



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

***“TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN
CON LA TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD
EN LOS PACIENTES QUEMADOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD
DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA
PERÍODO FEBRERO-JULIO 2013”***

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICOLOGOCLÍNICO**

AUTORA:

María Gabriela Gordillo Llivigañay

DIRECTOR:

Psic. Cl. Luis Fernando Sarmiento L

LOJA - ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Psic. Cl.

Fernando Sarmiento

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA “UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y revisado determinadamente el proceso de elaboración de la tesis titulada: TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN CON LA TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES QUEMADOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO FEBRERO-JULIO 2013, de autoría de la Señorita María Gabriela Gordillo LLivigañay, la misma que cumple con las exigencias de la investigación científica y de las normas de graduación vigentes en la Universidad Nacional de Loja, por tanto autorizo su presentación y defensa.

Loja, Diciembre del 2013



Psic. Cl.: Fernando Sarmiento

Director de Tesis

AUTORÍA

Yo, María Gabriela Gordillo Llivigañay declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: María Gabriela Gordillo Llivigañay

Firma: 

Cedula: 1104728306

Fecha: 20 de Marzo del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS, POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo MARÍA GABRIELA GORDILLO LLIVIGAÑAY, declaro ser autora de la tesis, titulada **“TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN CON LA TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES QUEMADOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO FEBRERO-JULIO 2013”**, como requisito para optar al grado de PSICÓLOGA CLÍNICA, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional. Los usuarios podrán consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realicen terceros.

Por la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 20 días del mes de Marzo del 2014, firma el autor

Firma del Autor: 

Autor: María Gabriela Gordillo Llivigañay

Cedula: 1104728306

Dirección: Gran Colombia e Ibarra

Correo Electrónico: gabriela.gordillo@hotmail.com

Teléfono: 2577954

Celular: 0982523826

Datos Complementarios

Director de tesis: Psic. Cl. Fernando Sarmiento

Tribunal de tesis: Dra. Verónica Vélez

Dra. Ana Puertas

Psic. Cl. Inés Lozano

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de manera especial a mis padres Hugo y Elvia por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanos: Fernando, Diego, Pablo, Patricio y Miriam por ser el complemento esencial en mi vida. A mis cuñadas, cuñado y sobrinos: David, Joel, Génesis, Diego Paul, Camila, Anahí, Juan Diego, Juan Pablo y Cristian Andrés por ser parte importante de mi vida.

A mis amigos por todos los momentos que pasamos juntos y por haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaré.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A la Universidad Nacional de Loja y al Área de la Salud Humana por la formación académica y científica brindada, a mis Docentes por sus enseñanzas y conocimientos otorgados durante toda mi carrera profesional.

A mi Director de Tesis, Psc. Cl. Fernando Sarmiento por su esfuerzo y dedicación, quien con su experiencia, paciencia y motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

Al Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, a las autoridades y a los pacientes que sin ellos no hubiese sido factible la realización de este trabajo investigativo.

A mis padres por brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre, por su intersección con sus oraciones al Creador de la Vida.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida, por su apoyo, confianza y amor.

A mi familia y amigos. Gracias por su apoyo, ánimo y compañía.

I. TEMA

***“TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN
CON LA TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD
EN LOS PACIENTES QUEMADOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD
DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA
PERÍODO FEBRERO-JULIO 2013”***

II. RESUMEN

El Trastorno de Estrés Post-Traumático se define como una reacción emocional intensa ante un suceso experimentado como inesperado y traumático, afecta a millones de personas cada año, teniendo como origen diversas causas, entre ellas: las lesiones por quemaduras que son provocadas por agentes físicos, químicos o biológicos, causando secuelas de tipo emocional y complicaciones graves como es el Trastorno de Estrés Post-Traumático entidad psicológica que está íntimamente relacionada con la Personalidad.

Ante esta realidad se ha creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo de tipo descriptivo-estadístico con enfoque mixto sobre el Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad, para el desarrollo del estudio investigativo se trabajó con 63 pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en un periodo de 6 meses. Entre los objetivos planteados son: establecer epidemiológicamente la prevalencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático, identificar la relación con la Transformación Persistente de la Personalidad y determinar los factores traumáticos que influyen en su aparición. Para el cumplimiento de los mismos se utilizó la Evaluación Psicológica (Ficha de Observación, Entrevista e Historia Clínica) y los Reactivos Psicológicos (El Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III, Escala de Trauma de Davidson, Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático).

Concluido el estudio se encontró que una cantidad significativa de pacientes presentó Trastorno de Estrés Post-Traumático, se identificó la relación con la Transformación Persistente de la Personalidad con los tipos: Evitativo, Dependiente y Paranoide, conjuntamente con los factores traumáticos.

PALABRAS CLAVES: Trastorno de Estrés Post-Traumático, Personalidad, Quemaduras

SUMMARY

The Dysfunction of Post-traumatic Estrés is defined like an intense emotional reaction before an experienced event as unexpected and traumatic, affects to millions of people every year, having as origin diverse causes, among them: the lesions for burns that are caused by physical, chemical or biological agents, causing sequels of emotional type and serious complications as it is the Dysfunction of Estrés Post-traumatic psychological entity that is intimately related with the Personality.

In the face of this reality it has felt convenient to carry out the present investigative work of descriptive-statistical type with mixed focus on the Dysfunction of Post-traumatic Estrés and their relationship with the Persistent Transformation of the Personality, for the development of the investigative study you work with 63 patients of the Unit of Burnt of the Regional Hospital Isidro Ayora of the City of Loja, in a period of 6 months. Among the outlined objectives they are: to establish the prevalencia of the Dysfunction of Post-traumatic Estrés epidemically, to identify the relationship with the Persistent Transformation of the Personality and to determine the traumatic factors that influence in their appearance. For the execution of the same ones the Psychological Evaluation was used (Record of Observation, Interviews and Clinical History) and the Psychological Reagents (The Clinical Inventory Multiaxial of Million, MCMI-III, Scale of Trauma of Davidson, Scale of graveness of symptoms of the Dysfunction of Post-traumatic Estrés).

Concluded the study was found that a significant quantity of patients presented Dysfunction of Post-traumatic Estrés, you identifies the relationship with the Persistent Transformation of the Personality with the types: Evitativo, Clerk and Paranoid, jointly with the traumatic factors.

KEY WORDS: Dysfunction of Post-traumatic Estrés, Personality, Burns

III. INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) se caracteriza por una serie de síntomas que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos, a los que la persona responde con miedo, impotencia u horror. Los síntomas incluyen la reexperimentación persistente del evento traumático, mediante sueños o recuerdos intrusivos, la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma, la disminución del interés en actividades significativas y dificultades para conciliar o mantener el sueño.

Entre los sucesos traumáticos experimentados directamente se encuentran: combate militar, ataques personales violentos, ser secuestrado, ser tomado como rehén, ataque terrorista, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, incendios, explosiones, erupciones volcánicas, inundaciones, huracanes, terremotos, accidentes graves o recibir un diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. Los sucesos traumáticos observados incluyen: la observación de daño grave o muerte no natural de otra persona, debido a asaltos violentos, accidentes, guerras, desastres o la visión inesperada de cadáveres humanos o parte de los mismos.

La probabilidad de desarrollar un Trastorno de Estrés Post-Traumático aumenta cuando se incrementan la intensidad, duración y frecuencia del agente estresante y cuando este es experimentado directamente en vez de ser simplemente observado o transmitido.

Sufrir una quemadura afecta la capacidad de adaptación biológica y el equilibrio psicológico de la persona, con frecuencia hay desfiguración que lleva a una alteración de la imagen corporal y de la autoestima. Las heridas y el tratamiento llevan consigo dolor, sufrimiento y la experiencia es vivida de modo traumático. La gran carga psicológica que supone una quemadura grave puede provocar reacciones negativas diversas, como depresión, ansiedad, alucinaciones, aislamiento, hostilidad al medio, pérdida de

autoestima y entre ellas la probabilidad de presentar un Trastorno de Estrés Post-Traumático, debido a la experiencia constante del dolor, el difícil periodo de hospitalización y tratamiento.

Las Transformaciones de la Personalidad suelen presentarse después de experiencias traumáticas de una intensidad extraordinaria, aunque también pueden hacerlo como consecuencia de un trastorno mental grave prolongado o recurrente, debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que no estaba presente antes de la experiencia patógena.

Ante esta realidad se realizó el presente trabajo investigativo de tipo descriptivo-estadístico con enfoque mixto sobre el Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad, para el desarrollo del estudio investigativo se trabajó con 63 pacientes, mayores de 18 años de edad de la Unidad de Quemados del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en un periodo de 6 meses.

Entre los objetivos planteados son: establecer epidemiológicamente la prevalencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático, identificar la relación con la Transformación Persistente de la Personalidad y determinar los Factores Traumáticos que influyen en su aparición. Para el cumplimiento de los mismos se utilizó la Evaluación Psicológica (Ficha de Observación, Entrevista e Historia Clínica) y los Reactivos Psicológicos (El Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III, Escala de Trauma de Davidson, Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático)

Concluido el estudio se encontró que una cantidad significativa presentó Trastorno de Estrés Post-Traumático, se identificó la relación con la Transformación Persistente de la Personalidad con los tipos: Evitativo, Dependiente y Paranoide. El factor traumático que influye en su aparición con mayor prevalencia es el tipo de quemadura.

En cuanto a la revisión literaria se recopiló información distribuida en cuatro capítulos: en el Capítulo I se estudió el Trastorno de Estrés Post-Traumático, características clínicas, especificación, trastornos asociados, curso y prevalencia; en el Capítulo II se estudió Personalidad, componentes, factores y Transformación Persistente de la Personalidad; en el Capítulo III Quemaduras, concepto, etiología, clasificación, características y en el Capítulo IV Tratamiento.

IV. REVISIÓN LITERARIA

CAPITULO I

1. Trastorno de Estrés Post-Traumático

Se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos, a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos. “Los síntomas incluyen: la reexperimentación persistente del evento traumático, la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma, asociado a la disminución de la capacidad general de reacción y síntomas persistentes de activación aumentada.”¹

Reexperimentación persistente del suceso traumático

Recuerdos del suceso recurrente e intruso que causan malestar, incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Actuar o sentir como si el suceso traumático estuviera repitiéndose, incluye la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y memorias vívidas, repentinas y breves, incluyendo las que ocurren al despertarse o intoxicarse con sustancias psicoactivas. Los flashback suelen ir acompañados de una alta activación (sudoración, temblores, palpitaciones, disnea) y la persona puede sentirse inmovilizada e inconsciente de su entorno. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos, simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático y reactividad fisiológica

Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y disminución de la capacidad general de reacción

Se refiere a los esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o

conversaciones relacionados con el suceso traumático; esfuerzos para evitar actividades, lugares o gente que hacen recordar el trauma; incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas; sensación de desapego o distanciamiento de los demás; restricción de la gama de afectos; sensación de un futuro con menos perspectivas.

Síntomas persistentes de activación aumentada (hiperactivación)

Se refiere a las dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse o completar tareas, hipervigilancia y respuesta exagerada de sobresalto.

1.1. Características diagnósticas

La característica esencial del Trastorno de Estrés Post-Traumático es la aparición de síntomas clínicos, debido a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, en donde el individuo se encuentra inmerso en diversas situaciones o hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier amenaza para su integridad física; acontecimientos donde se producen muertes, heridos, lesiones o existe una amenaza para la vida de otras personas; familiar por acontecimientos que implican muertes inesperadas, violentas y graves.

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un Trastorno de Estrés Post-Traumático se encuentran: los combates en guerra, ataques violentos, secuestros, accidentes por quemadura, amputaciones, torturas, encarcelamientos, prisionero de guerra, internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos o aviatorios graves y diagnóstico de enfermedades catastróficas. Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al individuo pueden producir en él un Trastorno de Estrés Post-Traumático comprenden: actos terroristas,

accidentes graves o heridas vividos por un familiar o un amigo, o la constancia de que un miembro de la familia padece una enfermedad muy grave.

El cuadro sintomático característico del Trastorno de Estrés Post-Traumático debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo y síntomas persistentes de activación. Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suele experimentar un malestar psicológico intenso o respuestas de tipo fisiológico.

Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño, que puede deberse a pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Puede manifestar una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes, una sensación de distanciamiento de los demás o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones. Algunos individuos manifiestan irritabilidad o ataques de ira o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas.

1.2. Especificación

1.2.1. Trastorno de Estrés Post-Traumático Agudo: esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.

1.2.2. Trastorno de Estrés Post-Traumático Crónico: esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.

1.2.3. Trastorno de Estrés Post-Traumático de inicio demorado: esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

1.3. Síntomas y trastornos asociados

1.3.1. Características descriptivas y trastornos mentales asociados.

Puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada y trastornos relacionados con sustancias. Estos trastornos pueden preceder, seguir o coincidir con el inicio del Trastorno de Estrés Post-Traumático.

Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal, puede aparecer los siguientes síntomas: afectación del equilibrio emocional; comportamiento impulsivo y autodestructivo; amnesia; alteraciones del sueño, sueño intranquilo, pesadillas y terrores nocturnos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previa.

1.4. Prevalencia

“El Trastorno de Estrés Post-Traumático es uno de los trastornos de ansiedad más frecuente con una prevalencia entre el 5% y el 10% en la población general.

Las personas pertenecientes a los grupos sometidos a hechos traumáticos (p. ej., víctimas de guerra, erupciones volcánicas, atentados terroristas o accidentes por quemaduras) pueden presentar un Trastorno de Estrés Post-Traumático en porcentajes de, al menos, un 20 y 45%, además de que las prevalencias de por vida oscilan entre 3.6 y 7.8% en la población general de Estados Unidos y de entre 2.22 y 46% en otras partes del mundo”²

1.5. Curso

El Trastorno de Estrés Post-Traumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, puede haber un lapso temporal de meses o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto.

La alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo. Los síntomas del trastorno como: la reexperimentación, comportamiento evitativo y síntomas de activación, pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra que la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses, en otras ocasiones pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.

La calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del Trastorno de Estrés Post-Traumático.

CAPITULO II

2. Personalidad

Conjunto de rasgos o características personales que integran una unidad coherente que describe al individuo, es decir, “es la forma en que pensamos, sentimos e interpretamos la realidad, mostrando una tendencia de ese comportamiento a través del tiempo, incluso en distintas situaciones o momentos, otorgando algo único a cada individuo que lo caracteriza como independiente y diferente”³

Cada persona al nacer ya tiene su propia personalidad con ciertas características propias, que con el paso del tiempo más el factor ambiental y las circunstancias es como se definirá esa persona. La personalidad es fundamental para el desarrollo de las demás habilidades del individuo y para la integración con grupos sociales.

2.1. Componentes de Personalidad

2.1.1. Temperamento

Todos los seres humanos poseen una herencia genética, es decir, las características que se heredan de los padres, como por ejemplo, el color de ojos, el tono de piel e incluso la propensión a determinadas enfermedades. El temperamento es uno de los componentes de la personalidad porque determina, de alguna manera, ciertas características de cognición, comportamiento y emocionales.

2.1.2. Carácter

Se denomina a las características de la personalidad que son aprendidas en el medio, por ejemplo, los sentimientos son innatos, es decir, se nace con ellos, pero la manera en cómo se expresan forma parte del carácter. Las normas sociales, los comportamientos y el lenguaje, son sólo algunos componentes del carácter que constituyen a la personalidad.

2.2. Factores que configuran la personalidad

2.2.1. Desarrollo y maduración

Varios estudioshan examinado el complejo proceso de crecimiento, desarrollo, maduración y declinación de la personalidad a lo largo del ciclo vital del individuo normal, atravesando diferentes etapas, formando un ser único e independiente.

2.2.1.1. Adultez:en esta etapa de la vida el individuo normal alcanza la plenitud, su evolución biológica y psíquica. Su personalidad y sus componentes se presentan firmes y seguros.El individuo maduro se distingue por el control que logra de su vida emocional, que le permite afrontar los problemas de la vida con mayor seguridad y serenidad que en etapas anteriores.

2.2.1.2. FREUD

Freud divide la mente en tres componentes: el ello, el yo y el súper yo, cada uno responsable de ciertos rasgos de personalidad diferentes. Según Freud la personalidad humana surge del conflicto entre: los impulsos instintivos tendentes a la agresividad con la búsqueda del placer y los límites sociales. “La personalidad se construye como un intento de conciliar estas dos instancias buscando la satisfacción de nuestros instintos sin ser víctimas de los sentimientos de culpa o castigo”⁴

2.2.1.3. PIAGET

Según Piaget el desarrollo se produce a partir de estructuras internas del individuo, en contacto con un medio que las estimula. Entre aquellas estructuras se encuentra: la inteligencia, que consta de dos atributos principales: la organización y la adaptación. Su teoría se relaciona con las teorías de la biología y de la zoología (Darwin). Igual que el organismo se adapta a los cambios del entorno, lo mismo hace la inteligencia adaptarse a un entorno complejo.

2.2.1.4. ERIKSON

Estudia la teoría del desarrollo humano a través de etapas; éstas inician desde el nacimiento hasta la muerte. Se caracteriza por:

1. Búsqueda y adaptación del ser humano al ambiente.
2. Obtención de logros, manifiesta que en cada etapa existen fuerzas antagónicas que se encuentran en conflicto y tienen como objetivo que el ser humano obtenga un logro al finalizar la etapa.

2.2.2. Factores Prenatales

Existen diversos factores que influyen de una manera u otra en la formación de la personalidad los cuales pueden ser clasificados en: internos biológicos y externos o ambientales.

1. Factores internos o biológicos

Comprenden los factores relacionados con la herencia, la genética y la constitución física que incluye el biotipo, los procesos químicos, metabólicos, endocrinos, las funciones neurofisiológicas, enfermedades e infecciones, deficiencias físicas y sensoriales, dependencia física y psicológica a sustancias tóxicas y otros.

2. Factores externos o ambientales

Comprenden la influencia de la familia, el vecindario, el sistema educativo, social y cultural, los factores políticos, económicos, jurídicos, históricos y otros. También comprende los factores ecológicos.

2.3. Cambios de la Personalidad

La personalidad no es una entidad estática sino que está sometida a transformaciones. El cambio de la personalidad es un hecho derivado de las transformaciones fisiológicas y de la experiencia.

Las enfermedades biológicas que afectan a la salud, entre ellas, las secuelas por quemaduras, tienen un impacto muy importante en el individuo, ocasionando una Transformación Persistente de la Personalidad. Estos acontecimientos externos al propio sujeto determinan una nueva forma de comportarse en el medio que se desarrolla

El ser humano atraviesa a lo largo de la vida una serie de etapas, en las cuales su personalidad se modifica y se va estructurando. La infancia se caracteriza por un desarrollo orgánico importante y por una maduración psíquica. La pubertad implica transformaciones fisiológicas, hormonales y afectivas profundas. La vejez tiene la experiencia del declive físico, de la enfermedad y de la muerte. Es explicable que todos estos cambios tengan algún afecto sobre la personalidad.

2.4. Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR para el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad

A. "Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
3. Actividad interpersonal.
4. Control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

2.5. Tipos de Trastornos de Personalidad definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR

El DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) menciona diez trastornos de personalidad, los cuales se agrupan en tres grupos:

2.5.1. Grupo A (trastornos raros o excéntricos)

1. Trastorno paranoide de la personalidad, personalidad paranoide.
2. Trastorno esquizoide de la personalidad, personalidad esquizoide.
3. Trastorno esquizotípico de la personalidad, personalidad esquizotípica.

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón general de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

2.5.2. Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)

1. Trastorno antisocial de la personalidad, personalidad antisocial.
2. Trastorno límite de la personalidad, personalidad límite o Borderline.
3. Trastorno histriónico de la personalidad, personalidad histriónica.
4. Trastorno narcisista de la personalidad, personalidad narcisista.

Estos trastornos se caracterizan por un patrón general de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

2.5.3. Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)

1. Trastorno de la personalidad por evitación, personalidad fóbica.
2. Trastorno de la personalidad por dependencia, personalidad dependiente.
3. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno anancástico de la personalidad o personalidad obsesiva-compulsiva.

Este grupo se caracteriza por un patrón general de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control”⁵

2.6. Criterios Diagnósticos de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades para la Transformación Persistente de la Personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral

“Incluye anomalías de la personalidad y del comportamiento en la edad adulta que, como consecuencia de catástrofes o exposiciones prolongadas a estrés excesivo, o de haber padecido enfermedades psiquiátricas graves, se han presentado en personas que previamente no habían puesto de manifiesto trastornos de la personalidad. Los diagnósticos incluidos en este apartado sólo deben hacerse cuando haya una clara evidencia de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y de sí mismo. La transformación de la personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que no estaba presente antes de la experiencia patógena. La alteración no debe ser una manifestación de otro trastorno mental o un síntoma residual de cualquier trastorno mental previo. Estas transformaciones o cambios de la personalidad duraderos suelen

presentarse después de experiencias traumáticas de una intensidad extraordinaria, aunque también pueden hacerlo como consecuencia de un trastorno mental grave prolongado o recurrente. Puede ser difícil la diferenciación entre los rasgos de personalidad adquiridos y el desenmascaramiento o exacerbación de un trastorno de la personalidad tras una situación estresante, de una tensión mantenida o de una experiencia psicótica. Las transformaciones duraderas de la personalidad deberán ser diagnosticadas únicamente cuando el cambio constituya una manera de ser permanente y diferente, cuya etiología pueda referirse a una experiencia profunda y existencialmente extrema”⁶

CAPITULO III

3. Concepto de Quemadura

Son lesiones que afectan a la integridad de la piel ocasionando un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular, debido a un aumento de la permeabilidad vascular; las cuales son producidas por distintos agentes como: calor, frío, productos químicos, electricidad o radiaciones. “El grado de la lesión es el resultado de la intensidad del efecto del agente y la duración de la exposición, puede variar desde una lesión relativamente menor y superficial hasta pérdida extensa y severa de piel.”⁷

3.1. Clasificación de las Quemaduras

1. Quemadura de primer grado
2. Quemadura de segundo grado
3. Quemadura de tercer grado

3.2. Factores de riesgo

En el entorno habitual, doméstico, profesional o natural, existen múltiples factores de riesgo. Entre los domésticos, los calefactores de agua caliente regulados demasiado alto, el descuido con cigarrillos encendidos, el fuego para cocinar, radiadores o estufas, enchufes en mal estado, cableado eléctrico inadecuado o defectuoso. Los factores de riesgo más frecuentes en el ámbito laboral suelen ser por exposición a sustancias químicas, electricidad o radiación.

3.3. Etiología

3.3.1. Quemaduras térmicas

Son las más frecuentes, se clasifican en:

- 1. Quemaduras por contacto.** Las producidas por líquidos a temperaturas elevadas se distribuyen rápidamente por toda la superficie, con lo que se producen quemaduras extensas; si es un líquido graso, por su mayor adherencia puede producir quemaduras más profundas.
- 2. Quemaduras por llama.** Se producen cuando las llamas entran en contacto con la piel. Suelen ser producto de incendios, accidentes automovilísticos, juegos con fósforos, líquidos inflamables, etc. Si se producen en espacios cerrados, se asocian a lesiones pulmonares por la inhalación de humos y sustancias tóxicas.

3.3.2. Quemaduras eléctricas

- 1. Quemaduras por flash eléctrico.** Cuando no hay paso de corriente a través del organismo por producirse un cortocircuito, son de muy corta duración y alta temperatura; es una lesión superficial, que afecta a la zona expuesta.
- 2. Con paso de corriente a través del organismo.** La superficie corporal no es indicativa del daño real; son muy profundas y puede haber lesiones musculares, tendinosas, óseas, vasculares y nerviosas graves.

3.4. Efectos físicos, cognitivos, emocionales y conductuales

| Físicos | Cognitivos | Emocionales | Conductuales |
|----------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|
| Dolor en el pecho | Confusión | Ansiedad | Irritabilidad |
| Dificultades para respirar | Pesadillas | Culpa | Aislamiento |
| Fatiga | Desorientación | Aflicción | Estallidos emocionales |
| Nauseas, vómitos | Dificultades para concentrarse | Negación | Pérdida o aumento del apetito |
| Mareos | Trastornos de la memoria | Pánico | Consumo excesivo de alcohol |
| Sudoración excesiva | Dificultad para resolver problemas | Miedo | Incapacidad de descansar |
| Taquicardia | Dificultad para identificar personas u objetos conocidos | Irritabilidad | Intranquilidad |
| Sed | | Pérdida de control emocional | Cambio en la conducta sexual |
| Cefaleas | | Depresión | |
| Alteraciones visuales | | Sentimiento de fracaso | |
| Dolores difusos | | Culpar a los demás o a sí mismo | |

3.4.1. Depresión

Trastornamental grave que en determinados casos puede amenazar la vida del paciente, necesitando un tratamiento especializado. Las características principales de la depresión son: ánimo triste o sensación vacío, agotamiento, estados de ansiedad, falta de atención y concentración, insomnio, dificultad para tomar decisiones, disminución de actividades placenteras, molestias físicas, sentimientos de culpa e ideación suicida.

3.4.2. Ansiedad

La Ansiedad puede definirse como la respuesta del organismo a un estímulo estresante, caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión o preocupación. La ansiedad se genera como consecuencia de dificultades y de la falta de recursos internos, para adaptarse a los cambios que se van produciendo en la vida.

3.4.2.1. Ansiedad Normal y Patológica

- 1. Ansiedad Normal:** Es adaptativa, permite al sujeto responder al estímulo de forma adecuada.
- 2. Ansiedad Patológica:** Es cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa.

Entre los efectos psicológicos que pueden presentar los pacientes quemados se encuentran los siguientes trastornos:

| Trastorno | Características | Manifestaciones |
|------------------------------|--|---|
| Pánico | Aparición brusca de un miedo intenso. | Temblor, sudoración, miedo a morir, sensación de frío/calor, náuseas, sensación de asfixia, mareo, miedo a perder el control, dolor en el pecho. Puede aparecer espontáneamente o estar provocado por un estímulo |
| Ansiedad generalizada | Aparición progresiva y permanente de síntomas intensos de ansiedad, sin una causa real que los provoque | Fatiga, inquietud, dificultad para dormir, irritabilidad, tensión muscular. El individuo está preocupado permanentemente sin motivos aparentes y no lo puede controlar. |
| Obsesivocompulsivo | Obsesiones, que pueden ser ideas o pensamientos que se repiten, y no desaparecen de la mente del individuo aunque lo intente por todos los medios. | Cada obsesión lleva asociada una compulsión o conducta que compensa la angustia que provoca. |

3.4.3. Trastorno Dismórfico Corporal

Consiste en una preocupación importante y fuera de lo normal por algún defecto percibido en las características físicas o de la imagen corporal, ya sea real o imaginado. La preocupación y ansiedad experimentada por estas personas es excesiva, ya que lo perciben de un modo exagerado, causando malestar psicológico significativo que deteriora su desempeño social o laboral, provocando aislamiento y exclusión social.

CAPITULO IV

4. Tratamientos específicos

“Los objetivos del tratamiento van dirigidos a:

1. Disminuir los síntomas
2. Prevenir complicaciones crónicas
3. Rehabilitación social y ocupacional”⁸

Los pacientes quemados muestran síntomas emocionales durante todo su proceso de tratamiento: temor, ansiedad, depresión y reacciones psicóticas. Es importante conocer la historia pasada del paciente y su manera de manejar el estrés. La quemadura es súbita y no tiene tiempo de prepararse para manejarla. El paciente se enfrenta al dolor, a una hospitalización y a un severo desequilibrio fisiológico.

Los pasos iniciales en el tratamiento del paciente deben ser preventivos:

1. Asegurarse que el paciente entienda su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico.
2. Permitirle al paciente tanto control como sea posible en su tratamiento.

El paciente puede presentar incomodidad, tensión, sudoración, taquicardia, dilatación pupilar, trastornos del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito, irritabilidad y una evidente disminución de la tolerancia al dolor. “El manejo del paciente quemado con Trastorno de Estrés Post-Traumático debe incluir frecuentes oportunidades de manifestar miedos y temores”⁹

4.1. Psicoeducación

Es una técnica que consiste en la entrega de información al paciente en aspectos referidos a su problemática, de manera de capacitarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones conflictivas.

La educación sobre el acontecimiento traumático es una herramienta útil en el abordaje terapéutico del Trastorno de Estrés Post-Traumático, ya que permite a los pacientes comprender su sintomatología y los elementos necesarios para superarla.

La Psicoeducación debe realizarse de acuerdo al nivel sociocultural, personalidad, patología y la información previa del paciente.

Los contenidos psicoeducacionales deben centrarse en:

1. El diagnóstico y sus características clínicas
2. La necesidad de realizar un tratamiento integral.
3. El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar, grupal).
4. La importancia de la psicoeducación.
5. La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida.

4.2. Método Catártico

Es una técnica que permite la descarga emocional del afecto vinculado al acontecimiento traumático. Esto es posible porque, en el momento del hecho, el paciente reprime los recuerdos asociados al mismo pero permanecen en el inconsciente. Los afectos no pueden reprimirse y se transforman en angustia, ansiedad e irritabilidad. El hecho traumático deja al sujeto sin palabras, en estado de shock, por lo que “La catarsis permite al

paciente recordar verbalmente el acontecimiento traumático liberando el excesivo afecto que lo convertía en patógeno”¹⁰

4.3. Entrenamiento en relajación

4.3.1. Respiración

La respiración puede considerarse como el soplo vital, el proceso que permite la actividad metabólica del organismo. Mediante el intercambio de gases se produce tanto el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, como la expulsión de los que se generan en dicha combustión

1. **Respiración costal:** es el patrón respiratorio más superficial, la mayor parte del aire se concentra en la zona clavicular y de las costillas superiores, por lo que llega a producirse una ventilación completa y gran parte de los músculos de la respiración permanecen inmóviles o con baja actividad.
2. **Respiración diafragmática:** se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. Se trata del tipo de respiración fisiológicamente más adecuado y además del idóneo para la fonación.
3. **Respiración abdominal:** el tórax permanece inmóvil y es el abdomen quien demuestra una extraordinaria movilidad. Es el tipo de respiración utilizado por los bebés y por los adultos cuando se encuentran fisiológicamente cansados.

4.3.2. Relajación muscular progresiva de Jacobson

Es una técnica de tratamiento del control de la activación desarrollada por el médico Edmund Jacobson en los primeros años 1920. Jacobson argumentaba que ya que la tensión muscular acompaña a la ansiedad, se puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular.

Indicaciones

Sentarse en una silla confortable o puede ser acostándose en una cama. Ponerse tan cómodo como sea posible, no utilizar zapatos, ropa apretada y

no cruzar las piernas. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico y de esta manera seremos capaces de reducir esa tensión.

No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3 ..."

Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos.

1. **Manos.** Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.
2. **Bíceps y tríceps.** Al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos, para ello agitamos las manos antes y después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
3. **Hombros.** Tirar de ellos hacia atrás y relajarlos.
4. **Cuello (lateral).** Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.
5. **Cuello (hacia adelante).** Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado.
6. **Boca (extender y retraer).** Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo

de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.

7. **Lengua (paladar y base).** Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.
8. **Ojos.** Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
9. **Espalda.** Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.
10. **Glúteos.** Tensa y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.
11. **Muslos.** Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.
12. **Estómago.** Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
13. **Pies.** Apretar los dedos sin elevar las piernas; relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.
14. **Dedos.** Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

4.3.3. Entrenamiento autógeno

Técnica Psicoterapéutica basada en la concentración pasiva en sensaciones físicas, fue desarrollada por el neurólogo berlinés Johannes Heinrich Schultz. Se aplica al tratamiento de trastornos psicósomáticos, ansiosos, trastornos de personalidad y síndromes producidos por el estrés.

Descripción de los ejercicios: Grado inferior

1. El ejercicio de reposo traslada el cuerpo y la mente a un estado de calma y ayuda a la concentración. Una fórmula típica para este ejercicio sería: «Estoy muy tranquilo. Los pensamientos vienen y van. Nada puede perturbarme».
2. El ejercicio de pesadez provoca una sensación de peso en las extremidades. Una frase típica para este ejercicio sería: «Mis brazos y piernas son muy pesados».
3. El ejercicio de calor conduce a una sensación de aumento de la temperatura en las extremidades, mejora la circulación. La fórmula típica sería: «Mis brazos y piernas están calientes».
4. El ejercicio de respiración intensifica la relajación mediante una inspiración y espiración tranquila. La fórmula típica sería: «Mi respiración es tranquila y regular» o «estoy respirando».
5. El ejercicio para el corazón es aún más relajante. Se emplearía una frase como: «Mi corazón late sosegado y regularmente».
6. El ejercicio abdominal se concentra en el plexo solar y su circulación. La fórmula típica para este ejercicio sería: «Mi abdomen es una corriente de calor».
7. El ejercicio de la cabeza se concentra en conservar una mente fresca y sirve para mantenerse despierto y recuperar la concentración. Una frase típica sería: «Mi mente está clara y mi frente está fresca».

Descripción de los ejercicios: Grado superior

1. Experiencia con colores: dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación.
2. Imaginar objetos concretos: una vela encendida, una rosa, etc.

3. Dar forma a valores abstractos: esperanza, amor, coraje, etc.
4. Ejercicios para moldear el carácter y profundizar en el conocimiento de uno mismo: preguntarse «¿quién soy?» o «¿qué debo hacer?» y utilizar fórmulas de autosugestión como «me acepto», «tengo seguridad en mí mismo».
5. Imaginar que se va por el fondo del mar.
6. Imaginar que se sube a la cima de una montaña.
7. Imaginarse a uno mismo con determinados propósitos.

4.4. Técnicas cognitivas

“La exposición prolongada a los estímulos ansiógenos posibilita la reestructuración cognitiva, ya que durante la exposición el paciente aprende que las creencias fundadas en el miedo no poseen una base real”¹¹. Su objetivo es identificar las cogniciones desadaptativas e irracionales y modificarlas a racionales. Mediante esta técnica se enseña a los pacientes a:

1. Identificar sus pensamientos desadaptativos
2. Evaluar la validez de esos pensamientos y cambiar los que resultan erróneos o inútiles
3. Sustituirlos por otros más lógicos o beneficiosos

4.5. Terapia de Exposición

Reduce la sintomatología de pacientes con Trastorno de Estrés Post-Traumático, la exposición continuada rompe la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, lo que promueve la disminución de la respuesta y la extinción por exposición repetida o habituación.

“Jaycox y Foa 1996 sugieren que la exposición a los recuerdos traumáticos conducirá a una reducción de los síntomas porque el individuo aprende que:

1. Los estímulos que le recuerdan el acontecimiento traumático no le causan daño
2. Recordar el trauma no implica revivir la amenaza
3. Existe una habituación de la ansiedad mientras que el individuo permanece próximo a los recuerdos temidos¹²

Mediante la exposición se obtiene la habituación de la ansiedad y el aprendizaje de que la exposición no conducirá a la amenaza.

4.6. Desensibilización Sistemática

Es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y a eliminar las conductas motoras de evitación.

Consiste en que la relajación inhiba progresivamente a la ansiedad que disparan las situaciones imaginadas, de manera tal que se elimine el vínculo entre la imagen estresora y la respuesta de ansiedad. De este modo, el paciente aprende una nueva asociación: lo que antes le provocaba miedo, ahora le produce un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda.

Las fases fundamentales de ésta técnica son las siguientes:

1. El terapeuta establece una jerarquía de situaciones relativas al objeto traumático, ordenadas de menor a mayor intensidad.
2. Se le entrena al sujeto en una respuesta antagónica a la ansiedad, generalmente esa respuesta es la relajación muscular.
3. Se le va presentando al sujeto la serie de situaciones ansiógenas empezando por la de menor intensidad, cuando el sujeto ya no responde ante ella con la respuesta de ansiedad, sino con la contraria de relajación se pasa a la inmediatamente superior y así sucesivamente hasta que el paciente ya no muestra ansiedad en ninguna de las presentaciones del objeto traumático.

4.7. Terapia Familiar

Es un método de tratamiento que intenta resolver conflictos o situaciones que atraviesa un grupo familiar, sirve para que sus integrantes expresen sus sentimientos respecto a ese problema e intenten llegar a un acuerdo, comprendiéndose y acercándose a la realidad.

Los principales objetivos de la terapia familiar son:

1. Aumento de la comprensión mutua y el apoyo emocional entre los miembros de la misma.
2. Desarrollo de estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas

Algunas de las situaciones en que una familia podría beneficiarse de la Terapia se encuentran:

1. Problemas de salud, enfermedades físicas y crónicas.
2. Trastornos psicosomáticos.
3. Salud mental infantil y de adolescentes.
4. Salud mental para adultos.
5. Dificultades psicosexuales.
6. Abuso de alcohol y de otras sustancias.
7. Problemas matrimoniales incluidos la separación y el divorcio.
8. Acogimiento familiar, adopción y etapas de transición.
9. Promoción de habilidades parentales y mejora del funcionamiento familiar.
10. Experiencias traumáticas, la pérdida y el duelo.
11. La alteración de la vida familiar debido a conflictos sociales, políticos y religiosos.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

En el presente trabajo investigativo se utilizaron diferentes métodos y técnicas las cuales se explicarán a continuación, de tal forma que se pueda conocer el procedimiento que se llevó a cabo, para lograr los objetivos planteados.

Métodos:

Método Científico: Este método permitió investigar el conjunto de técnicas empleadas para constituir el conocimiento, con el fin de exponer y confirmar su teoría, que busca establecer la explicación de la investigación, resultando ser plenamente congruente con los datos obtenidos.

Método Inductivo - Deductivo: Este método permitió inferir en las causas, lo cual derivó a la comprobación y demostración del fenómeno en estudio, a la vez que sus resultados permitieron conocer las conclusiones de dicha investigación

Método Descriptivo - Analítico: Este método permitió describir y observar varios métodos específicos con técnicas particulares, de la misma forma se pudo distinguir los elementos de la investigación y se procedió a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado.

Método Demostrativo: Este método fue utilizado con el objetivo de poner en evidencia los factores que inciden en las variables planteadas en la presente investigación.

Método Correlacional: Este método fue aplicado con el propósito de establecer el grado de relación existente entre las variables estudiadas.

Tipo de Estudio:

Esta investigación fue de tipo Descriptivo-correlacional con enfoque mixto sobre el Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad. Fue cuantitativa debido a que se determinó la cantidad de pacientes que presentan un Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad. Fue transversal porque se realizó en un período de tiempo determinado; a todo esto mediante la utilización de la recolección de datos obtenidos en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. Fue cualitativa debido a que fue una investigación que ofreció técnicas diversas para así poder cumplir con los objetivos planteados.

Universo:

148 Pacientes Quemados del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja

Muestra:

63 Pacientes Quemados mayores de 18 años de edad del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja

Criterios de Inclusión:

Pacientes Quemados de Primer, Segundo y Tercer Grado a partir de los 18 años de edad, de Género Masculino - Femenino del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

Criterios de Exclusión:

Pacientes Quemados menores de 18 años de edad del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

TÉCNICAS:

Para llevar a cabo el estudio investigativo se utilizaron instrumentos, como la Evaluación Psicológica (Ficha de Observación, Entrevista e Historia Clínica) y los Reactivos Psicológicos (El Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III, Escala de Trauma de Davidson, Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático).

FICHA DE OBSERVACIÓN EN PACIENTES QUEMADOS

La observación en esta investigación consistió en usar todos los órganos de los sentidos para captar la realidad de manera metódica, sistematizada y ordenada. Buscando establecer una relación entre la hipótesis y los hechos reales.

Ficha de observación directa: se uso especialmente para iniciar el proceso de observación, acompañada de una entrevista o de una ficha de registro para especificar lugar, fecha o datos para reforzar la información.

La realización de la ficha de observación se la ejecuto en todo el transcurso de la investigación, a los pacientes quemados mayores de 18 años del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, para poder establecer los factores traumáticos que influyen en la aparición del Trastorno de Estrés Post-Traumático. **(Anexo 1)**

ENTREVISTA E HISTORIA CLÍNICA

Las estrategias empleadas en la primera entrevista se detallan a continuación:

Establecimiento del Rapport

Fortaleció la confianza, tranquilidad, comodidad, solidaridad y libertad en la que debe sentirse el paciente. Algunas de las tácticas que se emplearon al inicio de la relación constituyen: la conversación sobre temas diferentes, la recolección de datos informativos, la cordialidad con que se investigó al paciente y el tono de voz amable.

Desinhibición Emocional

Se permitió facilitar el relato libre para eliminar la tensión y buscar el alivio de la ansiedad inicial con que llega el paciente, a través del hecho de que "contando el problema se alivian".

Estrategias de Apoyo

Se empleó frases de apoyo o reafirmaciones para conseguir confianza, optimismo y tranquilidad en el paciente, mediante intervenciones dirigidas a persuadir o sugerir al paciente sobre la factibilidad real de tratamiento y la importancia de redes de apoyo familiar.

Aproximación Diagnóstica

Indudablemente la primera entrevista cumple con este propósito. Se logró delinear en este primer contacto un porcentaje de la historia clínica psicológica, para poder establecer un diagnóstico, acompañado de la aplicación de instrumentos psicológicos.

Este componente abarca tres tipos de diagnóstico:

- Diagnóstico clínico
- Diagnóstico de la personalidad

- Diagnóstico del entorno del paciente

En primera entrevista se establecieron los siguientes aspectos:

Recopilar información suficiente para establecer aproximaciones diagnósticas tanto de la entidad clínica como de las manifestaciones de personalidad y condiciones ambientales del paciente, como un alcance acerca de la factibilidad de tratamiento.

La Historia Clínica Psicológica:

Documento legal que surge del contacto entre el profesional de la salud Mental y el paciente obteniendo la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación emocional actual del paciente, incluye: datos de identificación, historia pasada de la enfermedad, Psicoanamnesis personal, normal y patológica, Psicoanamnesis familiar normal y patológica, historia social, laboral, psicosexual, examen de funciones psicológicas, diagnóstico presuntivo, exámenes psicológicos, exámenes complementarios, diagnóstico diferencial, diagnóstico definitivo, pronóstico y recomendaciones.

La Entrevista e Historia Clínica Psicológica se la aplico de forma individual a los Pacientes Quemados mayores de 18 años del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, para poder establecer el diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-Traumático, rasgos de personalidad previos al acontecimiento traumático y los factores traumáticos que influyen en su aparición. **(Anexo 2)**

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Descripción:

Es una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del Trastorno de Estrés Post-Traumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos). Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la evitación y de 0 a 15 en la de activación.

Corrección:

Para poder diagnosticar el Trastorno de Estrés Post-Traumático se requiere la presencia de 1 síntoma en el criterio de reexperimentación, de 3 en el de evitación y de 2 en el de aumento de la activación. Por otra parte, estos síntomas deben prolongarse más de un mes y provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida cotidiana del paciente. **(Anexo 3)**

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON

Descripción:

Es una escala diseñada para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático desde un punto de vista subjetivo. Consta de un total de 17 ítems que corresponden a los síntomas de los criterios B-D para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Post-Traumático según el DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos). De

cada ítem el paciente debe puntuar dos aspectos: la frecuencia de presentación y la gravedad del síntoma. Para ello debe utilizar una escala de Likert de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca o gravedad nula) y 4 (diariamente o gravedad extrema), según se trate de frecuencia o intensidad. El marco de referencia temporal es la semana previa. Es una escala auto aplicada.

Corrección:

Proporciona una puntuación total y puntuaciones en las dos subescalas: frecuencia y gravedad. La puntuación total se obtiene sumando la puntuación en cada ítem y oscila entre 0 y 136. Las puntuaciones en las subescalas se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que forman cada una de ellas, y pueden oscilar entre 0 y 68 puntos. El punto de corte para la puntuación total de la escala es 40. **(Anexo 4)**

La Escala de Trauma de Davidson y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático se aplicó de forma individual a los Pacientes Quemados mayores de 18 años del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, para poder establecer el diagnóstico de Trastorno de Estrés Post-Traumático.

EL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON, MCMI-III

Descripción:

Es una herramienta que evalúa ansiedad, depresión, problemas somáticos, psicosis, abuso de sustancias, nivel de actividad, riesgo de violencia, actos impulsivos y de suicidio, tipos de personalidad, disfunciones emocionales, evaluación de los componentes emocionales de lesiones cerebrales y entre ellos el Trastorno de Estrés Post-Traumático.

Corrección:

Sus 175 elementos de respuesta verdadero-falso evalúan las siguientes escalas: 4 de control, 11 básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de

gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. Dispone de puntos de corte en las escalas para tomar decisiones ante trastornos comportamentales o síndromes clínicos. Aplicación: individual y colectivo. Tiempo: variable, de 20 a 25 minutos. Edad: a partir de 18 años. Exploración e identificación de personas con dificultades emocionales y personales que puedan requerir una evaluación más profunda o una atención profesional.

PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD:

- Escala 1: Esquizoide
- Escala 2: Fóbica (evitativa)
- Escala 2B: Depresivo
- Escala 3: Dependiente (sumisa)
- Escala 4: Histriónica
- Escala 5: Narcisista
- Escala 6A: Antisocial
- Escala 6B: Agresivo-Sádica
- Escala 7: Compulsiva (rígida)
- Escala 8A: Pasivo-Agresiva
- Escala 8B: Autodestructiva (masoquista)

PATOLOGÍA GRAVE DE PERSONALIDAD:

- Escala S: Esquizotípica
- Escala C: Límite (borderline)
- Escala P: Paranoide

SÍNDROMES GRAVES:

- Escala SS: Pensamiento psicótico
- Escala CC: Depresión mayor
- Escala PP: Trastorno delirante

SÍNDROMES CLÍNICOS:

- Escala A: Trastorno de ansiedad
- Escala H: Trastorno somatomorfo
- Escala N: Trastorno bipolar
- Escala D: Trastorno distímico
- Escala B: Dependencia del alcohol
- Escala T: Dependencia de sustancias
- Escala R: Trastorno de Estrés Post-Traumático

ÍNDICES MODIFICADORES:

- Escala V: Validez
- Escala X: Sinceridad
- Escala Y: Deseabilidad
- Escala Z: Alteración

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III, se la aplico de forma individual a los Pacientes Quemados mayores de 18 años del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, para poder establecer la relación de la Transformación Persistente de la Personalidad con el Trastorno de Estrés Post-Traumático. **(Anexo 5)**

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez concluida la presente investigación dentro de la Unidad de Quemados del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, es necesario poner a conocimiento los resultados obtenidos que serán detallados a continuación. Cabe indicar que los resultados serán detallados de acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación.

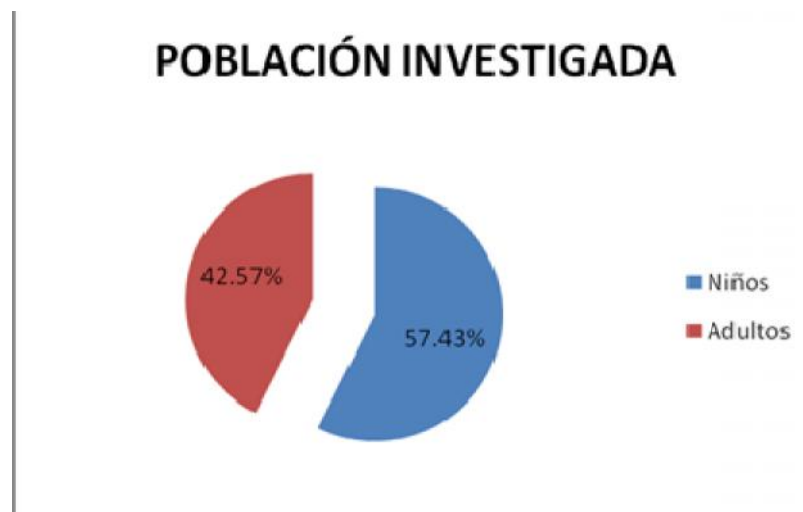
Tabla Nro.1

POBLACIÓN INVESTIGADA

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|-------------|
| Niños | 85 | 57.43% |
| Adultos | 63 | 42.57% |
| TOTAL: | 148 | 100% |

Fuente: Pacientes Quemados Mayores de 18 años del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

Elaborado: María Gabriela Gordillo LLivigañay



Análisis de resultados:

De los 148 pacientes que corresponden al 100%, 85 pacientes que equivale a 57.43% son niños y 63 pacientes que equivale a 42.57% son adultos.

Objetivo Nro.1: Establecer epidemiológicamente la prevalencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático.

Para el cumplimiento del presente objetivo se aplicó la Escala de Trauma de Davidson y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático.

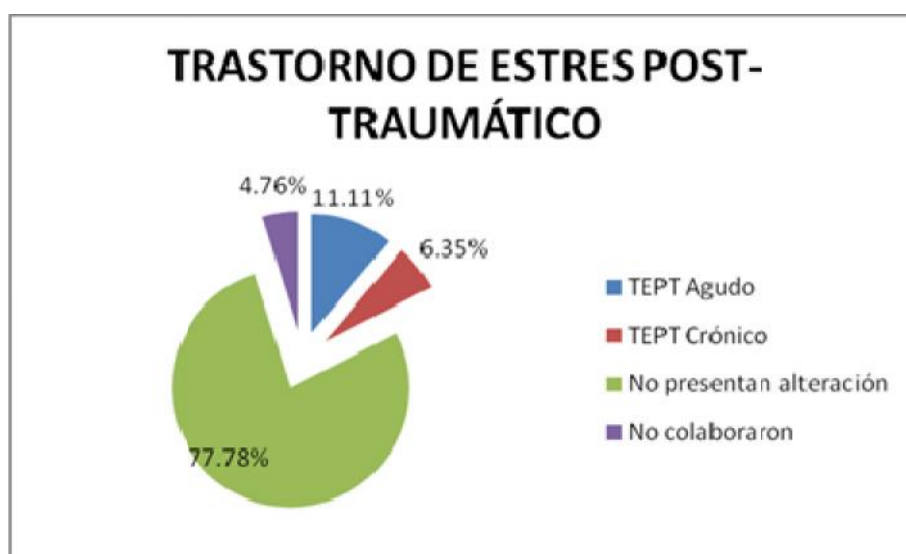
Tabla Nro.2

PREVALENCIA

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|------------|-------------|
| TEPT Agudo | 7 | 11.11% |
| TEPT Crónico | 4 | 6.35% |
| No presentan alteración | 49 | 77.78% |
| No colaboraron | 3 | 4.76% |
| TOTAL: | 63 | 100% |

Fuente: Pacientes Quemados Mayores de 18 años del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

Elaborado: María Gabriela Gordillo LLivigañay



Análisis de resultados:

Del análisis de los resultados del cuadro correspondiente a prevalencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático y representado en la gráfica, se puede observar que de los 63 pacientes que corresponden al 100% de la población evaluada, 49 pacientes que corresponde al 77.78% no presentan alteración patológica, 7 pacientes que corresponde al 11.11% presentan Trastorno de Estrés Post-Traumático de Especificación Agudo, 4 pacientes que corresponde al 6.35% presentan Trastorno de Estrés Post-Traumático de Especificación Crónico y 3 paciente que corresponde a 4.76% no fueron evaluados por falta de colaboración

Objetivo Nro.2: Identificar la relación del Trastorno de Estrés Post-Traumático con la Transformación Persistente de la Personalidad

Para el cumplimiento del presente objetivo se aplicó la Entrevista Inicial, Historia Clínica Psicológica de Lucio Balarezo y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III.

Tabla Nro.3

RASGOS DE PERSONALIDAD

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Rasgos Histriónicos | 5 | 7.94% |
| Rasgos Limite | 3 | 4.76% |
| Rasgos Narcisista | 2 | 3.17% |
| Rasgos Antisocial | 1 | 1.59% |
| No presentan alteración | 49 | 77.78% |
| No colaboraron | 3 | 4.76% |
| TOTAL: | 63 | 100% |

Fuente: Pacientes Quemados Mayores de 18 años del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

Elaborado: María Gabriela Gordillo LLivigañay



Análisis de resultados:

Del análisis de los resultados del cuadro correspondiente a la relación del Trastorno de Estrés Post-Traumático con la Transformación Persistente de la Personalidad y representado en la gráfica los rasgos de personalidad investigados antes del acontecimiento traumático, a través de la Entrevista Inicial y la Historia Clínica Psicológica. Se puede observar que de los 63 pacientes que corresponden al 100% de la población evaluada, 5 pacientes que corresponde a 7.94% presentan rasgos de personalidad histriónico, 3 pacientes que corresponde a 4.76% presentan rasgos límite, 2 pacientes que corresponde a 3.17% presentan rasgos narcisista, 1 paciente que corresponde a 1.59% presenta rasgo antisocial, 49 pacientes que corresponde a 77.78% no presentan alteración y 3 pacientes corresponde a 4.76% no fueron evaluados por falta de colaboración.

Tabla Nro.4

TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Rasgos Evitativos | 6 | 9.52% |
| Rasgos Dependiente | 3 | 4.76% |
| Rasgos Paranoide | 2 | 3.17% |
| No presentaron Transformación Persistente de la Personalidad | 49 | 77.78% |
| No colaboraron | 3 | 4.76% |
| TOTAL: | 63 | 100% |

Fuente: Pacientes Quemados Mayores de 18 años del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

Elaborado: María Gabriela Gordillo LLivigañay



Análisis de resultados:

Del análisis de los resultados del cuadro correspondiente a la relación del Trastorno de Estrés Post-Traumático con la Transformación Persistente de la Personalidad y representado en la gráfica, los rasgos de personalidad que persisten, a través de la aplicación del Reactivo Psicológico Multiaxial de Millon, MCMI-III. Se puede observar que de los 63 pacientes que corresponden al 100% de la población evaluada, 6 pacientes que corresponde a 9.52% presentan rasgos persistentes de personalidad evitativo, 3 pacientes que corresponde a 4.76% presentan rasgos dependiente, 2 pacientes que corresponde a 3.17% presentan rasgos paranoide, 49 pacientes que corresponde a 77.78% no presentaron transformación persistente de la personalidad y 3 pacientes corresponde a 4.76% no fueron evaluados por falta de colaboración.

Objetivo Nro.3: Determinar los factores traumáticos que influyen en la aparición del Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad

Para el cumplimiento del presente objetivo se aplicó la Entrevista Inicial, Ficha de Observación e Historia Clínica Psicológica de Lucio Balarezo.

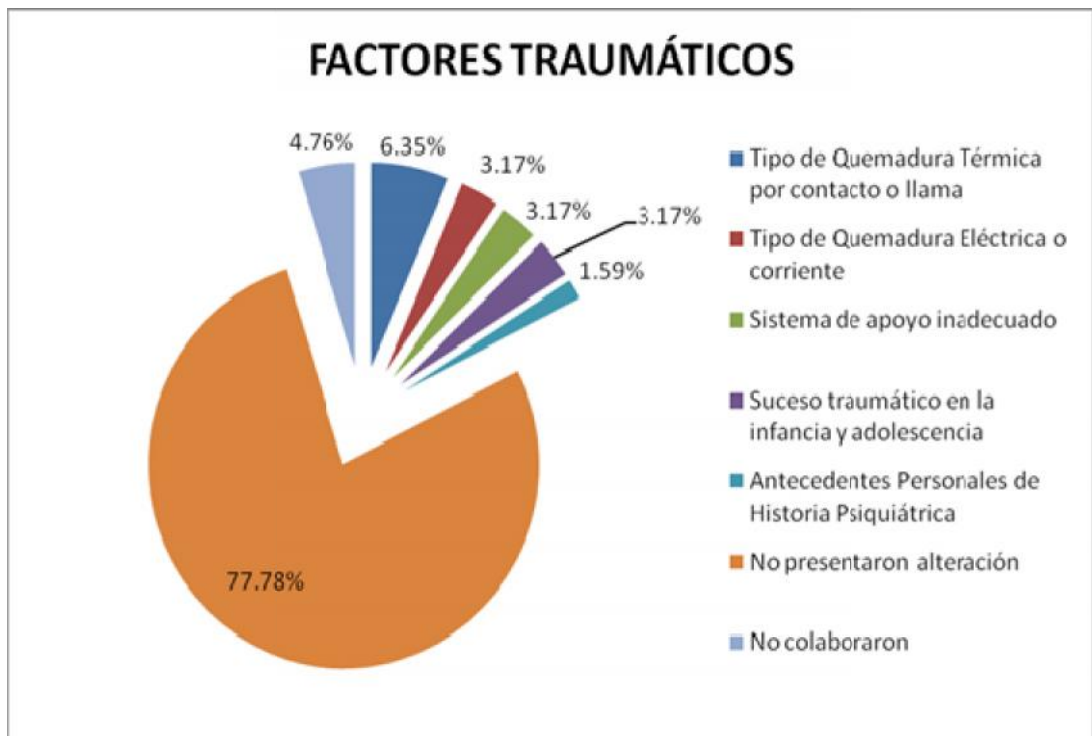
Tabla Nro.5

FACTORES TRAUMÁTICOS

| Variable | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Tipo de Quemadura Térmica por contacto o llama | 4 | 6.35% |
| Tipo de Quemadura Eléctrica o corriente | 2 | 3.17% |
| Sistema de apoyo inadecuado | 2 | 3.17% |
| Suceso traumático en la infancia y adolescencia | 2 | 3.17% |
| Antecedentes Personales de Historia Psiquiátrica | 1 | 1.59% |
| No presentaron alteración | 49 | 77.78% |
| No colaboraron | 3 | 4.76% |
| TOTAL: | 63 | 100% |

Fuente: Pacientes Quemados Mayores de 18 años del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

Elaborado: María Gabriela Gordillo LLivigañay



Análisis de resultados:

Del análisis de los resultados del cuadro correspondiente a los factores traumáticos que influyen en la aparición del Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad, se puede observar que de los 63 pacientes que corresponden al 100% de la población evaluada, 4 pacientes que corresponde a 6.35% el factor traumático es el tipo de quemadura térmica por contacto o llama, 2 pacientes respectivamente que corresponde a 3.17% el factor traumático es el tipo de quemadura eléctrica o corriente, sistema de apoyo inadecuado y un suceso traumático en la infancia y adolescencia, 1 paciente que corresponde a 1.59% presenta antecedentes personales de historia psiquiátrica, 49 pacientes que corresponde a 77.78% no presentaron alteración o algún suceso traumático, 3 pacientes que corresponde a 4.76% no fueron evaluados por falta de colaboración

VII. DISCUSIÓN

El trabajo investigativo que se realizó tuvo como objetivo principal determinar la relación del Trastorno de Estrés Post-Traumático con la Transformación Persistente de la Personalidad en los pacientes quemados mayores de 18 años de edad del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, considerando a la Personalidad como una entidad psicológica que está sometida a transformaciones persistentes y duraderas, cuya etiología puede referirse a una experiencia catastrófica o traumática.

Los resultados obtenidos demuestran la Transformación Persistente de la Personalidad en los tipos evitativo 9.52%, dependiente 4.76% y paranoide 3.17%; los cuales concuerdan según “estudios de Zlotnick y cols en el 2001 encontraron en una investigación prospectiva que el 89% de los pacientes con historia de Trastorno de Estrés Post-Traumático, desarrollaron una Transformación Persistente de la Personalidad en los tipos paranoide, evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo”¹³

Dentro de la prevalencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático, se encontró que el 11.11% presentan Trastorno de Estrés Post-Traumático de Especificación Agudo y el 6.35% presentan Trastorno de Estrés Post-Traumático de Especificación Crónico, dada la importancia que tienen los acontecimientos estresantes o extremadamente traumáticos para ocasionar un Trastorno de Estrés Post-Traumático.

Estos datos se relacionan con los siguientes estudios realizados: “Kaplan, Sadock y Grebb en 1994, Paunovic y Öst en 2001 manifiestan que existe una prevalencia de 5-15% de la población en general que presentan Trastorno de Estrés Post-Traumático. En National Comorbidity Survey, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 5.877 personas de 15 a 54 años y siguiendo los criterios del DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, refiere la prevalencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático es del 5%-10.4%. De la misma forma Según estudios realizados por Yehuda, Marshall y Giller en

1998 la prevalencia del Trastorno de Estrés Post-traumático en la población se encuentra entre el 3,5%-16%, como consecuencia de haber sufrido algún acontecimiento traumático como: agresiones sexuales o físicas, secuestros, torturas, desastres naturales o provocados por el hombre, incendios, explosiones, erupciones volcánicas, inundaciones, huracanes, terremotos, accidentes aviatorios, automovilísticos o recibir un diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales”¹⁴

En cuanto a los factores traumáticos que influyen en la aparición del Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad se encontró que el 6.35% el factor traumático es el tipo de quemadura térmica por contacto o llama, el 3.17% es el tipo de quemadura eléctrica o corriente, sistema de apoyo inadecuado, suceso traumático en la infancia y adolescencia, el 1.59% el factor traumático son antecedentes personales de historia psiquiátrica.

Datos epidemiológicos que se relacionan con los estudios realizados por “Foa, Keane y Friedman en el 2000, manifiestan que el 80% de los pacientes que presentan Trastorno de Estrés Post-Traumático, han presentado uno o más traumas previos. Así mismo, según los estudios de Kessler y Cols en 1995, refieren que el 88% de las personas con Trastorno de Estrés Post-Traumático presentan factores de riesgo previos al trauma como: antecedentes personales de historia psiquiátrica, sistema de apoyo inadecuado, reporte de abuso en la niñez y eventos adversos en la adolescencia”¹⁵

VIII. CONCLUSIONES

Una vez finalizada la investigación la misma que se titula ***“TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN CON LA TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES QUEMADOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO FEBRERO-JULIO 2013”***, se determinó que:

- En los pacientes investigados en su mayor porcentaje no presentan alteración patológica, sin embargo, existe una cantidad significativa de Trastorno de Estrés Post-Traumático de especificación agudo, seguido de un Trastorno de Estrés Post-Traumático de especificación crónica.
- Los pacientes con Trastorno de Estrés Post-Traumático presentan una Transformación Persistente de la Personalidad en Evitativo, Dependiente y Paranoide, presentando rasgos de personalidad previo al acontecimiento traumático: Histriónico, Límite, Narcisista y Antisocial, sin embargo, una cantidad significativa no presento modificaciones en su personalidad.
- Los Factores Traumáticos que influyen en su aparición con mayor incidencia es el tipo de quemadura térmica o eléctrica, seguida de un sistema de apoyo inadecuado y un suceso traumático en la infancia y adolescencia. También se encuentra aunque en una escala menor la presencia de antecedentes personales de historia psiquiátrica.
- Finalmente se puede concluir que las experiencias traumáticas atentan contra la integridad de los pacientes, llegando en algunos casos, a modificar su normal funcionamiento en las áreas biológica, psicológica, laboral y social. Además, pueden alterar la sensación de control, seguridad y su percepción de futuro.

IX. RECOMENDACIONES

Una vez finalizado el presente trabajo de investigación en el cual se puede apreciar que un número significativo de pacientes presentó un Trastorno de Estrés Post-Traumático y Transformación de la Personalidad se recomienda que:

- La ejecución de un programa de intervención primaria en los pacientes, familiares y personal sanitario, para poder prevenir alguna alteración patológica, mediante la información sobre las características diagnósticas, especificación, trastornos asociados, prevalencia y curso del Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación de la Persistente de la Personalidad.
- Se aplique el programa de intervención psicoterapéutica, diseñado en el presente estudio investigativo a los pacientes que presentaron Trastorno de Estrés Post-Traumático con la Transformación Persistente de la Personalidad, para poder disminuir los síntomas clínicos, prevenir complicaciones crónicas y buscar la Rehabilitación social u ocupacional del paciente.
- Poner a disposición para los familiares y pacientes el servicio de la Unidad de Salud Mental del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, de manera que se pueda brindar una correcta orientación, para poder establecer medidas de prevención entre la población de riesgo y favorecer la detección precoz entre la población expuesta, con objetivo de instaurar un tratamiento temprano y eficaz.
- Tomar en consideración los datos obtenidos en esta investigación, con el objetivo de adoptar o mejorar planes de intervención terapéuticos.

INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

La Psicoterapia Integrativa hace referencia al conjunto de aspectos socioambientales, conductuales, fisiológicos, emocionales, cognitivos y transpersonales del individuo. “Este tipo de intervención combina e integra sistemáticamente las herramientas de distintas terapias como la psicodinámica, la terapia centrada en el paciente, el conductismo, la psicología cognitiva, la terapia familiar, la terapia gestáltica, las psicoterapias corporales, teorías de relaciones objétales y análisis transaccional todos ellos desde una perspectiva dinámica y sistémica.”¹⁶

El Modelo Integrativo está focalizado en el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales, de tal forma que se integran las conceptualizaciones y formas de tratamiento realizadas desde distintas corrientes que aporten al esclarecimiento de los aspectos estructurales y funcionales del núcleo básico del sujeto enriqueciendo el diagnóstico y ejercicio psicoterapéutico, para lo cual tiene como objetivo:

1. Procura alcanzar objetivos acordados entre paciente y terapeuta.
2. Busca promover la génesis de experiencias correctivas en términos cognitivos, afectivos, social y biológico, ya que cambios en un sistema repercuten en los otros sistemas y se parte de una concepción de salud integral multidimensional considerando al ser humano en su unidad psique soma-entorno.

La integración en la psicoterapia es la capacidad de asimilar y armonizar los distintos conceptos y enfoques en una intervención terapéutica idónea según las necesidades del paciente. Trascendiendo las diferencias lingüísticas y conceptuales de varias escuelas, las cuales permiten utilizar diversas técnicas, adecuadas en cada caso.

La psicoterapia integrativa pretende nutrirse de la investigación y de la experiencia clínica, para generar una teoría más compleja, capaz de respaldar un accionar clínico más potente.

X. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON ENFOQUE INTEGRATIVO MEDIANTE SESIONES INDIVIDUALES Y FAMILIARES

SESIÓN 1 y 2

TEMA: Psicoeducación

Objetivos:

- Orientar e identificar el problema o la patología para establecer adecuadamente su tratamiento y favorecer una mejor calidad de vida.
- Modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad

Estrategias de Intervención:

Psicoeducación

Procedimiento

| Técnica | Procedimiento | Duración | Responsable |
|-----------------------|--|----------|-------------|
| Psicoeducación | Capacitarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones propias de su enfermedad y posibles conflictos. | 45min | Terapeuta |
| | Contenidos psicoeducacionales en: 1) El diagnóstico de la enfermedad y sus situaciones adversas a futuro <ul style="list-style-type: none"> • Las quemaduras, tratamiento, evolución y complicaciones, así como la sintomatología psicológica más frecuente asociada a dicho proceso, entre ellos: | 45min | Terapeuta |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Trastorno de Estrés Post-Traumático, Ansiedad y Depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la imagen corporal <p>2) El fundamento de la psicoterapia recomendada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia Individual: Cognitiva-Conductual, Desensibilización Sistemática, Relajación y respiración. • Terapia Familiar | | |
|--|---|--|--|

Los beneficios de la Psicoeducación permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontarlas diversas situaciones de un modo más adaptativo, a través de la información se aspira a modificar actitudes o conductas del paciente que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad. Con la Psicoeducación se logra: cambios en el estilo de vida, en las cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento y en la detección precoz de recaídas

SESIÓN 3 y 4

TEMA: Terapia de Apoyo

Objetivos:

- Ayudar a cada uno de los pacientes a resolver síntomas emocionales
- Aumentar autoestima, seguridad y confianza

Estrategias de Intervención:

Terapia de Apoyo

Procedimiento

| Técnica | Procedimiento | Duración | Responsable |
|---|---|----------|-------------|
| <p>Escucha empática y catarsis</p> | <p>Verbalización de aquellos hechos o circunstancias que se hallan ligados, consciente o inconscientemente, puede ser de forma oral o escrita.</p> <p>Generar catarsis mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional: donde el paciente no se sienta juzgado, marginado, sino entendido y ayudado para poder confrontar sus temores y necesidades • Relación empática: que transmita confianza, para que el paciente se sienta cómodo y sienta apoyo en su problema | 45min | Terapeuta |
| <p>Psicoeducación</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa: con un lenguaje claro, sencillo y comprensible, sin | 45min | Terapeuta |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p style="text-align: center;">interferencias</p> <p>Informarle, con un lenguaje adecuado, de lo que le ocurre, diagnóstico, desculpabilizarle, tratando que sea consciente de que está padeciendo una enfermedad, comunicándole en cómo va hacer su tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios y beneficios de los fármacos • Duración aproximada del tratamiento • Consultas de seguimiento • Alternativas terapéuticas y el pronóstico. | | |
|--|---|--|--|

La Terapia de Apoyo promueve el cambio psíquico, buscando aliviar el sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona, mediante la expresión de emociones, con ello se produce en el paciente un cambio afectivo, cognitivo y volitivo. Con la Terapia de Apoyo se logra: verbalizar los problemas, expresándolos libremente sobre cómo se siente y qué necesita, favorece la esperanza y refuerza la autoayuda

SESIÓN 5

TEMA: Técnicas de Relajación y Respiración

Objetivos:

- Enseñar ejercicios de relajación al paciente para que los aplique en los momentos de ansiedad
- Educar al paciente a mantener una salud emocional adecuada mediante la relajación y respiración

Estrategias de Intervención:

Ejercicios de Respiración y Relajación

Procedimiento

| Técnica | Procedimiento | Duración | Responsable |
|---------------------------------|--|-----------------|--------------------|
| Ejercicios de Relajación | <p>Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Se debe tensarse el músculo durante 2 segundos aproximadamente y relajar durante 15 segundos antes de tensar de nuevo.</p> <p>Se comienza por:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Apretar el puño, contrayendo mano, muñeca y antebrazo.2. Contraer el biceps empujando el codo contra el respaldo del colchón.3. Frente: elevar las cejas o arrugar la frente4. Parte superior cara y nariz: arrugar la nariz y los labios5. Parte inferior de la cara y mandíbulas: apretar los dientes y | 45min | Terapeuta |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Ejercicios de Respiración</p> | <p>hacer una sonrisa forzada tirando de la comisura de los labios hacia afuera.</p> <p>6. Pecho y garganta: empujar la barbilla como hacia abajo como si quisiera que tocara el pecho, pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no lo consiga, es decir, contraponer los músculos frontales y posteriores del cuello.</p> <p>7. Hombros y espalda. A la vez que inspira arquee la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí.</p> <p>8. Abdomen. Poner el estómago duro y tenso, como si quisiera contrarrestar un fuerte golpe.</p> <p>9. Piernas: colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 cms, tensando y haciendo fuerza como si tuviera un peso en el pie, que debiera sujetar a una altura de 20 cms. Para relajar soltar la pierna y que caiga a peso.</p> <p>10. Ejercicios de pantorrilla y pie. Existen dos movimientos:</p> <p>a) estirar la pierna y la punta de los dedos como si quisiera tocar un objeto delante</p> <p>b) doblar los dedos hacia atrás como si quisiera tocarse la rodilla con ellos.</p> <p>a) Respiración profunda</p> <p>-Sentarse cómodamente, colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda.</p> <p>-Comenzar a respirar y notar cómo se va llenando el abdomen y asciende hasta los hombros.</p> | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Inspirar durante 3-5 segundos. -Mantener la respiración. Repetirse interiormente "mi cuerpo está relajado" -Exhalar el aire despacio al mismo tiempo que se repite a uno mismoórdenes de relajación.</p> <p>b) Respiración rítmica controlada Debe contarse el pulso durante un minuto y modificar el ritmo dela inspiración y espiración hasta localizar un ritmo apropiado. Seleccionar un número de pulsacionesy hacer que cada una de las fases dela respiración dure ese número de latidos.</p> <p>c) Respiración alternada. -Utilizar una posición cómoda y relajada. -Colocar el dedo pulgar en la ventana nasal derecha y los dedos anulary medio en la izquierda. -Ocluir la ventana derecha con el pulgar e inspirar con la izquierda lentay tranquilamente. -Separar el pulgar y ocluir con los otros dedos la ventana izquierda.Espirar por la ventana derecha. -Mantener el aliento un instante e inspirar por la derecha, manteniendocerrada la izquierda.</p> | | |
|--|--|--|--|

La práctica de la relajación permite tener control de las situaciones, favoreciendo a que no se produzcan reacciones de ansiedad, lo cual

conduce a un estado de reducción de la activación del organismo, causando beneficio a nivel físico y psicológico. Produce una disminución de:

- Tensión muscular tónica
- Frecuencia e intensidad latido cardíaco
- Secreción adrenalina y noradrenalina
- Cambios respiratorios (disminución frecuencia, aumento en intensidad, regulación del ritmo respiratorio)

Mediante la Respiración se produce el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, ayudando al paciente a tener un mayor autocontrol emocional, disminución de la ansiedad, ataques de pánico y de situaciones de estrés.

SESIÓN 6 y 7

TEMA: Terapia Cognitiva-Conductual

Objetivos:

- Modificar pensamientos distorsionados e irracionales del acontecimiento traumático a otros más adaptativos
- Entrenamiento en mecanismos de afrontamiento

Estrategias de Intervención:

Reestructuración Cognitiva

Procedimiento

| Técnica | Procedimiento | Duración | Responsable |
|---|--|-----------------|--------------------|
| Entrenamiento en solución del problema | Mediante siguiente actividad el paciente escribirá: <ul style="list-style-type: none">• Definición concreta del problema.• Generación de posibles soluciones.• Analizar las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones generadas.• Elección de la solución preferida. | 45 min | Terapeuta |
| Detención del pensamiento | Se menciona al paciente que piense en el acontecimiento traumático durante 35-40 segundos y el terapeuta lo bloquea diciendo "¡basta!" en | 45min | Terapeuta |

| | | | |
|-----------------------------------|--|-------|-----------|
| | <p>voz alta; esto se repite varias veces. El siguiente paso es que el paciente se diga a sí mismo "¡basta!" en voz alta cuando los pensamientos comienzan. Finalmente imaginar o realizar una lista de actividades agradables para el paciente con la ayuda del Terapeuta, que sean incompatibles con aquellos pensamientos traumáticos, debe ser capaz de parar los pensamientos con una orden.</p> | | |
| Reestructuración Cognitiva | <p>Enseñar al paciente a darse cuenta de qué tipo de distorsión Cognitiva presenta y ayudarlo a cambiarlos por otros pensamientos más adaptativos.</p> <p>Las principales ideas irracionales pueden clasificarse en tres grupos:</p> <p>1.-Debo actuar bien en todo momento y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones o de lo contrario debo considerarme como un inútil.</p> <p>Reestructuración: mediante</p> | 45min | Terapeuta |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>la actividad</p> <p>-Lista de errores y equivocaciones. Preguntar qué sintió al reconocerse como un ser humano con defectos.</p> <p>2.-Los otros siempre deben tratarme de forma considerada y con amabilidad, precisamente en la forma en que quiero que me traten; si no lo hacen, la sociedad y el universo deberían condenarlos, censurarlos y castigarlos por su falta de consideración.</p> <p>Reestructuración: mediante la actividad</p> <p>-Describir la forma en que yo he tratado a los demás y como me he sentido.</p> <p>-Analizar las personas con sus distintos tipos de personalidades y sus componentes (Carácter y Temperamento).</p> <p>3.-Las condiciones en las que vivo deben estar siempre dispuestas de tal manera que consiga todo lo que quiero de forma cómoda, rápida y fácil y</p> | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>no me ocurra nada de lo que no quiero. Si esto no es así la vida es horrorosa y terrible.</p> <p>Reestructuración: mediante la actividad</p> <p>-Realizar una lista de todas las situaciones conflictivas y que he podido resolverlas.</p> | | |
|--|--|--|--|

La Terapia Cognitiva-Conductual facilita al paciente el afrontamiento de situaciones asociadas a la perturbación emocional y mejora la calidad de vida, ayudando al sujeto a considerar interpretaciones o valoraciones más realistas y adaptativas. Mediante la Terapia se logra que el paciente: identifique los pensamientos desadaptativos, evalúe la validez de esos pensamientos y los modifique por unos más lógicos o beneficiosos.

SESIÓN 8

TEMA: Terapia de Desensibilización sistemática

Objetivos:

- Disminuir nivel de ansiedad
- Entrenamiento en resolución de conflictos

Estrategias de Intervención:

Desensibilización sistemática

Procedimiento

| Técnica | Procedimiento | Duración | Responsable |
|--------------------------------------|---|-----------------|--------------------|
| Desensibilización sistemática | <p>Escribir una narración detallada del evento: se puede emplear dibujos, diagramas y modelos.</p> <p>Revivir el evento en la imaginación: al tiempo que se describe simultáneamente lo que está sucediendo y lo que se está sintiendo y pensando.</p> <p>En cada uno de los ejercicios practicar la relajación y respiración simultáneamente</p> <p>Periódicamente calificar su nivel de ansiedad según una escala de unidades</p> | 45min | Terapeuta |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>subjetivas de ansiedad de 0 a 10. Esto permite ver qué estímulos y respuestas son los más perturbadores y comprobar si se va produciendo una reducción de la ansiedad con la exposición prolongada.</p> <p>Volver a visitar el sitio en que ocurrió el trauma: Esto ayuda al paciente a comprender que el evento es algo pasado y reduce el sentido de presente que caracteriza a las intrusiones.</p> | | |
|--|---|--|--|

La Desensibilización Sistemática reduce las respuestas de ansiedad y elimina las conductas motoras de evitación, simultáneamente con la ayuda de la relajación se inhibe progresivamente la ansiedad que producen las situaciones traumáticas. De este modo, el paciente aprende una nueva asociación, lo que antes le provocaba miedo, ahora queda conectado a un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda

SESIÓN 9 y 10

TEMA: Terapia de Exposición

Objetivos:

- Resolver conflictos emocionales con respecto al acontecimiento traumático
- Mejorar el estilo de vida del paciente

Estrategias de Intervención:

Terapia de Exposición

Procedimiento

| Técnica | Procedimiento | Duración | Responsable |
|-------------------|--|-----------------|--------------------|
| Exposición | <ul style="list-style-type: none">- Identificación del evento traumático- Identificación de las emociones y pensamientos desadaptativos asociadas al evento Traumático- Dibujo del evento traumático- Dibujo de las imágenes, sensaciones, lugares o cosas que le recuerden lo sucedido- Dibujo de todas las personas que fueron afectadas por el evento traumático. | 45min | Terapeuta |

| | | | |
|--|--|-------|-----------|
| | <p>Escriba una pesadilla reciente: para minimizar el papel de la exposición, se le puede pedir al paciente que elija una pesadilla que no implique una reproducción del evento traumático.</p> <p>Reestructure la pesadilla por un sueño muy agradable que haya tenido anteriormente del modo que desee, causándole placer y bienestar.</p> <p>Y finalmente ensaye en la imaginación la nueva versión:(nuevo sueño) durante varios minutos</p> | 45min | Terapeuta |
|--|--|-------|-----------|

La Terapia de Exposición reduce la sintomatología de los pacientes con Trastorno de Estrés Post-Traumático, mediante la exposición repetida y continuada, eliminando la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada. Se logra que el paciente aprenda que: los estímulos que le recuerdan el acontecimiento traumático no le causan daño, habituación de la ansiedad y que la exposición no conducirá a la amenaza.

SESIÓN 11

TEMA: Terapia Familiar

Objetivos:

- Evaluar y clasificar la familia para determinarlas redes de apoyo social más favorables
- Psicoeducación sobre patología y tratamiento a la familia

Estrategias de Intervención:

Terapia Familiar

Procedimiento

| Técnica | Procedimiento | Duración | Responsable |
|-----------------------|--|-----------------|--------------------|
| Psicoeducación | Contenidos Psicoeducacionales: <ul style="list-style-type: none">• Las quemaduras, tratamiento, evolución, complicaciones más frecuentes, así como la sintomatología psicológica asociada a dicho proceso.• Rol de la familia y amigos en la recuperación psicosocial del paciente• Importancia de la comunicación y apoyo familiar | 45min | Terapeuta |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Ganancias y pérdidas de las relaciones familiares | | |
|--|---|--|--|

La Terapia Familiar promueve cambios en la comunicación y en las conductas desadaptativas de cada uno de los miembros de la familia, aumentando la comprensión mutua, el apoyo emocional, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y las habilidades de resolución de problemas ante diferentes situaciones de la vida.

SESIÓN 12

TEMA: Cierre Terapéutico

Objetivos:

- Eficacia del proceso terapéutico

Estrategias de Intervención:

Evaluación

Procedimiento

| Técnica | Procedimiento | Duración | Responsable |
|-------------------|---|-----------------|--------------------|
| Evaluación | Realizar un resumen detallando lo aprendido en cada sesión | 15 min | Terapeuta |
| | Hacer una lista de conclusiones sobre lo más significativo para el paciente durante el proceso psicoterapéutico | 15min | Terapeuta |
| | Analizar cada uno de los compromisos acordados durante el proceso de recuperación. | 15min | Terapeuta |

SESIÓN # 13

Tema: Seguimiento y Prevención de Recaídas

Estrategia de Intervención: Prevención de Recaídas

Terapia Apoyo

Psicoeducación

Terapia Cognitivo Conductual

Terapia Racional Emotiva

Objetivos:

- Realizar los seguimientos consecutivos en los pacientes intervenidos en el plan terapéutico, para conocer la condición emocional, conductual y social que se encuentran.
- Enseñar a los pacientes a identificar y reconocer las situaciones de riesgo e implementar estrategias adecuadas para afrontarlas.

| Técnica | Procedimiento | Duración | Responsable |
|----------------|--|-----------------|-----------------------|
| Introducción | Fortalecimiento de la relación terapéutica | 10min | Paciente Terapeuta |
| Realización | Analizar la evolución del paciente, la condición emocional y conductual que se encuentra. Resaltar factores motivacionales personales y autoeficacia. Paciente debe aprender a reconocer, para evitar colocarse en las situaciones de riesgo mediante los siguientes estrategias: Identificación las situaciones de alto riesgo: Enseñar al paciente a reconocer las situaciones | 20min | Paciente Terapeuta |

| | | | |
|--------|---|-------|-----------------------|
| | <p>específicas y mantenerlo en una disposición de alerta cognitiva.</p> <p>Adopción de respuestas de enfrentamiento adecuadas a situaciones problemáticas: instruir al paciente las habilidades necesarias para hacer frente a las ambientes de alto riesgo.</p> | | |
| Cierre | Se enfoca en la necesidad de continuar con el apoyo terapéutico luego de 3, 6 y 12 meses para prevenir recaídas y perseverar el buen estado de salud. | 10min | Paciente Terapeuta |

XI.BIBLIOGRAFÍA

1. García, B, (2000). Trastorno por Estrés Postraumático. Elsevier España: Masson, p 87
2. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Julio Vallejo Ruiloba. Elsevier España, 2011, 668 pp 154-160
3. GRABOWSKI, S. Principios de Anatomía y Fisiología. 9ª. ed. México: Oxford, 2000. pp. 143-148.
4. Gimero-Bayón, Ana (1996). Comprendiendo como somos. Dimensiones de la personalidad. S.A.: Desclée Brouwer, pp 38-52
5. (DSM-IV-TR). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (American Psychiatric Association), pp 518-524
6. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid, 1992, p 119-122
7. SIMON, M. Secuelas por Quemaduras. 2ª. ed. La Habana: Pueblo y Educación, 1996. pp. 193-196.
8. Alberto Perales Cabrera. Trastorno de Estrés Post-Traumático: manejo y consecuencias médicas y psicosociales a nivel de atención primaria de salud. Revista Diagnostico, Volúmen 45, Número 4, Octubre-Diciembre 2006, pp 215-250
9. FERRADA, R. Manejo del Paciente Quemado Grave. 4ª. ed. Bogotá: Ordoñez, 2002. p. 235.
10. Dongil-Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. Ansiedad y Estrés, 14, pp 265-288.

11. Latorre, JI; Moles, B; et. Al. (2007). Artículo: Tratamientos psicológicos del trastorno por estrés postraumático, pp 96-99
12. Astin, M.C. y Resick, V.E. (1997): Tratamiento cognitivo- conductual del trastorno de estrés post-traumático. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, pp 34-55.
13. Julio Bobes García, Manuel Bousoño García, Alfredo Calcedo Barba, María Paz González García-Portilla. Trastorno de Estrés Postraumático. Barcelona (España) 2003; 19-28, p 34
14. Arturo Bados López. Facultad de Psicología. Departamento de Evaluación y Tratamiento Psicológico. Trastorno por Estrés Post-Traumático. p 5-26
15. Diagnóstico y manejo del Trastorno de Estrés Post-Traumático, guía de práctica clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011. p 22-31
16. Lazarus, R., (2000). "Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra Salud". Editorial Desclee De Brouwer, S.A. España, p 36

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

- [http://www.ucm.es/info/seas/estreslab/enciclo/Trabajo y salud mental.pdf](http://www.ucm.es/info/seas/estreslab/enciclo/Trabajo_y_salud_mental.pdf)
- <http://segind.blogspot.com/2009/03/01archive.html>
- <http://www.soyborderline.com/component/content/article/23/4824trastorno-por-estrespostraumatico.html>
- <http://www.actad.org/actadcas/estres.php>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

**“TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN
CON LA TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD
EN LOS PACIENTES QUEMADOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD
DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA
PERÍODO FEBRERO-JULIO 2013”**

**PROYECTO DE TESIS PREVIA LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGOCLÍNICO**

AUTORA:

María Gabriela Gordillo Llivigañay

DIRECTOR:

Dr. Luis Fernando Sarmiento L

LOJA - ECUADOR

2014

1859

1. TEMA:

“TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y SU RELACIÓN CON LA TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES QUEMADOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERÍODO FEBRERO-JULIO 2013”

2. PROBLEMATIZACIÓN

El ser humano en el transcurso de la historia y en las últimas décadas se ve expuesto a sufrir accidentes de diferentes clases, debido a los avances tecnológicos y a las diferentes actividades laborales, llegando a tener experiencias abrumadoras y aterradoras. Se encuentra inmiscuido en situaciones trágicas como: accidentes automovilísticos, eléctricos, aéreos, víctimas de incendios, experiencias en combate, explosiones o accidentes con sustancias químicas.

La mayoría de personas, con el tiempo, superan experiencias de este tipo, sin necesidad de ayuda. Sin embargo, en los últimos años y en un número cada vez más creciente de la población, según los últimos estudios, las experiencias traumáticas desencadenan una reacción que puede durar muchos meses o años e incluso hasta el final de la vida. Esto se conoce como Trastorno por Estrés Postraumático, o TEPT.

El Trastorno de Estrés Postraumático, reconocido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR y la Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades la CIE 10; define como una reacción emocional intensa ante un suceso experimentado como inesperado y traumático, afecta a millones de personas cada año, teniendo como origen diversas causas, entre ellas: desastres naturales, huracanes, terremotos o inundaciones, guerras, terrorismo, accidentes de tráfico, hechos traumáticos como la violencia de género, las violaciones o el abuso sexual infantil, secuestro y entre ellas el provocado por accidentes con secuelas de lesiones irreversibles, amputaciones y quemaduras.¹

En la población general según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR que han sufrido algún trauma catastrófico

¹(DSM-IV-TR). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (American Psychiatric Association), pp. 518-524

es del 5% y 10%. Las mayores situaciones para desarrollar un Trastorno de Estrés Post-Traumático en la población son:²

Amenazas contra la propia vida: quemaduras, amputaciones, lesiones en órganos vitales (24%), presenciar una agresión o asesinato (23,6%), ser víctima de una agresión física (22,6%), muerte de un ser querido (21,1%) y accidente de tráfico (11,6%). Datos recientes afirman que entre el 50-60% de la población ha está sometida al menos una vez en su vida a un acontecimiento traumático.

Se considera que las quemaduras son las responsables del trauma más serio y devastador que le puede suceder a un ser humano. En el mundo cada año, al menos, el 1% de la población sufre quemaduras, de ellos el 4% requiere hospitalización y aproximadamente 9 millones de personas quedan incapacitadas. La mayoría de los pacientes afectados sufren traumas severos por exposición al contacto con sustancias químicas, explosiones, accidentes eléctricos y domésticos.

Solo en los Estados Unidos se estima que 1.25 millones de personas son tratadas anualmente por algún tipo de quemadura y aproximadamente 50.000 pacientes requieren hospitalización, con una mortalidad de un 4 %, por la quemadura o sus complicaciones.

En el Ecuador los cuadros clínicos y las afectaciones por quemaduras son uno de los problemas más importantes en la salud pública, por lo que resulta primordial emplear programas de prevención dirigido a la comunidad, con la finalidad de disminuir las tasas de accidentes

Según estadísticas los accidentes por quemaduras, corresponden, aun 70% por líquidos calientes, el 28% a exposición directa por fuego y el 2% por electricidad y otros. Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) el

²Alberto Perales Cabrera. Trastorno de Estrés Post-Traumático: manejo y consecuencias médicas y psicosociales a nivel de atención primaria de salud. Revista Diagnostico, Volumen 45, Número 4, Octubre-Diciembre 2006, pp 523-526

porcentaje de pacientes quemados de acuerdo al grupo de edades, constituye: menores de 1 año: (4%), de 1 a 4 años: (32%), de 5 a 9 años: (15%), de 10 a 14 años: (11%), de 15 a 19 años: (7%), de 20 a 59 años: (26%)³, de 59 a 80 años: (10%)

En el servicio de la Unidad de Quemados del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja ingresan aproximadamente 180 pacientes por año, en donde se realiza untratamiento integral en todas sus fases, hasta la recuperación parcial o total y reinserción a su vida normal, pasando por todo el proceso que esto implica, desde su rehabilitación, tratamiento médico y psicológico, sin embargo, su evolución depende primordialmente de las redes de apoyo social y el tipo de paciente (edad y patologías previas).

Por lo que podemos determinar que las lesiones por quemaduras representan situaciones traumáticas más frecuentes, graves e incapacitantes que existen, provocadas por agentes físicos, químicos o biológicos, dependiendo de su extensión y gravedad, pudiendo llegar a provocar secuelas de tipo emocional y complicaciones graves como es el Trastorno de Estrés Post-Traumático entidad psicológica que va a estar determinando por la Personalidad.

El Trastorno de la Transformación Persistente de la Personalidad incluye anomalías de la personalidad y del comportamiento en la edad adulta, como consecuencia de catástrofes o exposiciones prolongadas a estrés excesivo, o de haber padecido enfermedades psiquiátricas graves, se han presentado en personas que previamente no habían puesto de manifiesto trastornos de la personalidad. La Transformación de la Personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que llevan a un deterioro de las relaciones personales, de la actividad social y laboral, que

³Ministerio de Salud. MSP <ftp://ftp2.MSPgob.pe/PlanNacionalSaludMental-Set2013.doc>

no estaba presente antes de la experiencia patógena. El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes como:

- a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.
- b) Aislamiento social.
- c) Sentimientos de vacío o desesperanza.
- d) Sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado.
- e) Vivencia de extrañeza de sí mismo.

La Transformación Persistente de la Personalidad deberá ser diagnosticado únicamente cuando los cambios conductuales se constituyan de forma permanente, cuya etiología pueda referirse a una experiencia catastrófica y existencialmente traumática.

3. JUSTIFICACIÓN

El Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad en los Pacientes Quemados mayores de 18 años de edad del Hospital Isidro Ayora de Loja, nos permite establecer la prevalencia e incidencia epidemiológica traumática, siendo el principal síntoma el bloqueo o disminución de las funciones del Yo, acompañado del embotamiento psíquico, la amnesia total o parcial, la reducción acusada del interés, la disminución de la capacidad para sentir emociones, las dificultades para concentrarse, el insomnio, la irritabilidad y la disociación psíquica.

El Trastorno de Estrés Post-Traumático puede o no desarrollarse en una persona que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático dependiendo de factores Predisponentes individuales (vulnerabilidad) y de la naturaleza del evento traumático. A más catastrófico el acontecimiento, más probabilidades de que se origine dicho Trastorno.

Las causas de un Trastorno de Estrés Post-Traumático casi siempre responden a eventos imprevisibles e incontrolables. La sensación de control sobre lo que ocurre desaparece por completo, creando un estado de ansiedad e indefensión donde la seguridad y la resiliencia parecen perder todo su sentido. Las situaciones más comunes de origen del Estrés Post-Traumático son: desastres naturales, la muerte de algún ser querido, los asaltos, incendios, delitos o agresiones sexuales, los abusos físicos o sexuales en la infancia.

También existente determinantes biológicos: genéticos, lesión perinatal, encefalitis, determinantes psicosociales: estructura psíquica, problemas del desarrollo (maltrato, descuido, enfermedad). Se considera que estas situaciones son altamente susceptibles de provocar estrés, y que además la personalidad de cada individuo luego de un evento estresante o traumático, se enfrenta ante una Transformación Persistente de la Personalidad, ya sea límite, paranoide, dependiente, y antisocial

La Transformación se debe a la experiencia vivida de una forma muy traumática con un profundo efecto sobre la Personalidad del sujeto, independientemente de su vulnerabilidad. Son ejemplos las experiencias vividas en los campos de concentración, secuestros, incendios, torturas, maltrato, catástrofes naturales o exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida.

Suele ser frecuente que a este tipo de Transformación le preceda un Trastorno por Estrés Post-Traumático, pasando a estados crónicos o secuelas irreversibles de este Trastorno.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

- Prevalencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad de la Unidad de Quemados del Hospital Regional Isidro Ayora mayores de 18 años de la Ciudad de Loja periodo Febrero – Julio 2013

4.2. ESPECÍFICOS

- Establecer epidemiológicamente la prevalencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático
- Identificar la relación del Trastorno de Estrés Post-Traumático con la Transformación Persistente de la Personalidad
- Determinar los factores traumáticos que influyen en la aparición del Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad

5. METODOLOGÍA

Instrumentos para la recolección de información y para la elaboración de los diagnósticos clínicos

Ficha de Observación: es un instrumento de recolección de información muy importante y consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta. Puede utilizarse como instrumento de medición en diversas circunstancias. Las ventajas de este instrumento de investigación son: proporciona una descripción más compleja del evento investigado, propicia elementos inesperados que permiten apoyar hipótesis o descubrir aspectos relacionados, permite analizar los eventos dentro de una visión global, admite al investigador obtener directamente los datos de la realidad empírica sin distorsiones de la información

Entrevista Clínica Psicológica: es un instrumento fundamental del método clínico y de investigación científica de la psicología. El objetivo de la entrevista clínica es recabar información sobre el paciente. Para alcanzar este objetivo se debe crear empatía Psicólogo-Paciente donde el clínico deberá aplicar sus conocimientos científicos y técnicos.

Historia Clínica Psicológica: es el instrumento que reúne toda la información sobre la vida del paciente, para poder establecer un diagnóstico clínico. Dentro de esos datos se incluyen: datos de identificación, condiciones de hospitalización, motivo de consulta, enfermedad actual, historia pasada de la enfermedad, Psicoanamnesis personal, normal y patológica, Psicoanamnesis familiar normal y patológica, historia social, laboral, psicosexual, examen de funciones psicológicas, diagnóstico presuntivo, exámenes psicológicos, exámenes complementarios, diagnóstico definitivo, pronóstico y recomendaciones.

El diagnóstico se complementa con las observaciones y entrevistas realizadas, así como el resultado de las pruebas aplicadas y los informes de profesionales de otras disciplinas.

Reactivos Psicológicos o Test: son instrumentos experimentales que tienen por objeto medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la personalidad de un individuo.

Los Reactivos Psicológicos permiten al clínico tener una mayor cantidad de información del individuo en un menor tiempo, así como acceder a elementos difícilmente alcanzables por otros métodos. También proporciona información sobre el funcionamiento del paciente en determinadas áreas lo que contribuye tanto al proceso de diagnóstico, planificación terapéutica o remisión a otros profesionales.

Reactivos Psicológicos

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III

- Evaluación de cuatro escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD:

- Escala 1: Esquizoide
- Escala 2: Fóbica (evitativa)
- Escala 2B: Depresivo
- Escala 3: Dependiente (sumisa)
- Escala 4: Histriónica
- Escala 5: Narcisista
- Escala 6A: Antisocial
- Escala 6B: Agresivo-Sádica
- Escala 7: Compulsiva (rígida)

- Escala 8A: Pasivo-Agresiva
- Escala 8B: Autodestructiva (masoquista)

PATOLOGÍA GRAVE DE PERSONALIDAD:

- Escala S: Esquizotípica
- Escala C: Límite (borderline)
- Escala P: Paranoide

SÍNDROMES GRAVES:

- Escala SS: Pensamiento psicótico
- Escala CC: Depresión mayor
- Escala PP: Trastorno delirante

SÍNDROMES CLÍNICOS:

- Escala A: Trastorno de ansiedad
- Escala H: Trastorno somatomorfo
- Escala N: Trastorno bipolar
- Escala D: Trastorno distímico
- Escala B: Dependencia del alcohol
- Escala T: Dependencia de sustancias
- Escala R: Trastorno de Estrés Post-Traumático

ÍNDICES MODIFICADORES:

- Escala V: Validez
- Escala X: Sinceridad

- Escala Y: Deseabilidad
- Escala Z: Alteración
- Evalúa ansiedad, depresión, problemas somáticos, psicosis, abuso de sustancias, Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) y nivel de actividad
- Evaluación del riesgo de violencia y actos impulsivos
- Evaluación del riesgo de suicidio.
- Aporta un contexto de personalidad en el que el profesional puede entender mejor la dependencia al alcohol y drogas.
- Ayuda a diferenciar los tipos de personalidad y disfunciones emocionales.
- Evaluación de los componentes emocionales de lesiones cerebrales.

Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

- Evalúa la frecuencia y gravedad de los síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático desde un punto de vista subjetivo.
- Consta de un total de 17 ítems que se corresponden con los síntomas recogidos en los criterios B-D para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Post-Traumático según el DSM-IV-TR
- De cada ítem el paciente debe puntuar dos aspectos: la frecuencia de presentación y la gravedad del síntoma. Para ello debe utilizar una escala de Likert de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca o gravedad nula) y 4 (diariamente o gravedad extrema), según se trate de frecuencia o intensidad.
- El marco de referencia temporal es la semana previa. Es una escala auto aplicada. Esta validada en español (Bobes y cols. 2000)

Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Post-Traumático

- Es una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de Estrés Post-Traumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la evitación y de 0 a 15 en la de activación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes Quemados de Primer, Segundo y Tercer Grado a partir de los 18 años de edad, de Género Masculino - Femenino del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes Quemados menores de 18 años de edad del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja

VARIABLES

Representan un concepto importante de estudio, para poder investigar la existencia del Trastorno de Estrés Post-Traumático y su relación con la Transformación Persistente de la Personalidad, para comprobar la relación que las une.

Variable independiente: TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Es aquella característica o propiedad del fenómeno estudiado, es una variable cuyo valor puede variar independientemente de la Transformación Persistente de la Personalidad y de los Pacientes Quemados mayores de 18 años de edad del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja periodo febrero-julio 2013, consiste en evaluar su capacidad para influir, incidir o afectar en la Transformación Persistente de la Personalidad.

Variable dependiente: TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD

Propiedad o característica que estudia la relación que existe con el Trastorno de Estrés Post-Traumático y el efecto de dicha variable, por lo que cuyos valores dependen de la variable independiente, constituyendo el objeto de estudio investigado.

Variable interviniente: PACIENTES QUEMADOS MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA PERÍODO FEBRERO-JULIO 2013

6. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

1. Trastorno de Estrés Post-Traumático

1.1. Características diagnósticas

1.2. Especificación

1.2.1. Trastorno de Estrés Post-Traumático Agudo

1.2.2. Trastorno de Estrés Post-Traumático Crónico

1.2.3. Trastorno de Estrés Post-Traumático de inicio demorado

1.3. Síntomas y trastornos asociados

1.3.1 Características descriptivas y trastornos mentales asociados

1.4. Prevalencia

1.5. Curso

CAPITULO II

2. Personalidad

2.1. Componentes de Personalidad

2.1.1 Temperamento

2.1.2. Carácter

2.2. Factores que configuran la personalidad

2.2.1. Desarrollo y maduración

2.2.1.1 Infancia

2.2.1.2. Adolescencia

2.2.1.3. Adultez

2.2.1.4. FREUD

2.2.1.5. PIAGET

2.2.1.6. ERIKSON

2.2.2. Factores Prenatales

2.3. Cambios de la Personalidad

2.4. Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR para el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad

2.5. Tipos de Trastornos de Personalidad definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR

2.5.1. Grupo A (trastornos raros o excéntricos)

2.5.2. Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)

2.5.3. Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)

2.6. Criterios Diagnósticos de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades para la Transformación Persistente de la Personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral

CAPITULO III

3. Concepto de Quemadura

3.1. Clasificación de las Quemaduras

3.2. Factores de riesgo

3.3. Etiología

3.3.3. Quemaduras térmicas

3.3.4. Quemaduras eléctricas

3.4. Efectos físicos, cognitivos, emocionales y conductuales

3.4.1. Depresión

3.4.2. Ansiedad

3.4.2.2. Ansiedad Normal y Patológica

3.4.3. Trastorno Dismórfico Corporal

CAPITULO IV

4. Tratamientos específicos

4.1. Psicoeducación

4.2. Método Catártico

4.3. Entrenamiento en relajación y respiración

4.3.1. Respiración

4.3.2. Relajación muscular progresiva de Jacobson

4.3.3. Entrenamiento autógeno

4.4. Técnicas cognitivas

4.5. Terapia de Exposición

4.6 Desensibilización sistemática

4.7. Terapia Familiar

7. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS:

- Universidad Nacional de Loja
- Unidad de Quemados del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja
- Investigador y Financiado: María Gabriela Gordillo Llivigañay

RECURSOS MATERIALES:

| | |
|------------------------|----------|
| Internet | \$60.00 |
| Copias | \$50.00 |
| Reactivos Psicológicos | \$150.00 |
| Impresiones | \$100.00 |
| Empastado | \$120.00 |
| Investigación | \$50.00 |
| Vestimenta Quirúrgica | \$80.00 |
| Transporte | \$200.00 |
| Útiles de Oficina | \$60.00 |
| | |
| | \$870 |

8. CRONOGRAMA

| ACTIVIDADES | FEBRE RO | | | | | MARZO | | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | | | JUNIO | | | | JULIO | | | | DICIEM BRE | | | | | |
|--|-------------|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| PRESENTACIÓN DEL ANTEPROYECTO | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSTRUCCIÓN DE HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE INVESTIGACIÓN | | | | | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| INTERPRETACIÓN DE DATOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | |
| PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |
| SUSTENTACIÓN DE LA TESIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Nombre del Paciente:.....

Edad:.....**Sexo:**.....

Estado Civil:.....**Instrucción:**.....

FICHA DE OBSERVACIÓN EN PACIENTES QUEMADOS

| TIPO Y GRADO | Aspecto emocional | Sensibilidad de la zona | Agente causal | Tiempo de Tratamiento |
|---|--------------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------------|
| Epidérmica o 1.er grado | | | | |
| Dérmica superficial o 2.do grado superficial | | | | |
| Dérmica profunda o 2.do grado profunda | | | | |
| Subdérmica o 3.er grado | | | | |

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:
Lugar y Fecha de Nacimiento:
Edad:
Estado Civil:
Nº de hijos:
Instrucción:
Profesión:
Ocupación:
Religión:
Historia Clínica Nº:
Residencia:
Fuente de Información:
Fecha de elaboración:

2.- MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....
.....
.....

3.- ENFERMEDAD ACTUAL

.....
.....
.....
.....

4.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

.....
.....
.....
.....

5.- PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

.....
.....
.....
.....

6.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR, NORMAL Y PATOLÓGICA

.....
.....

.....
.....

7.- HISTORIA SOCIAL

.....
.....
.....

8.- HISTORIA LABORAL

.....
.....
.....

9.- HISTORIA PSICOSEXUAL

.....
.....
.....

10.- EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

- Conciencia:
- Orientación:
- Atención:
- Sensopercepciones:
- Memoria:
- Afectividad:
- Inteligencia:
- Pensamiento:
- Voluntad:
- Instintos:
- Juicio y razonamiento:

11. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

.....
.....
.....

12. EXAMEN PSICOLÓGICOS

.....
.....
.....
.....

13.- PSICOANAMNESIS ESPECIAL

Factores Predisponentes:

Factores Precipitantes:

Factores Desencadenantes:.....

14.- DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

15.- PRONÓSTICO

.....
.....
.....
.....

16.- RECOMENDACIONES

.....
.....
.....
.....

17.- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

.....
.....
.....
.....

F.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE
ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO**

(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarretay Sarasua, 1997)

NOMBRE:.....

EDAD:..... **FECHA:**.....

Colóquese

encadafraselapuntuacióncorrespondiente de 0 a 3 según la frecuencia e
intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO:

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

.....
.....

¿Desde cuándo experimenta el malestar?:

.....
.....

REEXPERIMENTACIÓN

1. Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo

imágenes, pensamientos o percepciones

2. Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso
3. Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo
4. Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso
5. Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:

(Rango 0-15)

EVITACIÓN

1. Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso
2. Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso
3. Se siente incapaz de recordar algunos de los aspectos importantes del suceso
4. Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas
5. Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás
6. Se siente limitado en la capacidad afectiva, por ejemplo, incapaz de enamorarse
7. Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso, por ejemplo, realizar una carrera.

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN:

(Rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño
2. Esta irritable o tiene explosiones de ira
3. Tiene dificultades de concentración
4. Esta usted excesivamente alerta desde el suceso
5. Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN:

(Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO: (Rango 0-51)

*Escalacomplem
entaria*

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo
- Dolores de cabeza
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)
- Dolor o malestar en el pecho
- Sudoración
- Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo
- Náuseas o malestar abdominal
- Sensación de extrañeza

- respecto a uno mismo o de irrealidad
- Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias)
Sofocos y escalofríos
- Temblores o estremecimientos
- Miedo a morir
- Miedo a volverse loco o a perder el control

**Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad:
(Rango 0-39)**

EscaladeTraumadeDavidson

(DTS)

(JonathanR. T.Davidson)

(Traducidapor:JBobes,MTBascarán,MPGonzález,MBousoño,ACalcedo,JAHormaechea,D
H. Wallace,17 defebrerode 1999)

Nombre:Edad: Sexo:H M

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?
¿Como si lo estuviera reviviendo?
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos delacontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?

Porfavor,identifiqueeltraumaquemáslemolesta

| | | |
|--|-------------------|-----------------|
| Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico.Considere,paracadapregunta,cuántasvecesleha molestadoelsíntomayconcuántaintensidad,durantelaúltima semana.Escribaenlosrecuadrosdealladodecadapreguntaun número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma. | <u>Frecuencia</u> | <u>Gravedad</u> |
| | 0=nunca | 0= nada |
| | 1=aveces | 1= leve |
| | 2=2-3veces | 2=moderada |
| | 3=4-6veces | 3=marcada |
| | 4=adiario | 4=extrema |

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-III)

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.

20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.

40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada Especial para mí.
41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
42. Soy una persona muy agradable y dócil.
43. La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
44. No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
49. Soy una persona tranquila y temerosa.
50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
52. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
56. He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
57. Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.

62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente.
64. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el Pasado las he necesitado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.

103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.
120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.
121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.

124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.

145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

XIII. ESQUEMA DE TESIS

| | |
|--------------------------------------|---------|
| PORTADA | I |
| CERTIFICACIÓN..... | II |
| AUTORÍA..... | III |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS..... | IV |
| DEDICATORÍA..... | V |
| AGRADECIMIENTOS..... | VI |
| I.TEMA..... | Pág.7 |
| II.RESUMEN..... | Pág.8 |
| SUMARY..... | Pág.9 |
| III.INTRODUCCIÓN..... | Pág.10 |
| IV. REVISIÓN DE LITERATURA..... | Pág.13 |
| V.MATERIALES..... | Pág.40 |
| VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS..... | Pág.49 |
| VII.DISCUSIÓN..... | Pág.59 |
| VIII.CONCLUSIONES..... | Pág.61 |
| IX. RECOMENDACIONES..... | Pág.62 |
| X. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUICA..... | Pág.65 |
| XI. BIBLIOGRAFÍA..... | Pág.86 |
| XII. ANEXOS..... | Pág.88 |
| XIII. ESQUEMA DE TESIS..... | Pág.130 |