traumatismo, e incluso la posición que ocuparon en ese momento (víctima o victimario). Lo anterior coincide con el período de confusión, desorientación e inhabilidad para recordar los hechos que van ocurriendo y que se describe en la literatura como Amnesia Post- Traumática (APT), coincidiendo estos resultados con los encontrados por Amado, 2015; Mendes, 2015; Socarrás, 2011.

El 74% de los pacientes, igualmente sus familiares se muestran optimistas y confiados en la recuperación, con adecuado reconocimiento de las limitaciones asociadas al trauma, manifestando disposición para la rehabilitación. Sin embargo, el 26% se muestra pesimista, sobre todo por el temor al regreso, la sensación de imposibilidad para enfrentar determinadas funciones, asociadas a las secuelas, aun cuando en poco tiempo han logrado recuperar algunas como por ejemplo la motricidad. Esto trae asociado sentimientos de frustración que generan ansiedad, depresión e incluso ira, cuya presencia será evaluada en las técnicas dirigidas a explorar estos estados emocionales.

3.3. Análisis del Inventario de Ansiedad rasgo-estado(IDARE)

El inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) va dirigido a evaluar la presencia de ansiedad como estado y como rasgo en los pacientes.

Ansiedad-Estado

En cuanto a la ansiedad como estado los valores que prevalecieron estuvieron centrados en el nivel alto y medio. Los participantes que obtuvieron niveles altos se asociaron a puntuaciones en la escala cercanas a 53 puntos, con tendencia hacia el extremo superior en el 50 % de la muestra. En el nivel medio con un total de 14 casos (46,7%), las puntuaciones se acercan igualmente hacia el extremo alto (42). Solo un caso obtuvo una puntuación baja.

Tabla 9. Niveles de ansiedad estado en los pacientes estudiados

Niveles	Frecuencia	%
Alto	15	50
Medio	14	46,7
Bajo	1	3,3
Total	30	100

Fuente: resultados del IDARE

Lo anteriormente referido evidencia que estas personas experimentan altos niveles de ansiedad estado, relacionado con el trauma sufrido. Esta situación puede estar condicionada por tratarse de un daño cerebral, por la incertidumbre de la recuperación, así como por las secuelas que se presentan tras el trauma.

En la tabla 10, se muestran las respuestas seleccionadas por los pacientes en relación a la ansiedad estado, apreciándose, que muchas de estas se traducen en tensión, nerviosismo, preocupación, sobreintranquilidad, abatimiento (ítem 3, ítem 4, ítem 6, ítem 9, ítem 12, ítem 17).

Tabla 10. Análisis de frecuencia de los niveles de ansiedad estado en el IDARE

Ítems	No	Un poco	Bastante	Mucho
--------------	-----------	----------------	-----------------	--------------

	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1. Me siento calmado	2	6,7	10	33	18	60	-	
2. Me siento seguro	4	13,3	14	46,7	11	36,7	1	3,3
3. Estoy tenso	1	3,3	20	66,7	4	13,3	5	16,7
4. Estoy contrariado	7	23,3	9	30	13	43,3	1	3,3
5. Me siento a gusto	5	16,7	17	56,7	8	26,7	-	
6. Me siento alterado	8	26,7	14	46,7	8	26,7	-	
7. Estoy alterado por algún contratiempo	7	23,3	13	43,3	7	23,3	3	10
8. Me siento descansado	11	36,7	11	36,7	8	26,7	-	
9. Me siento ansioso	8	26,7	9	30	9	30	4	13,3
10. Me siento cómodo	4	13,3	12	40	13	43,3	1	3,3
11. Me siento con confianza en mí mismo	-		14	46,7	13	43,3	3	10
12. Me siento nervioso	4	13,3	15	50	11	36,7	-	
13. Estoy agitado	12	40	9	30	9	30	-	
14. Me siento a punto de explotar	11	36,7	13	43,3	6	20	-	
15. Me siento relajado	2	6,7	11	36,7	17	56,7	-	
16. Me siento satisfecho	7	23,3	16	53,3	7	23,3	-	
17. Estoy preocupado	1	3,3	11	36,7	12	40	6	20
18. Me siento muy excitado y aturdido	9	30	15	50	4	13,3	2	6,7
19. Me siento alegre	19	63,3	10	33,3	1	3,3	-	
20. Me siento bien	3	10	14	46,7	1	3,3	-	

Fuente: resultados del IDARE

La expresión de la ansiedad como estado se evidenció en niveles altos en ambos sexos, no existiendo diferencias significativas entre estos dos grupos ($p=0.550$).

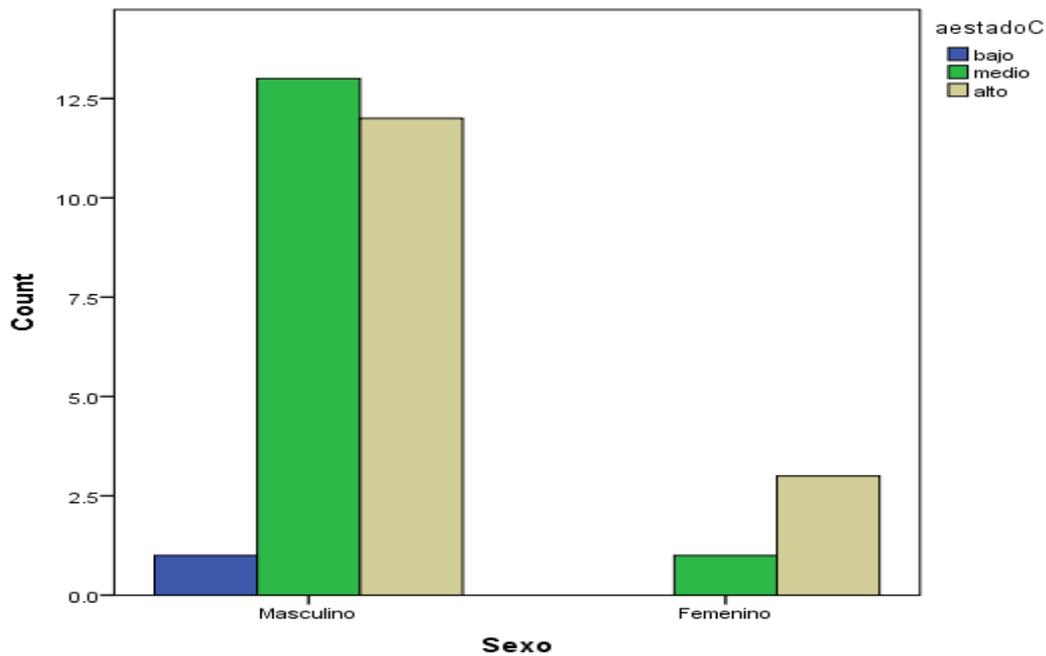


Gráfico 1. Relación entre el sexo en la ansiedad estado

Fuente: base de datos del estudio SPSS versión 20

En el caso de la edad, al evaluar la ansiedad como estado se encontraron valores más elevados en el grupo etario de 24 a 28 años de edad. Si bien primaron las expresiones de valores medios y altos en los dos subgrupos, sus manifestaciones fueron más elevadas en los pacientes de mayor edad, aunque no se evidenciaron diferencias significativas entre la edad del paciente y los niveles de ansiedad estado ($p=0.445$). Los estados de ansiedad, al incrementarse la edad pueden estar vinculados con la valoración que el paciente tiene de la situación limitante que enfrenta en el orden económico, familiar y personal.

Tabla 11. Niveles de ansiedad estado en los pacientes según la edad

Grupos de edades	Nivel de Ansiedad	Ansiedad Estado	
		N	%
20-23	Bajo	3	10
	Medio	5	17
	Alto	7	24

	Bajo	1	3
24-28	Medio	4	13
	Alto	10	33
Total		30	100

Fuente: resultados del IDARE

Por su parte, la variable nivel educacional no presentó diferencias significativas para la ansiedad estado ($p>0.241$) (véase anexo no 9), aunque el rango promedio mostró mayor incidencia del nivel educacional universitario que en los restantes niveles (véase anexo no.10).

En los niveles de ansiedad como estado, a pesar de no mostrarse diferencias significativas ($p= 0.700$) en pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente y los que no, se puede apreciar una tendencia no significativa a mostrar mayores niveles de ansiedad estado en los casos que no han necesitado intervención (véase anexo no. 8). Esto puede estar condicionado por la propia incertidumbre que experimentan los pacientes en relación a su situación actual.

Ansiedad-Rasgo

En el caso de la ansiedad como rasgo los valores que prevalecieron estuvieron centrados en el nivel medio con un total de 22 casos, lo que representa un 73,3%, con puntuaciones dirigidas hacia el extremo medio (35). En el nivel bajo hubo un total de 6 casos (20%), cuyas puntuaciones se acercan al extremo medio (29) y en menor medida se presenta el nivel alto, mostrándose en solo dos pacientes lo que equivale a un 6,7%, con puntuaciones hacia el extremo medio (46). Los resultados obtenidos hasta el momento en el IDARE no muestran relación entre la ansiedad estado y ansiedad rasgo, aunque la prevalencia de esta última puede influir en que algunos pacientes experimenten altos niveles de ansiedad estado.

Tabla 12. Niveles de ansiedad rasgo en los pacientes estudiados

Niveles	Frecuencia	%
Medio	22	73,3
Bajo	6	20

Alto	2	6,7
Total	30	100

Fuente: resultados del IDARE

Las variables edad y nivel educacional no mostraron diferencias significativas en la ansiedad rasgo ($p=0.520$) ($p=0.461$). El grupo etario que presentó con más frecuencia niveles medios de ansiedad rasgo fue el de 24 a 28 años, mostrándose igualmente este grupo en la ansiedad estado. Por su parte en el nivel de escolaridad prevaleció el nivel preuniversitario con un total de 16 casos lo que representa un 53, 3% y en menor medida se mostró el nivel secundario con un total de 4 casos representando un 13%.

De igual manera, el sexo tampoco mostró diferencias significativas ($p=0.280$). A pesar de existir mayor cantidad de hombres que de mujeres, en ambos grupos se evidencia el predominio de niveles medios de ansiedad como rasgo.

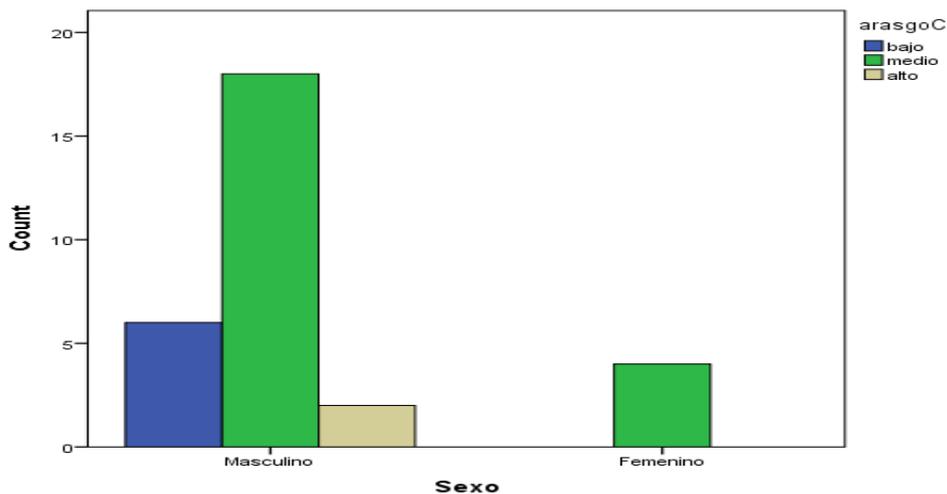


Gráfico 2. Relación del sexo en la ansiedad rasgo

Fuente: base de datos del estudio SPSS versión 20

En relación a la variable intervención quirúrgica no se constatan diferencias significativas para la ansiedad rasgo desde el punto de vista estadístico ($p=0.290$). Al igual que en la ansiedad estado, existe una tendencia a presentar la ansiedad rasgo en los casos que no han necesitado intervención quirúrgica (véase anexo no.11).

Las variables tipo de TCE y localización de la lesión no presentan diferencias significativas para la ansiedad estado y rasgo ($p=0.281$) ($p=0.350$), existiendo tendencia a niveles altos en ansiedad estado y niveles medios en ansiedad rasgo en ambas variables.

3.4. Análisis del Inventario de Depresión rasgo-estado (IDERE)

El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE) va dirigido a evaluar la presencia de depresión como estado y como rasgo en los pacientes.

Depresión-Estado

En la tabla no.14, se puede observar que en relación a la depresión estado se obtuvo la mayor incidencia en el nivel alto con un total de 18 pacientes (60%), con puntuaciones hacia el extremo alto (62), lo que sin lugar a dudas evidencia la presencia de depresión en estos pacientes ante situaciones concretas. Además, las puntuaciones del nivel medio son igualmente altas (43) para un total de 12 pacientes lo que equivale a un 40%.

Tabla 13. Niveles de depresión estado en los pacientes estudiados

Niveles	Frecuencia	%
Alto	18	60
Medio	12	40
Total	30	100

Fuente: resultados del IDERE

En la tabla 14, teniendo en cuenta las respuestas que brindan los pacientes en el inventario, se puede identificar la frecuencia de pensamientos negativos en relación al estado de salud, percepción negativa de sí mismo, cansancio pesimismo, incapacidad reflejada como baja autoestima y preocupación en cuanto al futuro. Esto se evidencia fundamentalmente en los Items 1, 2, 4, 8, 9, 13, 15, 18, 20. Sin embargo, se puede apreciar desde el punto de vista positivo que no existe dificultades con el ítem 6 (referido al suicidio) lo que se vincula con la necesidad de vivir en el 93,3% de los participantes.

Tabla 14. Análisis de frecuencia de los niveles de depresión estado

Items(IDERE)	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
--------------	----------------	---------	----------	-------

	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación	9	30	7	23,3	14	46,7	-	
2. Estoy preocupado	-		13	43,3	12	40	5	16,7
3. Me siento con confianza en mí mismo	-		8	26,7	17	56,7	5	16,7
4. Siento que me canso con facilidad	2	6,7	15	50	9	30	4	13,3
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme	6	20	17	56,7	7	23,3	-	
6. Siento deseos de quitarme la vida	28	93,3	2	6,7	-		-	
7. Me siento seguro	2	6,7	11	36,7	15	50	2	6,7
8. deseo desentenderme de todos los problemas que tengo	3	10	11	36,7	8	26,7	8	26
9. Me canso más pronto que antes	5	16,7	13	43,3	8	26,7	4	13,3
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas	3	10	17	56,7	10	33,3	-	
11. me siento bien sexualmente	4	13,3	6	20	16	53,3	4	13,3
12. Ahora no tengo ganas de llorar	4	13,3	15	50	11	36,7	-	
13. He perdido la confianza en mí mismo	10	33,3	10	33,3	9	30,0	1	3,3
14. Siento necesidad de vivir	1	3,3	8	26,7	13	43,3	8	26,7

15. Siento que nada me alegra como antes	8	26,7	14	46,7	8	26,7	-	
16. No tengo sentimientos de culpa	8	26,7	16	53,3	5	16,7	1	3,3
17. Duermo perfectamente	2	6,7	15	50	12	40	1	3,3
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea	8	26,7	11	36,7	11	36,7	-	
19. Tengo gran confianza en el porvenir	1	3,3	17	56,7	9	30	3	10
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir	1	3,3	9	30	1	3,3	10	33,3

Fuente: resultados del IDERE

En cuanto al sexo no se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la depresión estado ($p=0.788$), mostrándose en ambos casos niveles altos. No obstante, se puede agregar que en el sexo femenino existe una equivalencia entre los niveles altos y medios. El gráfico 3, refleja los resultados.

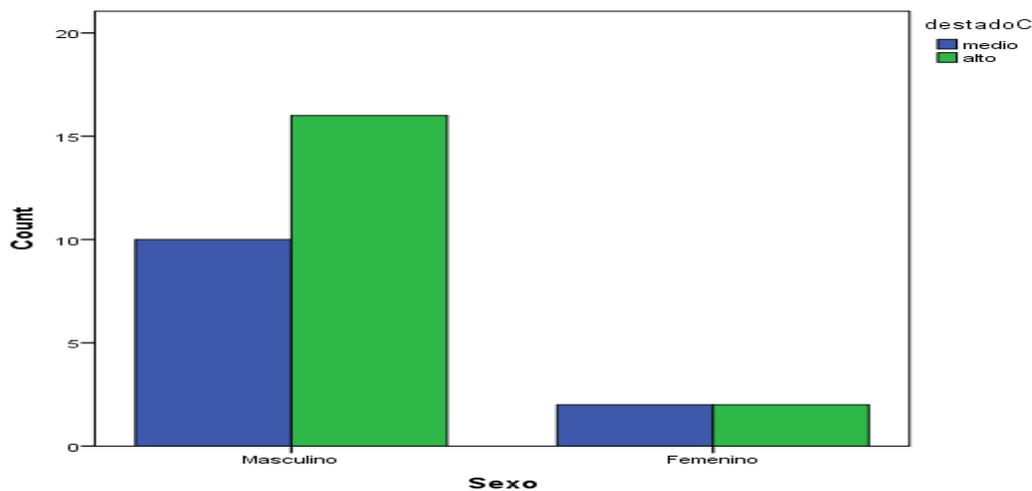


Gráfico 3. Relación del sexo en la depresión estado

Fuente: base de datos del estudio SPSS versión 20

Por otro lado, no se evidencian diferencias significativas en relación a las variables: nivel educacional e intervención quirúrgica ($p=0.178$) ($p=0.171$) (véase anexo no.9 y no.12). Aunque en este sentido se puede mencionar que los pacientes con más altos niveles de depresión estado se encontraron en el nivel educacional secundario y existió mayor frecuencia de depresión estado en aquellos que habían sido intervenidos quirúrgicamente.

En la tabla 15, se puede observar que el grupo etario que presentó con mayor frecuencia la depresión estado fue el de 20 a 23 años, constituyendo en este caso los más jóvenes; aunque no se muestran diferencias significativas en relación al otro grupo ($p=0.198$).

Tabla 15. Niveles de depresión estado en los pacientes según la edad

Grupos de edades	Nivel de Depresión	Depresión Estado	
		N	%
20-23	Medio	8	26,7
	Alto	12	40
24-28	Medio	4	13,3
	Alto	6	20
Total		30	100

Fuente: resultados del IDERE

Depresión- Rasgo

En el estudio de la depresión como rasgo se evidenció que la mayor incidencia correspondió al nivel bajo, con un total de 14 pacientes (46,7%), con una puntuación dirigida hacia el extremo medio (29). El nivel alto se presentó en 9 pacientes (30%), con puntuaciones hacia el extremo medio (46) y luego el nivel medio (7 pacientes lo que equivale al 23,3%) con puntuaciones cercanas al extremo bajo (33). Estos resultados denotan que la mayoría de los pacientes presentan tendencia a vivenciar bajos niveles de depresión rasgo.

Tabla 16. Niveles de depresión rasgo en los pacientes estudiados

Niveles	Frecuencia	%
Bajo	14	46,7
Alto	9	30
Medio	7	23,3
Total	30	100

Fuente: resultados del IDERE

En cuanto al sexo no se aprecia diferencias significativas en relación a los niveles de depresión ($p=0.427$), predominando los niveles bajos tanto en hombres como en mujeres (véase anexo no.13). Además, como se aprecia en el gráfico siguiente, en el sexo masculino se presentan niveles medios de depresión rasgo, no siendo así en el sexo femenino.

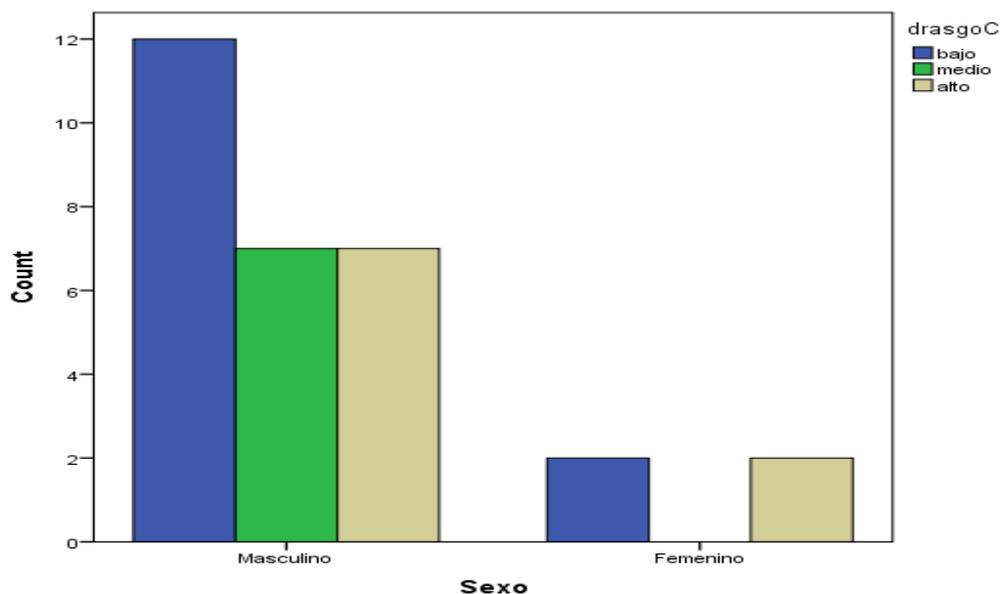


Gráfico 4. Relación del sexo en la depresión rasgo

Fuente: Base de datos del estudio SPSS versión 20

En el análisis realizado se constató similitud en los resultados alcanzados al valorar la depresión rasgo según la edad de los participantes, aunque en este sentido no se aprecia

diferencias significativas ($p=0.418$). Al observar la tabla 17 solo es distintivo la presencia de niveles bajos en el grupo etáreo de 24 a 28 años.

Tabla 17. Niveles de depresión rasgo en los pacientes según la edad

Grupos de edades	Nivel de Depresión	Depresión Rasgo	
		N	%
20-23	Bajo	5	16,7
	Medio	3	10
	Alto	4	13,3
24-28	Bajo	9	30
	Medio	4	13,3
	Alto	5	16,7
Total		30	100

Fuente: resultados del IDERE

Por su parte, las variables nivel educacional e intervención quirúrgica no mostraron diferencias significativas para la depresión como rasgo ($p=0.429$) ($p=0.201$) (véase anexo no.9 y no.14 respectivamente). En el caso del nivel educacional se percibe que el nivel universitario presenta la mayor frecuencia de niveles bajos de depresión rasgo (56,4%).

En la variable intervención quirúrgica, existió una tendencia a presentar depresión rasgo en niveles bajos en pacientes que no han sido intervenidos quirúrgicamente (10 casos para un 33,3%).

En cuanto a las variables tipo de TCE y localización de la lesión estas no muestran diferencias con relación a la depresión estado y rasgo ($p=0.525$) ($p=0.431$), aunque existe la tendencia en pacientes con traumas leves y localización frontal a presentar niveles altos de depresión estado y medios de depresión rasgo.

3.5 Análisis del Inventario de Expresión de la Ira (STAXI-2)

Tras la aplicación de la técnica STAXI-2 se pudo explorar la expresión de la ira como estado, rasgo y además control de la misma en los participantes en la investigación.

Ira-Estado

Los resultados obtenidos evidencian que la expresión de la ira como estado, se muestra a un nivel bajo en 27 pacientes representando el 90%, con puntuaciones cercanas al extremo alto (54), mientras que el nivel medio se manifiesta en los tres restantes pacientes, para un 10%, con puntuaciones dirigidas al extremo medio (42). El predominio del nivel bajo permite asumir estos resultados como factor compensatorio en la evolución de la enfermedad y situación actual del paciente.

Tabla 18. Niveles de ira estado en los pacientes estudiados

Niveles	Frecuencia	%
Bajo	27	90
Medio	3	10
Total	30	100

Fuente: resultados del STAXI-2

En la tabla 19 se puede apreciar que la generalidad de las respuestas brindadas por los pacientes apunta hacia la escala “no en lo absoluto”, por lo que la tendencia se dirige a no presentar ira como estado. En todos los ítems se puede observar este resultado, matizado por bajos niveles de furia, enojo, enfado e irritabilidad.

Tabla 19. Análisis de frecuencia de los niveles de ira estado

Items(STAXI)	No en absoluto		Algo		Moderadamente	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1. Estoy furioso	24	80	5	16,7	1	3,3
2. Me siento irritado	22	73,3	6	20	2	6,7
3. Me siento enfadado	26	86,7	4	13,3	-	
4. Le pegaría a alguien	27	90	-		3	10
5. Estoy alterado	23	76,7	6	20	1	3,3

6. Me gustaría decir malas palabras	25	83,3	4	13,3	1	3,3
7. Estoy molesto	25	83,3	4	13,3	1	3,3
8. Me gustaría dar puñetazos en la pared	25	83,3	5	16,7	-	
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	27	90	3	10	-	
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	26	86,7	4	13,3	-	
11. Quiero romper algo	30	100	-		-	
12. Me dan ganas de gritar	25	83,3	5	16,7	-	
13. Le tiraría algo a alguien	29	96,7	-		1	3,3
14. Tengo ganas de abofetear a alguien	30	100	-		-	
15. Me gustaría hacharle la bronca a alguien	28	93,3	2	6,7	-	

Fuente: resultados del STAXI-2

En cuanto a las variables sociodemográficas edad, sexo y nivel educacional no se aprecian diferencias significativas ($p=0.520$) ($p=0.474$) ($p=0.329$). No obstante, en el grupo de edad entre 24 a 28 predominan niveles bajos y en el de 20 a 23 se combina con niveles medios. En cuanto al sexo, el masculino mostró tanto niveles bajos como medios, no siendo así en el sexo femenino que presentó solamente niveles bajos, Por su parte, en el nivel educacional, hubo tendencia a presentar niveles más bajos de ira-estado en los preuniversitarios (véase anexo no. 10).

En cuanto a las variables clínicas: intervención quirúrgica, tipo de TCE y localización de la lesión, estas no presentaron diferencias significativas en relación con la ira estado ($p=0.429$)

($p=0.344$) ($p=0.421$) (véase anexo no. 15). Aunque existió, en pacientes que no han sido intervenidos quirúrgicamente, la tendencia a presentar con más frecuencia los niveles bajos (véase anexo no.16). Teniendo en cuenta el tipo de traumatismo y localización de la lesión se apreciaron niveles bajos.

Ira-Rasgo

En cuanto a la ira rasgo, los valores que prevalecieron se centraron igualmente en el nivel bajo, con un total de 21 pacientes lo que representa un 70%, con puntuaciones hacia el extremo bajo (28). Le sigue el nivel medio con 8 pacientes para un 26,7% y con puntuaciones cercanas al extremo alto (46); y por último está el nivel alto con solo un paciente lo que representa el 3,3 %, con la puntuación dirigida al extremo medio (48). Esto permite inferir que el grupo de estudio no se caracteriza desde el punto de vista psicológico, por presentar emociones displacenteras como la ira, que puede ir desde una simple manifestación de indiferencia a una conducta agresiva.

Tabla 20. Niveles de ira rasgo en los pacientes estudiados

Niveles	Frecuencia	%
Bajo	21	70
Medio	8	26,7
Alto	1	3,3
Total	30	100

Fuente: resultados del STAXI-2

Las variables edad, sexo y nivel educacional se comportaron de la misma forma que en la ira estado, no mostrando diferencias significativas en el grupo de estudio($p=0.246$) ($p=0.307$) ($p=0.471$).

En cuanto a las variables clínicas intervención quirúrgica, tipo de TCE, localización de la lesión, estas no presentaron diferencias significativas en relación con la ira rasgo ($p=0.529$) ($p=0.763$) ($p=0.812$). Teniendo en cuenta la intervención quirúrgica, el tipo de traumatismo y localización de la lesión se manifestó la tendencia a niveles bajos.

Ira Control

En la ira control, con un total de 24 pacientes, lo que representa el 80%, con puntuaciones cercanas al extremo alto (47) se observaron niveles medios. Solo 6 pacientes manifestaron niveles altos, lo que representa el 20%, con puntuaciones dirigidas al extremo medio (49). Estos resultados permiten inferir, que los pacientes con TCE pueden utilizar alternativas que le permiten controlar medianamente las manifestaciones de esta emoción, ejemplo de estas son: pensamientos agradables, mantenimiento de la calma, evitación y respiración profunda.

Tabla 21. Niveles de ira control en los pacientes estudiados

Niveles	Frecuencia	%
Medio	24	80
Alto	6	20
Total	30	100

Fuente: resultados del STAXI-2

Al exponer los resultados de las variables, edad y sexo, se puede evidenciar la no presencia de diferencias significativas en relación al control de la ira ($p=0.255$) ($p=0.788$) (véase anexo no.9). Resultados diferentes apuntan los relacionados con el nivel de escolaridad donde predomina el nivel universitario ($p=0.002$).

En el caso de la intervención quirúrgica no se evidencian diferencias significativas ($p=0.192$) (véase anexo no.17). En ambos grupos experimentaron niveles medios de ira control. Por último, se muestran los resultados de las variables tipo de TCE y localización de la lesión. Ambas variables no presentaron diferencias significativas ($p=0.288$) ($p=0.342$) para la ira control, prevaleciendo niveles medios.

Análisis Integrador

Los resultados mostrados corroboran la complejidad que presenta el estudio de las emociones, especialmente las de tipo displacenteras, más aún en jóvenes que han sufrido un daño cerebral como TCE.

El estudio se llevó a cabo con jóvenes, con prevalencia del sexo masculino, con edades comprendidas principalmente entre los 24 y 28 años, y con mayor incidencia del nivel de escolaridad preuniversitario. Existió una mayor frecuencia de los traumatismos leves, la localización del daño se evidenció fundamentalmente en el lóbulo frontal y la no presencia de intervención quirúrgica se constata en la mayoría de los participantes.

Resultó significativo que la causa más común de los TCE fue los accidentes automovilísticos. La prevalencia del sexo masculino y los accidentes de tránsito como mecanismo causal de TCE en la investigación realizada, coincide con otros estudios que sobre la incidencia del trauma craneal se han efectuado (Aguilar, 2003; Díaz y Sanabria, 2005; López y cols, 2000; Mendes, 2015; Quevedo y Ramos, 2005).

Los resultados obtenidos en las entrevistas a pacientes, familiares y especialistas, demostraron que en la mayoría de los participantes se evidencian manifestaciones de emociones displacenteras, como ansiedad y depresión. Las mismas se expresan a través, sufrimiento, sobreintranquilidad, tristeza, desesperación, nerviosismo, tensión, abatimiento, pensamientos negativos, entre otras. Estas expresiones sintomatológicas se fundamentan a partir de preocupaciones asociadas al estado de salud de los pacientes, al contenido del pensamiento rumiativo proyectado hacia el futuro y reinserción socio-laboral.

La aparición de estas emociones es muy frecuente tras sufrir un daño cerebral, ya que el paciente comienza a tener una visión negativa de sus limitaciones, del cambio que ha tenido postrauma, de la dificultad para reintegrarse a su ambiente familiar y laboral, de la lentitud del proceso de recuperación, Pérez y Agudelo (2007).

Aunque estas dos emociones están matizadas fundamentalmente por el componente psicológico, también se aprecian manifestaciones neurovegetativas como los temblores, llanto, insomnio, rubor facial, hiperhidrosis.

En cuanto a las pruebas que evalúan las emociones de ansiedad, depresión e ira, como estado y rasgo en los participantes, se puede presentar los resultados siguientes. En el caso de la ansiedad estado se evidencia en la mayoría de la muestra el predominio de niveles altos, y en la ansiedad rasgo predominan los niveles medios. Esto permite interpretar que los pacientes presentan ansiedad estado, es decir, experimentan esta emoción ante situaciones puntuales generadoras de malestar, tensión, confusión, nerviosismo e incluso desordenes orgánicos como trastornos del sueño.

De igual manera se comportó la depresión estado, presentándose en más de la mitad de los pacientes en niveles altos, no evidenciándose la depresión como característica personalógica.

Por su parte, los participantes de la investigación presentaron niveles bajos de ira como estado y rasgo además de un control medio de esta emoción, apoyándose en estrategias como el control de los sentimientos de enfado, pensamientos agradables, respiración profunda y mantenimiento de la calma.

De manera general, en los pacientes se hace evidente la confluencia de los estados emocionales de ansiedad y depresión en niveles altos. Coincidiendo con la investigación realizada por Moure, 2011, se demuestra que la sintomatología es difícil de separar, normalmente coexisten y se complementan y es muy común en estas personas debido a factores neurológicos y psicológicos, fundamentalmente. Como características de personalidad priman niveles medios de rasgos ansiosos y bajos en los depresivos.

Comparando las tres emociones displacenteras la menos experimentada por los participantes fue la ira, donde se evidencian niveles bajos tanto como rasgo y estado con control medio de la misma.

En cuanto a las variables demográficas estudiadas: edad, sexo y nivel educacional, y su relación con los estados emocionales de ansiedad, depresión e ira no se observaron diferencias. Solo en el control de la ira los resultados varían en relación con el nivel de escolaridad a favor del grupo universitario.

También se puede plantear que el grupo de edad con más incidencia de estas emociones corresponde al de 24 a 28 años, coincidiendo con el nivel educacional universitario. De aquí

se interpreta que mientras más edad presentan los pacientes unido al conocimiento que poseen, desde el punto de vista profesional, más vulnerables son a experimentar estas emociones displacenteras, pues conocen con más profundidad sobre los TCE, sus consecuencias, así como las secuelas que presentan y la repercusión de las mismas para la vida. Además, el juicio valorativo de los pacientes se incrementa al pensar que su incapacidad puede afectar su estatus económico personal y familia.

Referido a las variables clínicas: intervención quirúrgica, tipo de traumatismo craneoencefálico y localización de la lesión, tampoco se evidenciaron diferencias, aunque cabe destacar que como tendencia los pacientes intervenidos quirúrgicamente presentaron los mayores niveles de depresión estado, debido a las repercusiones limitantes de su situación médica. Los no tributarios de este proceder experimentaron los mayores niveles de ansiedad estado, que pudiera asociarse a la incertidumbre que vivencia el paciente con respecto a su pronóstico y evolución clínica.

Por último, es importante destacar que, en la generalidad de los pacientes, la localización del trauma fue en el lóbulo frontal, el cual está muy ligado al desarrollo emocional, a la conducta y a las funciones ejecutivas, por lo que el factor neurológico asume un papel fundamental.

Conclusiones

- Los jóvenes estudiados con traumatismo craneoencefálico, ingresados en el Hospital Arnaldo Milián Castro, presentaron niveles altos de ansiedad estado y medios de ansiedad rasgo. Las manifestaciones más comunes fueron sobreintranquilidad, abatimiento, sufrimiento, tensión, preocupación, temblores, hiperhidrosis, rubor facial e insomnio.
- La depresión mostró niveles altos como estado en los pacientes estudiados y no se evidenció como característica de personalidad. Las manifestaciones más comunes fueron tristeza, llanto, pensamientos negativos, cansancio, abatimiento, tono de voz bajo, desinterés, insomnios y disminución de la vitalidad.
- Los participantes de la investigación presentaron niveles bajos de ira como estado y rasgo. Se obtuvo un control medio de esta emoción. Las alternativas más utilizadas para controlarla se centraron en pensamientos agradables, mantenimiento de la calma, evitación y respiración profunda.
- No se encontraron diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas estudiadas: edad, sexo y nivel educacional, en cuanto a su relación con los estados emocionales de ansiedad, depresión e ira. Solo en el control de la ira los resultados varían en relación con el nivel de escolaridad a favor del grupo universitario.
- En cuanto a las variables clínicas: intervención quirúrgica, tipo de TCE y localización de la lesión y su relación con los estados emocionales de ansiedad, depresión e ira, no se apreciaron diferencias. Como tendencia, en los pacientes no tributarios de intervención quirúrgica se experimentó mayor ansiedad estado y mayor depresión estado en los tributarios de este proceder.

Recomendaciones

- Continuar la línea de investigación, incorporando a su estudio otras variables clínicas de significación, tales como clasificación del trauma y tipo de lesión.
- Divulgar los resultados obtenidos en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro” y en instituciones de salud vinculadas a la atención integral de estos pacientes.
- Incorporar a la rehabilitación del paciente con TCE acciones dirigidas a atenuar los estados emocionales displacenteros de ansiedad y depresión.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, J. (2003). *Impacto de algunas variables en el pronóstico del traumatismo craneoencefálico grave*. (Tesis presentada en opción al título de Especialista de 1er Grado en Neurocirugía). Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro. Villa Clara. Cuba.
- Alberdi, F., Iriarte, M. & Mendía, A. (2009). Pronóstico de las secuelas tras la lesión cerebral. *Med. Inte.* 33 (4):171-81.
- Almeida, C. & Vieira, O. (2013). Calidad de vida de las víctimas de trauma craneoencefálico seis meses después del trauma 21(4):[08 www.eerp.usp.br/rlae.
- Alonso, A., Cairo, E., & Rojas, R. (2003). *Psicodiagnóstico. Selección de lecturas*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-IV)*. American Psychiatric Association: Editorial Masson.
- Anderson, C., Arciniegas, D. & Topkoff, J. (2005). Mild traumatic brain injury: a neuropsychiatric approach to diagnosis, evaluation, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1(4):311-327.
- Angulo, L. (2015). *Estrategia del Cuestionario Infantil(CIE)*. (Trabajo para optar por el Título de Máster en Psicología Médica). Universidad Central de las Villas(UCLV). Santa Clara.
- Arango, J.C., Cuervo, M.T & Quijano, M. (2010). Alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales a largo plazo en pacientes con trauma craneoencefálico en Cali, Colombia. *Revista Colombiana Psiquiátrica*,39(4):716-730.
- Bárcena, A., Casado, J., Rivero, B. & Rodríguez, C. (2006). Revisión del traumatismo craneoencefálico. *Revista Neurocirugía*, 17:495-518.
- Becerra, N., Herrera, J. & Restrepo, J. (2006). Relación entre depresión y atención en pacientes con traumatismo craneoencefálico leve. University of Miami.

- Becoña, E. & Miguez, M.C. (2000). Secuelas psíquicas tras traumatismos craneoencefálicos: su valoración en el anexo a la Ley 30/95. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1:77-92.
- Bernabeu, M., García, A., & Roig, T. (2010). Traumatismo craneoencefálico y vida cotidiana: el papel de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22(3):430-435.
- Betancourt, G. & Varela, A. (2011). *Traumatismo craneoencefálico en el adulto. Tema para la Atención Primaria de Salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Canto, P. H. (2010). *Toma de decisiones en personas con traumatismo craneoencefálico severo*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Castaño, B. (2005). Estudio comparativo de patología psiquiátrica en pacientes con traumatismos generales y traumatismo craneoencefálico. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 33(2):96-101.
- Clasificador internacional de las enfermedades mentales(CIE-10) (1996). Madrid: Ed. Médica.
- Colectivo de autores. (2001). *Psicología del desarrollo*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Cuervo, M. T., Quijano, M. C., et al. (2012). *Neuropsicología del trauma craneoencefálico en Cali, Colombia*. *Revista Ciencias de la Salud*, 10(1).
- Díaz, H. (2006). *Manifestaciones de la depresión en pacientes con cáncer de mama recién diagnosticadas*. (Trabajo para optar por el Título de Máster en Psicología Médica). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Dourado, I., Fernández, R., Fraga, M. H. & Werneck, G.L.(2013). *Factores asociados a la incapacidad funcional global luego de transcurrido un año después del traumatismo craneoencefálico*. *Salud colectiva*; vol.9 no.3 ISSN 1851-8265.
- Driver, S., Warren, A.M. & White, B. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53 (1).
- Ferreroz I., Peiró S., et al. (2012) - *Incidencia de la hospitalización por traumatismo craneoencefálico en la infancia y adolescencia (comunidad Valenciana, 2002-2009)* *Revista de Neurología*; 54(12): 719-728.

- Grau, J. (1982). *Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica*. (Tesis para opción del grado científico de Candidato a Doctor en Ciencias Psicológicas). Moscú.
- Grau, Y. (2011). *Caracterización de la ansiedad y la depresión en familiares de pacientes con enfermedad oncológica tributarios a tratamiento con quimioterapia*. (Tesis para optar por el Título de Máster en Psicología Médica). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- González, M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Guzmán, F. (2008). Fisiopatología del trauma craneoencefálico. *Revista Colombia Médica*, 39(3):78-84.
- Herrera, E. (1998). *Traumatismos craneales. Fundamentos de patología, fisiopatología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. México. Hospital Universitario de Puebla. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Dirección General de Fomento Editorial. Primera edición. ISBN: 968 863 253 8.
- Hyder, A. et al. (2007) The impact of traumatic brain injuries: a global perspective. *NeuroRehabilitation*; 22 (5):341-53.
- Jackson, K. (2014). Mindfulness-Based approaches to traumatic brain injuries. *Social Work Today*, 14(6):18.
- Joseph, G. (2007). *Exploración de ansiedad y depresión en adolescentes con bajo aprovechamiento escolar*. (Tesis para optar por el Grado de Master en Psicología Médica). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Kishyan, C. (2005). *Particularidades de la ansiedad y la depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometido a tratamiento hemodialítico*. (Trabajo de Diploma). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Landau, J. & Hissett, J. (2008). Mild traumatic brain injury: impact on identity and ambiguous loss in the family. *Families, Systems, and Health*, 26 (1):69-85.
- Lapedriza, N., Muñoz, J.M., Pelegrín, C. & Tirapu, J. (2001). Factores de pronóstico en traumatismos craneoencefálicos. *Revista de Neurología*, 32(4):351-364.

- Laureys, S. & Tononi, G. (2011). *The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology*. Nueva York: ELSEVIER.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Edition Oxford Press.
- Lazarus, R. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. España: Ediciones Paidós.
- Levitov. (1964). *Acerca de los estados psíquicos del hombre*. Moscú: Academia de las Ciencias Pedagógicas.
- Luria, A.R. (1978). *El cerebro en acción*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Machado, D., & Sánchez, M. (2009). *Ansiedad y depresión en pacientes afásicos por accidente cerebrovascular. Una estrategia de rehabilitación neuropsicológica para su atención*. (Trabajo de Diploma). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Madrazo, M., Murga, F. & Morales, R. (1999). Cambios emocionales después de un traumatismo craneoencefálico grave. *Revista Española de Neuropsicología*, 1(4):75-82.
- Mendes, A. (2015). *Programa psicoeducativo "PROTEC" para la atención de jóvenes con traumatismos craneoencefálicos ingresados en el Hospital General de Huambo, Angola*. (Tesis presentada para optar por el Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas). Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara.
- Molerio, O. et al. (2004). *Manual de inventario Ira rasgo- estado, Staxi-2. Adaptación cubana*. ISBN: 959-250-162-9.
- Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional de pacientes con Hipertensión Arterial Esencial*. (tesis presentada en opción al grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Moure, P. (2011). *Manifestaciones de ansiedad, depresión, e ira, en cuidadores principales de pacientes con tratamiento hemodialítico*. (Tesis en opción al título de Master en Psicología Médica). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Pacheco, O. (2009). Consecuencias neuropsiquiátricas del trauma craneoencefálico. *Revista Médica*.17(1): 65-74.

- Pérez, A.F. (2011). *Cambios cognitivos, conductuales y emocionales agudos en pacientes con trauma craneoencefálico moderado y severo*. (Trabajo para optar por el Título de Master en Neuropsicología). Universidad de Colombia. Medellín.
- Pérez, N. (2012). *Neuropsicología Clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Pérez, Y. (2014). *Particularidades de la regulación de emociones displacenteras en adolescentes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial*. (Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Portellano, J.A. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid: Editorial España.
- Quevedo, T. & Ramos, E. (2005). *Caracterización neuropsicológica de pacientes con Traumatismo craneoencefálico y daño en los lóbulos frontales*. (Trabajo de Diploma). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Roca, M. (2013). *Psicología Médica: Una mirada desde la salud humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rodríguez, A. (2006). *Particularidades neuropsicológicas en pacientes con lesiones por traumatismo craneoencefálico*. (Tesis en opción al título de Master en Psicología Médica). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Rodríguez, H.E. (2011). *Caracterización de la Depresión en adolescentes con Lupus Eritematoso Sistémico*. (Tesis en opción al título de Master en Psicología Médica). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.
- Salas, C. (2008). Relational Elements in the Rehabilitation of Survivors of Acquired Brain Injury. Working Alliance, Transference, Countertransference, Psychotherapist' uses. *Psiquiatría Universitaria*,4(2):214-220.
- Sampieri, R.H, Fernández-Collado, C., Baptista, P. (2014) *Metodología de la Investigación* (6ta edición).DF México: Interamericana Editores.
- Socarrás, Y. (2011). *Síndromes neuropsicológicos: peculiaridades en pacientes con lesiones por traumatismo craneoencefálico*. Universidad Central de las Villas. Santa Clara.

Tobal, J. (2011) Emociones negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) y Salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm

Virues, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. Revista electrónica Psicología Científica.Com. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobreansiedad.html>

Vivalda, E. (2011). Caracterización emocional de los cuidadores de pacientes en tratamiento renal sustitutivo por hemodiálisis. (Tesis de diploma). Universidad Central de las Villas. Santa Clara.

WHO (2013) - *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra. Editorial OMS.

WHO. (2006) - *Road traffic injury prevention: training manual*. Geneva.

Zaldívar, D. (2007). *La Intervención Psicológica*. La Habana: Editorial Félix Varela.

Zarragoitia, I. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Anexos

Anexo no.1. Acta de Consentimiento Informado

Estimado Paciente:

La Carrera de Psicología de la Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, se encuentra realizando una investigación sobre los traumatismos craneoencefálicos, caracterizando en los mismos los estados emocionales de ira, ansiedad y depresión. Su criterio es de gran importancia para el desarrollo de este estudio, por lo que se le ruega su participación. Se llevarán a cabo entrevistas y pruebas a papel y lápiz.

De estar de acuerdo en participar, se necesita que ofrezca su firma. Muchas gracias.

Firma del Paciente

Firma del investigador

Fecha: _____

Anexo no.2 Entrevista psicológica semiestructurada al especialista

Objetivos:

Conocer las características clínicas del TCE que presenta el paciente

Conocer el estado emocional del paciente

Determinar el estado actual del paciente

Indicadores:

-Tipo de Traumatismo de acuerdo a la Escala Glasgow

-Clasificación del TCE según la tipología abierto o cerrado

-Mecanismo causal del TCE

-Lesiones neurológicas

-Localización de la lesión

-Necesidad de intervención quirúrgica

-Estado de ánimo del paciente (tristeza, apatía, depresión)

-Pronóstico.

-Posibilidades de rehabilitación.

Anexo no.3. Entrevista semiestructurada al paciente

Objetivos:

Conocer datos generales del paciente

Crear un clima favorable para el desarrollo de las actividades

Indagar sobre aspectos referentes al traumatismo sufrido

Determinar manifestaciones de ira, ansiedad y depresión en el paciente

Conocer la valoración del paciente respecto al trauma y posible recuperación

Indicadores:

-Nombre, edad, grado de escolaridad, ocupación u oficio.

-AEP

-APP

-APF

-Relaciones familiares

-Relaciones de amistad

-Cambios conductuales y emocionales asociados al evento traumático (irritabilidad, tristeza, tensión, etc.)

-Reconocimiento de las circunstancias asociadas al evento traumático, posibles causas (accidente, caída, práctica de deporte, agresión)

-Reconocimiento de sus afectaciones y reacción ante las mismas (estado de ánimo)

-Miedos o preocupaciones generadas por las secuelas del trauma

-Conocimiento acerca de las posibilidades de recuperación.

Anexo no.4. Entrevista semiestructurada al familiar

Objetivos:

Crear un clima favorable para el desarrollo de las actividades

Conocer datos de la vida del paciente

Indagar sobre aspectos referentes al traumatismo sufrido por el paciente

Determinar cambios conductuales, preocupaciones y actitud del paciente después del trauma

Indicadores:

-Nombre, edad, grado de escolaridad, ocupación u oficio.

-AEP

-APP

-APF

-Relaciones familiares

-Relaciones de amistad

-Cambios conductuales y emocionales asociados al evento traumático (irritabilidad, tristeza, tensión, etc.)

Reconocimiento de las circunstancias asociadas al evento traumático, posibles causas (accidente, caída, práctica de deporte, agresión)

-Reconocimiento de sus afectaciones y reacción ante las mismas (estado de ánimo)

-Miedos o preocupaciones generadas por las secuelas del trauma

-Conocimiento acerca de las posibilidades de recuperación.

Anexo no.5. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No	Vivencias	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mí mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy agitado				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy preocupado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

IDARE

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique como se siente generalmente, habitualmente.

No	Vivencias	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21	Me siento mal				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y altero				

Anexo no.6. Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo con cómo usted se sienta usted ahora mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora.

1	No, en absoluto	3	Bastante
2	Un poco	4	Mucho

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación----- ()
2. Estoy preocupado----- ()
3. Me siento con confianza en mí mismo ----- ()
4. Siento que me canso con facilidad----- ()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme ----- ()
6. Siento deseos de quitarme la vida ----- ()
7. Me siento seguro ----- ()
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo. ----- ()
9. Me canso más pronto que antes ----- ()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas----- ()
11. Me siento bien sexualmente ----- ()
12. Ahora no tengo ganas de llorar----- ()
13. He perdido la confianza en mí mismo ----- ()
14. Siento necesidad de vivir ----- ()
15. Siento que nada me alegra como antes ----- ()
16. No tengo sentimientos de culpa ----- ()
17. Duermo perfectamente ----- ()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea----- ()

19. Tengo gran confianza en el porvenir ----- ()

20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormirme----- ()

IDERE

Instrucciones: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo con como usted se sienta usted generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, generalmente.

1	Casi nunca	3	Frecuentemente
2	Algunas veces	4	Casi siempre

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo ----- ()

2. Creo no haber fracasado más que otras personas ----- ()

3. Pienso que las cosas me van a salir mal ----- ()

4. Creo que he tenido suerte en la vida ----- ()

5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás ----- ()

6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro ----- ()

7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones ----- ()

8. Me deprimó por pequeñas cosas ----- ()

9. Tengo confianza en mí mismo ----- ()

10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas ----- ()

11. Me siento aburrido ----- ()

12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen ----- ()

13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales ----- ()

14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales ----- ()

15. Todo me resulta de interés ----- ()

16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza ()

17. Me falta confianza en mí mismo ----- ()

18. Me siento lleno de fuerzas y energías ----- ()

19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente ----- ()

20. Me ahogo en un vaso de agua ----- ()

21. Soy una persona alegre ----- ()

22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago ---- ()

Anexo no.7. Inventario de Expresión de la Ira(STAXI-2)

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a si misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrara a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: NO EN ABSOLUTO

B: ALGO

C: MODERADAMENTE

D: MUCHO

COMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO					
1	Estoy furioso	A	B	C	D
2	Me siento irritado	A	B	C	D
3	Me siento enfadado	A	B	C	D
4	Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5	Estoy alterado	A	B	C	D
6	Me gustaría decir "malas palabras"	A	B	C	D
7	Estoy molesto	A	B	C	D
8	Me gustaría dar puñetazos a la pared	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11	Quiero romper algo	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13	Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15	Me gustaría hecharle la bronca a alguien	A	B	C	D

PARTE - 2 INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a si misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrara a la derecha, la letra que mejor indique, COMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: CASI NUNCA

B: ALGUNAS VECES

C: A MENUDO

D: SIEMPRE

COMO ME SIENTO NORMALMENTE					
16	Me encolerizo rápidamente	A	B	C	D
17	Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18	Soy una persona exaltada	A	B	C	D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20	Tiendo a perder los estribos	A	B	C	D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22	Me siento furioso cuando hago algún buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23	Me molesto con facilidad	A	B	C	D
24	Me enfado si ni me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D

STAXI - 2 (Continuación)

PARTE - 3 INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTA ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

A: CASI NUNCA

B: ALGUNAS VECES

C: A MENUDO

D: CASI SIEMPRE

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO					
26	Controlo mi temperamento	A	B	C	D
27	Expreso mi ira	A	B	C	D
28	Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29	Hago comentarios irónicos a los demás	A	B	C	D
30	Mantengo la calma	A	B	C	D
31	Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
32	Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
33	Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34	Discuto con los demás	A	B	C	D
35	Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36	Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
37	Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38	Digo barbaridades	A	B	C	D
39	Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40	Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41	Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42	Rehuyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43	Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44	Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45	Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46	Trato de relajarme	A	B	C	D
47	Hago algo sosegado para calmarme	A	B	C	D
48	Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49	Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

Anexo no 8. Relación de la variable Intervención Quirúrgica con la Ansiedad estado.

Crosstab

Count

		aestadoC			Total
		bajo	medio	alto	
Intervención Q	sí	0	6	6	12
	no	1	8	9	18
Total		1	14	15	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.714 ^a	2	.700
Likelihood Ratio	1.069	2	.586
Linear-by-Linear Association	.068	1	.794
N of Valid Cases	30		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

Anexo no. 9. Relación de la variable Nivel Educativo con la Ansiedad, Depresión e Ira.

Estadísticos de contraste^{a,b}

	aestadoC	iestadoC	irasgoC	icontrolC	destadoC
Chi-cuadrado	4.194	2.468	2.521	14.529	5.179
G1	3	3	3	3	3
Sig. asintót.	.241	.481	.471	.002	.159

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Nivelescolar

Anexo no.10. Frecuencia del Nivel Educativo en la Ansiedad, Depresión e Ira

	Nivelescolar	N	Rango promedio
aestadoC	Primario	3	10.83
	Secundaria	8	17.56
	Básica	14	13.68
	Preuniversitario	5	20.10
	Universitario	30	
	Total		
iestadoC	Primario	3	19.00
	Secundaria	8	15.88
	Básica	14	15.07
	Preuniversitario	5	14.00
	Universitario	30	
	Total		
irasgoC	Primario	3	17.33
	Secundaria	8	16.44
	Básica	14	16.18
	Preuniversitario	5	11.00
	Universitario	30	
	Total		
icontrolC	Primario	3	17.50
	Secundaria	8	12.50
	Básica	14	13.57
	Preuniversitario	5	24.50
	Universitario	30	
	Total		
destadoC	Primario	3	6.50
	Secundaria	8	17.75
	Básica	14	16.14
	Preuniversitario	5	15.50
	Universitario	30	
	Total		

Anexo no.11. Relación de la variable Intervención Quirúrgica con la Ansiedad rasgo.

Crosstab

Count

		arasgoC			Total
		bajo	Medio	alto	
IntervenciónQ	sí	4	7	1	12
	no	2	15	1	18
Total		6	22	2	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.475 ^a	2	.290
Likelihood Ratio	2.448	2	.294
Linear-by-Linear Association	1.057	1	.304
N of Valid Cases	30		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .80.

Anexo no.12. Relación de la variable Intervención Quirúrgica con la Depresión Estado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.875 ^a	1	.171		
Continuity Correction ^b	.978	1	.323		
Likelihood Ratio	1.931	1	.165		
Fisher's Exact Test				.260	.162
Linear-by-Linear Association	1.813	1	.178		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.80.

b. Computed only for a 2x2 table

Anexo no.13. Relación de la variable Sexo con la Depresión rasgo

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.703 ^a	2	.427
Likelihood Ratio	2.542	2	.280
Linear-by-Linear Association	.168	1	.682
N of Valid Cases	30		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .93.

Anexo no.14. Relación de la variable Intervención Quirúrgica con la Depresión rasgo.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.693 ^a	2	.429
Likelihood Ratio	1.703	2	.427
Linear-by-Linear Association	1.635	1	.201
N of Valid Cases	30		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.80.

Anexo no.15. Relación de la variable Intervención Quirúrgica con la Ira estado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.988 ^a	1	.320		
Continuity Correction ^b	.139	1	.709		
Likelihood Ratio	.967	1	.325		
Fisher's Exact Test				.548	.347
Linear-by-Linear Association	.955	1	.329		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.20.

b. Computed only for a 2x2 table

Anexo no.16. Frecuencia de la variable Intervención Quirúrgica en la Ira estado

Crosstab

Count

		iestadoC		Total
		bajo	medio	
IntervenciónQ	sí	10	2	12
	no	17	1	18
Total		27	3	30

Anexo no. 17. Relación de la variable Intervención Quirúrgica con la Ira control

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.701 ^a	1	.192		
Continuity Correction ^b	.703	1	.402		
Likelihood Ratio	1.870	1	.172		
Fisher's Exact Test				.358	.204
Linear-by-Linear Association	1.645	1	.200		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.40.

b. Computed only for a 2x2 table

