

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Escuela de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



El estrés postraumático crónico en la niñez

Ana Gabriela Guzmán Reyna

San Marcos, julio 2016

El estrés postraumático crónico en la niñez

Ana Gabriela Guzmán Reyna

Lic. Carlos Grijalva (**Asesor**)

M. Sc. Anabella Cerezo de García (**Revisor**)

San Marcos, julio 2016

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cóbar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida

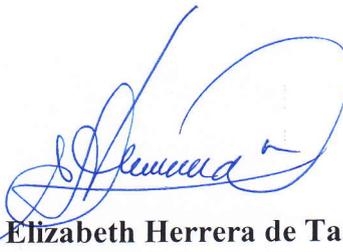
**FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

ASUNTO: **Ana Gabriela Guzmán Reyna**
Estudiante de la **Licenciatura en
Psicología Clínica y Consejería Social**
de esta Facultad solicita autorización
para realizar su **Sistematización de
Práctica Profesional Dirigida** para
completar requisitos de graduación.

DICTAMEN: 02 de febrero de 2015

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Ana Gabriela Guzmán Reyna** recibe la aprobación para realizar su **Sistematización de Práctica profesional Dirigida**.



M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Humanidades

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala mes de julio del año 2017

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional

Dirigida con el tema: “El estrés postraumático crónico en la niñez”.

Presentado por la estudiante: Ana Gabriela Guzmán Reyna, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciado Carlos Grijalva
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala uno de julio del dos mil dieciséis.

En virtud de que el Informe Final de la **Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida** con el tema: **“El estrés postraumático crónico en la niñez”**. Presentada por la estudiante: **Ana Gabriela Guzmán Reyna**, previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social**, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

Anabella Cerezo

M. Sc. Anabella Cerezo de García
Revisora



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de julio del año 2016.

*En virtud de que **Sistematización de práctica profesional Dirigida** con el tema: "**El estrés Postraumático crónico en la niñez**" presentado por: **Ana Gabriela Guzmán Reyna**, previo a optar grado académico de Licenciatura en: *Psicología Clínica y Consejería Social*, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de la **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida***

M.A. Elizabeth Herrera de Tan.
Decana
Facultad de Humanidades

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de referencia	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	2
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Programas establecidos	3
1.7 Misión	7
1.8 Visión	7
1.9 Justificación de la investigación	8
Capítulo 2	9
Marco teórico	9
2.1 Trastorno por Estrés Postraumático crónico en la niñez	9
2.1.1 Definición	9
2.1.2 Trauma	14
2.2 Tensión emocional	16
2.2.1 Estado emocional ante un evento traumático	17
2.2.2 El estrés crónico	18
2.2.3 Estrés emocional en la niñez y su factor biológico	21
2.2.4 Respuestas y reacciones ante el estrés	22
2.2.5 Factores cognitivos	23
2.6 Factores emocionales del estrés postraumático	24
2.7 Técnicas recomendadas para cada síntoma o manifestación	26
2.8 Test psicométrico para la evaluación del trastorno por estrés postraumático	27
2.9 Tratamiento farmacológico	27

Capítulo 3	28
Marco metodológico	28
3.1 Planteamiento del problema	28
3.2 Preguntas de investigación	28
3.3 Objetivos	29
3.4 Alcances y límites	29
3.5 Metodología	31
Capítulo 4	32
Presentación de resultados	32
4.1 Sistematización del estudio de caso	32
4.2 Análisis del paso terapéutico	39
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias bibliográficas	43

Resumen

Como parte del pensum de la carrera de psicológica clínica y consejería social, se da a conocer en el presente informe el estudio de caso estrella que se ha realizado en la práctica profesional dirigida, el cual fue designando para dar mayor amplitud a las causas, el origen y el aspecto biológico, conductual y emocional sobre lo que corresponde el estrés postraumático; la elaboración del trabajo obtenido con la paciente de 10 años de edad fue realizado en el centro de rehabilitación para niños especiales FUNDABIEM, contando con el apoyo de los padres de familia, personal del área de practica y las observaciones correspondientes por parte del asesor de práctica para llevar a cabo un buen diagnóstico y el resultado favorable para la sanación emocional de la paciente.

El presente informe da a conocer diferentes capítulos los cuales da a conocer el siguiente contenido.

Capítulo 1, marco de referencia el cual incluye los antecedentes, la descripción ubicación del centro de práctica.

Capítulo 2, marco teórico la parte investigativa del tema estrés postraumático crónico en la niñez.

Capítulo 3, marco metodológico, donde se realizó la información de pregunta de investigación, los objetivos, los alcances y limitaciones de la institución de igual forma la metodología que se aplicó en la investigación del caso estrella.

Capítulo 4, presentación de resultados del caso, pronóstico de la elaboración de todo el plan terapéutico, así también el análisis de cada paso del procedimiento.

Introducción

El estrés postraumático crónico en niños se configura como una reacción emocional intensa ante un suceso experimentado como traumático, lo cual puede llegar a ser entendida como una discontinuidad súbita y extrema en la vida de una persona.

La sensación de control sobre sí mismo y sobre el medio ambiente físico, y la creencia de la invulnerabilidad son amenazas de forma dramática, se alteran los procesos emocionales y cognitivos; incorporando un fundamental quiebre en la experiencia que es difícil integrar en la conciencia personal.

En el caso realizado en el centro de rehabilitación FUNDABIEM la niña de diez años de edad ante un evento traumático al haber vivido la experiencia de agarrarse de un cable de alta tensión comenzó a mostrar cambios tanto físicos, conductuales y emocionales provocando alto impacto en los padres, al manifestar que pudo haber perdido la vida, es así como se da a conocer causas, consecuencias el proceso psicológico para equilibrar su estado de vida, aceptarse a sí misma elevando autoestima, auto imagen a consecuencia de haber sido amputado un brazo, pérdida de dedos del pie y cicatrices de tercer grado en casi toda la parte de su cuerpo.

Se da a conocer a profundidad el sobre el trastorno de estrés postraumático crónico como diagnóstico concluido del caso indagando el origen sus factores biológicos, cognitivos, emocionales.

Las reacciones son transitorias o prolongarse por largo tiempo, de este modo se plantea que la capacidad de un estímulo para producir este trastorno está en directa relación con la percepción de amenaza que se tenga; lo cual dicha percepción dependerá de las características de la paciente para brindar mayor motivación a un avance en cada sesión, llevando un plan terapéutico estructurado para el apoyo psicológico de la paciente.

Capítulo 1

Marco de referencia

1.1 Antecedentes

FUNDABIEM es una institución privada, no lucrativa, fundada legalmente en febrero de 1989, dando así la oportunidad a miles de niños de poder recibir tratamiento especializado en rehabilitación en forma integral, en todos aquellos casos que lo ameriten.

El perfil del paciente de esta institución es de niños, adolescentes y adultos, que tengan problemas neuromotores, eso se refiere a que este de por medio una discapacidad física.

La fundación pro bienestar del minusválido fundabiem, nace por iniciativa de un grupo de personas altruistas.

Actualmente, la institución cuenta con una infraestructura física de 24 clínicas localizadas en áreas urbanas en todo el país, cuenta con aparatos especializados, servicio de bus para brindar seguridad a los pacientes y aun a los que visitan la institución de diferentes aldeas, caseríos, municipios.

El centro FUNDABIEM es creada en 1986 por acuerdo gubernativo No. 415-86, con el objetivo proporcionar rehabilitación a la población con discapacidad en Guatemala. Actualmente en fundabiem se atiende a una población promedio de 6 mil pacientes.

La fundación Pro- Bienestar del Minusválido nació por la necesidad de centros especializados en medicina física y rehabilitación que brinden esperanza a la población discapacitada físicamente.

1.2 Descripción

El centro FUNDABIEM es a nivel nacional en 18 departamentos,

Se cuenta con médicos, fisiatras, neurólogos, y pediatras, en los departamentos de Asunción Mita, Aldea Chapas, Santa Rosa, Casa Hogar Jardín Niño de Praga, Coatepeque, Chiquimula, Chiquimulilla, Escuintla, Huehuetenango, Cobán, Alta Verapaz, Jutiapa, Nueva Concepción, Malacatán, Jalapa, Mazatenango, Quetzaltenango, Panajachel, Petén, Puerto Barrios, Quiché, Retalhuleu, Salamá Baja Verapaz, Chimaltenango, San Marcos.

Programas que desarrolla:

Fisiatría, Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del lenguaje, Educación especial, Psicología.

1.3 Ubicación

La práctica profesional dirigida clínica fue realizada en Aldea Caserío Navidad, de Aldea Las Lagunas. Este municipio limita al norte con el municipio de San Pedro Sac, al sur con Esquipulas Palo Gordo, al este con San Cristóbal Cucho, y al oeste con los municipios de San Marcos.

1.4 Organización

En el centro de rehabilitación FUNDABIEM San Marcos, se da prioridad a la atención psicológica debido a que los padres de familia han experimentado diferentes emociones, tristeza, enojo, perdida de esperanza, desagrado, al conocer el estado físico de sus hijos, así también se brinda apoyo a los madres que han sido maltratadas física, verbal y psicológicamente a causa de hacerlas sentir culpables por parte de su pareja o familia del estado físico y mental de sus hijos.

Así también se imparten talleres, conferencias por parte de diferentes universidades, programas de salud, y diferentes instituciones que acuden al centro a brindar temas importantes a todos los pacientes y el personal del centro de rehabilitación.

El área de psicología aún no cuenta con un profesional debido a que el presupuesto no es aun alcanzable para solventar el sueldo, pero si cuenta con referencias para enviar a los pacientes que necesitan de atención psicológica.

Según la Organización Mundial de la Salud, el 10% de la población padece algún tipo de discapacidad. El Centro de Rehabilitación de la Capital, así como de los del interior de la Republica, son clínicas ambulatorias, en las que no hay encamamiento, ósea pacientes internos, ya que el proyecto está encaminado a la integración del paciente a su medio de vida común e inserción a su comunidad.

Horario de atención de 7:30 a.m. a 1:30p.m. De lunes a viernes.

1.5 Organigrama



Fuente: elaboración propia

1.6 Programas establecidos

El centro de rehabilitación cuenta con los siguientes servicios

- Fisiatría
- Fisioterapia
- Hidroterapia

- Terapia ocupacional
- Terapia del lenguaje
- Educación especial
- Psicología
- Servicios de apoyo
- Trabajo social
- Escuela de padres
- Administración
- Transporte
- Parque infantil
- Refacción
- Panadería
- Programas de inserción laboral

Fisiatría

Es el área que se dedica a la medicina física, habiendo actualmente en Fundabiem médicos especialistas que diagnostican el tipo de discapacidad de cada paciente y el programa rehabilitativo a seguir, pasándolos a cada área para evaluación.

Fisioterapia

Se dedica especialmente a mejorar habilidades perdidas en el sistema locomotor, utilizando el método de neurodesarrollo, entrenando al paciente para desplazarse por sí mismo, sentándose, caminando, etc.

Hidroterapia

Es la terapia que brinda los beneficios de agua caliente (37 grados centígrados) a los pacientes especialmente espásticos, logrando su relajación muscular, mejor irrigación y con ello proporcionando mejor oxigenación a sus tejidos.

Terapia ocupacional

Es la terapia con la cual se ayuda al paciente a dar mayor utilización a sus brazos y manos, y a desarrollar en ellos hábitos de higiene, actividades en la vida diaria, etc.

Terapia de lenguaje

Es una terapia a través de la cual se le enseña al paciente a comunicarse con el ambiente que lo rodea, no necesariamente con palabras sino también por medio de otro tipo de lenguaje como símbolos, figuras, etc.

Educación especial

En Fundabiem se da el apoyo de educación especial, para iniciar la lectura, escritura y reforzamiento escolar.

Psicología

En esta especialidad se orienta psicológicamente a los pacientes para que puedan aceptar su problema con mayor naturalidad y se les da entrenamiento a los familiares acerca de la actitud que deben mantener para con sus hijos, hermanos, etc.

La mayoría de los niños especiales sufren algún trauma emocional causado por la difícil aceptación de ser según ellos diferentes.

Servicios de apoyo

Trabajo social

Aquí se realizan los estudios para determinar las posibilidades económicas y el medio social que rodea al paciente, ayudando así a la mayor comprensión de su caso.

Escuela de padres

En algunas clínicas de Fundabiem, mientras los padres esperan a sus hijos que están en terapia, reciben instrucción de cómo tratarlos en casa, manualidades y cualquier otro tipo de orientación que contribuya a su formación.

Administración

En esta área están incluidos los servicios de registros médicos, caja, cafetería y mantenimiento del centro o clínica.

Transporte

Se da servicio de bus a pacientes de la capital y en algunas extensiones del interior de la república.

Parque infantil

En algunos centros, para dar recreación a los pacientes, se cuenta con un parquecito infantil a donde acuden en momentos en que no tienen terapias.

Refacción

Se brinda refacción a pacientes que asisten a las terapias.

Panadería

La embajada de Suiza, por medio del embajador Dr. Urs Stemmler, donó a Fundabiem Central el equipo necesario para instalar una panadería en la cual, además de enseñarle a los pacientes un oficio, se están obteniendo recursos por la venta de pan que se realiza diariamente a personas que acuden a Fundabiem y a través de entregas especiales a clientes.

Programa de inserción laboral

Gracias a este programa, la fundación ha podido insertar laboralmente a personas con discapacidad física en empresas de prestigio, que abrieron sus puertas para que a pesar de sus limitaciones, se desarrollen en el mundo laboral con igualdad de oportunidades y derechos.

1.7 Misión

La familia FUNDABIEM se siente honrada y orgullosa de tener como MISIÓN brindar a nivel nacional servicios de habilitación rehabilitación integral, con participación de la comunidad, a personas con discapacidades, prioritariamente físicas, con el fin de lograr su máxima integración a la sociedad, en igualdad de derechos y oportunidades.

1.8 Visión

Ser una institución modelo a Nivel Latinoamericano Integral de personas con discapacidad prioritariamente física, y al mismo tiempo la implementación de programas y estrategias de los distintos niveles de atención, con énfasis en la prevención.

1.9 Justificación de la investigación

Con el fin de brindar apoyo psicológico al centro de rehabilitación consistió en recibir especialización para orientar a los pacientes para que puedan aceptar sus problemas, dando entrenamiento a las familias acerca de actitudes de sus hijos, apoyo a todos los pacientes que reciben terapias en cada área, la unión familiar que es muy importante para el crecimiento del paciente.

Se realizó la observación necesaria de los conflictos personales en el área emocional, física y los sentimientos de diferente caso, así como en el caso diagnosticado como trastorno por estrés postraumático que hace realce a profundizar desde el motivo de consulta y la culminación exitosa del crecimiento de la paciente.

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Trastorno por Estrés Postraumático crónico en la niñez

2.1.1 Definición

Surge debido a un caso real de una niña que a su corta edad vivió el hecho de agarrarse de un cable de alta tensión que como consecuencia fue amputada de brazo izquierdo, cuatro dedos de pierna derecha y grandes cicatrices en parte del estómago, espalda, piernas lo cual por órdenes medicas debe estar vendada por un periodo de tiempo extenso, y ha presenciado episodios flash back.

Cuando surgen estos tipos de trauma se utilizan mecanismos de defensa como la negación, represión, disociación, anestesia corporal, y a menudo determina un cambio profundo y radical en el carácter del niño.

El estrés postraumático es una ramificación del trastorno de ansiedad; tras sufrir un acontecimiento estresante, físico o mental, de carácter excepcional, inmediatamente o trascurrido un tiempo que puede superar los tres meses, se vuelve a revivir el acontecimiento de modo persistente y se evita activamente cualquier estímulo relacionado con el trauma; es también la disminución de la capacidad general de respuesta y aumento de la excitación. El acontecimiento traumático puede consistir en cualquier situación relacionada con la muerte propia o ajena o amenaza de la integridad física y es seguido de una reacción inmediata de miedo intenso, desvalimiento y horror.

El modo de revivirlo puede adoptar diversas formas: recuerdo recurrente, invasivo y agobiante con imágenes, pensamientos o percepciones del acontecimiento, que a la vez incluye episodios repentinos disociativos, o malestar psicológico intenso o de reactividad fisiológica al ser expuesto a signos que simbolizan o recuerdan parte del acontecimiento.

La persona afectada intenta evitar por todos los medios cualquier cosa que le pueda evitar la experiencia pasada; puede presentarse amnesia respecto a aspectos importantes del trauma; puede perder interés en actividades vitales importantes cuando no es tratada con un tiempo en el que puede recuperarse de estos síntomas, así como también sentirse desvinculado de los demás y ver la vida sin futuro, cuando se encuentran afectados llegan a presenciar dificultades de sueño, sentirse irritada, tener explosiones de enfado, dificultad para concentrarse y sentir sobresaltos.

Criterios diagnosticos

El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) incluyen 6 criterios para el diagnóstico del TEP.

El primero se refiere a la delimitación del trauma, señalando que un evento traumático es definido como tal si:

- (a) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás; y
- (b) la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

Y luego tener en cuenta la aparición de estos 3 síntomas:

1. Reexperimentación del hecho traumático (recurrencia de pensamientos, sentimientos o imágenes relacionados con el hecho traumático, sueños y pesadillas que producen malestar, sensación de estar viviendo nuevamente el hecho traumático, reacciones fisiológicas o psicológicas intensas de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan o simbolizan el hecho traumático)

Cada nueva reexperimentación del hecho produce en el individuo una réplica de la reacción original frente al trauma, provocando así una retraumatización y el trauma se autoperpetúa, el individuo queda fijado en el tiempo y es continuamente reexpuesto al hecho traumático.

2. Evitación y de embotamiento psíquico: esfuerzo por evitar pensamientos, sensaciones, personas, lugares, actividades, hechos etc. que recuerden el hecho traumático y síntomas de carácter dissociativo o de embotamiento psíquico (incapacidad para recordar aspectos significativos del hecho traumático, reducción del interés o de la participación en actividades que le resultaban significativas, reducción significativa de la vida afectiva, con incapacidad de experimentar sentimientos positivos, sensación de futuro desolador y desesperanza)

El individuo desarrolla esta serie de síntomas en un aparente intento de resguardarse de las emociones intolerables, o bien evitando directamente los recordatorios del trauma, o bien anestesiándose emocionalmente, ya sea por medio de mecanismos dissociativos o de amnesia, ya sea por medio de consumo de sustancias, trastornos alimenticios, adicción al trabajo, etc.

3. Hiperactivación (trastornos del sueño, en la concentración, irritación, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada)

El paciente está siempre en guardia en otro intento de permanecer a salvo de la reexposición al hecho traumático, nunca se siente a salvo.

Y se dice que sufre de un Trastorno por Estrés Post Traumático.

Se caracteriza por un conjunto de síntomas que se hacen presentes en los pacientes luego de haber vivido un acontecimiento estresante o traumático, en el cual se tuvo sensación de ver en peligro la vida propia o la integridad física.

El DSM IV incluye los siguientes:

Guerras

Ser víctima de ataques personales violentos, secuestros, torturas, encarcelamiento, desastres naturales, desastres provocados por el hombre.

Diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales.

Haber sido testigo de accidentes graves, muerte no natural de personas (por accidentes, guerras, ataques, etc.)

Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) es una enfermedad real en donde la persona se siente estresado y asustado después de pasado el peligro. Afecta su vida y a la gente que le rodea. Comienza en momentos diferentes dependiendo de la persona: inmediatamente después del evento traumático y permanecer o bien desarrollar síntomas nuevos y más serios meses o hasta años más tarde.

El DSM IV reúne los siguientes síntomas:

- Ansiedad - Trastornos del sueño
- Pesadillas - Hipervigilancia
- Respuesta exagerada - Irritabilidad

Generalmente, el paciente tiene recuerdos o pesadillas recurrentes, en los que ese acontecimiento se repite. Los síntomas incluso pueden surgir en presencia de estímulos que recuerdan algún aspecto de esa situación. El paciente tiende a evitar estos estímulos, esforzándose por no pensar ni hablar acerca de esa situación, también intenta evadir actividades o personas que le recuerden ese hecho traumático.

He aquí una lista de circunstancias que pueden desencadenar el PTSD:

- Algo que ocurrió en la vida de la persona.
- Algo que sucedió en la vida de una persona cercana.

- Algo que la persona presenció.

El riesgo de que un niño desarrolle PTSD a menudo se ve afectado por la proximidad y la relación del niño con el trauma, la seriedad del trauma, la duración del suceso traumático, la recurrencia del suceso traumático, la capacidad de recuperación del niño, las habilidades que tenga para sobrellevarlo, y los recursos de apoyo que el niño disponga en la familia y la comunidad luego del suceso o sucesos.

Los siguientes son algunos ejemplos de hechos catastróficos que atentan contra la vida y que pueden causar un PTSD cuando son presenciados o vividos por un niño o un adolescente:

- Accidentes graves (accidentes de automóvil o de ferrocarril)
- Catástrofes naturales (inundaciones o terremotos)
- Catástrofes provocadas por el hombre (bombardeos)
- Ataques personales violentos (asaltos, violaciones, tortura, cautiverio o secuestro)
- Maltrato físico
- Ataque sexual
- Acoso sexual
- Maltrato emocional
- Abandono

Síntomas del trastorno por estrés postraumático en niños

Los siguientes son los síntomas más comunes pero cada niño puede experimentarlos de una forma diferente.

Los niños y adolescentes que padecen PTSD sufren una angustia emocional, mental y física extrema cuando se ven expuestos a situaciones que les recuerdan el suceso traumático. Algunos vuelven a vivir el trauma repetidas veces en forma de pesadillas y recuerdos perturbadores cuando están despiertos, y pueden experimentar también todos o algunos de los siguientes problemas:

- Alteraciones del sueño
- Depresión
- Sensación de inquietud, de "estar en guardia"
- Facilidad para sobresaltarse
- Pérdida de interés en cosas que solía disfrutar; desapego; ausencia general de receptividad; sensación de adormecimiento
- Dificultades para demostrar cariño
- Irritabilidad, mayor agresividad que antes del suceso traumático, que puede manifestarse incluso violentamente
- Evitar ciertos lugares o situaciones que despiertan recuerdos desagradables
- Imágenes recurrentes que no pueden evitarse (estos recuerdos pueden tomar la forma de imágenes, sonidos, olores o sentimientos y el individuo por lo general cree que el suceso traumático está volviendo a ocurrir)
- Pérdida de contacto con la realidad
- Vivencia recurrente de un suceso traumático que puede durar unos segundos, horas o, muy raramente, días enteros
- Problemas en la escuela; dificultad para concentrarse
- Preocupación por morir a edad temprana
- Conducta regresiva; comportarse como si tuviera menos edad (succionarse el pulgar, incontinencia nocturna)
- Síntomas físicos (dolor de cabeza, dolor de estómago)

2.1.2 Trauma

Es el suceso o experiencia muy impactante vivida que produce diversos sucesos un cambio psicopatológico persistente. Dicha experiencia adquiere categoría de trauma psíquico en relación a su intensidad y a la incapacidad de las personas para responder a ella de forma adecuada es decir; desde el punto de vista energético que expresa la necesidad para contener y elaborar psíquicamente el monto de excitaciones recibidas.

Cuando afecta al niño crónicamente en el terreno emocional se describe la ausencia de sentimientos, sensación de rabia ante el hecho y a la tristeza continuada o persistente; como en este caso el aislamiento de quedarse sola, aburrimiento, junto a esto pueden aparecer rememoraciones repetidas del suceso, conductas repetidas del suceso, conductas repetidas del hecho, sensaciones fisiológicas relacionadas con él, las cuales tenemos; miedo, sudoración, palpitaciones etc.

Es clásico que en niños la pérdida de la memoria de su infancia, donde al determinar trastorno ya hay un problema mental que está bloqueando su niñez, como María Cristina viajes a la ciudad capital terapias psicológicas, fisioterapias, médicas cada mes y semanal, lo cual no han permitido que puede desenvolverse académicamente por faltas en la escuela, jugar con niños de su edad, y la sintomatología que ha venido afectando su estado emocional.

El trastorno por estrés postraumático el sujeto ha sido expuesto a un acontecimiento estresante o situación de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica que causaría malestar por sí mismo.

Un segundo criterio que encontramos dentro del manual del DSM-IV es el recuerdo continuado o la reaparición del recuerdo del acontecimiento en forma de flashbacks sensoriales que en determinados momentos del desarrollo pueden alterar las sensaciones bioquímicas del organismo humano.

Mandell's (1976) realizó una experimentación animal sobre el desequilibrio bioquímico ante las experiencias traumáticas, lo cual demostró la activación del sistema nervioso autónomo que implica una activación del sistema noradrenérgico. Los animales expuestos a un estrés del que no pueden escapar, muestran un aumento del catabolismo de la noradrenalina, con el resultado de una depleción de este neurotransmisor en el sistema nervioso central (Anisman, 1981).

Otro modelo fisiopatológico es que relaciona la velocidad de procesamiento de información con el desarrollo de los síntomas (De la Peña, 1984). En circunstancias de aumento de la cantidad de información sensorial durante la lucha, son capaces de manejarse bien, en cambio al regresar a su

hogar se produce una habituación rápida y un efecto parasimpático de rebote que se acompaña de depravación sensorial, aburrimiento y depresión.

Entre las características del acontecimiento traumático, fue a causa de no conocer acerca de los riesgos que podían presentarse por el cable de alta tensión, de acá comenzó a ser un agente estresante que jugó un papel primordial en la niña, el nivel evolutivo fue creando ansiedad, aislamiento a poder conocer la consecuencia de ser electrocutada; y como consecuencia en el significado personal es el estado físico; el inicio de la aceptación a sí misma y de tener una nueva oportunidad de vivir, debido a la intensidad y el grado de exposición el cual fue una terraza de una vivienda de tres niveles.

Entre los síntomas causantes para que este trastorno a ser crónico los niños comienzan a jugar, dibujar, hablar, y contar historias sobre su trauma. Meses después puede continuar el miedo, las pesadillas se hacen más evidentes, la memoria se mantiene, aparece irritabilidad, problemas de conducta y aprendizaje en la escuela, conducta repetitiva y el niño incluso puede victimizar a otros.

En el trascurso de atender a diferentes personas en psicoterapias, muchas de las personas no han podido superar el duelo de un ser querido, y lamentablemente repercute en la familia, relaciones personales e interpersonales, trabajo y en las actividades diarias, y ya no saben qué hacer, ellos piensan que tienen depresión y quieren quitárselo con psicofármacos o refugiarse en la soledad y no hacer actividades donde pueda disfrutar o salir de la rutina.

2.2 Tensión emocional

El estrés es una sensación que creamos al reaccionar a ciertos eventos, se entiende como la manera en como el cuerpo se enfrenta a un reto y se prepara para actuar ante una situación difícil con un enfoque, fortaleza, vigor y agudeza mental; los eventos que cubren el estrés cubren una gran variedad de situaciones desde verse en peligro físico.

El cuerpo humano responde a estas situaciones activando el sistema nervioso y ciertas hormonas, el hipotálamo envía señales a las glándulas adrenales para que produzcan más adrenalina y cortisol y envíen estas hormonas al torrente circulatorio. Estas hormonas aumentan la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y el metabolismo.

Los vasos sanguíneos se ensanchan para permitir una mayor circulación sanguínea hacia los músculos, poniéndolos en alerta, las pupilas se dilatan para mejorar la visión; el hígado libera parte de la glucosa almacenada para aumentar la energía del cuerpo, y el cuerpo produce sudor para refrescarse. Todos estos cambios físicos preparan a la persona para reaccionar rápidamente y eficazmente cuando siente tensión emocional.

2.2.1 Estado emocional ante un evento traumático

Los sentimientos llegan a ser intensos y a veces impredecibles, los adultos y los niños pueden volverse más irritables de lo usual, y su estado de ánimo puede cambiar de forma sin precedentes, puede sentir ansiedad o nerviosismo, e incluso depresión.

Esas visiones retrospectivas cuando llegan a reproducirse pueden provocar reacciones físicas como taquicardia o sudoración, también llega a confrontar dificultades para concentrarse o tomar decisiones en el caso de la paciente dificultad escolar y concentración, o tomar decisiones o sentir confusión con mayor facilidad; además se puede alterar los patrones del sueño y su alimentación.

Las reacciones emocionales recurrentes son comunes, los aniversarios del acontecimiento, como el mes o el año pueden desencadenar recuerdos desagradables de la experiencia traumática.

Estos desencadenantes pueden ser acompañados por el temor de que se repita el acontecimiento estresante.

Con frecuencia se afectan las relaciones interpersonales, se generalizan mayores conflictos; en los adultos discusiones frecuentes con sus familiares, compañeros de trabajo, pareja y en los niños aislamiento, falta de concentración, aburrimiento.

Por otro lado se puede experimentar distanciamiento o aislamiento, y rechazo de las actividades usuales.

Los síntomas físicos pueden acompañar el estrés extremo, por ejemplo dolores de cabeza, náuseas y dolores en el pecho que pueden necesitar atención médica, además los trastornos preexistentes pueden empeorar debido al estrés.

2.2.2 El estrés crónico

Los eventos traumáticos no son la única causa de que estemos estresados sin que haya una causa inmediata. Las personas que a menudo parecen tensas e irritables, que nos hablan siempre de preocupaciones o que se quejan constantemente padecen estrés crónico.

En la mayoría de los casos, es imposible encontrar un solo evento traumático que haya causado esa forma de ser.

En la historia de estas personas hubo situaciones estresantes que duraron mucho tiempo aun si hablamos de los niños.

Ante la imposibilidad de eliminar o de escapar los estresores, sufrieron cambios en su cuerpo y en su mente que les ayudaron a sobre llevar la situación. Se adaptaron, pero al costo fue la situación frecuente o incluso permanente de muchas de sus funciones, es decir, el estrés crónico. Es como si en su interior la persona decidiera de modo inconsciente que su única forma de vivir en el ambiente que le tocó en suerte fuera la tensión permanente.

En el estrés crónico las personas permanecen en un estado de alerta o resistencia que no puede desactivarse, si no que mantiene constante o incluso puede aumentar con el tiempo. Se genera entonces una especie de cortocircuito en el sistema nervioso y el endocrino están activados para responder a estímulos externos que ya no están ahí.

En cambio el cuerpo y la mente continúan produciendo estímulo estresante. Por eso en el estrés crónico el estado interno de la persona es de alarma sin haber motivos reales.

Esto se debe a muchas de las funciones de la persona se encuentran alteradas, activándose automáticamente como si existieran amenazas o peligros reales. En la esfera del pensamiento, aparecen fantasías catastróficas: que quizá tiene sida, que se va a quedar sin trabajo o que en cualquier momento va a ser víctima de un asalto, al situarnos en estas fantasías cuando se producen en niños, pueden retroceder al hecho y sentir también que la electricidad corre nuevamente por su cuerpo al ubicarse bajo poste, pasarelas o algún otro lugar que pueda realizar una regresión catastrófica.

Los músculos están tensos y la postura corresponde a la de alguien que está todo el tiempo en alerta, la respiración es agitada, torácica, con más énfasis en la inspiración, como si estuviera a punto de correr. Cualquiera de estas alteraciones funcionales contribuye a distorsionar las otras. La respiración agitada puede propiciar que vengan a nuestra mente pensamientos negativos y éstos a su vez pueden tensar nuestro cuerpo. En conjunto todos estos cambios traen consigo una emoción como el miedo, en realidad es difícil afirmar que función se alteró primero, pues existe una unidad funcional del organismo.

Uno de los estímulos internos con que una persona puede producir estrés son el pensamiento catastrófico por ejemplo María Cristina quien había negado en algunas ocasiones que porque le había pasado eso que sus padres habían sufrido por su situación, y que en algunas ocasiones ya no quería encontrarse con espejos por su condición física. No es que María Cristina hubiera querido tener esos pensamientos, más bien se imponían a su conciencia, como ella muchas personas se ven literalmente invadidas de pensamientos negativos, que aparecen en su conciencia como esos anuncios tipo pop out que ocupan una y otra vez la pantalla de la computadora.

Todos conocemos personas así es como si cada mañana aparecieran preguntándose de que me voy a preocupar hoy, por supuesto que no lo hacen a propósito. Como cualquiera no quisiera vivir angustiadas pero automáticamente aparecen en su mente pensamientos negativos, incluso catastróficos.

Ante cualquier situación imagina los peores escenarios posibles si se llegan a enfrentar a una dificultad o peligrosa de lo que es la realidad, en buena parte porque se sienten incapaces de afrontarla.

En el estrés crónico las personas se encuentran atrapadas en un círculo vicioso, su estado de alerta las agota o las hace evaluar las situaciones y su propia capacidad de manejarlas negativamente. Esto a su vez les produce mayor tensión.

Las posturas tensas invitan posturas negativas que a su vez los estresan más, al mismo tiempo el estrés en el que viven propicia padecimientos como gastritis o dolores de cabeza por tensión, que les hace percibir su entorno de modo negativo; cada vez resulta más difícil relajarse, ya no digamos sentir bienestar o placer que no se vean interrumpidos o disminuidos por el estrés.

El estrés crónico es complejo involucra parte de nosotros mismos que no son del todo conscientes no voluntarias, y en muchos casos se mantiene como reacción ante situaciones del pasado, que siguen influyendo en nosotros pero de las que no nos podemos dar cuenta.

Si lo padecemos es necesario entender que no va a desaparecer de un momento a otro.

Hay que comprender como se originó y de qué manera se mantiene para modificar las diferentes partes de ese círculo vicioso y avanzar poco a poco.

2.2.3 Estrés emocional en la niñez y su factor biológico

Nuestro cerebro funciona en dos áreas importantes para el desarrollo de esta capacidad de autorregulación, la amígdala y el córtex prefrontal. La amígdala es una pequeña área de estructuras interconectadas, situadas dentro del lóbulo temporal, a ambos lados de cerebro.

Está relacionada con como experimentamos las emociones y es responsable de dictar amenazas e iniciar la respuesta de estrés (lucha, huida o parálisis) enviando información al hipotálamo que se encarga en regular varios sistemas dentro del cuerpo, incluida la liberación de la hormona de la atención. Es la causante de las emociones asociadas a una percepción de amenaza, por ejemplo una persona u objeto se asocian con un suceso traumático, la amígdala producirá una respuesta neuronal tan fuerte, que un futuro encuentro con esa misma persona u objeto disparara una respuesta de atención, sin importar si hay una amenaza real o no (Nunn, 2008)

Sin un desarrollo corte del córtex prefrontal, los niños, no solamente tendrán problemas con su autocontrol si no también con su capacidad de conectar con otros niños, esta es la razón de porque los niños más pequeños no pueden controlar sus impulsos de patear o tener una rabieta, porque su córtex prefrontal todavía no está desarrollado del todo.

Esta área del cerebro es más vulnerable a las influencias externas durante el desarrollo inicial, en los primeros cuatro años de vida. Estas influencias incluyen la habilidad de los adultos para sintonizar con los sentimientos del niño y proporcionarles el confort y el tacto que pueda ayudarles a su sistema de regulación emocional se desarrolle y funcione con efectividad las investigaciones demuestran que la inhibición de este proceso natural puede tener consecuencias a largo plazo. Por ejemplo, los niños de cuatro años que han crecido en un entorno con mucho estrés tienen una córtex prefrontal más pequeño de los que han tenido un entorno más educativo.

Estos niños muestran claros signos de competencia social, falta de habilidad para controlar el estrés y dificultad para ver las cosas desde un punto de vista en otro niño.

Es muy importante saber también que cada niño será diferente en la cantidad de estrés que puede manejar con éxito y como perciba la situación estresante, así lo que para un niño es excitante y estimulante para otro puede ser terrorífico. Por ello, entender el estrés supone comprender a cada individuo en sus relaciones y en su entorno teniendo en cuenta también su carácter y sus actitudes.

2.2.4 Respuestas y reacciones ante el estrés

Hay reacciones normales causadas por la respuesta como lo es la lucha, huida, parálisis muy útiles ante el peligro y el miedo.

Se dan algunas que son más frecuentes entre ellas están:

- El hígado libera parte de su reserva de glucosa para alimentar los músculos, preparándolos para responder.
- El corazón late más rápido para enviar la sangre donde es más necesario para preparar un esfuerzo muscular mayor. Esto puede ocasionar palpitaciones y a veces un incremento en la atención arterial.
- Acudir la sangre a otros lugares, la cara palidece en el movimiento del estómago se paran o se ralentizan.
- Los intestinos tienden a ser menos activos y las glándulas salivales se secan la respiración se hace más rápida porque los pulmones deben coger más oxígeno más rápido y eliminar dióxido de carbono.
- El sistema que se encarga de luchar contra las infecciones se vuelve menos activo, esta es la razón por la que estamos más predispuestos a acoger enfermedades infecciosas tras periodos prolongados de estrés.

2.2.5 Factores cognitivos

El estrés es un tipo de reacción que se activa en aquellas situaciones en las que percibimos que no tenemos suficientes recursos para atender a las demandas (Lazarus, 1990). Se trata de un sistema que compartimos con animales e incluso plantas, y que nos permite reaccionar con rapidez y seguridad ante contextos en los que hay que dar una respuesta para la que no tenemos suficientes recursos de afrontamiento. Este mecanismo pone en marcha un proceso de activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, que se detiene cuando se consigue el objetivo deseado.

Después de haber agotado la energía y los recursos, éstos se vuelven a recuperar con el descanso, de manera que se trata de un proceso normal de adaptación al entorno que nos rodea (Cano-Vindel & Serrano-Beltrán, 2006). Pueden surgir problemas con el estrés si nuestro cuerpo y nuestra mente están activándose permanentemente, sin que se permita la recuperación. En estos casos el estrés puede comenzar a producir algunos síntomas, tales como olvidos, problemas de concentración, pérdida de rendimiento, alta activación fisiológica, agotamiento, insomnio, dolor de cabeza, dolores musculares, contracturas, ansiedad, irritabilidad, aumento del consumo de tranquilizantes, etc. (Cano-Vindel & Serrano-Beltrán, 2006; González-Ramírez, & Landero-Hernández, 2006; Lazarus, 1990). Por supuesto, aparecerán problemas más importantes cuando la situación que provoca el estrés alcance tal magnitud que nos supere por completo y no nos permita dar respuesta alguna, como la paciente presentaba dolores de cabeza y ansiedad al recordar nuevamente el hecho, y así presentaba irritabilidad y ya no deseaba que nadie se le acercara tanto sus padres como sus hermanos.

Es importante dar a conocer todo inicio de cualquier tratamiento y terapia y el comienzo es un diagnóstico preciso tal como un conocimiento exhaustivo de los factores implicados en el origen y desarrollo del problema, así como los antecedentes, factores desencadenantes, factores de mantenimiento, las soluciones intentadas.

Un conocimiento suficiente del paciente y sus circunstancias es decir; el grado de deterioro de salud y el bienestar que se busca para su recuperación, recursos personales, atribución de capacidad y eficacia, rasgos destacados de la personalidad y del sistema de valores, su estado emocional.

La formulación de un esquema explicativo que identifique las variables más relevantes del caso, las relaciones críticas entre ellas, y el proceso que ha ido siguiendo actualmente así como a lo largo del tiempo.

La relación adecuada entre el paciente y terapeuta es de suma importancia ya que permitirá trabajar juntas de manera eficiente, reconocimiento mutuo, comunicación eficaz, confidencialidad, seguimiento del proceso.

Como parte principal la intervención terapéutica se realiza con el fin ir encaminando a reducir los síntomas de ansiedad y la incapacitación que produce el estrés en la paciente; posteriormente se analizan y tratan los factores que lo originan o mantienen la ansiedad y otras alteraciones que puedan acompañarla.

2.6 Factores emocionales del estrés postraumático

Las secuelas emocionales, a modo de cicatrices psicológicas, se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata, por tanto, de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual o, dicho en términos legales más imprecisos conceptualmente, de un menoscabo de la salud mental.

Las secuelas psíquicas más frecuentes en las víctimas de sucesos violentos se refieren a la modificación permanente de la personalidad, según el apartado F62.0 de la CIE-10 (OMS, 1992). Es decir, a la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptativos (por ejemplo, dependencia emocional, suspicacia, hostilidad, etc.) que se mantienen durante al menos 2 años y

que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral (Esbec, 2000)

Los pacientes con este trastorno deben recibir el tratamiento adecuado para que pueden adaptarse nuevamente a una vida sin estrés, ansiedad y recuerdos flash back, aun cuando no llegan a ser diagnosticados con trastorno de personalidad si presentan mecanismo de defensa que pueden afectar su vida y diferentes áreas de su vida.

Lo que se pretende es llevar a cabo un buen estudio análisis y diagnóstico para evitar las complicaciones, en el caso de la paciente que es una niña es importante dar sanación mental, el trastorno de estrés postraumático puede afectar toda su vida su trabajo sus relaciones, incluso el disfrute de su vida cotidiana, tener este trastorno la puede colocar en un mayor riesgo de otros problemas de salud mental entre estos se incluye:

- Depresión
- Abuso de drogas
- Trastornos de alimentación
- Pensamientos y acciones suicidas

Además el trastorno de estrés postraumático puede aumentar el riesgo de ciertas enfermedades médicas las cuales podrían ser:

- Enfermedades cardiovasculares
- Dolor crónico
- Enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoide y la enfermedad de la tiroides
- Afecciones musculoesqueleticas.

2.7 Técnicas recomendadas para cada síntoma o manifestación

Técnica de exposición

Psicoeducación

Manejo de ansiedad

Desensibilización sistemática

Terapia de juego en niños

Psicodinámica

Terapia de grupo reprocesamiento por movimiento ocular

Naturaleza del estrés postraumático como: relación entre pensamiento, emoción y acción.

Tratamientos específicos del estrés postraumático

Disposición de recursos de contención, que lleven al paciente a sentirse atendido y entendido, expresarse libremente, que deposite y descargue en cierto modo sus inquietudes y sus miedos.

Medicación que normalmente va como apoyo al tratamiento psicológico, los medicamentos que hasta la fecha han demostrado una mayor eficacia

Exposición controlada y progresiva a situaciones temidas; se realiza normalmente de forma imaginaria, la exposición en primer momento activa el miedo presente en los recuerdos traumáticos, después permite al paciente tener una experiencia correctora en ausencia de consecuencias aversivas.

Técnicas cognitivas, reestructuración de las interpretaciones catastróficas el control de los pensamientos automáticos, manejo de la culpabilidad, sobrestimación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho negativo.

Estos son algunos de los recursos terapéuticos que en su mayoría fueron trabajados con la paciente tomando en cuenta que se debe tener el mayor cuidado en cuanto se va avanzando y conociendo la profundidad del problema ya que puede venir acompañado de otro problema en el cual también se llegue a requerir también un abordaje en el contexto de un tratamiento integrado

2.8 Test psicométrico para la evaluación del trastorno por estrés postraumático

“Escala de gravedad de síntomas del trastorno por estrés postraumático: propiedades psicométricas” es una escala de evaluación heteropalicada que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DMS-IV, y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos.

2.9 Tratamiento farmacológico

Los ISRS como agentes de primera línea para el tratamiento farmacológico del estrés postraumático, sertralina 50/200mg al día, paroxetina 20/50mg al día, fluoxetina en dosis 20/80 mg al día por 12 semanas.

IRSN venlafaxina de liberación prolongada sertralina y placebo al estrés y la resiliencia

Capítulo 3

Marco metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Surge la investigación a raíz de conocer a profundidad el caso de una niña que a su corta edad cinco años presencio un evento traumático el cual le provoca pérdidas físicas, emocionales y conductuales a su edad actual de diez años comienza a manifestar síntomas como flash back, irritabilidad, dolores de cabeza frecuentes; la directora del centro de rehabilitación Fundabiem la refiere a psicología por el motivo que la madre le da a conocer que no saben qué hacer ya que últimamente la niña se mantenía muy aburrida no le gustaba la bulla y ya no quería estudiar.

Al momento de ser evaluada en el área de psicología se observó su condición física sin duda alguna su autoimagen y todo el acontecimiento narrado por la paciente y su madre era la causa de su conducta; en los diferentes servicios que brinda el centro Fundabiem asiste a fisioterapia, terapia del lenguaje y educación especial, las docentes dan a conocer que últimamente no pone de su parte para su recuperación y su aprendizaje escolar.

La madre se encontraba desesperada debido a que en su hogar estaban pasando una crisis económica y problemas conyugales; la paciente le estaba afectando la misma situación y creía que todo era por su culpa porque después de su accidente habían estado gastando en su recuperación; con el apoyo de la directora de Fundabiem se llevó a cabo el proceso psicológico que conto por parte de la Dra. Jordán llevar a cabo evaluaciones interdisciplinarias para la evolución cada mes de la paciente.

3.2 Preguntas de investigación

¿El estrés postraumático da lugar a un desequilibrio y vulnerabilidad emocional en la niñez clínicamente significativo?

3.3 Objetivos

General

- Promover a lo largo del ciclo vital del paciente una vida estable que equilibre su estado emocional y conductual superando el trauma.

Específicos

- Proporcionar empatía y un resultado favorable en la elaboración de técnicas y un adecuado plan terapéutico.
- Aplicar conocimientos de la vocación del área psicológica para que cada sesión sea enriquecedora.

3.4 Alcances y límites

Alcances

En todo el proceso de la ejecución de la realización de la práctica profesional, se llevara una gran experiencia donde se abren todos los conocimientos que en el periodo de cinco años de estudio se llevaron a cabo pero lo más importante abrir el corazón para brindar consuelo, apoyo a cada paciente con diferente pensamiento con diferente estado de ánimo que aún cuando creen que la luz se apaga llegamos a iluminar con más fuerza su vida.

Cada paciente que se presentaba al área de psicología tuvo uno y muchos motivos de consulta debido a que el principal es el que afecta su presente pero todo tiene una causa un pasado, es ahí donde nuestra profesión abre sus manos para tomar al paciente al alivio mental, la psique es nuestro motor que necesita cuidado.

Algunos pacientes mostraron gran sacrificio, empeño y dedicación para salir adelante llevando el proceso como se debía, algunos otros pacientes dejaron de asistir por motivos personales, o porque en la cuarta sesión se sintieron mejor.

El mayor alcance fue haber brindado apoyo emocional a diferentes pacientes, investigar sobre los motivos y su sanación con un gracias observando sus ojos llenos de nueva luz y esperanza.

Ejercer el papel de ser psicólogo no es un camino fácil pero si el mejor amigo del alma, cuerpo y mente.

Limites

Durante el periodo de seis meses se estancia en el centro de Fundabiem la directora refiero a más de pacientes que asistían por diferente motivo sin embargo en algunos casos, los pacientes solamente ingresaban al motivo de consulta y la siguiente semana ya no regresaban era retirados de la hoja de asistencia al no cumplir asistencias como regla del centro.

Se daba prioridad a casos extremos como violencia física, sexual, las pacientes solamente asistieron de 2 a 3 sesiones un caso fue retirado porque el esposo la amenazo de continuar ya que solamente tenía que asistir a el acompañamiento de fisioterapia de su hijo.

Los pacientes que no estaban registrados en SBS por parte de gobierno debían realizar una cuota de 25 quetzales para ingresar a psicología como donativo para el centro de práctica, por tal motivo y factor económico las madres que no contaban con el dinero semanal ya no ingresaban a las siguientes semanas a sus terapias.

3.5 Metodología

El método utilizado en esta investigación es cualitativo que se ha proporcionado en el pensum de estudio del trimestre No. 15 de la carrera de psicológica clínica y consejería social

Este método cualitativo tiene como base investigar temas o casos, en este proceso por requerimiento de las autoridades de la universidad Panamericana se realizó la investigación con un caso estrella asignado así como el que más impacto obtuvo en nuestro plan de trabajo el cual consistió en una niña que se encontraba en la terraza de una casa jugando llevaba su manita mojada, iba caminando en la orilla de la terraza sintió que perdía el equilibrio y para no caer se agarró de un cable de alta tensión provocando en ese instante el pánico en todos los vecinos y en sus padres al ver que respiraba con dificultad y la mayor parte de su cuerpo sangraba, el brazo izquierdo se le veía el hueso lo cual fue intervenida de inmediato al hospital encontrándose entre la vida y la muerte gracias a Dios ella logro continuar con vida.

Procedimiento

El proceso psicológico se llevó a cabo con la paciente llevando un plan terapéutico de 12 sesiones donde se trabajaron técnicas y terapias psicológicas siendo entre ellas terapia conductual, terapia cognitivo conductual, desensibilización sistemática, técnica de exposición, técnica motivacional, autoimagen y autoestima, técnicas de juegos para su desenvolvimiento en su aprendizaje como rompecabezas, lecturas, diario, juegos de memoria.

Lo cual fueron los adecuados para el crecimiento de la paciente mostrando la nota evolutiva a la Dra. Jordán como proceso culminado teniendo un resultado favorable y enriquecedor en la vida de la paciente.

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

Identificación personal

Nombre del paciente: M. C. Q. S.

Lugar y fecha de nacimiento: 8 de diciembre del 2004

Edad: 10 y siete meses

Estado civil: soltera

Género: Femenino

Ocupación: Estudiante

Nacionalidad: Guatemalteca

Religión: Cristiano evangélico

Motivo de consulta: “mi vida cambio desde que me agarre de un cable de alta tensión, quiero ser feliz y ya no acordarme porque me pongo aburrida”.

La madre refiere “mi hija el 26 de noviembre fue sometida a una operación porque a la edad de 5 años sufrió un accidente en la terraza de la casa de un familiar se garro de un cable de alta tensión de milagro está viva, las quemaduras fueron de tercer grado perdió el bracito izquierdo debido a que llevaba mojada su manita, no tiene cuatro dedos de su pie izquierdo y tiene grandes cicatrices en todo el estómago solo debe andar vendada debajo de su ropa, nosotros con mi esposo la amamos mucho pero ella se mantiene aburrida, no le gusta la bulla, quiere estar sola, presenta muchos dolores de cabeza, y cuando se encierra esta va de llorar, le grita a sus hermanos ya no sé qué hacer”.

Examen mental

Aspectos generales

Apariencia: vestimenta adecuada, buena higiene personal

Actitud: comunicativa sumisa, respetuosa

Conducta: miedosa, temerosa

Lenguaje: fluido, despacio, claro comprensible

Tono de voz: bajo moderado

Curso del pensamiento: coherente

Contenido del pensamiento: flash back

Percepción: salir adelante tristeza, miedo, temor

Humor: aburrimiento, ansiosa

Afecto: sudoración, insegura

Inteligencia: normal medio

Orientación: ubica hora, día, tiempo y espacio.

Memoria: adecuada a preguntas y respuestas

Control de impulsos: medio

Capacidad de juicio crítico: buena

Capacidad de insight: buena

Confiabilidad: alta

Estado afectivo: esperanza, tristeza, y miedo

Actitudes y tendencias dominantes: tendencia fóbica

Antecedentes personales patológicos

Médicos: tratamiento por rinitis y sinusitis alérgica y dolor de cabeza

Quirúrgicos: amputación brazo izquierdo y cuatro dedos pierna izquierda.

Traumáticos: debido al evento de ser electrocutada.

Alérgicos: polvo, gatos, perros, carne de cerdo, flores, frío.

Psicológicos: ansiedad, trauma, baja autoestima.

Uso y/o abuso de sustancias: Refiere la madre que su esposo consume bebidas alcohólicas por un máximo de tres veces por semana.

Antecedentes personales no patológicos

Académicos: Refiere que actualmente estudia tercero primaria en escuela de Aldea Mavil, San Pedro Sacatepéquez, San Marcos.

Laborales: La madre refiere que hace oficios domésticos en casas, o en algunas ocasiones comida para vender; el padre solo cuando hay un trabajo de guardián lo llaman pero se dedica a la agricultura.

Maritales: Refiere está casada hace doce años con su esposo.

Sexuales: Refiere que casi no tiene relaciones sexuales con su esposo debido a que bebe con frecuencia alcohol y la agrede mucho.

Sociales (Hábitos y Aficiones): Refiere que le gusta salir con sus hijos van a la iglesia los domingos y en las tardes ellos van a grupo de jóvenes.

Penales y/o delictivos: No refiere.

Historia Familiar

Juana Santiago refiere: “desde que paso el accidente de mi hija me he dedicado a luchar a salir adelante he visto de qué manera consigo dinero para los pasajes a la capital, mi esposo me pegaba antes de que le pasara esto a mi nena es raro que me dé para mi gasto él me manda a cobrar cuando le deben y si la gente no me da el dinero a mí me regaña y me insulta, pero Dios me ha bendecido con darle una segunda oportunidad a mi hija ella es la tercera de cuatro hijos tres varones, quiero que mi esposo cambie porque cuando me insulta mis hijos se pone a llorar y yo ya no tengo a mis papas ellos fallecieron cuando yo tenía tres años tengo un hermano por parte de papa pero él no me quiere ni la familia de mi esposo, cuando salgo a trabajar mis cuñadas me gritan que yo a verme con otro hombre voy, cuando salgo con la fe de poder llegar con comida porque no tengo nada en mi cocina, a veces lloro y hasta había pensado en morirme pero mis hijos son mi motivo para estar viva.

Referencia de la paciente:

María Cristina refiere: “entra al área psicológica acompañada de su madre, su vestimenta adecuada buena higiene, se encuentra poco colaboradora y expresiva mantiene poca expresión, está atenta a las preguntas debido a que responde correctamente ubicación donde relata con claridad el evento traumáticos presenta síntomas emocionales como tristeza, llanto, sudoración en manita derecha, aceleración cardiaca, baja autoestima, piensa en porque paso esto pero a la vez le agradece a Dios que porque está viva; y por lo tanto ha pensado en seguir adelante pero recuerdo mucho lo sucedido.

Pronostico: Favorable

Evaluación Multiaxial

Trastornos clínicos

EJE I: F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81]

Trastornos de la personalidad

EJE II: Z03.2 Sin diagnostico [V71.09]

Mecanismos de defensa represión, negación

Enfermedades médicas

EJE III: Síntomas alérgicos rinitis y sinusitis crónico

Problemas psicosociales y ambientales

EJE IV: Problemas relativos al ambiente social y problemas económicos y de vivienda

EJE V: Escala de evaluación de la actividad global:

53 ingreso 65 actual

Plan terapéutico:

I sesión:

Identificación de síntomas con la paciente, acerca de su valor y su imagen, percibir sus metas sus logros, de acuerdo a sus expectativas iniciando con terapia cognitivo conductual.

II Sesión:

Formar su autoestima a través de relación con sus padres desarrollo en el aprendizaje, en sus actividades en la construcción de la felicidad, dando a conocer propósitos de su vida y el alcance de sus metas. Identificación de pensamientos negativos, sustituirlos por positivos; por ejemplo que cree que piensan los demás de ella, en su autoimagen, se utilizara técnica de la mándala personal, tangram, terapia racional emotiva.

III sesión:

Técnica socio-afectiva con el fin de relatar y transmitir mensajes de hechos que han ocurrido en su vida familiar, social, escolar, interpretando su lenguaje gestual acerca de sus emociones, expresión libre y espontánea de sus vivencias; sobre Bullying recibido por algunos compañeros de escuela.

IV sesión:

Se le aplicara el test de sacks cuenta con cuarenta frases el niño debe completar una por una y completar una por una con sus propias palabras con la finalidad de examinar de forma indirecta dificultades y conflictos en las áreas familiar, social, interpersonal, y concepto de sí mismo.

V sesión

Disposición de recursos de contención, que lleven a la paciente a sentirse atendido y entendido, expresarse libremente, o poder depositar, y en cierto modo descargarse, sus miedos, inquietudes y más aún la ansiedad.

VI sesión:

Optimización de los apoyos sociales y afectivos. Comunicación de los hechos y vivencias traumáticas personal. Con este ejercicio se tiene la intención de aprender a dirigir la atención a los aspectos positivos de la vida, y los momentos felices compartidos con paciente, familiares y padres.

VII sesión:

Reforzar conductas positivas a la paciente y lograr que adquiriera nuevas conductas tanto emocionales como en su aprendizaje incluyendo juegos como rompecabezas.

VIII sesión:

Desensibilización sistemática mecanismos básicos sobre el proceso de romper trauma y miedo, flash back funcionalidad y disfuncionalidad, explicación sobre los síntomas y su alcance, relaciones entre pensamiento, emoción y acción.

IX sesión:

Exposición controlada y progresiva a situaciones temidas, normalmente de forma imaginaria. La exposición en un primer momento activa el miedo presente en los recuerdos traumáticos, después permitirá a la paciente el tener una experiencia correctora en ausencia de consecuencias del hecho.

X sesión

Entrenamiento en relajación: respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva.

XI sesión

Dar a conocer a los padres el avance evolutivo resaltando aspectos importantes en la conducta y la valoración positiva que se ha logrado para evaluación interdisciplinaria, de terapeuta – paciente, así como hoja evolutiva del centro de atención FUNDABIEM.

Expresar aspectos importantes acerca de lo que piensa de sí mismo, haciendo reflexión sobre sus capacidades y cualidades.

XII sesión

Se realizara un ejercicio para casa llamado diario de lo que va bien el cual consiste en anotar cada día por escrito 3 cosas que hayan ido bien durante el día y por qué han ido bien durante un mínimo de 2-3 semanas aunque se pueda alargar a toda la vida como diario, se utilizara técnica de apoyo motivacional, para cierre de terapia.

4.2 Análisis del paso terapéutico

Con la niña M.C.Q. se realizaron como inicio del plan terapéutico exámenes médicos por la enfermedad de rinitis y sinusitis alérgica, la doctora hizo mención que debido a esta enfermedad que si fue diagnosticada presentaba dolores de cabeza como síntomas de mencionada alergia.

Al inicio de terapias su actitud fue participativa al quedarse sola en clínica, debido a que no quería que la madre la dejara solita, respondiendo positivamente con la identificación de emociones.

En la segunda semana realizo la técnica de autoimagen que consistió en formar una muñequita con fomy decorarse y la visualización social, con apoyo y ayuda, comenzó a tomar más confianza y a sonreír.

La cuarta sesión por parte de las reglas de la fundación fundabiem se realizaron evaluaciones interdisciplinarias, lo cual las terapeutas dieron a conocer que María Cristiana comenzaba a estar más colaborativa en terapia de lenguaje en fisioterapia y mecanoterapia.

Se le brindo motivación, mejoramiento de conductas cambios de ideas irracionales como el que me “ven mal, pensaran que no me puedo peinar, no voy a poder ser alguien tan importante”.

En la técnica de la desensibilización sistemática a un inicio mostro temor, pero conforme se fue realizando el ejercicio mostro confianza comenzó a llorar y a través del afecto de un abrazo de mi parte logro superar el trauma como primer paso culminando con técnica de respiración profunda.

Se realizó técnica de relajación progresiva en un campo debido a que la paciente le han gustado los sonidos de la naturaleza pero hace tiempo que ya no mostraba interés por salir a escucharlos y temor a los cables que están cerca; logro hacer la técnica con el deseo de repetirlo ya que sentía que su mano comenzaba a sentir fuerza.

La técnica de apoyo se dieron a conocer sus cualidades y capacidades, anotando en un cartel llamado diario todos los aspectos positivos que ha logrado, sus éxitos académicos, familiares y sociales, debido a que la paciente ha respondido favorablemente a pesar de que la madre le hizo ver que era difícil que lo lograría porque su estado era delicado.

En la nota evolutiva del centro de rehabilitación fundabiem la paciente se encontraba en un rango medio de 56 a 61; de tal manera que en su examen de tercera fase logro el 66 rango de mejoramiento.

Conclusiones

Al cerrar las sesiones establecidas para la sanación de la paciente se comprendieron diferentes etapas y procesos sobre la evolución de un trastorno mental, se debe llegar hasta lo más profundo para poder llevar a cabo un plan de tratamiento explícito así como también un rango de opciones terapéuticas, que nos permitirán dar importancia al paciente de interés y solución a su problema.

El objetivo central como psicoterapeutas es la elaboración de empatía centrándonos en el aprendizaje y refuerzo de habilidades y recursos personales para que el paciente pueda reestructurar su historia vital después de un acontecimiento estresante, tal forma que pueda comprender lo ocurrido y que tenga control sobre sus síntomas para otorgarle un sentido a la experiencia traumática vivida.

Se utilizó un proceso psicoterapéutico largo debido a que se diagnosticó como crónico, lo cual su atención llevo un lapso de cuatro meses para su resolución; durante este tiempo la paciente estructuro su vida entorno de los síntomas evitando así que dañara más adelante sus actividades sociales, interpersonales y familiares.

El evento que sucedió en la vida de la niña se vio afectada por la seriedad del trauma la recuperación fue muy gratificante gracias a la colaboración de sus padres, el apoyo por parte del centro de práctica para salir de las instalaciones a realizar las técnicas indispensables donde se vio el avance de los recuerdos frecuentes flash back.

Se dio a conocer todo el proceso las causas psicológicas y medicas a los padres; el avance fue mejorando en la cuarta sesión, la paciente daba a conocer cada viernes su mejoría por tal motivo fue un caso que dejo mucho fruto cosechado para continuar ejerciendo la profesión con sabiduría, y positivismo.

Recomendaciones

Enseñar al niño con amor y paciencia sobre lugares adecuados de juego, ser acompañados por un adulto o por alguno de sus padres y así también que tenga la confianza de contar lo que le suceda en el día, o a donde va y con quien.

Brindar el apoyo y los consejos adecuados a los niños y los adolescentes que hayan experimentado o presenciado un suceso traumático, impartiendo talleres implementando terapias de grupo.

Fomentar programas de prevención tanto a padres de familia como en centros educativos; para ampliar mejores expectativas de prevención, debido a que el trastorno por estrés postraumático se puede desarrollar por diferentes causas.

Profundizar en la psique del paciente todos los síntomas que se desencadenan cuando es diagnosticado el trastorno como los sentimientos, cambios, problemas, síntomas físicos, el cual deben ser identificadas estas reacciones por el paciente y por el psicoterapeuta; de esta manera formar una serie de estrategias orientadas a reestablecer el bienestar emocional y así la recuperación tenga un sentido de control y de los cambios positivos.

Los pacientes comprendan que deben ser guiados en el proceso para que vayan acomodando sus sentimientos, pensamientos y emociones de las vivencias traumáticas y así liberar tensiones donde el plan terapéutico vaya encaminado a un buen pronóstico.

Es recomendable dar acompañamiento motivacional a involucrarse en actividades sociales para dar luz y paz en su vida interior, así el paciente ira dándole un nuevo sentido a su vida superando día a día lo que le pueda causar ansiedad, estrés o el trauma, así como el caso presentado la paciente supero su autoestima venciendo el temor de haber sido burlada o al creer que nadie la iba a querer.

Referencias bibliográficas

Palacios L, Heinze G. Trastornos de estrés postraumático: una revisión del tema de salud mental 2002; 25: 61-71.

Rothbaum B. Tratamientos psicosociales para el trastorno por estrés postraumático, psiquiatría y salud integral 2002; 2:50

Latorre, JI; Moles, B; et. Al. (2007). Artículo: *Tratamientos psicológicos del trastorno por estrés postraumático*.

Anisman H.L, Kitch M, 1981 “Noradrenergic and dopaminergic interactions in escape behavior; analysis of controllable stress aspects. 74: 263-268

De la peña, (1984) Posttraumatic stress disorder in the vietnam veteran a brain modulated, compensation information underload in the central nervous system. Version española ed. Ancora S.A. 1989.

Mandell's 1986, Neurobiological aspects of PTSD Review of clinical and preclinical studies, Behavior Therapy 1989, 20 177-193.

Calvete, E. (2005) Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos. Ansiedad y Estrés, 11, 203-214.

Cano-Vindel, A. (1997). La visión del psicólogo. Alteraciones de los procesos cognitivos por el estrés. Medicina y Seguridad del Trabajo, XLIV(172), 103-111.

Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. En E. G. Fernández-Abascal y M. P. Jiménez Sánchez (Eds.), Control del Estrés (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.

Cano-Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés*, 9, 203-229.

Almanza, J.J., Paéz, F, Hernández, M, Barajas G, y Nicolini, H (1996) Confiabilidad y validez concurrente de dos escalas del trastorno por estrés postraumático. *Salud mental* 19, 2-4.