

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

Título de la investigación:

**Análisis de los protocolos para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático
(TEPT) en pacientes pediátricos de 5 a 10 años en la atención primaria por médicos
generales en Costa Rica**

Nombre de la estudiante:

Jocelyn Murillo Cordero

Tutor:

Dr. Esteban Rosales Montero

Lectora:

Dra. Tatiana Vindas Miranda, Msc.

Sede Aranjuez

Septiembre, 2024

Resumen

Los niños pueden desarrollar el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) después de un evento traumático. Los niños en Costa Rica, al igual que en otras naciones, pueden estar expuestos a una variedad de factores que pueden provocar este trastorno. Este resumen analiza las causas, síntomas, efectos, diagnóstico y tratamiento del TEPT en niños de 5 a 10 años en Costa Rica. En Costa Rica, los eventos traumáticos como desastres naturales (terremotos, inundaciones), violencia doméstica, abuso físico o sexual y accidentes graves pueden causar TEPT en los niños. La intensidad del trauma, la proximidad al evento y los antecedentes familiares de trastornos de salud mental son factores de riesgo adicionales. En niños costarricenses de 5 a 10 años, los síntomas del TEPT pueden incluir:

Las pesadillas y los recuerdos intrusivos del suceso traumático, evitando lugares, personas o actividades que les puedan recordar un trauma. Cambios en el comportamiento, como irritabilidad, agresividad o retraimiento social. Problemas con la concentración y el rendimiento académico. Miedo excesivo y respuestas exageradas ante situaciones que no son realmente peligrosas.

El TEPT puede tener un impacto significativo en la vida de los niños en Costa Rica, afectando su rendimiento académico, relaciones sociales y bienestar emocional. Los niños pueden experimentar una disminución en su calidad de vida, y mostrar dificultades para participar en actividades normales para su edad. El TEPT en niños en Costa Rica se diagnostica a través de evaluaciones clínicas exhaustivas que incluyen observación de comportamientos y síntomas y entrevistas con los niños y sus familias. Los criterios para el diagnóstico incluyen el impacto significativo en la vida diaria del niño, y la presencia de síntomas durante más de un mes después del evento traumático.

En Costa Rica, los tratamientos para el TEPT en niños suelen incluir:

La terapia cognitivo-conductual (TCC): por medio de técnicas de reestructuración cognitiva y exposición gradual al recuerdo del evento traumático, ayuda a los niños a procesar y manejar el trauma. Esta terapia de juego permite a los niños expresar sus emociones y procesar el trauma a través del juego. Es particularmente útil para los niños más pequeños. Las intervenciones familiares implican que los padres y cuidadores brinden apoyo al niño y mejoran la dinámica familiar. El uso de medicamentos puede considerarse en algunos casos para aliviar síntomas graves como la ansiedad y la depresión.

Los protocolos garantizan que los niños con TEPT reciban cuidados uniformes y de alta calidad en todo el sistema de salud. La existencia de protocolos ayuda a los profesionales de la salud y educadores a capacitarse para reconocer y manejar el TEPT, lo que mejora la competencia y la eficacia de la atención. Los protocolos no solo se enfocan en el niño, sino que también ayudan a las familias a comprender el trastorno y participar activamente en el proceso de recuperación a través de guías y recursos. La implementación de protocolos aumenta la sensibilización y la educación en la comunidad sobre el TEPT, reduce el estigma del trastorno mental y promueve un entorno de apoyo para los niños afectados.

Los protocolos facilitan la mejora continua de las prácticas y procedimientos, al permitir un seguimiento y evaluación constante de los tratamientos y sus resultados. La implementación sistemática de protocolos produce datos valiosos que pueden utilizarse para la investigación, mejorar el entendimiento del TEPT en niños y la eficacia de las intervenciones.

En Costa Rica, el TEPT es una afección grave que requiere atención y tratamiento adecuados. Para reducir los efectos del trauma y promover la recuperación y el bienestar a largo plazo, la detección temprana y las intervenciones efectivas son cruciales. Es fundamental que los educadores, los profesionales de la salud y las familias estén bien informados y preparados para reconocer y tratar el TEPT en los niños.

Agradecimientos

Primero quiero agradecerle a mi Dios, que siempre ha estado presente tanto en mis peores momentos como en mis victorias. A Él toda la gloria y honra. También quisiera agradecer a mis abuelos Arturo y Maddyivette, quienes me criaron y me han dado todo en esta vida, que por ellos pude estudiar Medicina y hoy estoy culminando mi carrera. mis padres Indiana y Allan por el apoyo, al igual que a mis hermanos Kendall y Alannys.

También agradecerles a Fabiola Azofeifa, Yailyn Solís, ¿Margarita Van Derlinde ,Felipe Solano, María José Hernández y Diana Jiménez, quienes me han acompañado en mis peores momentos en este 2024. Además, agradecerle al Dr. Esteban Rosales que ha estado acompañándome en este proceso. Gracias a todos por haberme ayudado a culminar esta tesis y este proceso universitario.

Dedicatoria

Le dedico esta tesis a Dios, porque, a través de varias situaciones con este tema y la importancia del TEPT en niños, me ha acompañado. También a todos los pacientes que han experimentado un trauma o una situación difícil de superar en Costa Rica, y no han podido encontrar solución a su patología causada por un trauma o una situación difícil.

Lista de tablas

Tabla 1. Categorías de análisis	143
Tabla 2. Clasificación según la evidencia de Sackett	145

Lista de gráficos

Gráfico 1. Definición de qué es el TEPT.....	146
Gráfico 2. Protocolo a nivel nacional sobre el TEPT.	146
Gráfico 3. Protocolo sobre TEPT en la CCSS	147
Gráfico 4. Síntomas de TEPT	147
Gráfico 5. Paciente con TEPT en consulta de atención primaria.	147
Gráfico 6. Niños de 5 a 10 años con TEPT en consulta de atención primaria.	148
Gráfico 7. Diagnóstico de TEPT en niños	148
Gráfico 8. Edades de diagnóstico de TEPT	148
Gráfico 9. Percepción de los médicos sobre los niños de 5 a 10 años que padecen de TEPT	149
Gráfico 10. Causas de TEPT en niños	149
Gráfico 11. Percepción del Médico en el manejo de TEPT en la CCSS	149
Gráfico 12. Dificultades de los niños de 5 a 10 años con TEPT	150

Lista de abreviaturas

AE-TCC-CT: Terapia cognitiva conductual centrada en el trauma con atención escalonada
CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social
CTA: Child Trauma Academy
EMDR: Terapia de reprocesamiento y sensibilización mediante movimientos oculares
EP: Terapia de exposición
HHA: Hipófisis adrenal
ICFB: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
LDS: Dietilamida del ácido lisérgico
MDMA: Éxtasis
MEP: Ministerio de Educación Pública
MMPI2: Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota
MRI: Resonancia magnética
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
PIO: Population Intervention Outcomes
SEPT: Síndrome de estrés postraumático
TAC: Tomografía craneoencefálica
TCC: Terapia Conductiva Conductual
TCC-CT: Terapia Cognitiva Conductual Centrada en el Trauma
TDAH: Trastorno de déficit atencional
TEPT: Trastorno de estrés postraumático
TEPTC: Trastorno de estrés postraumático complejo
TMC: Terapia metacognitiva

Tabla de contenido

Resumen.....	II
Agradecimientos	IV
Dedicatoria.....	IV
Lista de tablas.....	V
Lista de gráficos	V
Lista de abreviaturas	VI
Tabla de contenido.....	VII
CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN	10
1.1 Introducción	11
1.2 Planteamiento del problema.....	14
1.3 Pregunta de investigación	17
1.4 Objetivos	18
1.4.1 Objetivo general.....	18
1.4.2 Objetivos específicos.....	18
1.5 Justificación	19
1.6 Antecedentes	25
1.6.1 Antecedentes históricos.....	25
1.6.2 Antecedentes internacionales	29
1.6.3 Antecedentes nacionales.....	39
CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO.....	40
2.1 Definición del Trastorno de estrés postraumático.....	41
2.2 Etiología.....	42
2.3 Origen del Trastorno de estrés postraumático.....	44
2.4 Criterios de diagnóstico	45
2.5 Los síntomas de estrés postraumático	52
2.6 Factores de riesgo del Trastorno de estrés postraumático.....	56
2.7 Tratamiento del estrés postraumático	58
2.7.1 Terapia Metacognitiva.....	59
2.7.2 Terapias conductual-cognitivas	60
2.7.3 Terapia de exposición.....	62
2.7.4 Terapia cognitiva.....	64
2.7.5 Tratamiento farmacológico	64

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO	68
3.1 Enfoque metodológico	69
3.2 Tipo de investigación	70
3.3 Participantes del estudio.....	72
3.4 Fuentes de información.....	73
3.5 Etapas de la investigación	75
3.6 Técnicas de recolección de datos	76
3.6.1 Revisión documental.....	78
3.6.2 Entrevista a profundidad	78
3.7 Tratamiento de la información	79
3.8 Categorías de análisis.....	83
3.9 Proceso de selección de información	83
3.10 Clasificación según los niveles de evidencia	84
CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS	86
4.1 Análisis de la encuesta	87
4.2 Resultados de la encuesta.....	93
CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	122
5.1 Conclusiones	123
5.2 Recomendaciones.....	128
CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
6.1 Bibliografía	131
CAPÍTULO VII- ANEXOS	140
7.1 Encuesta	141
7.2 Tablas	143
7.3 Gráficos.....	146

CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

A continuación, se explicará de qué trata el presente proyecto y, por medio de la introducción, se da un vistazo al trastorno de estrés postraumático en paciente pediátrico. El estrés postraumático es un trastorno psiquiátrico que se da ante la exposición de una situación, en la que la persona sienta amenazada su vida. Muchas veces estas situaciones no son peligrosas para los individuos, solo que ellos maximizan la situación y la convierten en algo que amenace su vida o la de otros. Causas del estrés postraumática hay muchas, pero las comunes en pacientes pediátricos serían: delitos sexuales contra ellos por parte de allegados o desconocidos, separación de los padres, maltrato estudiantil por sus compañeros de escuela o colegio, conflictos armados en sus países respectivos, alta criminalidad en sus lugares de vivienda, familias disfuncionales, entre otras situaciones.

Este proyecto muestra cómo el estrés postraumático en la población pediátrica en Costa Rica es una patología que para muchos médicos es irrelevante o subdiagnosticada. Muchas veces se le da el diagnóstico erróneo. Esto logra que el paciente no reciba, para su respectiva enfermedad, el abordaje completo, y ello genera muchas consecuencias a mediano y largo plazo.

Este trabajo final de graduación pretende ayudar a los profesionales de salud en cuanto al diagnóstico de esta patología, que muchas veces es mal diagnosticada. Se confunde con patologías como trastorno de déficit atencional, trastorno de identidad disociativo, trastorno de ansiedad generalizada o depresión. Por consiguiente, genera en el paciente pediátrico problemas para socializar, en lo académico también presenta problemas, a nivel fisiológico también. En muchos casos esto persiste hasta la adultez y puede haber consecuencias como el suicidio.

Según el estudio de Andrades et al., en el 2020, los niños experimentan una reacción de miedo intenso, desesperanza u horror, que se manifiesta a través de un comportamiento agitado o no estructurado ⁽¹⁾.

Una reexperimentación del evento traumático, así lo menciona el estudio de Andrades et al., en el 2020, una evitación de estímulos relacionados con el trauma, hiperactividad y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo, son algunos de los grupos de síntomas descritos. Los síntomas de volver a

experimentar se han descrito como los más incapacitantes y se han relacionado con una mayor gravedad de los síntomas de TEPT ⁽¹⁾ .

En Etiopía, los autores Tarik et al. en su artículo publicado el 2022 Las lesiones físicas, también conocidas como trauma, son comunes en muchos tipos de experiencias traumáticas y pueden estar relacionadas con los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ⁽²⁾.

La violencia, y más aún los procesos de violencia, no solo causan problemas sociales, sino que también tienen un impacto en las personas que la experimentan, viven y conviven con ella. Las personas afectadas experimentan crisis cuando se encuentran en situaciones caóticas, que a menudo no son percibidas por ellas mismas y que afectan su relación con su entorno en general, su relación social y su vida individual. Las personas que han experimentado un evento traumático no volverán a ver la vida de la misma manera como la veían antes; su comportamiento presentará un cambio que, dependiendo del apoyo y los mecanismos de defensa utilizados, podrá ser superado eficazmente o, por el contrario, se convertirá en un estado de agonía por el resto de su vida. Los efectos de un evento violento producen un "trauma", que a su vez conduce al desarrollo de un trastorno de ansiedad, conocido como Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), dependiendo de cómo se aborde la situación problemática.

La persona que está expuesta a un evento traumático, o a una serie de eventos similares, puede experimentar una variedad de reacciones. Al principio, puede experimentar conmoción, terror o una sensación de que lo que sucedió era irreal o extraño. Puede experimentar una sensación de disociación, que es como si estuviera separada de su cuerpo. Incluso puede recordar todos o solo algunos de los detalles exactos de lo que sucedió. Si ha sobrevivido a un evento traumático prolongado, sus reacciones pueden variar. Siempre atento, preparado para ser atacado o dañado en cualquier momento, puede sentirse como si hubiera vivido toda su vida en una zona de guerra.

En Francia, los autores Ferrafiat et al., en un artículo publicado en el 2020, manifiestan que la intensidad, severidad, prevalencia y variación de los síntomas pueden variar según la persona que lo padece, el significado que le da la persona al evento traumático e incluso el entorno sociocultural en el que se encuentra ⁽³⁾.

Debido a que el estrés postraumático es una enfermedad que condiciona la vida y se debe diagnosticar correctamente, el tratamiento correcto y oportuno en el tiempo adecuado salva muchas vidas. Además de que, al revisar las causas del TEPT, se puede modificar y así mejorar la calidad de vida de muchas personas.

En esta introducción, se puede evidenciar que el trastorno de estrés postraumático en la población infantil consiste en varias situaciones que llevan a los niños a padecer esta patología. Esto hace que los médicos generales sean los primeros en atender a estos niños en los EBAIS. Por eso es importante el conocimiento y el abordaje del tema.

1.2 Planteamiento del problema

El trastorno de estrés postraumático es una enfermedad mental causada por una situación aterradora, ya sea que se ha experimentado o presenciado. Los síntomas pueden incluir pensamientos incontrolables sobre la situación, así como reviviscencias, pesadillas y angustia grave. Esto hace que muchas personas ante traumas tengan una respuesta como la que se describió anteriormente.

Aunque tradicionalmente se ha asociado con adultos que han pasado por situaciones extremas como guerras, desastres naturales o accidentes graves, el TEPT también afecta significativamente a los niños, quienes pueden desarrollar este trastorno como resultado de traumas como la violencia doméstica, abusos, accidentes, o incluso la pérdida repentina de un ser querido. En el caso específico de los niños de 5 a 10 años, el impacto del TEPT es particularmente crítico, debido a la etapa del desarrollo en la que se encuentran, donde la consolidación de la identidad, la seguridad y las relaciones interpersonales son esenciales.

La infancia es un periodo fundamental para el desarrollo emocional, cognitivo y social, y cualquier perturbación durante esta etapa puede tener consecuencias a largo plazo en la vida del individuo. Los niños que experimentan eventos traumáticos a una edad temprana corren el riesgo de desarrollar no solo TEPT, sino también otros problemas psicológicos como ansiedad, depresión y dificultades en el comportamiento. A pesar de la creciente conciencia sobre el TEPT en adultos, hay una notable carencia de estudios profundos sobre cómo este trastorno afecta a los niños, específicamente en el rango de edad de 5 a 10 años. Esta laguna en la investigación representa una preocupación seria, ya que la identificación temprana y el tratamiento adecuado pueden prevenir que los síntomas del TEPT se prolonguen y afecten la vida adulta.

La negligencia, el abuso físico, el abuso sexual, el abandono, y los eventos mundiales con cambios drásticos para la sociedad, son solo algunas de las muchas formas en que puede manifestarse el maltrato. El maltrato tiene un impacto en el desarrollo neurobiológico de los niños, así como en su calidad futura de salud social y psicológica. Esto proporciona una descripción básica de cómo funciona el cerebro, y analiza cómo el trauma afecta diferentes partes del cerebro desde el nacimiento

hasta los tres años. Además, contrasta cómo el trauma afecta el cerebro y cómo la crianza lo afecta ⁽³⁹⁾.

Los primeros años de la vida humana, desde el nacimiento hasta los tres años de edad, son los más importantes para el desarrollo psicológico y social del niño. La relación de un niño con su madre o cuidador principal es crucial. La capacidad de una persona para manejar tensiones en las relaciones y en la vida en el futuro depende de si tiene o no este vínculo temprano ⁽³⁹⁾.

El diagnóstico del estrés postraumático en niños es complejo, porque muchas veces los niños no tienen las herramientas ni la madurez para darle nombre a sus emociones. Además, muchos niños bloquean sus traumas, y esto en muchos casos hace que sean para ellos imposible recordarlos.

La investigación sobre el TEPT en niños es esencial para entender las especificidades de este trastorno en las primeras etapas del desarrollo, y para diseñar estrategias de intervención adecuadas que puedan aliviar el sufrimiento y prevenir secuelas a largo plazo. Los niños que no reciben tratamiento por TEPT son propensos a desarrollar trastornos de salud mental a largo plazo, problemas de adaptación social, dificultades en el rendimiento escolar y, en los casos más graves, pueden involucrarse en comportamientos de riesgo en la adolescencia o la adultez temprana, como el abuso de sustancias o la delincuencia.

Existen varios estudios que han examinado el TEPT en adolescentes y adultos jóvenes, pero el rango de edad de 5 a 10 años sigue siendo un área de investigación insuficientemente explorada. Este vacío es significativo, ya que las intervenciones adecuadas durante esta etapa del desarrollo pueden tener un impacto profundo en la trayectoria futura del niño. Además, los factores de riesgo y los desencadenantes específicos que pueden llevar al TEPT en esta etapa temprana de la vida, así como los mecanismos de afrontamiento que los niños desarrollan, son aspectos que aún no han sido estudiados en profundidad.

Por otra parte, la mayoría de los estudios disponibles se han realizado en contextos occidentales, lo que plantea la necesidad de examinar cómo el TEPT se manifiesta en diferentes contextos culturales y socioeconómicos. Los niños que viven en áreas de conflicto armado, zonas de desastre natural, o en situaciones de

pobreza extrema, pueden estar expuestos a múltiples eventos traumáticos a lo largo de sus vidas, lo que aumenta su vulnerabilidad al TEPT. Sin embargo, las investigaciones sobre cómo estas experiencias repetidas y diversas afectan a los niños de manera acumulativa son limitadas.

Se ha descubierto un nuevo signo clínico entre aquellos que han estado expuestos a diversos tipos de conflictos, según los estudios realizados en diversas situaciones catastróficas de la humanidad. Dentro de su escenario clínico, estas reacciones se caracterizaban por la tendencia del sujeto a revivir la situación traumática, lo que lo llevaba a actuar como si la situación original se estuviera volviendo a presentar. La observación y el análisis de estas reacciones condujeron a la inclusión de este síndrome como entidad nosológica en el sistema de diagnóstico de trastornos del estrés (DSM).

Por lo cual, con esta tesis se pretende responder a la pregunta de si los niños costarricenses poseen, en el país, ya sea un protocolo o algún documento que les ayude a manejar el trastorno de estrés postraumático, y también ver cómo esta tesis impactará en la sociedad costarricense a un mejor manejo de esta patología.

Este estudio busca contribuir al conocimiento sobre el TEPT en niños de 5 a 10 años, un área poco explorada, pero de suma importancia para el desarrollo saludable de los menores afectados por traumas. Al comprender mejor cómo se manifiesta el TEPT en esta franja etaria y qué factores obstaculizan su tratamiento, se podrán desarrollar estrategias de intervención más efectivas y accesibles, que ayuden a mejorar la calidad de vida de estos niños y prevenir problemas psicológicos en etapas posteriores de su vida.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los protocolos para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes pediátricos de 5 a 10 años, implementados en la atención primaria por médicos generales en Costa Rica?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar los protocolos para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en pacientes pediátricos de 5 a 10 años, atendidos en la atención primaria en Costa Rica.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Explorar la disponibilidad y el acceso a los protocolos de diagnóstico del TEPT en la atención primaria en Costa Rica, mediante una revisión documental y consulta a fuentes oficiales de salud pública.
2. Comparar la frecuencia de diagnóstico del TEPT con otras patologías psiquiátricas en pacientes pediátricos de 5 a 10 años, por medio de estudios previos o informes epidemiológicos de Costa Rica.
3. Determinar las percepciones y experiencias de los médicos generales en cuanto al diagnóstico del TEPT en pacientes pediátricos de 5 a 10 años, para la identificación de posibles barreras o dificultades en el proceso diagnóstico.

1.5 Justificación

La investigación que se va a realizar, mientras se confecciona esta tesis, es para poder aclarar las dudas que se tengan sobre cómo hacer el diagnóstico de estrés postraumático en niños. Los infantes en muchas ocasiones son expuestos a ciertas situaciones peligrosas que les genera traumas, y estos se somatizan a nivel físico conforme pase el tiempo y no se trate.

El problema principal es que, en atención primaria, que es el lugar donde primero van los pacientes a consultar, estos encuentran ciertas dificultades a la hora de hacerlo. Si es en el área privada, se encuentran con problemas como el costo de las citas y las pruebas, además del tratamiento por un periodo prolongado. Además, en el área privada, si el menor no tiene seguro privado, los encargados de él tendrán que asumir los gastos. En el área de la salud pública se encuentran los siguientes problemas: la falta de especialistas, el tiempo comprendido entre la fecha cuando se solicita la cita y se le otorga, el tiempo que dura la cita, que son 15 minutos, en el cual el médico tiene que examinar físicamente, además de hacer historia clínica, diagnosticar y emitir un tratamiento.

También, que la seguridad social, por costos, no siempre tiene los medicamentos o la terapia más adecuada para el paciente. Además, si se vive en una zona lejana, la accesibilidad hacia el centro médico es muy compleja y para el centro especializado, en muchos casos hasta imposible.

Muchas familias viajan a la capital, porque en sus zonas de residencia no hay personal especializado que las atienda. Entonces ellas van para que el hospital que está a bastantes kilómetros y horas de distancia, que tenga los especialistas adecuados puedan atender a sus niños; esto implica en muchas ocasiones que busquen dónde quedarse a dormir, porque el horario del transporte público no es tan constante como otros; sin contar la comida del encargado y del menor.

Todo ello pasa solo por ir a una cita en el hospital especializado, porque solo hay uno en todo el país de Costa Rica. Los traumas complejos pueden afectar a los niños en múltiples aspectos de su funcionamiento y, si no se tratan, pueden persistir a lo largo de su vida ⁽³⁴⁾.

Las mejores prácticas reconocidas para niños y adolescentes con trauma incluyen un tratamiento secuencial de componentes múltiples que incluyen: evaluación del trauma del niño y de su familia; seguridad, estabilidad y manejo de situaciones de crisis; desarrollo de nuevas competencias, habilidades de comunicación y afrontamiento; establecer un vínculo terapéutico seguro con el paciente y su cuidador; psicoeducación sobre las respuestas al trauma; ayudar a trabajar la exposición al trauma y el procesamiento cognitivo, por ejemplo, a través de la narrativa del eventos; promover la integración mente-cuerpo y la consolidación de las habilidades aprendidas; y trabajar la autopercepción, autoeficacia y empoderamiento.

Los autores observaron que algunos de estos niños, quienes estaban dispuestos a hacer terapia, no tenían cuidadores que pudieran participar en todo el proceso terapéutico, por razones logísticas o psicológicas. Por lo tanto, querían crear un tipo de intervención que fomentara la autoeficacia del niño⁽³⁴⁾.

El médico pediatra o médico de atención primaria debe estar preparado para identificar los síntomas y características del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ya que los niños son los más susceptibles a desarrollarlo, debido a la exposición a desastres naturales⁽³⁵⁾.

Estos trastornos pueden ser el resultado de la exposición a desastres naturales y son más comunes e incapacitantes en niños, quienes son la población más susceptible para desarrollarlos. Por lo tanto, el médico debe estar preparado para identificar los síntomas y características de este trastorno. para poder realizar un diagnóstico oportuno para evitar la prolongación del problema y sus efectos negativos en la salud mental de la víctima.

Estos trastornos pueden ser el resultado de la exposición a desastres naturales y son más comunes e incapacitantes en los niños, quienes son la población más susceptible para desarrollarlos.

Por lo tanto, el médico debe estar preparado para identificar los síntomas y características de este trastorno y poder realizar un diagnóstico oportuno, para evitar la prolongación del problema y sus efectos negativos en la salud mental de la víctima⁽³⁵⁾.

La tesis presentada abordará la problemática del inadecuado manejo de trastorno de estrés postraumático en población pediátrica en la atención primaria. El TEPT ha estado en debate desde el principio. La validez como término científico debido al gran peso sociohistórico que tiene, la relación de causalidad entre el hecho traumático y las secuelas psicológicas y la especificidad de la sintomatología, son algunos de los cuestionamientos más importantes.

En Costa Rica, los profesionales se guían por el DSM-V para diagnosticar esta patología y así darle abordaje. Pero lastimosamente no se puede dar un buen abordaje si los médicos en sus consultas carecen del conocimiento para reconocer esta patología, sumándole el hecho de que en la seguridad social solo se tienen 15 minutos por consulta para atender el paciente. Esto ha hecho que los médicos de atención primaria tengan una poca calidad de atención a los pacientes.

Debido a esto, se enfatizó la importancia de investigar las diferencias entre niños y adultos al diagnosticar el TEPT. Dado que los niños no tienen todavía tan bien desarrolladas las habilidades de lenguaje y pensamiento abstracto, la investigación ha demostrado que el criterio diagnóstico debe centrarse más en las manifestaciones conductuales ⁽⁴⁾.

La literatura ha puesto en evidencia que las niñas son más propensas a presentar síntomas relacionados con el procesamiento y reacción emocional ante el trauma que los niños. En la mayoría de las personas, el trastorno por estrés postraumático es un trastorno de ansiedad que se pasa por alto y no recibe tratamiento específico. Se podría agregar que este descuido es aún más común y causa mayores daños en los niños ⁽⁴⁾.

La presencia de factores de protección y factores de riesgo es evidentemente una de las razones por las que el porcentaje de menores, quienes han experimentado situaciones traumáticas, es menor.

La tesis contribuirá a que no haya subdiagnósticos de esta patología, en la cual hay mucha confusión de los síntomas y signos entre esta patología, que es el TEPT u otras como trastorno de déficit atencional, ansiedad o depresión. La tesis puede plantear y dar a conocer, con datos estadísticos, el hecho de que muchos

médicos de atención primaria no le den la importancia necesaria. Hace que estas personas carguen las secuelas del trauma durante años hasta la adultez.

El paciente evita los estímulos relacionados con el evento traumático y puede ocultar el evento al médico que realiza la evaluación y diagnóstico. La postura del paciente puede estar relacionada con la falta de exploración del profesional, es decir, no investiga la posibilidad de que el paciente haya estado en una situación traumática ⁽⁴⁾.

La importancia de esta investigación del estrés postraumático en la infancia sería la estrecha relación con la memoria, las funciones ejecutivas y la atención fueron las funciones cognitivas más afectadas en los niños con TEPT. Se discute que la sobrecarga alostática, que provoca alteraciones en los procesos del neurodesarrollo que afectan el funcionamiento cognitivo, puede explicar estos efectos ⁽⁵⁾.

La exposición a situaciones traumáticas y el estrés prolongado afectan la neurogénesis y la potenciación a largo plazo de esta. Esta revisión sistemática de la literatura tiene como objetivo profundizar en la patología y su abordaje del trastorno de estrés postraumático, lo que permitirá identificar las circunstancias que generan este trastorno en la infancia y las consecuencias a nivel cognitivo. Esto es para que en el futuro este estudio sirva como base para una evaluación e intervención efectiva en escuelas y centros médicos ⁽⁴⁾.

Los niños que han experimentado eventos traumáticos a menudo muestran alteraciones en su funcionamiento cognitivo. El maltrato infantil y el conflicto armado son los dos eventos traumáticos que con mayor frecuencia afectan el desarrollo intelectual de los niños. Las funciones ejecutivas fueron los procesos intelectuales más afectados por el trauma infantil ⁽⁵⁾.

La conducta centrada en el trauma proporciona más pruebas de mejora para los adultos con trastorno de estrés postraumático, pero la literatura no está de acuerdo sobre si las intervenciones en casos de niños con TEPT, dado que la intervención adulta en factores como la sexualización traumática, la estigmatización, el sentimiento de impotencia y el sentimiento de traición no es la misma en caso de infantes, las personas con TEPT tendrán el mismo resultado.

La conducta centrada en el trauma proporciona más pruebas de mejora para los adultos con trastorno de estrés postraumático, pero la literatura no está de acuerdo sobre si las intervenciones son así en casos de niños.

Dado que la intervención adulta en factores como la sexualización traumática, la estigmatización, el sentimiento de impotencia y el sentimiento de traición no es la misma en caso de infantes, las personas con TEPT tendrán el mismo resultado ⁽⁶⁾.

Aunque los factores neurobiológicos, genéticos y neuropsicológicos, los cambios epigenéticos y los factores ambientales son cruciales para la intervención clínica individualizada, la comprensión de estos procesos neurobiológicos desde una perspectiva fenomenológica, y el aumento de investigaciones en los últimos años y décadas, no han sido del todo claros.

Durante los primeros años de vida, el cerebro desarrolla una compleja red neuronal socioemocional que sirve como base para las interacciones de cada persona con su mundo. El abuso o la negligencia infantil pueden causar estrés prolongado. Después, el sistema de respuesta al estrés del cerebro crea un cableado neurológico que deja al niño con un sentido de apego distorsionado. Esto altera su capacidad para relacionarse con los demás de maneras socialmente aceptables. La capacidad del niño para aprender a autorregularse emocionalmente también se altera en estas circunstancias. La vida de un niño traumatizado puede experimentar una variedad de disfunciones sociales como resultado de estas perturbaciones.

Para entender cómo la crianza o el trauma afectan el desarrollo psicológico de un niño, es fundamental tener una comprensión básica de cómo funciona el cerebro humano. Las neuronas, que son 100 mil millones de células cerebrales, están presentes cuando nace un bebé ⁽⁴⁰⁾.

El sistema normal de liberación de estrés y autorregulación no funciona cuando un bebé o un niño está bajo estrés constante. La dopamina, la norepinefrina (NE), los opioides endógenos y los glucocorticoides son algunos de los neurotransmisores que se liberan en momentos de estrés. Estas hormonas liberadas por el SNA y el eje HPA siguen presentes en el sistema del niño y tienen efectos

negativos. Un aumento de NE "refuerza la codificación biológica de la memoria traumática" (40)

Toda esta reacción que sufre un niño es perjudicial para la salud; por lo tanto un correcto abordaje lo que logra es que se diagnostique correctamente y se le dé al paciente un tratamiento adecuado. Esto se logra con un buen conocimiento de parte del personal de primera atención, de parte de la escuela y de sus encargados legales, ya sean los padres u otros familiares.

1.6 Antecedentes

Los antecedentes que se van a presentar a continuación son los históricos, que cuentan desde el año 2001 hasta el 2015, donde se habla de cómo en el transcurso de más de 20 años se han investigado el trastorno de estrés postraumático en niños. Se han encontrado en países como España, Chile, Colombia, Estados Unidos de América y Argentina, estudios sobre esta patología en población pediátrica.

1.6.1 Antecedentes históricos

En España, Báguena M, en el 2001, en la Universidad de Valencia, menciona que ofrece una revisión: los tratamientos psicológicos y farmacológicos que la investigación ha probado como más eficaces en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). El diagnóstico del TEPT ha cambiado significativamente a lo siguiente: a lo largo de los últimos años y sigue siendo sometido a cambio. Si el número de individuos en riesgo de desarrollar este trastorno ha aumentado, por otro lado, la prevalencia del TEPT varía significativamente según la situación estresante o traumática en cuestión, en función del tiempo que transcurre entre el evento y la evaluación de los criterios diagnósticos, lo cual hace ver que el TEPT tiene problema para diagnosticarse si no se hace una historia clínica adecuada y una diferenciación entre sus diagnósticos ⁽¹³⁾.

En España, Echeburúa E, Del Coral P, Amor PJ, en el 2004, según el artículo “Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. clínica y salud”, cuando las víctimas del terrorismo sufren un trastorno de estrés postraumático Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), pueden experimentar una serie de síntomas graves que afectan su salud física, emocional y mental. Esto puede incluir recuerdos vívidos y dolorosos de acontecimientos horribles, pesadillas recurrentes, evitación de situaciones o lugares que les recuerdan el trauma, persistencia extrema, cambios de humor y dificultades para afrontarlo. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) puede interferir significativamente con sus relaciones, su capacidad para trabajar y su calidad de vida en general, lo que requiere intervenciones terapéuticas especializadas para la rehabilitación y el control eficaz de los síntomas. Las víctimas de terrorismo están sujetas a un estrés intenso y pueden mostrar reacciones disociativas y síntomas ansioso-depresivos. Los agudos se alivian al caminar del tiempo y con la atención, pero en ocasiones siguen

existiendo sentimientos de dolor y soledad, junto con un fuerte sentimiento de injusticia, que son extremadamente resistentes al cambio ⁽²⁵⁾.

En Colombia, Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S, en el 2005, en el artículo “Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia”, determinan, mediante su estudio en tres municipios de Cundinamarca, en ese país, la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) infantil y factores asociados, según tipo de exposición a la guerra. La salud mental de los niños se ve afectada por la guerra. Los niños en los municipios expuestos tenían 19 veces más probabilidades de experimentar TEPT a causa del conflicto bélico que los niños en los municipios no expuestos. La intervención temprana en la salud es crucial. Los hallazgos son beneficiosos para naciones en situación de conflicto bélico o territorial. Estos estudios hicieron que Colombia lograra implementar políticas de salud pública, y también reformas a sus leyes de sanidad, para abordar las consecuencias que tuvieron los niños que ahora son adultos ante los conflictos bélicos ⁽²¹⁾.

En la región suramericana, en Argentina, Contreras A, Piccuito MV, Vázquez AM, en el 2006, con la guía denominada “Signos asociados al trastorno por estrés postraumático en maquinistas de trenes del Área Metropolitana de Buenos Aires que participan en accidentes de arrollamientos de personas o vehículos”, se refieren al estudio de los signos manifiestos que se vinculan con el trastorno de estrés postraumático en maquinistas de trenes, quienes han participado en arrollamientos de personas y/o vehículos. En primer lugar, es importante señalar que los hallazgos serían adultos únicamente, e indican que en este grupo de empleados hay una preocupación que se corresponde con una serie significativa de criterios diagnósticos de trastorno por estrés postraumático. Los datos del Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota revelaron que el 14.2% de la muestra obtuvo puntuaciones altas en la escala específica del trastorno. Dentro de este grupo, en el 93% de los casos, estos signos se ven reforzados por una combinación de escalas particularmente sensibles. Además, otras escalas relacionadas seleccionadas según los criterios diagnósticos obtuvieron puntuaciones altas para esta muestra. Esto indica que solo hay estudios en adultos en cuanto a accidentes de tránsito ⁽²⁶⁾.

En la región de Chile, los autores Bustos P, Rincón P, Aedo J, en el 2009, en el artículo “Validación preliminar de la Escala infantil de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual”, presentan la validación preliminar en Chile de la Escala infantil de síntomas del trastorno de estrés postraumático, desarrollada por Foa, Johnson, Feeny y Treadwell, para evaluar el trastorno en niños/as y adolescentes expuestos a situaciones traumáticas, con arreglo a criterios DSM-IV. La adaptación con CPSS la convertiría en el único dispositivo creado en Chile para evaluar el TEP de acuerdo con los criterios DSM-IV-TR. Esto queda ya desactualizado, porque ya hay una nueva versión del DSM, que es el DSM -V⁽²⁰⁾.

Otra vez en Colombia, Bernate M, Barquero MP, Soto F, en el 2009, llevan a cabo una investigación sobre “Diferencias en los procesos de atención y memoria en niños con y sin estrés postraumático”, de la Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, e indagan sobre las diferencias de atención selectiva y alternante, así como de la memoria inmediata y lógica en niños con o sin estrés postraumático (PTSD). Los resultados sugieren que los niños con abuso sexual con estrés postraumático (PTSD) tienen procesos de atención selectiva y alternante, memoria inmediata y lógica diferentes de los niños sin este diagnóstico. Además, los niños con PTSD tienen mejores resultados. Por lo tanto, los niños sin PTSD presentan mejores respuestas en cuanto a la velocidad de procesamiento y la construcción de estrategias para almacenar información, teniendo en cuenta las observaciones y

En Chile, los autores Rincón GP, Cova SF, Bustos TP, Aedo SJ, Valdivia PM, en el 2010, en el estudio de “Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente”, publicado por la Revista chilena de pediatría, evaluaron la prevalencia de trastorno de estrés postraumático y del denominado subsíndrome de estrés postraumático en niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales. Estos datos demuestran la importancia de centrarse en la sintomatología postraumática, al evaluar y tratar a los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Es importante señalar que la mayoría de los niños y adolescentes evaluados no manifestaron síntomas postraumáticos al momento del estudio ⁽¹⁴⁾.

En España, Seijas R, en el 2013, describe las hipótesis que muestra la revista de la Asociación Pediátrica Española, en el siguiente artículo, “Trastorno por estrés

postraumático y cerebro”, donde se relacionan las alteraciones neuroanatómicas y la sintomatología característica del TEPT; y se describe el perfil neuropsicológico y los tratamientos con base en las neurociencias, partiendo de la premisa de que las limitaciones metodológicas de los estudios no permiten generalizar estos resultados. Por último, se sugiere que, en la rehabilitación neuropsicológica, los déficits cognitivos que exhiben estos pacientes aumentan la eficacia del tratamiento psicológico ⁽³²⁾.

En Colombia, Romero K, Ruiz F, en el 2015, el tema de su escrito “El trastorno de estrés postraumático en niños preescolares: una revisión literaria” es informar sobre los resultados más recientes de la investigación del trastorno de estrés postraumático en niños que van al preescolar. En ese país, aún no se han realizado muchos estudios sobre la presencia de estrés postraumático en los niños en edad preescolar, a pesar de la alta presencia de eventos vitales estresantes que pueden afectar la vida diaria de una madre y un niño, a causa de la situación sociopolítica de la nación. Esto permitió observar que los niños pueden presentar síntomas desde la edad preescolar. El obstáculo que se encontró fue que los maestros no sabían cómo abordar este tipo de situaciones. Es posible que los profesores no sean conscientes del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), debido a la falta de formación específica en salud mental, la complejidad de sus síntomas y una posible incapacidad para reconocer signos sutiles en el entorno escolar ⁽³³⁾.

En Estados Unidos de América, de acuerdo con Perry B, en el 2017, en el manual “Estrés, trauma y trastornos de estrés post-traumático en los niños”, su propósito es proporcionar una visión general del trastorno de estrés postraumático en los niños. La institución Child Trauma Academy (CTA), una organización sin fines de lucro con sede en Houston, Texas, busca mejorar las vidas de los niños de alto riesgo a través de servicios, estudios y educación. La traducción de los hallazgos emergentes sobre el cerebro humano y el desarrollo del niño es una de las principales tareas de la CTA. Estos hallazgos tienen implicaciones prácticas para las formas en que se crían, se protegen, se enriquecen, se educan y se curan los niños. La creación de numerosos programas innovadores en terapia, protección de niños y sistemas educativos ha sido impulsada por la obra "Traducción de la neurociencia" de la CTA. La neurociencia del trastorno de estrés postraumático examina cómo el trauma afecta el cerebro y el sistema nervioso. Proporciona una descripción general de los

tratamientos informáticos, centrándose en cambios en áreas como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, y cambios asociados con síntomas como hipervigilancia y ansiedad nuevamente ⁽²³⁾.

1.6.2 Antecedentes internacionales

Los antecedentes internacionales van desde el 2018 hasta el 2023. Se adjuntan investigaciones de Colombia, España, México, Chile, Ecuador, Venezuela, Etiopía y Perú, con el fin de demostrar que hay muchas investigaciones sobre el trastorno de estrés postraumático en infantes.

En España, llevada a cabo por Sánchez-Marqueses JM, Sanz J, en el 2018, se presenta una revisión sistemática. El artículo sobre “la relación entre los síntomas del trastorno de estrés postraumático y las dimensiones de personalidad del modelo de los cinco grandes”, es una revisión sistemática sobre la relación entre la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y las dimensiones básicas de la personalidad del modelo de los cinco grandes. En este estudio, al tener en cuenta todos los estudios publicados hasta diciembre de 2016, se revisó sistemáticamente la relación entre las dimensiones básicas de personalidad del modelo de los cinco grandes y las sintomatologías del TEPT en adultos que habían experimentado un suceso traumático. De acuerdo con la literatura empírica publicada antes de este estudio, el neuroticismo parecía estar positivamente asociado con los síntomas del TEPT, por lo que, a mayor grado de neuroticismo, más probabilidad de presentar síntomas graves del TEPT, lo que podría indicar que esta característica es un factor de riesgo para el TEPT ⁽¹⁷⁾.

La teoría de los "cinco grandes" del PTSD (trastorno de estrés postraumático) se refiere a un proceso psicológico que busca comprender y clasificar los síntomas del PTSD en cinco categorías principales: eventos traumáticos, flashbacks, pesadillas, e incluso una gran actividad física para recordar. La evitación se refiere al deseo de una persona de evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones, lugares o actividades que puedan recordarle el trauma. También puede incluir amnesia parcial o completa en eventos traumáticos. En cuanto a la disfunción interpersonal, se refiere a cambios en las relaciones de una persona, como alejamiento de las relaciones cercanas, desconfianza en los demás o sentimientos de desapego emocional hacia los demás. Este estudio proporciona un marco valioso

para comprender las diversas complicaciones y síntomas que pueden experimentar las personas con PTSD, lo que puede ayudar en el diagnóstico y tratamiento del trastorno ⁽¹⁷⁾.

En Colombia, Calderón-Delgado L, Barrera-Valencia M, Noriega I, Al-Khalil K, Trejos-Castillo E, Mosi J, et al., en el 2019, en un estudio hecho por la Universidad de CES en ese país, que se llama “Procesamiento implícito de palabras emocionales en niños con trastorno de estrés postraumático: investigación con resonancia magnética funcional”, se observa que los niños con PTSD han creado un ambiente de estrés extremo/crónico. En este estudio, la tecnología de imágenes cerebrales (fMRI) y el desempeño de tareas conductuales se utilizaron para medir déficits potenciales en la capacidad ejecutiva y el funcionamiento para el procesamiento emocional en niños colombianos. Estos hallazgos pueden indicar que las personas emocionalmente cargadas tienen problemas para funcionar efectivamente. Esto hace a Colombia uno de los países latinoamericanos con más estudios sobre el TEPT a nivel internacional. Este estudio demuestra que el trauma psicológico sí produce cambios a nivel cerebral y que estos, al no tratarse, perdurarán hasta la adultez, afectando su vida diaria y a la sociedad colombiana como tal ⁽⁷⁾.

En España, Castro M, Martínez A, López C, López JJ , en el 2019, con el artículo: “Trastorno por estrés postraumático en niños españoles maltratados”, en el que se basa el estudio de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, dicen que se debe estimar la prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) de acuerdo con los criterios DSM-IV-TR en niños españoles expuestos a abuso crónico, y establecer las diferencias en TEPT entre niños tutelados y expuestos a violencia de pareja contra la mujer. Los niños que han sido expuestos a violencia de pareja tienen una mayor prevalencia de TEPT que los niños víctimas directas de abuso, y la misma que los niños en general. Para salvaguardar la infancia, es necesaria una mayor colaboración entre los sistemas judicial, social y de salud. La violencia intrafamiliar es un mal que posee la sociedad y trae muchas consecuencias en los menores de edad. Esta investigación demostró, una vez más, que la violencia doméstica a la que los niños son expuestos es una de las principales causas de TEPT ⁽¹⁰⁾.

En Colombia, elaborado por Reynoso L, Becerra Gálvez AL, Lugo IV, en el 2019, este documento acerca del trastorno de estrés postraumático en adultos: intervención cognitivo-conductual, hecho para estudiar a las víctimas de sismos, surgió como respuesta a los sismos de septiembre del 2017, en México, que causaron daños en ese país y no solo produjeron daños materiales, sino también pérdidas humanas, incertidumbre, miedo y desamparo en los adultos y niños que pudieron ver estos fenómenos naturales. En la actualidad, se están registrando numerosos problemas, como los apoyos financieros que no han llegado a su destino y las personas que no han recibido suficientes recursos para reconstruir sus hogares y, por supuesto, las consecuencias psicológicas que dejó el seísmo. En realidad, a pesar de estas acciones positivas, se ignoró el impacto posterior, que incluía trastornos adaptativos, ansiedad, depresión y el trastorno de estrés. El tema principal de este artículo es el trastorno postraumático ⁽³⁰⁾.

Debido a la naturaleza repentina y aterradora del evento, los terremotos pueden causar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en quienes los experimentan. Aquí hay algunas razones por las cuales los terremotos pueden causar PTSD:

Los terremotos son muy poderosos y aterradores. Las personas que se ven afectadas por esta situación sienten con mucha fuerza la crisis inminente y la pérdida de control sobre su entorno y su propia seguridad ⁽³⁰⁾.

Los efectos físicos y emocionales: los terremotos pueden causar daños importantes a edificios, estructuras y comunidades, provocando daños físicos, pérdida de vidas y daños a la propiedad. Estos efectos físicos y emocionales pueden dejar cicatrices psicológicas ⁽³⁰⁾.

La amenaza continua: después de un gran terremoto, las personas permanecen alertas después del terremoto y se sacuden emocionalmente, el miedo constante a los terremotos es el futuro, lo que provoca PTSD. ⁽³⁰⁾

La pérdida de seguridad y estabilidad: los terremotos pueden destruir hogares, comunidades y estructuras de apoyo social, provocando una pérdida de seguridad y estabilidad. Esta vulnerabilidad aumenta el riesgo de desarrollar PTSD ⁽³⁰⁾.

En Chile, según Pinto C, Jerome F, Pereda N, Guerra C, en el 2019, en el artículo titulado: “Victimización y polivictimización en niños, niñas y adolescentes aymara y su relación con sintomatología postraumática”, existe evidencia de los altos niveles de victimización y polivictimización en la población, así como de las consecuencias negativas que estos fenómenos tienen en la salud mental de la población, en las personas afectadas. Sin embargo, el grado de afectación es desconocido. En jóvenes de grupos étnicos minoritarios, especialmente de la etnia aymara, ubicados en el norte de Chile ⁽²⁷⁾.

El propósito de esta investigación fue examinar la prevalencia de la victimización y la víctima múltiple en adolescentes aymara, comparándola con la prevalencia en personas de otras minorías étnicas. Además, se tenía la intención de descubrir la conexión entre la politización, la etnia y los síntomas postraumáticos. Las minorías étnicas a menudo enfrentan discriminación, debido a su origen histórico, social, económico y cultural. Estas son las principales razones: prejuicios y estereotipos, pues la sociedad suele tener prejuicios basados en diferentes etnias. Esto puede dar lugar a estereotipos negativos que perpetúan la discriminación. Hay falta de conocimiento y comprensión, la falta de comunicación y comprensión entre diferentes etnias puede provocar malentendidos y miedos irracionales, que aumentan la discriminación. En cuanto al poder y derechos, las instituciones con poder en la sociedad favorecen a determinadas etnias, creando desigualdades que perpetúan la discriminación. En la discriminación institucional, las leyes y políticas a menudo reflejan prejuicios sociales, creando barreras a la legitimidad y el liderazgo de minorías. Con la percepción de amenaza, algunas personas pueden ver a las minorías étnicas como problemas económicos, culturales o políticos, haciendo de la discriminación una forma de protegerlas. Estos factores van de la mano con la discriminación racial, creando desigualdades que pueden ser difíciles de superar sin un esfuerzo concertado, para abordar las causas profundas del problema y promover la igualdad y la inclusión ⁽²⁷⁾.

En Ecuador, Guerrero D, García D, Villavicencio L, Peña D, Rojas V, en el 2019 en el artículo “Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión”, el trastorno de estrés postraumático se caracteriza por ser una condición psicológica que llega a perturbar la salud mental y física de la persona, asociada específicamente a un evento traumático, y cuyos síntomas causan un

malestar significativo y dificultad para el desempeño laboral, familiar, social e individual. La terapia y los métodos para reorganizar el pensamiento y superar los eventos traumáticos son los tratamientos más comunes. Esta investigación proporciona información relevante sobre las características únicas del TEPT en mujeres que han sido víctimas de violencia y cómo se trata el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ⁽²⁸⁾.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) puede afectar a mujeres que han sufrido violencia doméstica. Algunas de las razones principales por las que estas mujeres pueden desarrollar PTSD son: las experiencias traumáticas repetidas, las mujeres que sufren violencia doméstica a menudo experimentan abusos repetidos, como abuso físico, emocional y sexual. El trastorno de estrés postraumático puede ser fatal. Sin fuerza y miedo, los ambientes violentos en el hogar seguirán temiendo a quienes lo han vivido y se convertirán en situaciones peligrosas, que favorecen el desarrollo del trastorno de estrés postraumático ⁽²⁸⁾.

Relacionado con los efectos psicológicos y emocionales, el abuso sistémico puede socavar la autoestima y la confianza de la víctima, y contribuir al desarrollo de síntomas de PTSD, como evitar recordatorios de dolor, culpa y desconfianza, para otras personas. En cuanto a la actualización de síntomas, las personas que se han desmayado pueden recordar, tener sueños o flashbacks relacionados con eventos traumáticos que ocurrieron en el contexto de violencia doméstica. En relación con la excitación y agitación, el trastorno de estrés postraumático puede manifestarse como agitación, irritabilidad, dificultad para concentrarse, dificultad para dormir y aumento del estrés en situaciones de violencia doméstica ⁽²⁸⁾.

En el ciclo de trauma, la violencia doméstica puede atrapar a las víctimas en un ciclo de trauma. Esto significa que no poder escapar de la situación, o no contar con el apoyo necesario, puede provocar un estrés prolongado y dificultar la recuperación. Es importante recordar que el trastorno de estrés postraumático es una respuesta natural a experiencias traumáticas y muy estresantes, no un signo de debilidad personal. Las mujeres que han sufrido violencia doméstica, y experimentan síntomas de trastorno de estrés postraumático, pueden beneficiarse enormemente del apoyo profesional, incluida la terapia de trauma profesional, redes de apoyo social y recursos de seguridad. La comprensión y el apoyo de amigos,

familiares y profesionales de la salud mental pueden desempeñar un papel importante en el proceso de recuperación ⁽²⁸⁾.

También en México, de Blanco D, en el 2020, en la tesina: “Proceso de atención de Enfermería para el trastorno de estrés postraumático en un adolescente”, se observa la aplicación del proceso de atención de Enfermería individualizado en un paciente pediátrico con síndrome de estrés postraumático, basándose en fundamentos científicos y con base en el modelo de Patrones funcionales de Marjory Gordon, durante su estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios. En este plan de atención para un paciente pediátrico con trastorno de estrés postraumático, se demuestra que el desarrollo del problema se debió a factores de riesgo y a ser de una población vulnerable. Entre los factores de riesgo se encuentran la compleja situación del paciente, como ser inmigrante, provenir de una familia en situación de pobreza extrema, viajar solo, lo que rompe la unión familiar, y haber sufrido la mutilación genital femenina. La parte de Enfermería es fundamental en el área de salud. Este artículo demuestra que los Patrones funcionales de Marjory Gordon pudieron abordar correctamente a su población de estudio. Esto da un vistazo de que también las condiciones de salud en los menores de edad pueden ocasionar TEPT ⁽¹²⁾.

En Chile, Andrades M, Gentz SG, en el 2020, en el estudio, un artículo hecho por la Universidad Central de Chile denominado “Síntomas de estrés postraumático en niños y adolescentes expuestos a un desastre natural en Chile”, se describe la sintomatología postraumática en niños, niñas y adolescentes expuestos a un terremoto en el año 2015 en la ciudad de Los Vilos, Chile. Los resultados demuestran la importancia de implementar programas preventivos y diseñar estrategias de intervención que ayuden a niños y adolescentes a enfrentar las consecuencias de un desastre natural. Al diseñar intervenciones, es importante tener en cuenta el grado de amenaza y exposición que perciben los niños. Finalmente, sería beneficioso considerar también los posibles efectos positivos de la exposición a un trauma. Este constructo se conoce como crecimiento postraumático, y se refiere a la experiencia de cambios positivos que una persona experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende alguien después de experimentar un evento traumático ⁽¹⁾.

En Colombia, Parra JT, García Osorio CL, en el 2020, en la revista médica Risaralda, muestran el siguiente artículo: “Trastorno de estrés postraumático en menores internados por maltrato en cinco instituciones ICB –Pereira”, el cual determina la prevalencia de TEPT en niños internados por maltrato en cinco instituciones de Pereira vinculadas al ICBF. La población de estudio consistió en 46 hombres y 47 mujeres institucionalizados en el ICBF, con una media de edad de 11.6, con un tiempo de estadía máximo de menos de seis meses y una escolaridad por debajo de lo esperado para la edad ⁽⁸⁾.

El maltrato intrafamiliar fue la principal causa de ingresos con un 49%, seguido por el abandono o la pobreza extrema con un 41%. El 60% de los menores de edad institucionalizados por vulneración de derechos cumplieron todos los criterios de TEPT, mientras que el 8% cumplió todos menos un criterio sintomático (TEPT subclínico). Este alto porcentaje está en línea con la literatura nacional e internacional. Por último, el 21,5% no mostraba síntomas y el 5,4% no había estado en contacto con eventos traumáticos. Los distintos criterios de síntomas tenían niveles similares de intensidad. Este estudio demuestra cómo el maltrato intrafamiliar y la baja escolaridad son factores de riesgo para generar TEPT; por lo cual hace que se busquen políticas públicas mediante campañas para concientizar a la población sobre el maltrato, y sobre cómo la baja escolaridad hace que las personas se metan en círculos de violencia y, así, sus hijos o menores que estén a cargo sufran esta situación de maltrato. Esto provoca que en el futuro cercano y lejano los niños padezcan TEPT ⁽⁸⁾.

En Perú, Macedo D, Rodríguez P, en el 2021, en la tesina “Efectividad de la intervención psicológica ante el estrés postraumático en víctimas de abuso sexual en la infancia: una revisión sistemática”, los autores hablan de las consecuencias más latentes del abuso sexual en los niños es el trastorno de estrés postraumático, que tiene un impacto significativo en su vida adulta y infantil. La evidencia empírica de cada uno de los procesos y resultados asociados a diferentes problemas psicológicos ha aumentado, a causa de la variedad de enfoques psicoterapéuticos que han surgido hasta la fecha. El abuso sexual en niños puede causar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) debido a la severidad del trauma emocional y físico experimentado. Los síntomas incluyen recuerdos intrusivos, pesadillas, evitación de situaciones relacionadas y aumento de la ansiedad. Es crucial la intervención

terapéutica especializada para ayudar en la recuperación y mitigar los efectos a largo plazo ⁽⁶⁾.

En España, Echevarría de Casso I, en el 2021, ha propuesto el siguiente documento: “Trastorno por estrés postraumático en menores: controversias, evolución, variables que influyen y comparación con el TEPT en adultos”, en la Universidad Pontificia de Madrid, donde se realiza un gran número de modelos teóricos que ayuden a interpretar el trastorno por estrés postraumático. Para finalizar, es importante mencionar las limitaciones que se han encontrado durante el proceso de realización de ese trabajo. A lo largo de esta revisión bibliográfica, se ha observado que no se han encontrado artículos que abordan la evolución sintomatológica de un TEPT infantil en un TEPT adulto. Por lo tanto, no hay información verificada sobre si los síntomas maduran con la persona y se convierten en síntomas del TEPT adulto o si, por el contrario, queda algún rastro de los síntomas del TEPT infantil. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en niños ocurre después de experimentar un evento traumático como abuso, desastre natural o violencia. Los síntomas incluyen pesadillas, evitación y cambios de humor. El apoyo familiar y profesional es esencial para su recuperación. Esto se demuestra en el estudio realizado por la Universidad Pontificia de Madrid ⁽⁴⁾.

En Ecuador, Fajardo J, en el 2021, con el trabajo “Maltrato físico y su incidencia en el trastorno de estrés postraumático en un niño de 10 años de la Unidad Educativa Carlos Alberto Aguirre Avilés del cantón Babahoyo”, investiga una problemática que se evidencia actualmente en la Unidad Educativa del Milenio Carlos Alberto Aguirre Avilés, convirtiéndose en el caso de maltrato físico y su incidencia en el trastorno de estrés postraumático en un niño de 10 años, presentando sintomatologías a nivel cognitivo, afectivo, conductual y somático ⁽¹⁶⁾.

Se toman en cuenta todos los pasos realizados, pero el objetivo principal es que el maltrato físico puede causar trastorno de estrés postraumático y puede comenzar desde la infancia. Este es el caso del niño de 10 años que, después de haber sido maltratado violentamente por su integridad física, desarrolló síntomas relacionados con el trastorno de estrés postraumático, como baja concentración y falta de concentración. Este caso de estudio es de los pocos casos publicados en Ecuador sobre TEPT en niños. Hace ver que los niños en la escuela pueden sufrir

acoso escolar, y ello llevar a situaciones como el aislamiento social, los ataques de pánico, los terrores nocturnos. Esto se soluciona creando políticas de seguridad para las víctimas y los acosadores, para así poder erradicar esta práctica y evitar sus secuelas en la adultez ⁽¹⁶⁾.

En España, Sánchez A, 2022 en el artículo denominado “Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes: una revisión sistemática”. una revisión metodológica, tuvo como objetivo principal revisar y analizar el siguiente estudio: la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en niños y adolescentes que sufren Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Los resultados de varios estudios muestran que el tratamiento cognitivo conductual es efectivo y cómo se diferencia de otras formas de terapia. Esta revisión de métodos confirma que la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento que mejor funciona con niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático ⁽¹⁹⁾.

En Etiopía, Tarik Tamir T, Fisiha Kassa S, Ayelegne Gebeyehu D, en el 2022, en el siguiente artículo: “Un estudio multiinstitucional sobre el trastorno de estrés postraumático y sus factores de riesgo en pacientes pediátricos etíopes con trauma físico”, muestran que los niños que habían sufrido un trauma físico tenían más TEPT que los adultos. Los factores que contribuyen al trastorno de estrés postraumático en pacientes pediátricos con trauma físico son desconocidos en Etiopía, a pesar de que es común. Como resultado, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático entre los pacientes pediátricos con trauma físico que asistieron a los hospitales de referencia del noroeste de Amhara, así como los factores relacionados con ellos. Los pacientes pediátricos que habían sufrido trauma físico tenían una mayor probabilidad de desarrollar PTSD. Se recomienda encarecidamente involucrar a las pacientes femeninas de 8 a 10 años que padecen una enfermedad crónica para brindarles buenos sistemas de apoyo social, para aliviar el trastorno de estrés postraumático. En Etiopía no se suelen hacer artículos de TEPT, por lo cual este es de suma importancia para la sociedad de ese país, para así demostrar como el TEPT afecta a los niños y crear políticas para abordar esta patología de manera integral ⁽²⁾.

En Colombia, Posada A, Sánchez M, Alvarado S., en el 2022, en su tesis “Revisión sistemática sobre la relación entre el trastorno de estrés postraumático y

el funcionamiento neuropsicológico infantil”, manifiestan que los síntomas del trastorno de estrés postraumático infantil (TEPTI), que incluyen rememoraciones vividas de eventos traumáticos, ansiedad generalizada, conductas evitativas, alteraciones del sueño y disminución del apetito, pueden desarrollarse en niños que han estado en situaciones de alto estrés y amenazas vitales. Los niños que han experimentado eventos traumáticos a menudo muestran alteraciones en su funcionamiento cognitivo. El maltrato infantil y el conflicto armado son los dos eventos traumáticos que con mayor frecuencia afectan el desarrollo intelectual de los niños. Las funciones ejecutivas fueron los procesos intelectuales más afectados por el trauma infantil ⁽⁵⁾.

En España, Aguirre Sánchez M, Sidera-Caballero F, Rostan-Sánchez C, Onandia-Hinchado I, en el 2022, en el artículo “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el trastorno por estrés postraumático infantil; una revisión sistemática”, investigan la relación entre el TDAH y TEPT en población infantil y analizan si esta relación puede llevar a diagnósticos erróneos. Este estudio destaca la importancia de incluir posibles traumas previos en la historia clínica durante el proceso de evaluación y diagnóstico de TDAH El TEPT, una patología que tiene muchos síntomas, y muchos de estos se comparten con otras patologías como el TDAH, la depresión, entre otros. Este artículo evidencia que el TDAH está fuertemente conectado con el TEPT y viceversa. Esto da un vistazo de que puede ser que los niños, quienes han sido diagnosticados con TDAH, realmente podrían tener TEPT ⁽¹⁵⁾.

En México, Alvarado F, Leticia A, Pérez Ortiz A, en el 2023, en el artículo “Intervenciones individuales con enfoque cognitivo-conductual para el trastorno de estrés postraumático en niños: una revisión”, el objetivo de la investigación fue identificar los tratamientos más novedosos y basados en evidencia para tratar de manera individual el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en niños. Se realizó una revisión de artículos mediante la estrategia de búsqueda Population Intervention Outcomes (PIO) en siete bases de datos. Los estudios evaluaron la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT), la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma con Atención Escalonada (AE-TCC-CT), la TCC-CT con un componente de narrativa del trauma y la Terapia de Solución de Problemas. El TCC-CT y el AE-TCC-CT fueron efectivos, pero el AE-TCC-CT requiere menos recursos

(dinero y tiempo), lo que lo convierte en la opción más viable. Resulta necesario realizar más investigaciones para evaluar la eficacia de las intervenciones para niños con TEPT, siendo más específicos en la edad y el tipo de trauma que se trata ⁽¹¹⁾.

1.6.3 Antecedentes nacionales

Los antecedentes nacionales van desde el 2004 hasta el 2020. En Costa Rica hay muy poca investigación al respecto, por lo cual solo se mencionan cuatro investigaciones en esta tesis, cuyo origen es costarricense.

En el país, Vargas W, en el 2004, en el documento “Hipnosis aplicada a niños quemados con diagnóstico de síndrome de estrés postraumático”, habla del Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT), diagnosticado en cinco niños quemados fue tratado con la técnica hipnótica, obteniéndose resultados satisfactorios, y de valiosa consideración teórica. La hipnosis crea una disociación instrumental que permite al niño acceder al ET de manera segura y dirigida, lo que le permite crear escenarios paralelos, isomórficos y binarios, que ayudarán a desarticular el núcleo traumático. La técnica hipnótica ayuda a comprender los procesos defensivos asociados con el trauma, lo que permite diseñar el tratamiento adecuado para cada niño y niña. El enfoque orientado hacia el descubrimiento permitió abordar los fenómenos psicológicos relacionados con el trauma, sin seguir lineamientos teóricos o metodológicos estereotipados ⁽¹⁸⁾.

En Costa Rica, Sandoval C, en el 2017, en el documento “Intervenciones tempranas con terapias EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) para la prevención del trastorno de estrés postraumático: una revisión sistemática”, hace una revisión sistemática de estudios de intervención temprana en incidentes críticos traumáticos, que utilicen protocolos de intervención temprana de terapia EMDR, comparados con otras intervenciones psicológicas basadas en evidencia. Los hallazgos permiten respaldar investigaciones anteriores que han demostrado que las personas que reciben un tratamiento para el trauma, independientemente de si tienen o no un diagnóstico de TEPT, obtienen los mismos beneficios de la terapia EMDR ⁽²⁹⁾.

En el país, Murillo MF, Coto É, Román R, en el 2018, en el artículo: “Infantes y adolescentes víctimas del proceso de allanamiento a sus cuidadores”,

llevan a cabo una investigación cuyo objetivo es explorar las consecuencias del allanamiento de morada en una población de infantes y adolescentes. En la investigación, los principales efectos del allanamiento fueron síntomas depresivos, miedo, agresividad, actitudes negativas hacia la policía y la autoridad, hiperactividad, ansiedad por separación, acoso y alejamiento de las redes sociales ⁽³¹⁾.

En el país, Bermúdez L, Barrantes M, Bonilla G, en el 2020, en el artículo de la publicación costarricense Revista Médica Sinergia, denominado “Trastorno por estrés postrauma”, mencionan que el trastorno de estrés postraumático se define como una reacción emocional intensa ante un evento traumático que provoca alteraciones en los sentidos, la conciencia o el comportamiento, que amenazan la salud o la vida de la persona. Debe diferenciarse de otros trastornos psiquiátricos como la depresión, el trastorno de estrés agudo y el trastorno de ansiedad generalizada, debido a su etiología multifactorial. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, afirma que la diagnosis es clínica y debe realizarse en un inicio temprano para tener un pronóstico favorable. La gestión inicial se basa en la psicoterapia, ya sea la terapia cognitivo-comportamental o el uso de métodos más recientes, como la desensibilización y el reprocesamiento de movimientos oculares. El inhibidor selectivo de la reabsorción de serotonina es el primer paso en el tratamiento farmacológico ⁽⁹⁾.

CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO

El TEPT es un problema importante que afecta la salud mental y el bienestar de los niños en Costa Rica, como en muchas otras partes del mundo. Los niños pueden desarrollar este trastorno después de haber sido víctimas de eventos traumáticos, como accidentes, desastres naturales, violencia familiar o situaciones de violencia urbana. Estos sucesos pueden dejar una marca significativa en la mente de los niños, provocando reacciones emocionales intensas.

Es fundamental comprender cómo la situación cultural y social de Costa Rica afecta la experiencia del TEPT en los niños, así como las intervenciones eficaces que se pueden utilizar para apoyar su recuperación y fomentar su bienestar a largo plazo. Por lo cual, en este capítulo se ampliará en qué consiste el TEPT como enfermedad, sus síntomas, su diagnóstico, y cómo es Costa Rica en su manejo. Se verá cómo en Latinoamérica hay diferentes políticas de salud pública.

2.1 Definición del Trastorno de estrés postraumático

La definición de trastorno de estrés postraumático consiste en que, al experimentar un evento traumático, algunas personas después del trauma desarrollan el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este evento puede ser mortal, como una guerra, un desastre natural, un accidente automovilístico o una agresión sexual. Pero hay ocasiones en las que el evento no es necesariamente peligroso. Por ejemplo, el TEPT también puede ser causado por la muerte inesperada de un ser querido. Así lo define el DSM-V, versión 2011.

El TEPT se define como una reacción emocional intensa ante un suceso traumático, que presenta alteración del sentido, la conciencia o la conducta, que amenaza el bienestar o la vida del individuo. Debido a su incapacidad para hacer una adaptación satisfactoria al evento, el paciente revive y reacciona a esta experiencia con miedo e impotencia. Como resultado, desarrolla disfunción comportamental, psicológica y biológica ⁽⁹⁾.

El hombre ha estudiado cómo reacciona una persona ante eventos traumáticos. Sin embargo, hasta 1980, el término "reacción traumática" no fue desarrollado en el DSM III: el trastorno de estrés postraumático, también conocido

como TEPT, a lo largo de la historia de la humanidad, que se ha visto envuelta en hechos de violencia. Pero hasta 1980 se define qué es el trauma y se ven los primeros síntomas del estrés postraumático. Primero se ve en los veteranos de guerras como la guerra de Vietnam, después en eventos de catástrofe natural, entre otras situaciones que impactan la psiquis de las personas y sobre todo a los infantes ⁽⁴⁾.

Este trastorno se remonta principalmente a los veteranos de guerra; sin embargo, más tarde se descubrió que la población civil adulta también podría verse afectada por otros tipos de traumas. El trastorno por estrés postraumático está asociado con al menos otro trastorno mental en el 80% de los casos. Durante toda su vida, más del 50% de la población mundial está expuesta a eventos traumáticos. No obstante, no todas las personas desarrollan trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo ⁽⁴⁾.

El TEPT puede aparecer a cualquier edad, pero es más común entre los adultos jóvenes, debido a su mayor exposición a situaciones riesgosas o precipitantes. Diversos estudios muestran que las mujeres son más propensas a sufrir de TEPT, y tienen una prevalencia a lo largo de la vida del 10% más de padecerlo, en comparación con los hombres. Los expuestos al trauma tienen un mayor riesgo de padecer TEPT si están solteros, con bajo nivel socioeconómico, desempleo, edad más joven y baja escolaridad ⁽⁹⁾.

2.2 Etiología

La integridad física de un individuo o grupo corre el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático debido a la exposición a eventos traumáticos, incluidos combates militares, agresiones sexuales, accidentes graves, desastres naturales o situaciones violentas.

El desarrollo del comportamiento psicótico está influenciado por factores psicológicos, como la interpretación y el procesamiento cognitivo de la experiencia traumática. Los síntomas de la afección pueden perpetuarse y mantenerse mediante pensamientos de culpa, impotencia y una sensación persistente de peligro.

La recuperación del trastorno de estrés postraumático puede verse influenciada por factores sociales y ambientales, incluida la disponibilidad de recursos comunitarios, la calidad de las relaciones interpersonales y el nivel de

apoyo social después del trauma. La experiencia y el manejo del trauma están influenciados por factores socioeconómicos, culturales y políticos.

La identificación y prevención del trastorno de estrés postraumático depende de la comprensión de los factores etiológicos que contribuyen a su desarrollo. La etiología del trastorno de estrés postraumático abarca una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las secciones siguientes proporcionan un resumen de los principales factores etiológicos:

Factor estresante: el estrés es la principal causa de la aparición del TEPT; la exposición no es necesariamente reciente, puede haber ocurrido años o décadas antes. El estilo de vida que ofrece la sociedad, donde todo está acelerado, donde las redes sociales y el cumplir ciertos estándares hacen que, si las personas no los cumplen, tendrán estrés. El poco conocimiento de las personas, sobre cómo manejar sus emociones, hace que el estrés se convierta en un factor de riesgo para enfermedades físicas y mentales ⁽⁹⁾.

Factores psicodinámicos: según los estudios, los traumas previos que se reactivan como resultado de un nuevo evento traumático, como el maltrato o el abuso infantil, pueden predecir el trastorno de estrés postraumático en adultos que han experimentado traumas anteriores. Esto quiere decir que los traumas de la adultos que pasaron en su niñez se pueden activar ante otro trauma, puede ser la misma situación o una diferente situación que les genera lo mismo ⁽⁹⁾.

Factores cognitivos conductuales: se dice que las personas tienen trastornos porque no pueden controlar su trauma. A menudo experimentan estrés y utilizan estrategias de evitación, bloqueo o presentan disfunción ejecutiva y atencional, que les dificulta el procesamiento de información y la toma de decisiones. La rumiación se puede presentar como un proceso mal adaptativo, al inmovilizar a la persona y empeorar los síntomas negativos, erosionando el apoyo social, disminuyendo la resolución de problemas e interfiriendo con el comportamiento instrumental ⁽⁹⁾.

Factores biológicos: los estudios clínicos sugieren que la hiperactividad tónica del sistema nervioso simpático, a nivel periférico y central, provoca una hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica crónica en el sistema nervioso central. Además, se ha sugerido una alteración del eje hipotálamo, hipófisis, adrenal (HHA), al mostrar una menor secreción de cortisol, una mayor secreción de catecolaminas y una hipersensibilidad de los receptores de glucocorticoides en

hipocampo, lo que aumenta la retroalimentación negativa y presenta una hipersensibilidad progresiva de HHA e intolerancia a nuevos estresores ⁽⁹⁾.

2.3 Origen del Trastorno de estrés postraumático

En el siglo XIX, los médicos psiquiatras comenzaron a debatir sobre la naturaleza orgánica o sicógena del trastorno de estrés postraumático, y Freud abordó, en 1919, un tipo particular de neurosis traumática causada por la guerra o un accidente, que pusiera al individuo en peligro mortal. Los síntomas de este tipo de neurosis eran repentinos y transitorios, y si persistían, había que sospechar situaciones premórbidas y la configuración psicodinámica del individuo ⁽⁶¹⁾.

En 1952, se publicó en Estados Unidos de América el DSM-I, el cual incluía una sección para aquellos que se consideraban trastornos de personalidad causados por circunstancias transitorias y altas reacciones de estrés. Por otro lado, en 1968, el DSM-II categorizó este trastorno como reacciones de ajuste de la vida adulta ⁽⁶¹⁾.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se reconoció por primera vez como entidad clínica en la década de 1980, después de la publicación del DSM-III-R, aunque los síntomas del TEPT se han descrito bajo diferentes nombres a lo largo del tiempo. El DSM-IV, publicado en 1994, enfatizó la naturaleza del evento traumático, amplió sus categorías y agregó la noción de estrés agudo. También propuso que la psicopatología debía tener un impacto significativo en la vida diaria de la persona. En el CIE-10 de 1992, el síndrome fue clasificado como un trastorno neurótico. Este manual destaca las situaciones en las que el sujeto es vulnerable y adaptable ⁽⁶¹⁾.

Finalmente, el DSM-V, publicado en el 2013, agrega un capítulo nuevo llamado "Trastornos relacionados con trauma y estresores" al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Esto excluye al TEPT de ser un trastorno relacionado con la ansiedad, como lo era en el DSM-IV ⁽⁶¹⁾.

Se reconoció oficialmente el TEPT como un trastorno mental en la década de 1980, después de la Guerra de Vietnam. El TEPT fue por primera vez clasificado como un trastorno mental separado en 1980 por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría ⁽⁶¹⁾.

El TEPT se ha reconocido como un trastorno mental grave, que puede afectar significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen desde entonces. En las últimas décadas, la conciencia pública sobre el TEPT ha aumentado, y se ha prestado más atención a la prevención y el tratamiento de este trastorno en personas que han sufrido eventos traumáticos.

2.4 Criterios de diagnóstico

A continuación, se verán los criterios diagnósticos que son de suma importancia para diagnosticar a los pacientes en TEPT y no en otra patología. Ellos se dividen de la A a la G, los cuales se dividen en trastorno de adultos, que es a partir de los 11 años, y trastorno de niños, de los 6 a los 11 años.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una afección psiquiátrica compleja, que puede surgir después de una experiencia traumática importante. El manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales DSM-V proporciona una guía completa para identificar y clasificar el trastorno de estrés postraumático como un trastorno mental. A una persona se le puede diagnosticar trastorno de estrés postraumático si ha estado expuesta a un evento traumático en el pasado, a través de una experiencia directa, la observación de un evento traumático en persona, o mediante el conocimiento de un evento traumático que tuvo lugar en un momento específico.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno que ocurre cuando una persona ha experimentado un trauma importante y experimenta síntomas persistentes, que afectan su estado emocional y su funcionamiento diario. El manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales DSM-V define los síntomas como: examinar el trauma, incluidos los recuerdos perturbadores, las pesadillas, los flashbacks u otros eventos angustiosos. Evitar pensamientos, emociones, conversaciones, lugares o personas que puedan evocar recuerdos de traumas pasados. Los sentimientos negativos sobre ellos mismos, los demás y el mundo, así como los problemas de memoria, la culpa excesiva y otras emociones negativas, son alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Hipersensibilidad, que puede provocar alteraciones del sueño, irritabilidad, miedo excesivo, conductas de autolesión y dificultades interpersonales.

Los síntomas deben durar más de un mes y provocar un malestar o deterioro significativo en aspectos sociales, laborales u otros aspectos importantes de la vida del individuo. Un diagnóstico adecuado requiere un diagnóstico preciso, que puede implicar terapia cognitivo-conductual, terapia de exposición, medicamentos o apoyo psicosocial.

A continuación, se verán los criterios diagnósticos tanto de adultos como de niños. Los de infantes son basados en los que se usan en adultos, por lo cual es importante conocer de ambos.

Criterios para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático

Criterio A en adultos

El Criterio A es cuando se expone a una amenaza real o lesiones que puedan causar la muerte; esto también incluye violencia sexual. Ejemplos: accidentes de tránsito.

Experiencia directa del acontecimiento traumático. Testimonio, en persona, del acontecimiento tal como ocurrió a otros. Aprender que el acontecimiento traumático ocurrió con un familiar o un amigo cercano. En los casos de muerte real o amenazada de un miembro de la familia o un amigo, el evento debe haber sido violento o accidental. También la exposición repetida o extrema a los detalles aversivos del acontecimiento traumático, por ejemplo, los primeros en llegar a una escena violenta donde recogen restos humanos: agentes de policía expuestos repetidamente a detalles de abuso infantil. Estos ejemplos serían en adultos ⁽³⁶⁾.

Criterio A en niños

En infantes sería la exposición a la muerte, lesiones graves o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en unas de las siguientes situaciones en niños menores de seis años: presencia directa e indirecta del suceso traumático, presencia indirecta o directa del suceso traumático a otros, especialmente a los cuidadores primarios, y conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a uno de los cuidadores ⁽⁴⁾.

La experiencia directa del acontecimiento traumático. El testimonio, en persona, del evento tal como ocurrió a otros, especialmente a los cuidadores

primarios. El aprender que el acontecimiento traumático ocurrió en presencia de un padre o madre, o a una persona cuidadora ⁽³⁶⁾.

Los criterios B pueden tener uno o más de los siguientes signos de intrusión relacionados con el evento traumático, y que comienzan después de que ocurriera el evento; esto sería en adultos:

Criterio B en adultos

Memorias del suceso traumático recurrentes, involuntarias e intrusivas del acontecimiento traumático. Sueños del suceso traumático recurrentes, en los que el contenido y/o el efecto del sueño están relacionados con el acontecimiento traumático.

Reacciones disociativas, por ejemplo, flashbacks, en las que el individuo siente o actúa como si el acontecimiento o los acontecimientos traumáticos estuvieran ocurriendo. Tales reacciones pueden ocurrir en un continuo, con la expresión más extrema, siendo una completa pérdida de conciencia del entorno actual. Intensa o prolongada angustia psicológica, al estar expuesto a indicios internos o externos que simbolizan o se asemejan a un aspecto del acontecimiento traumático ⁽³⁶⁾.

Reacciones fisiológicas marcadas a señales internas o externas que simbolizan o repiten un aspecto del acontecimiento traumático ⁽³⁶⁾.

Criterios B en niños de 6 años

Los niños con criterios B pueden experimentar un juego repetitivo, en el que se expresan temas o aspectos del evento traumático. Los niños pueden tener sueños no relacionados con el evento, pero que les generan temor. Los niños pueden experimentar reacciones específicas de trauma durante el juego ⁽³⁶⁾.

Reacciones disociativas, como escenas retrospectivas, en las que el niño siente o actúa como si el suceso traumático se repitiera. Estas reacciones pueden ocurrir continuamente, y la expresión de estas mismas. La situación más extrema es una pérdida total de conciencia del entorno actual. El juego puede representar un trauma específico ⁽³⁶⁾.

Malestar psicológico intenso o prolongado, causado por la exposición a factores internos o externos, que representan o parecen representar una faceta del suceso. Reacciones fisiológicas significativas a los recuerdos de un evento traumático ⁽³⁶⁾.

El Criterio C se enfoca en la evitación continua de los estímulos relacionados con el evento traumático, que comienzan después de que ocurra uno o ambos de los siguientes, y esto sería en adultos:

Criterio C en adultos

El individuo está evitando o tratando de evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos relacionados con el evento traumático. Evitar o intentar evitar recordatorios externos como: personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos y situaciones que evoquen recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos, relacionados con el evento traumático pasado ⁽³⁶⁾.

Es necesario que uno o más de los síntomas siguientes exista y representa una evitación persistente de los estímulos relacionados con el evento traumático, así como una alteración cognitiva y del estado de ánimo relacionada con el evento traumático, que comienza o empeora después del evento traumático: evitar los estímulos serios. Evitar o tratar de evitar actividades, lugares o recordatorios tangibles que evoquen el recuerdo de un evento traumático, actividades, lugares o recordatorios físicos que evocan el recuerdo de un evento traumático. Tratar de evitar en otros, conversaciones o situaciones que puedan evocar un evento traumático ⁽³⁶⁾.

El aumento significativo de la frecuencia de estos sentimientos emocionales negativos, como miedo, culpa, tristeza, vergüenza y confusión, altera la cognición. Hay menor interés o participación en actividades significativas, incluido el juego.

Comportamiento retraído socialmente; reducción continua de la expresión de sentimientos positivos ⁽⁴⁾.

Criterio C en niños de 6 años

En presencia de uno o más de los siguientes síntomas de intrusión asociados con el o los eventos traumáticos, que comienzan después de que ocurriera el acontecimiento ⁽³⁶⁾:

Recuerdos intrusivos: los niños pueden experimentar recuerdos vívidos y perturbadores del evento traumático, que surgen involuntariamente y pueden ser difíciles de controlar ⁽³⁶⁾.

Pesadillas: sueños intensos y recurrentes sobre un evento traumático, que pueden causar que el niño sienta miedo o ansiedad ⁽³⁶⁾.

Flashbacks: el niño puede tener episodios en los que siente o actúa como si estuviera reviviendo el trauma, como si estuviera nuevamente en la situación traumática ⁽³⁶⁾.

Pensamientos intrusivos: pensamientos persistentes no deseados relacionados con el trauma que interfieren con el pensamiento y la concentración del niño ⁽³⁶⁾.

Las reacciones disociativas, como los flashbacks, son cuando el niño siente o actúa como si el evento o los acontecimientos traumáticos estuvieran volviéndose a ocurrir. La exposición a signos internos o externos, que pueden representar o parecerse a un aspecto del evento traumático, causa una intensa o prolongada angustia psicológica. También están las reacciones fisiológicas a los recuerdos de un evento traumático ⁽³⁶⁾.

Los criterios D, tanto en niños de 6 años en adelante como en adultos. Presentan síntomas cuando el trauma se ha interiorizado mucho, a tal grado que interfiere con su vida diaria o les es imposible gestionar emociones por ese trauma.

Criterio D en adultos

Se presentan en adultos alteraciones relacionadas con el evento traumático, que comienzan o empeoran después del evento, según dos o más de las siguientes condiciones:

Las personas son incapaces de recordar un aspecto crucial del evento traumático ⁽³⁶⁾.

También hay persistentes y exageradas creencias o expectativas negativas acerca de uno mismo, de los demás o del mundo. Los conocimientos persistentes y distorsionados sobre la causa o las consecuencias del evento traumático, que llevan al individuo a culparse a sí mismo o a los demás ⁽³⁶⁾.

Criterios D en niños de 6 años

La situación emocional desfavorable persiste. La participación o interés en actividades significativas ha disminuido significativamente. Hay sentimientos de aislamiento de los demás. incapacidad constante para sentir emociones positivas ⁽³⁶⁾. Las alteraciones en la excitación y la reactividad asociadas con el acontecimiento traumático, que comienzan o empeoran después de que ocurrió el evento traumático, como lo demuestran dos o más de los siguientes:

El comportamiento irritable y las explosiones de rabia con poca o ninguna provocación generalmente se expresan como agresión verbal o física hacia personas o objetos. Hipervigilancia en el día a día. En ciertas situaciones, la respuesta exagerada al asombro. Problemas para concentrarse. Las pesadillas son un trastorno del sueño en los niños. La perturbación dura más de un mes ⁽³⁶⁾.

El trastorno causa angustia o deterioro clínicamente significativo en las relaciones con los padres, los hermanos y hermanas, los pares u otros cuidadores, o el comportamiento escolar ⁽³⁶⁾.

Los Criterios F en adultos y niños, los cambios en la excitación y la reactividad relacionados con el evento traumático se producen o empeoran después de que ocurrió el evento traumático, como lo demuestran dos o más de los siguientes criterios:

Criterio F en adultos

El comportamiento irritable y las explosiones de ira, que ocurren sin provocación, suelen manifestarse como agresión verbal o física hacia personas u objetos.

Criterios F en niños

Aumento significativo de la alerta y reactividad relacionada con el suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático.

El criterio E: la duración en adultos y niños de la perturbación. Los criterios B, C, D y E son superiores a un mes. También el criterio G posee trastorno, causa angustia o perturbación clínicamente significativa en las esferas social, ocupacional u otras importantes de funcionamiento. En el criterio H, el trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia, por ejemplo, medicamentos, alcohol o a otra condición médica ⁽³⁶⁾.

Los criterios de diagnóstico del DSM-5 para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) son un conjunto de criterios que deben cumplirse, para diagnosticar esta enfermedad mental. Estos estándares están diseñados para ayudar a los profesionales de la salud mental a diagnosticar con precisión y precisión a las personas con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Los principales criterios son los siguientes:

Sufrir un trauma: experimentar la muerte, lesiones graves o amenazas de violencia sexual. Este evento se puede vivir, presenciar o aprender como si le hubiera sucedido a un ser querido. Síntomas de recuperación: cuando una persona se expone a un estímulo que le recuerda un evento traumático, experimenta recuerdos traumáticos, alucinaciones, alucinaciones o reacciones físicas intensas. Síntomas de evitación: las víctimas evitan pensamientos, sentimientos, conversaciones, lugares o eventos que puedan recordarles el trauma.

También pueden tener dificultades para recordar partes importantes del trauma. Síntomas cognitivos y emocionales: los pacientes presentan pensamientos y sentimientos negativos persistentes, culpa excesiva, incapacidad para generar emociones positivas y falta de interés en actividades pasadas. Excitación o síntomas

de excitación: los pacientes experimentan dificultad para dormir, irritabilidad o enojo, reacciones exageradas y dificultad para concentrarse.

Estos síntomas pueden durar más de un mes y causar problemas importantes o deterioro en las relaciones sociales, el trabajo u otras actividades importantes de la vida. Un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático es importante, porque puede conducir a un tratamiento adecuado, que puede incluir psicoterapia (como terapia conductual o terapia de exposición) y, en algunos casos, medicamentos para tratar síntomas específicos.

2.5 Los síntomas de estrés postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se caracteriza por una variedad de síntomas que ocurren después de un evento traumático. Estos incluyen revivir el trauma a través de alucinaciones, pesadillas o flashbacks, evitar experiencias relacionadas con el trauma, disonancia cognitiva, como delirios y síntomas de excitación, como dificultad para dormir y respuesta de sobresalto exagerada. Estos síntomas pueden afectar la calidad de vida y el bienestar de los pacientes, afectando su capacidad para funcionar en muchas áreas de la vida diaria.

En menores de 7 a 14 años, quienes se vieron expuestos a violencia interpersonal, los síntomas psicológicos de los progenitores o guardianes podrían influir en el desarrollo de un TEPT. Si los cuidadores del niño experimentan síntomas relacionados con la ansiedad, la depresión, la sensibilidad interpersonal o el trastorno obsesivo-compulsivo, los niños diagnosticados con TEPT muestran una peor evolución, especialmente en los síntomas relacionados con la alteración de la alerta y la reactividad ⁽⁴⁾.

En varios estudios sobre el trastorno por estrés postraumático, se han observado notables variaciones en los diversos períodos de evolución del trastorno en adultos y jóvenes. Se identificaron cinco trayectorias que pueden conducir al TEPT característico en los adolescentes: resistencia, recuperación, recaída, disfunción tardía y crónica. Aunque la mayoría de los jóvenes se recuperan naturalmente, un gran número de adolescentes experimentan estrés postraumático persistente ⁽⁴⁾.

Síntomas de adultos

La despersonalización es un sentimiento persistente o recurrente de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo de sus procesos mentales o físicos, por ejemplo tener sueño, sentir que uno no es real, o que el tiempo pasa despacio ⁽⁴⁾.

La desrealización es la sensación persistente o recurrente de que el entorno alrededor de uno es irreal, como si estuviera en un sueño, distante o distorsionado. Para este subtipo, los síntomas disociativos no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia ⁽⁴⁾.

El trastorno de estrés postraumático presenta diferentes tipos de síntomas. Hay que aclarar que, si los criterios de diagnóstico completos no se cumplen hasta al menos seis meses después del evento, los síntomas de excitación y externalización reactiva son más evidentes en algunas personas, pero los síntomas disociativos son más comunes en otras. Incluyen sentimientos de miedo, impotencia y terror, que ya no forman parte del criterio A ⁽³⁶⁾.

Los pacientes presentan los pensamientos negativos, y los estados de ánimo melancólicos o disfóricos pueden ser los más inquietantes. La exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el ataque físico real como robo, aplastamiento, abuso físico infantil, la amenaza o el ataque sexual real son ejemplos de eventos traumáticos directamente experimentados en los criterios. La violencia, como delitos sexuales contra las personas, abuso sexual sin contacto, tráfico sexual, secuestrar, ataques terroristas, toma de rehenes, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra, desastres naturales o causados por humanos y accidentes graves de vehículos de motor. Las experiencias sexuales inapropiadas desde el punto de vista del desarrollo pueden incluirse en los eventos, agresión o lesiones ⁽³⁶⁾.

El evento provoca cambios o empeoramiento en la cognición o el estado de ánimo. Estas alteraciones negativas pueden ocurrir de varias maneras, como la incapacidad para recordar un elemento importante del evento traumático; esta amnesia es generalmente causada por la amnesia disociativa y no es causada por lesiones cerebrales, alcohol o drogas.

Se afirman que el modelo de los tres factores, modelo que basa su diagnóstico en la presencia de síntomas de reexperimentación, evitación y activación, se ajusta mejor, debido a que es más importante fijarse sobre todo en las manifestaciones conductuales, ya que no tienen todavía tan bien desarrolladas las habilidades del lenguaje, el pensamiento abstracto ni la introspección.

Síntomas en niños de 6 a 14 años

Despersonalización: experiencias persistentes o recurrentes de sentirse separados de uno mismo y como si fuera un observador externo de los procesos mentales o físicos. Desrealización: experiencias persistentes o recurrentes de la irrealidad del entorno ⁽³⁶⁾.

Evitar o intentar evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que evoquen el evento traumático. Evitar o intentar evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que evoquen el evento traumático ⁽³⁶⁾.

Esta enfermedad causa alteraciones cognitivas negativas, como un aumento significativo en la frecuencia de estados emocionales negativos. La restricción del juego disminuyó el interés o participación en actividades importantes. Conducta socialmente retirada. La disminución constante en la capacidad de expresar emociones positivas ⁽³⁶⁾.

Para los niños pequeños, el juego puede mostrar la reacción de los traumas. En un estado de disociación: “Intenso estrés psicológico según el criterio B4 o la reactividad fisiológica según el criterio B5 ocurre con frecuencia cuando la persona está expuesta a situaciones estresantes” ⁽³⁶⁾.

El evento según criterios tipo D provoca cambios o empeoramiento en la cognición o el estado de ánimo. Estas alteraciones negativas pueden ocurrir de varias maneras, como la incapacidad para recordar un elemento importante del evento traumático; esta amnesia es generalmente causada por la amnesia disociativa y no es causada por lesiones cerebrales, alcohol o drogas. ⁽³⁶⁾.

Los niños pequeños pueden sufrir regresiones del desarrollo, como la pérdida del lenguaje, las pseudoalucinaciones auditivas o sensorialmente. Las pseudoalucinaciones auditivas, como escuchar sensorialmente. Las ideas paranoicas

y los pensamientos pronunciados en una o más voces pueden presentarse. Después de situaciones traumáticas prolongadas, repetidas y graves como el abuso infantil o la tortura, la persona también puede experimentar síntomas de disociación o tener problemas para controlar sus emociones. Cuando un evento traumático provoca una muerte violenta, los síntomas de dolor problemático y el TEPT podrían estar presentes ⁽³⁶⁾.

Se concluye que un modelo de tres factores, un guía basado en la presencia de síntomas de reexperimentación, evitación y reactivación en el momento del análisis es más apropiado, pues es más importante concentrarse específicamente en los fenómenos conductuales, porque aún no están presentes, con lenguaje bien avanzado, pensamiento abstracto y reflexión.

Con base en informes retrospectivos de ciertos artículos, que mencionan los científicos Daugherty TK et al., son usados para que se compare a jóvenes con y sin antecedentes de problemas con el habla, en términos de trauma y angustia actuales. En los tartamudos, algunos que no tienen problemas morfológicos de habla sino psicológicos, y por eso el tartamudeo. Tenían una mayor probabilidad de informar sobre experiencias de trauma sexual que ellos habían sufrido en el pasado, un hallazgo que coincide con las formulaciones psicoanalíticas del tartamudeo ⁽³⁷⁾.

Entre las personas que informaron tartamudear, se encontró un aumento significativo en el miedo a la evaluación negativa, la ansiedad, la dificultad para identificar y describir los sentimientos y el miedo a la evaluación negativa. El tartamudeo se correlacionó significativamente con el pensamiento orientado hacia el exterior, lo cual no es una sorpresa, dada la confiabilidad problemática de esta subescala. Una variación significativa se debió al miedo a la evaluación negativa y la dificultad para reconocer los sentimientos ⁽³⁷⁾.

Entre otras manifestaciones que se encontraron en estudios más recientes, sería la tartamudez. Esto antes se consideraba un problema en niños, y que se debía a problemas como anatómicos a nivel de boca, que les dificultaba decir las palabras, como también problemas auditivos que le impedían al niño desarrollar el habla. Luego se dieron cuenta de que algunos adultos podrían presentar después de un trauma esa tartamudez ⁽³⁷⁾.

La investigación de muestras clínicas con diagnósticos relacionados con el habla sugiere, en general, que el tartamudeo puede estar relacionado con antecedentes de trauma y angustia actual. Los investigadores han promovido la detección relacionada en pacientes con disfunción de las cuerdas vocales, a pesar de que el trauma y la ansiedad no son necesariamente causales, o incluso no son comunes ⁽³⁷⁾.

2.6 Factores de riesgo del Trastorno de estrés postraumático

Los factores de riesgo y los pronósticos de cuando se diagnostican los TEPT serían muy variables desde el sexo, hasta la condición socioeconómica y hasta ambiental. Pueden generar esta patología.

Factores de riesgo en adultos

Factores pretraumáticos

Temperamental. Estos incluyen problemas emocionales que surgieron antes de los 6 años y se postergan a la adultez, como exposición traumática, problemas de externalización o ansiedad, así como trastornos mentales previos, como trastorno de pánico, desorden depresivo, TEPT o trastorno obsesivo-compulsivo ⁽³⁶⁾.

Factores emocionales

Estos incluyen el nivel de trauma. La probabilidad de padecer PTSD, percibida, amenaza a la vida; las lesiones personales y la violencia interpersonal aumentan con la intensidad y gravedad del trauma. Un ejemplo es el trauma sufrido por un cuidador, o una amenaza deliberada a un cuidador de niños. En el caso del personal militar, también puede ser autor de testimonios de atrocidades o asesinatos de enemigos. La disociación, que ocurre durante el trauma y persiste después, es otro factor de riesgo ⁽³⁶⁾.

Factores ambientales postraumáticos

La predisposición genética a desarrollar enfermedades psiquiátricas, las dificultades durante la niñez, algunos rasgos de personalidad como la dependencia, la paranoia, el límite y el antisocial, antecedentes familiares de conducta antisocial,

sexo femenino, acumulación de otros estresores, insuficiente apoyo social, abuso de alcohol reciente y locus de control externo, son factores predisponentes importantes ⁽⁴⁾.

Se ha descubierto que el TEPT es tres veces más común en mujeres que en hombres, y es más probable que se cronifique en ellas. La etnia es otro factor de predisposición que se debe considerar. El porcentaje de personas afectadas por el TEPT es significativamente mayor en las etnias hispanas y afroamericanas, tanto en adultos como en menores ⁽⁴⁾.

Factores de riesgo en niños de 6 años

Factores pretraumáticos

Parece que la aparición o no del TEPT infantil está fuertemente influenciada por la salud mental de los progenitores o cuidadores. Se descubrió que la gravedad de la depresión de una madre afecta la intensidad del estrés postraumático del niño ⁽³⁶⁾.

Factores emocionales después de un trauma. Estos entornos incluyen evaluaciones negativas, métodos de manejo inadecuados y la aparición de un trastorno de estrés agudo. Estos incluyen estar expuesto a recordatorios inquietantes repetidos, eventos negativos posteriores en la vida y pérdidas económicas u otras relacionadas con el trauma. El apoyo social, como la estabilidad familiar para los niños, es un factor protector que reduce los efectos del trauma ⁽³⁶⁾.

Factores asociados con el trauma previo

Estos incluyen problemas emocionales que surgieron antes de los 6 años, como exposición traumática, ansiedad o problemas de externalización y trastornos mentales previos.

Se ha manifestado que el TEPT es tres veces más frecuente en mujeres que en hombres, y es más factible que se cronifique en ellas. La etnia es otro factor de inclinación que se debe considerar. El porcentaje de personas afectadas por el TEPT es significativamente mayor en las etnias hispanas y afroamericanas, tanto en adultos como en menores ⁽⁴⁾.

2.7 Tratamiento del estrés postraumático

Es crucial brindar un tratamiento adecuado a aquellos que han sido impactados directa o indirectamente por un evento traumático, para evitar cambios que tengan un impacto significativo en el futuro. El enfoque cognitivo conductual, que estudia los pensamientos distorsionados y las conductas disfuncionales, ha demostrado ser muy efectivo en el tratamiento del TEPT ⁽⁶⁴⁾.

Esta revisión tiene como objetivo proporcionar una actualización del estado del arte en el tema de manifestaciones cognitivas y conductuales, en pacientes con trastorno por estrés postraumático y su tratamiento, desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual. Sin embargo, hay mucho material disperso sobre el uso de la terapia cognitivo conductual en pacientes con trastorno por estrés postraumático ⁽⁶⁴⁾.

Buscar apoyo profesional: es fundamental buscar la ayuda de especialistas en el tratamiento del estrés postraumático. La terapia especializada, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) o el EMDR (reprocesamiento y desensibilización mediante movimientos oculares), se ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del estrés postraumático. Estos métodos terapéuticos pueden ayudar a procesar y reestructurar los pensamientos y emociones relacionados con el trauma ⁽⁶³⁾.

El aprender sobre el estrés postraumático: comprender el trastorno y cómo afecta el cuerpo y la mente puede ser un primer paso importante hacia la recuperación. Hay una gran cantidad de recursos, libros y sitios web confiables sobre el estrés postraumático. Esto ayudará a comprender mejor los síntomas, las causas y las formas de afrontarlos ⁽³⁸⁾.

Se realiza una evaluación psicopatológica frecuente para los niños y adolescentes, específicamente con respecto al trauma. Para cada situación traumática que vivió, se anota en la evaluación específica: qué, quién, cuándo, cómo y dónde ocurrió; cómo era el comportamiento antes, durante y después de las experiencias traumáticas; y traumas experimentados ⁽³⁴⁾.

En cuanto a la familia, el apoyo de la familia y la comunidad, y la forma en que el trauma afecta a los cuidadores, también hay que indagar por qué el entorno afecta mucho en cómo se puede abordar a un paciente. Como parte del tratamiento,

se descubren posibles factores traumáticos iniciales. Se proporciona psicoeducación sobre los efectos y síntomas del trauma, se explican los conceptos y fases del tratamiento, se enseñan herramientas emocionales y cognitivas según el manual, y se agregan las herramientas propias del paciente, con el propósito de construir la caja de herramientas ⁽³⁴⁾.

Las herramientas del paciente incluyen hablar con amigas, amigos, conocidos, estar con su hermano, hacer actividades que le generen placer, pero a la vez que no sean destructivas estar y hablar con los padres, en caso de los niños ⁽³⁴⁾.

Las fortalezas de la paciente incluyen capacidades cognitivas y de introspección, conexiones con una red de apoyo, especialmente los más cercanos ⁽³⁴⁾.

Se decide cuándo y cómo practicar las nuevas herramientas proporcionadas por la terapeuta y las propias de la paciente, entre sesiones como actividades para casa. Para la sesión de mitad de la terapia, también se le entrega a la madre la lista de posibles estímulos clave.

La recolección de la línea de vida comienza, en la que se registran los eventos traumáticos y las experiencias de recuperación. Los pacientes participan activamente en la descripción de los eventos, y se sorprenden tanto con los eventos positivos como negativos. También habla sobre las experiencias anteriores de abuso sexuales por parte de su abusador. La paciente se muestra muy abierta y colaboradora, mostrando mucho interés y confianza en la narración ⁽³⁴⁾.

Entre sesiones, se dan tareas como actividades para casa, el paciente sigue realizando prácticas casi diarias de atención plena, pensamientos positivos cuando lo necesita y mejora la comunicación con su grupo de iguales ⁽³⁴⁾.

Se discuten los posibles desafíos y las situaciones difíciles, así como las acciones por tomar en caso de que surjan. Se está trabajando para poder planificar escenarios potenciales y cómo abordarlos.

2.7.1 Terapia Metacognitiva

El modelo metacognitivo para el TEPT es uno de los modelos que ha encontrado más pruebas empíricas recientemente.

Este modelo es una contribución innovadora y prometedora a la comprensión del papel de los factores cognitivos en la concepción y el tratamiento de los trastornos mentales, y los estudios actuales demuestran que la Terapia Metacognitiva (TMC) es efectiva para tratar el TEPT. Este tipo de terapia no busca que el paciente reviva los recuerdos del trauma ni cambie el contenido de las cogniciones sobre él o sus recuerdos, ni sobre sí mismo o el mundo. En cambio, busca ayudar al paciente a superar los obstáculos que impiden el procesamiento adecuado de los eventos traumáticos ⁽⁶¹⁾.

2.7.2 Terapias conductual-cognitivas

La mayor parte de los procedimientos, que han probado su eficacia en aliviar la sintomatología del TEPT, se fundamentan en las conceptualizaciones conductual y cognitiva de la psicología del aprendizaje. La teoría que implica el condicionamiento clásico para aprender a no tener miedo a un trauma y el condicionamiento instrumental para aprender a evitar situaciones-estímulos condicionales ⁽¹³⁾.

El propósito de la evaluación de pensamientos entre el paciente y el terapeuta es identificar los errores de pensamiento del paciente. Uno de los métodos para identificar los pensamientos erróneos del paciente será una entrevista clínica. Tres estrategias fundamentales de la terapia cognitiva conductual, que se pueden aplicar a los pacientes con TEPT, son la reorganización cognitiva de los pensamientos que causan ansiedad y temor, el entrenamiento en técnicas de relajación y las tareas de exposición a las preocupaciones que manifiesta el paciente ⁽⁶⁴⁾.

Para formular el caso e involucrarse en el proceso de reestructuración cognitiva, es fundamental enseñar al paciente a identificar sus errores cognitivos en la terapia cognitiva conductual.

La psicoeducación sobre los pensamientos que aumentan el problema, la comprobación de dichos pensamientos y la implementación de nuevos comportamientos que pongan a prueba dichos pensamientos son los objetivos de la reestructuración cognitiva. Para que el paciente utilice técnicas autodirigidas, la biblioterapia también es útil en el tratamiento ⁽⁶⁴⁾.

Las habilidades de solución de problemas son otras intervenciones útiles del enfoque cognitivo conductual. Esta consiste en cuatro pasos: identificar el problema, desarrollar soluciones alternativas, tomar una decisión e implementarla, y evaluar la solución. La terapia racional emotiva de Albert Ellis, que es un componente de la terapia cognitiva y ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de varios trastornos, ayuda a los pacientes a pensar de manera más racional, sentirse de manera más apropiada y actuar de manera más funcional, con el fin de lograr sus objetivos de vivir más tiempo ⁽⁶⁴⁾.

La ansiedad es causada por la cognición, que es un factor presente entre la situación y el afecto. Por ejemplo, un pensamiento o juicio ansioso surge en una situación difícil, lo que provoca un sentimiento o reacción de ansiedad ⁽⁶⁴⁾.

El objetivo de las intervenciones cognitivas es cambiar la perspectiva del paciente sobre el peligro y la vulnerabilidad. Varios objetivos de intervención cognitiva para la ansiedad son sugeridos por estos autores: cambiar el enfoque de la amenaza; enfocarse en las valoraciones y creencias; modificar la amenaza, la vulnerabilidad, las valoraciones y creencias sesgadas; normalizar el miedo y la ansiedad; aumentar la eficacia personal; y promover un enfoque adaptativo hacia la seguridad ⁽⁶⁴⁾.

Un componente fundamental de la intervención cognitiva es el de las creencias que conforman la triada cognitiva, es decir, las conforman los pensamientos. Los sesgos cognitivos atencionales aumentan en el TEPT, lo que lleva a prestar más atención a los estímulos potencialmente amenazantes, o a interpretar como amenazantes algunas situaciones neutras, lo que provoca que se produzcan nuevos acontecimientos y sean interpretados como catastróficos en el futuro ⁽⁶⁴⁾.

Para determinar si el temor del paciente está basado en un problema real, pueden hacerse preguntas encaminadas a conocer si existe alguna evidencia que determine que su preocupación se debe a un problema actual. A su vez, si surge alguna preocupación por un problema real o existente, se pueden hacer preguntas sobre la solución de problemas y cómo en el pasado ha podido resolver problemas similares ⁽⁶⁴⁾.

El tratamiento cognitivo conductual ha demostrado ser efectivo para tratar el TEPT. Se ha observado que la psicoeducación y las técnicas de relajación fueron utilizadas con éxito en un caso de violación infantil donde se implementó un tratamiento cognitivo conductual. La psicoeducación logró motivar a la menor y a la familia para reducir los síntomas evitativos, y promover el uso de técnicas que se utilizarían más tarde ⁽⁶¹⁾.

Las técnicas de relajación redujeron la activación fisiológica en la menor y facilitaron el uso de la desensibilización sistemática durante el proceso psicoterapéutico. En otra investigación para abordar el TEPT, un grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica recibió una intervención cognitivo-conductual que incluyó psicoeducación, control de la respiración diafragmática, reevaluación cognitiva y terapia de exposición. Se encontró que, en comparación con el grupo control, las mujeres que recibieron el tratamiento mostraron menos síntomas de TEPT. Además, se observó una disminución en los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación ⁽⁶⁴⁾.

2.7.3 Terapia de exposición

Las principales guías clínicas han recomendado la EP como una de las intervenciones psicoterapéuticas más estudiadas y recomendadas para tratar el TEPT. Se ha demostrado que es uno de los tratamientos más efectivos para reducir los síntomas del TEPT y otros problemas relacionados, como la depresión y la ansiedad, cuando se dan las siguientes circunstancias: la información en ella no representa de manera precisa el mundo real, se desencadenan respuestas emocionales intensas o se evitan estímulos inofensivos relacionados con el trauma, estas respuestas y la evitación afectan a la vida diaria y estímulos inofensivos son percibidos como peligrosos, la estructura de miedo se vuelve un problema ⁽⁶¹⁾.

El TEPT se caracteriza por una estructura de miedo patológica específica relacionada con el recuerdo traumático, que incluye asociaciones erróneas entre los estímulos, las respuestas presentes en el momento del trauma y su significado, lo que conduce a la percepción de que el mundo es un lugar completamente peligroso, y a un sentimiento de incompetencia e incapacidad personal para hacerle frente ⁽⁶¹⁾.

La EP consta de ocho sesiones semanales, que se pueden ampliar a quince, que tienen una duración de 90 minutos e incluyen trabajo práctico entre sesiones. El procesamiento emocional, la psicoeducación, el entrenamiento en respiración y la exposición en vivo y en imaginación son todos componentes ⁽⁶¹⁾.

En la EP, las exposiciones en vivo no suelen realizarse durante las sesiones, sino que se asignan como tareas entre sesiones para proporcionar tiempo suficiente para llevar a cabo la exposición en imaginación. Esto difiere de los protocolos para otros trastornos de ansiedad. Se espera que la exposición produzca habituación a los recuerdos y situaciones relacionadas con el trauma, para que la persona aprenda que ya no hay peligro y que la evitación no es necesaria, lo que aumenta el sentido de control y reduce la ansiedad frente al trauma ⁽⁶¹⁾.

En cuanto a los inconvenientes de la EP, se destacan la incomodidad temporal y la angustia emocional que supone enfrentar imágenes, recuerdos y situaciones relacionadas con el trauma durante el tratamiento. Además, es importante asegurarse de que el peligro relacionado con el trauma ya no existe, lo que significa que no es recomendable utilizar la EP si los mecanismos de afrontamiento del paciente pueden ser adecuados para abordar una situación específica ⁽⁶¹⁾.

La EP es una de las principales opciones de tratamiento para el TEPT, pero no funciona para todos los pacientes y hay muchos abandonos. Algunos pacientes, especialmente aquellos con síntomas más graves de TEPT y depresión, pueden desarrollar resistencia o rechazo al trauma, lo que puede resultar en un gran porcentaje de pacientes que no mejoran ⁽⁶¹⁾.

En términos generales, las revisiones de los estudios informan que bajo esta rúbrica se incluyen algunas de las técnicas más eficaces para reducir la sintomatología de pacientes con TEPT ⁽¹³⁾.

La terapia de exposición funciona porque la exposición continuada rompe la conexión entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, lo que conduce a una disminución de la respuesta y, eventualmente, a la extinción como resultado de la exposición repetida.

Debido a que el individuo aprende que los estímulos que le recuerdan el trauma no le causan daño, recordar el trauma no implica revivir la amenaza, sino que existe una habituación de la ansiedad mientras el individuo permanece cerca de los recuerdos temidos, y la experiencia de ansiedad no concluye en la temida pérdida de control. A causa de dos procesos diferentes pero conectados, la exposición conduciría a una mejora. Ante todo, la ansiedad es una costumbre. Segundo, se ha aprendido que la exposición no provocará la amenaza ⁽¹³⁾.

2.7.4 Terapia cognitiva

La Terapia Cognitiva (TC), desarrollada por Beck y su grupo en 1976, se basa en el supuesto de que la interpretación del suceso, más que el propio suceso, es la que determina los estados emocionales y de ahí los pensamientos desadaptativos que conducen a las respuestas patológicas. En suma, la terapia conductual se plantea como objetivo identificar las cogniciones desadaptativas y cambiarlas por unas más ajustadas a la realidad ⁽¹³⁾.

La terapia cognitiva conductual es un tratamiento para una variedad de problemas. Con frecuencia es el tipo de psicoterapia preferido, porque puede ayudar a identificar y abordar rápidamente problemas específicos. En general, requiere menos sesiones que otras formas de terapia, y se realiza de manera organizada ⁽⁶²⁾.

El entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) ha sido el método más popular para reducir los síntomas de ansiedad en el estrés postraumático. El EIE, creado por Meichenbaum en 1985, tiene como objetivo la adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento. Incluye una variedad de técnicas, como la educación, la relajación muscular profunda, el control de la respuesta, el juego de roles, el modelamiento, la detención de pensamiento y el entrenamiento autoinstruccional. La eficacia de la EIE ha sido probada principalmente en mujeres que han sido violadas ⁽¹³⁾.

2.7.5 Tratamiento farmacológico

El objetivo es proporcionar una síntesis de los mejores hallazgos en este campo. El profesional debe considerar si la terapia conductual-cognitiva puede ser utilizada junto con la farmacoterapia en el tratamiento del TEPT, y si lo hace, las

decisiones sobre la fecha de inicio, la duración del tratamiento y qué síntomas, conductas o estados psicológicos son más efectivos. La ausencia de estudios sobre la eficacia de ambos tipos de tratamientos psicológicos y farmacológicos, se debe a que la administración única y exclusiva de terapia farmacológica carece de sentido como tratamiento del TEPT ⁽¹³⁾.

La prazosina, un tratamiento comúnmente utilizado para las pesadillas del TEPT, trabaja para bloquear la estimulación noradrenérgica del adrenoceptor alfa-1. Se esperaría que el antagonismo dual de este receptor aumenta el riesgo de efectos adversos. La prazosina se asoció con una mejora significativa en la UCLA-PSTD-RI y en todas las subescalas, especialmente en los síntomas intrusivos y relacionados con el sueño. Prazosin tuvo una buena tolerabilidad y los resultados fueron similares en ambos sexos ⁽³⁾.

Además, se encontró que incluso una dosis mínima de 1 mg por día redujo tanto la carga de síntomas como el deterioro funcional del trastorno de estrés postraumático. La correlación positiva entre la mejora de la puntuación del sueño en la semana 1 y en la semana 4 indica que, si un paciente comienza a responder a prazosin con 1 mg, es posible que la respuesta continúe en la semana 4. Los datos respaldan la idea de que una respuesta clínica es probable a dosis de 2 mg/día o más, ya que muchos jóvenes respondieron a dosis de 2 mg o más. Además, la mejoría clínica de los pacientes no se limitó a las pesadillas y los trastornos del sueño ⁽³⁾.

En el ámbito clínico, se han utilizado psicodélicos, especialmente con MDMA, que aumenta las concentraciones de oxitocina en la sangre; este aumento se asocia con sentimientos prosociales, lo que fortalecerá las alianzas terapéuticas; activación de la corteza prefrontal ventromedial, lo que reduce la estimulación de la amígdala y permite al paciente proyectar una experiencia estresante ⁽⁶⁰⁾.

Se han utilizado drogas como la psilocibina, la ketamina y el MDMA en psicoterapia asistida para pacientes con trastornos mentales. Los psicodélicos a base de plantas, como la psilocibina, que se encuentra en los hongos psilocibia, que incluyen la psilocibina y la LSD, son un grupo estructuralmente diverso de compuestos que son agonistas del receptor 5-HT_{2A}, y producen un perfil único de cambios en los pensamientos, las percepciones y las emociones. Además, se incluye la ketamina, un anestésico aprobado por la Administración Federal de

Medicamentos que tiene efectos analgésicos y psicodélicos, y ha demostrado ser beneficioso en estudios de casos en pacientes con depresión resistentes al tratamiento ⁽⁶⁰⁾.

El primer psicodélico utilizado en el TEPT fue el MDMA, una droga sintetizada en 1912, con propiedades psicoactivas significativas. En la década de los setenta y principios de los ochenta, los psiquiatras que administraron MDMA en psicoterapia, observaron un efecto potencial positivo para controlar las sintomatologías de pacientes con TEPT grave y resistente al tratamiento ⁽⁶⁰⁾.

Además de tener características únicas que la diferencian significativamente del resto de tratamientos psiquiátricos, la psilocibina tiene un mejor perfil de seguridad que otras drogas y que muchos fármacos ampliamente utilizados. La dosis recomendada es de 25 mg/kg y la concentración máxima ocurre en dos horas. Los efectos secundarios no son significativos ⁽⁶⁰⁾.

Tiene una alta eficacia clínica en la depresión, la ansiedad relacionada con el cáncer y la depresión resistente al tratamiento. Se ha utilizado poco en TEPT y se necesita más investigación para determinar la eficacia y seguridad de su manejo ⁽⁶⁰⁾.

Los hallazgos indican que la percepción y la cognición cambian significativamente. El MDMA tiene un 45,7% de eficacia en el tratamiento del TEPT, la psilocibina tiene un 41,4% y el LSD tiene un 4,2%. No se han informado efectos perjudiciales significativos. La psicoterapia produce los mejores resultados. Los psicodélicos son eficaces para tratar el TEPT, según muchos estudios ⁽⁶⁰⁾.

Si el TEPT está asociado con depresión, la terapia psicodélica puede ayudar a mejorar el estado de ánimo y la personalidad al disminuir las puntuaciones de neuroticismo y aumentar la extraversión. Sin embargo, es necesario realizar más estudios controlados y de los mecanismos cerebrales relacionados con el cambio comportamental ⁽⁶⁰⁾.

En sujetos sanos, el LSD (100µg y 200µg) disminuye la reactividad de la amígdala a los estímulos aterradores; en comparación con el placebo, el LSD disminuye el reconocimiento de rostros temerosos. La amígdala izquierda, que es

responsable del procesamiento de expresiones faciales negativas, experimenta un impacto significativo. Resolver dichos sesgos de procesamiento es beneficioso para facilitar la alianza terapéutica, y disminuir la percepción de emociones negativas y déficits cognitivos sociales ⁽⁶⁰⁾.

La investigación con psilocibina y LSD ha demostrado ser efectiva para reducir el TEPT, reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los pacientes dicen que sienten una mayor aceptación y comprensión de las actividades terapéuticas, lo que mejora su recuperación ⁽⁶⁰⁾.

Se ha considerado erróneamente que la psicoterapia es el tratamiento principal para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), pero la evidencia científica ha demostrado que después de las sesiones de psicoterapia, el TEPT persiste como una enfermedad crónica con altas tasas de comorbilidad médica y psiquiátrica. Por lo tanto, se necesitan investigaciones sobre nuevos fármacos y tratamientos que incluyan el uso de drogas psicodélicas ⁽⁶⁰⁾.

Todos los compuestos psicodélicos tienen un potencial significativo. Cuando se utiliza para complementar los tratamientos psicoterapéuticos o para reducir los síntomas del TEPT, el MDMA hace que los pacientes experimenten menos miedo y vergüenza, se sientan más seguros y confiados, se sientan más empáticos y con una visión positiva hacia la vida y nuevos proyectos; se reporta que los síntomas disminuyeron significativamente después de dos o tres sesiones de MDMA ⁽⁶⁰⁾.

CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque metodológico

En este capítulo del trabajo presentado, se explicará la metodología en la cual se basa la tesis redactada. Sería una investigación cualitativa, con un enfoque en el análisis de TEPT en niños de 5 a 10 años en atención primaria.

Watson-Gegeo mencionó, en el año 1982, que la investigación cualitativa implica una descripción detallada de las circunstancias, los eventos, las personas, las interacciones y los comportamientos que se pueden observar. Además, incorpora las experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones de los participantes, tal y como se expresan por ellos mismos ⁽⁴¹⁾.

La investigación cualitativa de esta tesis trata sobre el análisis del Trastorno de Estrés Postraumático en niños de 5 a 10 años en la atención primaria por médicos generales. Este trabajo de graduación lo que intenta demostrar es si hay o no un manejo adecuado del trastorno de estrés postraumático. También si en los lugares de atención primaria hay protocolos o guías donde un médico general pueda consultar, para así atender a sus pacientes de una manera adecuada.

Métodos inductivo y deductivo y su asociación con la investigación cualitativa

Los métodos inductivo y deductivo son dos enfoques fundamentales en la investigación, y se pueden utilizar tanto en la investigación cualitativa como en la cuantitativa, aunque sus aplicaciones pueden variar en algunos aspectos.

Metodología inductiva

El método inductivo, así lo plantean Hernández et al., es una técnica ampliamente utilizada en la investigación cualitativa. Este método genera teorías o patrones más generales, comenzando con observaciones específicas y detalladas.

La inducción en la investigación cualitativa implica recopilar datos en forma de observaciones, entrevistas o documentos, y luego desarrollar patrones, temas o teorías emergentes a partir de estos datos.

Debido a que es más adaptable y permite una exploración más profunda de los fenómenos sociales o humanos, la investigación cualitativa a menudo se asocia con el enfoque inductivo ⁽⁴⁵⁾.

3.2 Tipo de investigación

Una investigación cualitativa descriptiva, que es lo que se presenta en esta tesis, se enfoca, según Hernández et al., en comprender y describir detalladamente un fenómeno, evento o circunstancia específica desde la perspectiva de los participantes involucrados. Algunas características y métodos comunes de la investigación cualitativa descriptiva son las siguientes ⁽⁴⁵⁾:

Proporcionar una descripción completa y detallada del fenómeno estudiado es el objetivo principal de este tipo de investigación. Esto se da mediante el análisis del abordaje de TEPT en niños de 5 a 10 años en atención primaria. El objetivo es recopilar información sobre las experiencias, percepciones, comportamientos y contextos asociados con el fenómeno de interés que sería el TEPT en niños de 5 a 10 años en la atención de consulta primaria.

Uno de los enfoques más utilizados en la investigación científica y social es el diseño descriptivo que se usa para esta tesis, sobre el análisis de TEPT en niños de 5 a 10 años en consulta externa en Costa Rica, que se utiliza principalmente para observar, describir y documentar las características de un fenómeno o población, sin intervenir o manipular variables ⁽⁴⁵⁾.

A través de este diseño, los investigadores tienen como objetivo proporcionar una descripción precisa y detallada de la realidad sin intentar alterar los resultados. En los primeros pasos de una investigación, cuando se busca obtener una comprensión básica de un fenómeno para estudios experimentales o correlacionales, este tipo de diseño es especialmente beneficioso ⁽⁴⁵⁾.

El diseño descriptivo es el que se usa en esta tesis, y tiene como objetivo fundamental describir las características de una población que sería la de los médicos generales del EBAIS del Alto del Conde en Golfito, y la situación sería los niños que tienen TEPT en las edades de 5 a 10 años. Se utiliza principalmente en investigaciones que requieren recopilar datos acerca de un aspecto específico de la

realidad, sin la necesidad de manipular las variables de estudio. A diferencia de otros diseños como el experimental, donde se controlan y manipulan factores para observar efectos sobre una variable dependiente, el diseño descriptivo se limita a observar y registrar cómo se presenta la realidad en un determinado momento ⁽⁴⁵⁾.

Los datos recopilados se analizan de manera inductiva para encontrar temas, patrones y correlaciones significativas. Para organizar y comprender los datos e identificar las ideas principales y las variaciones, se utilizan métodos como el análisis temático. Los resultados de la investigación cualitativa descriptiva se presentan de manera narrativa y rica en detalles ⁽⁴⁵⁾.

Se incluye una descripción detallada del contexto en el que se llevó a cabo el estudio, así como citas directas de los participantes, para ilustrar puntos importantes. Se presta especial atención a los significados que los participantes atribuyen al fenómeno estudiado, así como a sus percepciones individuales. Se busca entender cómo los participantes interpretan y dan sentido a sus experiencias dentro de un contexto más amplio ⁽⁴⁵⁾.

En un muestreo no probabilístico es el que usa esta tesis, no todos los miembros de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados, o la probabilidad de ser seleccionados no está clara. La accesibilidad o el juicio del investigador son factores subjetivos en la selección de participantes en este tipo de muestreo. Los miembros de estudio son los médicos generales del EBAIS del Alto del Conde en Golfito, Puntarenas.

El tipo de muestreo no probabilístico que se usa es el muestreo intencional o por juicio: el investigador selecciona a los participantes en función de sus preferencias personales sobre quién será más útil o informativo para el estudio. En este caso se seleccionó a los médicos de la atención primaria.

El muestreo no probabilístico, por otro lado, es más adecuado en situaciones en las que se necesita una muestra rápida o cuando una selección aleatoria no es posible; sin embargo, sus resultados son más susceptibles al sesgo y no permiten generalizar con confianza a la población total. El tipo de estudio, el tiempo disponible, el presupuesto y las características de la población estudiada determinarán si se elegirá uno u otro ⁽⁴⁵⁾.

3.3 Participantes del estudio

Se realizarán encuestas a médicos generales que atienden en consulta de primer nivel de atención, que sería la consulta de atención primaria. Ellos serán los participantes del estudio. En general, las clasificaciones se basan en los diseños de los estudios de donde se obtiene la evidencia, asumiendo que algunos de los estudios están más susceptibles a sesgos que otros, lo que hace que las decisiones clínicas sean menos justificadas.

En general, elegir a un médico para tratar el TEPT puede ser beneficioso, debido a su experiencia en el diagnóstico y manejo de trastornos mentales, su capacidad para coordinar el tratamiento y proporcionar un enfoque integral del tratamiento, y su capacidad para recetar medicamentos cuando sea necesario. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el tratamiento del TEPT con frecuencia requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a varios profesionales de la salud mental, colaborando para brindar el mejor cuidado posible al paciente:

- Sujetos: médicos generales de EBAIS Alto del Conde, Golfito.
- Caracterización: son profesionales del área de Medicina, quienes atienden en la consulta externa.

Varios factores pueden afectar la elección de un médico para tratar el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Los médicos no son los únicos profesionales que tratan el TEPT. Sin embargo, pueden jugar un papel importante en el diagnóstico, la gestión de los síntomas y la coordinación del tratamiento. Aquí hay algunas razones por las cuales elegir a un médico para el tratamiento del TEPT puede ser beneficioso:

- Evaluación y diagnóstico preciso: el TEPT está bien evaluado y diagnosticado por médicos, especialmente psiquiatras y médicos de atención primaria con experiencia en salud mental. Para realizar un diagnóstico preciso, pueden evaluar cuidadosamente los síntomas, los antecedentes médicos y las experiencias traumáticas del paciente.
- Prescripción de medicamentos: en algunos casos, el tratamiento farmacológico puede ser parte del tratamiento del TEPT. Para controlar los síntomas

del TEPT, como la ansiedad, la depresión o los trastornos del sueño, los médicos pueden recetar medicamentos como antidepresivos, antipsicóticos o ansiolíticos.

- **Coordinación del cuidado:** para proporcionar un enfoque integral del tratamiento, los médicos pueden trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud mental, como terapeutas, psicólogos o trabajadores sociales. Pueden coordinar la atención entre diversos proveedores, asegurando que el paciente reciba el apoyo y los servicios adecuados para sus necesidades individuales.

- **Monitoreo y seguimiento:** los médicos pueden monitorear la respuesta del paciente al tratamiento con el tiempo y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario. Pueden monitorear los efectos secundarios de los medicamentos, evaluar la eficacia del tratamiento y brindar orientación y apoyo continuos al paciente.

- **Acceso a recursos adicionales:** los médicos pueden informar sobre grupos de apoyo, terapias, servicios de salud mental y organizaciones comunitarias que pueden ser útiles para el paciente y su familia, mientras se recuperan del TEPT.

3. 4 Fuentes de información

En las fuentes primarias, según Hernández et al., la investigación cualitativa se refiere a la información o datos originales recopilados directamente del contexto o de los participantes del estudio. Los investigadores pueden entrevistar a individuos o grupos de interés en profundidad para conocer sus experiencias, opiniones, creencias y percepciones sobre un tema en particular. Las entrevistas brindan información detallada y permiten una comprensión profunda de los puntos de vista de los participantes ⁽⁴⁵⁾.

En esta tesis se va a poder entrevistar a individuos o grupos de interés en profundidad, para conocer sus experiencias, opiniones, creencias y percepciones sobre un tema en particular. Las entrevistas brindan información detallada y permiten una comprensión profunda de los puntos de vista de los participantes. Estos participantes serán médicos generales que atiendan en primer nivel de atención.

Las fuentes secundarias en investigación cualitativa. así lo dicen Hernández et al., son datos o información que ya han sido recopilados y analizados por otros investigadores u organizaciones y que los nuevos investigadores utilizan para su

propio estudio. La utilidad de estas fuentes puede variar dependiendo del contexto y los objetivos del estudio ⁽⁴⁵⁾.

Los análisis cualitativos son realizados en artículos de revistas académicas, libros, tesis doctorales y otros documentos académicos. informes previos de investigación de agencias gubernamentales, organizaciones sin fines de lucro o instituciones académicas que contienen datos cualitativos recopilados para la investigación. Los datos cualitativos recopilados y archivados en estudios previos que se pueden usar en investigaciones futuras. Las transcripciones de entrevistas, las notas de campo y las grabaciones de audio o video pueden ser parte de esto ⁽⁴⁵⁾.

En su práctica diaria, los profesionales de Atención Primaria de Salud deben tomar una variedad de decisiones sobre la atención a sus pacientes, incluida la gestión de los recursos sanitarios, la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

En general, estas decisiones se toman en mayor o menor medida en situaciones de incertidumbre. El resultado es una variabilidad en el proceso de toma de decisiones y, por lo tanto, en los estilos de práctica clínica.

Los factores intrínsecos del proceso asistencial, como la complejidad de la anamnesis, las dificultades para predecir el curso de una enfermedad o para interpretar los hallazgos exploratorios, o la multiplicidad de opciones diagnósticas y terapéuticas, pueden contribuir a las variaciones de la práctica clínica.

Pero también hay factores externos, como los resultados clínicos previsibles, el costo de la asistencia, los recursos disponibles, el impacto social y familiar y los valores culturales, que contribuyen a la dificultad para identificar la mejor alternativa y tomar la decisión clínica más adecuada.

A esto se suma el aumento de la complejidad clínica relacionada con la pluripatología, la dificultad de acceder y analizar toda la información científica en tiempo real, la necesidad de administrar los recursos sanitarios de manera equitativa, las creencias y valores de los profesionales y la aparición de un nuevo modelo de usuario, quien requiere que los usuarios participen activamente en el proceso de toma de decisiones de salud.

Los avances significativos en la tecnología de la información y la comunicación en el campo de la salud, y el acceso global a la información han aumentado las expectativas de los pacientes, la comunidad y los profesionales. Esto ha aumentado la demanda de una atención médica de la máxima calidad posible.

En los últimos años, los profesionales de la salud han mostrado un mayor interés en los aspectos de la medicina basada en la evidencia, debido al reconocimiento de la necesidad de que las decisiones se basen en las mejores pruebas disponibles procedentes de la investigación científica, identificadas y evaluadas con rigor.

La medicina basada en la evidencia combina la mejor evidencia de la investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente, teniendo en cuenta las limitaciones de los recursos disponibles.⁽⁴⁰⁾

Por lo anterior, se mencionan las fuentes en las cuales se basa este trabajo de investigación:

Fuentes primarias

- Entrevistas a médicos generales que trabajen en atención primaria.

Fuentes secundarias

- Revisión de artículos científicos.
- Revisión de guías y de libros sobre TEPT.
- Revisión de tesis sobre TEPT en niños.

3.5 Etapas de la investigación

La planificación, la recolección y el análisis de datos, así como la presentación de resultados, son etapas comunes en la investigación cualitativa descriptiva. Estos son los pasos típicos de una investigación cualitativa descriptiva.

El problema que se ha identificado es que hay un pobre o nulo abordaje de pacientes pediátricos con trastorno de estrés postraumático.

El marco teórico, la justificación y la introducción de las fuentes de investigación serían artículos encontrados en Google Académico, PubMed, Elsevier, SciELO y Clinical Key. Los artículos son de revistas científicas de Latinoamérica, España, Etiopía, Asia y Estados Unidos de América. También se consultó a medios nacionales como la UCR, la UNIBE, la revista científica del BINASSS y la propia página web de la CCSS.

El diseño del estudio es cuál técnica se utilizará para recolectar datos, la cual sería la entrevista a profesionales de salud. La selección de participantes será de médicos que han tratado la patología de TEPT en niños de 5 a 10 años en atención primaria. La recopilación de datos se llevará a cabo en función de las respuestas recibidas.

Análisis de datos: se realizará una comparativa utilizando las respuestas de los estudiantes para obtener los resultados esperados.

Presentar el informe que contiene los hallazgos: las conclusiones obtenidas dan lugar a sugerencias.

3.6 Técnicas de recolección de datos

Para abordar estas situaciones, la estrategia de medicina basada en evidencia implica reconocer que se necesita más información para poder tomar la mejor decisión posible, y el primer paso es convertir esta necesidad en una pregunta clínica que pueda ser respondida.

La pregunta puede referirse a un tratamiento de los efectos de diferentes intervenciones, para mejorar la función del paciente o evitar resultados no deseables, daño o etiología, los efectos de agentes potencialmente perjudiciales sobre la función del paciente, la morbilidad y la mortalidad, el diagnóstico de la utilidad de una intervención, para diferenciar a los pacientes con una enfermedad o condición de los que no la tienen, o pronóstico, o estimar la evolución futura de una enfermedad ⁽⁴⁰⁾.

Es fundamental seleccionar técnicas de recolección de datos para una tesis cualitativa descriptiva, porque permite obtener información detallada y rica sobre el fenómeno o tema de estudio. Algunas técnicas comunes de recolección de datos que se pueden utilizar en este tipo de investigación son las siguientes:

Las entrevistas en profundidad son conversaciones estructuradas entre el investigador y los participantes, que están destinadas a investigar las experiencias, percepciones, opiniones y conocimientos de los participantes sobre un tema en particular. Además de permitir una exploración exhaustiva de los temas, estas entrevistas permiten obtener información detallada y rica.

Los grupos focales son sesiones de discusión en grupo, dirigidas por un moderador, en las que varios participantes se reúnen para discutir un tema en particular. Esta estrategia permite obtener una variedad de puntos de vista diferentes sobre un tema, y explorar las perspectivas y experiencias compartidas dentro del grupo.

La participación en el estudio significa que el investigador participa activamente en el estudio observando y participando en las actividades y eventos relevantes para el fenómeno de interés. Esta estrategia ayuda a comprender mejor las interacciones sociales, las dinámicas grupales y el comportamiento humano en su entorno natural.

El análisis de documentos implica la revisión y el análisis de documentos escritos, como registros, diarios, cartas, memorandos, informes y otros materiales que proporcionan información sobre el tema de estudio. Este método puede ayudar a contextualizar los hallazgos y proporcionar más pruebas del fenómeno.

El análisis de contenido es una técnica de análisis de datos que busca patrones temáticos en los datos textuales o visuales recopilados. Esta estrategia puede aplicarse al análisis de entrevistas, transcripciones, documentos u otros materiales cualitativos para identificar temas, categorías y relaciones importantes.

La revisión de la literatura implica la búsqueda y revisión de estudios previos, investigaciones relacionadas, teorías y enfoques conceptuales relevantes para el tema de estudio. Este método puede proporcionar antecedentes, contexto teórico y contexto de investigación sobre el tema.

Los criterios de inclusión son con base en las entrevistas, porque esta tesis tiene un enfoque cualitativo.

Criterios de inclusión

- Profesionales de salud que sean médicos generales.
- Profesionales de salud que sean médicos generales, que atiendan o hayan atendido población pediátrica de 5 a 10 años en Costa Rica.

Criterios de exclusión

- Personas que se autodenominan coaching de salud, promotores de salud mental sin una carrera de respaldo como lo es la Psicología, Medicina o Psiquiatría.
- Personas que aplican terapias sin base científica como: registros akáshicos, regresiones, constelaciones familiares, entre otros.
- Profesionales de salud, médicos, psiquiatras y psicólogos que no atiendan o no hayan atendido pacientes pediátricos de 5 a 10 años con estrés postraumático en Costa Rica

3.6.1 Revisión documental

En una investigación cualitativa que se hace en esta tesis, la revisión de documentos, según Hernández et al., es una técnica para recopilar y analizar información de documentos escritos relacionados con el tema de estudio. Estos documentos pueden incluir una variedad de materiales, como informes, memorandos, diarios, cartas, transcripciones de entrevistas, registros institucionales, correos electrónicos, sitios web y publicaciones en redes sociales, entre otros ⁽⁴⁵⁾.

En el presente proyecto se usaron buscadores académicos, los cuales arrojaron artículos científicos, tesis, tesinas, protocolos y guía sobre TEPT a nivel nacional y latinoamericano, así como a nivel de otros continentes como Europa y África.

3.6.2 Entrevista a profundidad

En términos generales, la entrevista en la investigación cualitativa es un método para recopilar información y datos, que se lleva a cabo a través de una conversación, cuyas directrices responden a los objetivos específicos del estudio.

En la investigación cualitativa, así lo mencionan Díaz et al., la técnica de entrevistas requiere la creación de una situación adecuada para que los sujetos de

investigación se sientan verdaderamente invitados a hablar sobre temas relacionados con sus experiencias de vida ⁽⁴³⁾.

La entrevista es un tipo de conversación organizada, así lo mencionan Diaz et al., que tiene como objetivo recopilar, recuperar y registrar las experiencias de vida que se han guardado en la memoria de las personas. Es una situación en la que el entrevistado utiliza el lenguaje para contar sus historias y el entrevistador pregunta sobre eventos, situaciones ⁽⁴³⁾.

La aplicación de la técnica de entrevista en la investigación cualitativa se debe directamente a la naturaleza y las características específicas del enfoque. Se requiere una interacción en condiciones favorables, para establecer una conversación abierta y flexible, en la que los rasgos personales e identitarios puedan salir a la luz. Esto no es posible ni deseable en situaciones de investigación cuantitativa, en las que el carácter objetivo de los datos es el principal objetivo.

En esta misma dirección, la técnica de entrevistas permite la obtención de datos subjetivos e intersubjetivos que requieren análisis e interpretaciones detalladas.

3.7 Tratamiento de la información

Eliminar las etapas de la investigación como un apartado e incorporarlas en el tipo de investigación:

Las etapas de investigación acordadas son las siguientes:

Elección de la problemática de estudio

El problema que plantea esta tesis surgió de que muchos médicos generales en consulta primaria hacen subdiagnosticada o no saben del todo diagnosticar TEPT, para así referirlos a los servicios adecuados. También se vio la problemática de que el sistema de salud costarricense carece de un protocolo de manejo de TEPT en pacientes pediátricos.

El propósito y los objetivos de la investigación, las preguntas de investigación, la justificación y la viabilidad, la exploración de las deficiencias en el

conocimiento del problema y la definición inicial del ambiente o contexto, son elementos típicos de un planteamiento cualitativo.

Todo lo mencionado anteriormente tiene que ver con el fenómeno o problema principal que preocupa a la autora del presente trabajo investigativo. Es decir, el propósito, finalidad u objetivo de la investigación debe centrarse en la idea fundamental. Si hay más de una intención principal, se establecen objetivos complementarios en una o más oraciones independientes que expresan lo que se espera conocer ⁽⁴⁵⁾.

Cuando se inicia en la investigación cualitativa, Argimon et al. aconsejan que se plantee el propósito en un párrafo aparte y se concentre en un solo fenómeno, concepto, cuestión o idea que se quiera explorar y comprender. Es probable que se identifiquen y analicen las relaciones entre varios conceptos, a medida que avanza el estudio, pero debido a la naturaleza inductiva de la investigación cualitativa, no es posible anticipar dichas vinculaciones al inicio del proyecto ⁽⁴²⁾.

Análisis del contexto del estudio

El estudio cualitativo se llevará a cabo en entrevista a profesionales de salud en el área de Medicina, quienes atienden consulta pediátrica en atención primaria, que hayan atendido a personas con TEPT.

Búsqueda de bibliografía de antecedentes

Los antecedentes que se presentarán a continuación incluyen datos desde el 2001 hasta el 2015, sobre la investigación del trastorno de estrés postraumático en niños durante más de 20 años. En naciones como España, Chile, Colombia, Estados Unidos de América y Argentina se han realizado investigaciones sobre esta afección en niños. Desde el 2018 hasta el 2023, en los antecedentes internacionales se incluyen estudios de países como Colombia, España, México, Chile, Ecuador, Venezuela, Etiopía y Perú, para demostrar que hay mucha investigación sobre el TEPT en los niños. Los antecedentes nacionales incluyen los años 2004–2020. En Costa Rica se han realizado pocas investigaciones sobre este tema, por lo que las tesis de origen costarricense solo mencionan cuatro investigaciones. Todo esto se llevó a cabo a través de una revisión de la bibliografía de los artículos.

Elección de temática

El objetivo de la investigación cualitativa es comprender los fenómenos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural, y en relación con su contexto. Por esta razón, el abordaje de la tesis de TEPT en niños de 5 a 10 años en atención primaria es cualitativo, porque es importante la percepción de los médicos generales en consulta de atención primaria.

El enfoque cualitativo, según Hernández et al., se utiliza cuando se busca investigar la forma en que las personas perciben y experimentan los fenómenos que las rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados. Cuando el tema del estudio no ha sido suficientemente estudiado, o cuando no se ha realizado investigación al respecto en ningún grupo social específico, el enfoque cualitativo es una buena opción. El concepto de investigación es la base del proceso cualitativo ⁽⁴⁵⁾.

Elección de la población de estudio

Se seleccionaron los médicos que ven en su consulta a niños con TEPT de 5 a 10 años, quienes están en atención primaria.

Estructuración del marco teórico y revisión bibliográfica

El marco teórico habla sobre el trastorno de estrés postraumático en niños de 5 a 10 años. Habla de las diferencias que hay en esta patología entre adultos y niños, como se plantea en DMS-V. En este documento, también se refiere a que en otros países latinoamericanos sí hay protocolos y leyes de salud mental. También se investiga y se redacta cómo es Costa Rica con el tema de protocolos de salud mental, y en especial los de TEPT en niños. Todo esto en una referencia bibliográfica que abarca desde el 2019 hasta el 2024.

Estructuración del marco metodológico

La investigación cualitativa tiene, como objetivo, comprender los fenómenos desde el punto de vista de los participantes en un entorno natural y en relación con su contexto. Por lo tanto, en este proyecto de investigación se conocerán las opiniones de diferentes profesionales de salud.

El enfoque cualitativo se utiliza cuando se busca investigar cómo las personas perciben y experimentan los fenómenos que las rodean, profundizando en sus perspectivas, interpretaciones y significados. Cuando el tema del estudio ha sido poco investigado, o cuando no se ha realizado investigación sobre él en ningún grupo social específico, el enfoque cualitativo es recomendable. El concepto de investigación es el punto de partida del proceso cualitativo ⁽⁴⁵⁾.

Elaboración y validación de los instrumentos

Hacer una entrevista y aplicarla a los profesionales de salud. Esto después se analizará para saber si cumple los objetivos planteados al inicio de la tesis.

Desarrollo Temático

La tesis se irá desarrollando, para así comprobar qué es lo que saben los médicos generales a la hora de diagnosticar trastorno de estrés postraumático en su consulta primaria.

Aplicación de instrumentos

La entrevista es un método que permite obtener información fundamental y extensa sobre un tema en particular. También se utiliza cuando el material informativo en ciertos aspectos es insuficiente, o para fundamentar hipótesis y orientar estrategias. La entrevista es una práctica común entre los psicólogos, pero también la utilizan los comunicadores, periodistas, trabajadores sociales y antropólogos, entre otros profesionales.

La entrevista es una forma de comunicación y, al mismo tiempo, un proceso ideológico en el que ambos participantes comparten sus puntos de vista. Se considera una construcción social en ese sentido: nadie es el mismo después de la comunicación con otro. En este proceso, el entrevistador es el emisor y conoce el marco teórico y los objetivos de la entrevista ⁽⁴⁵⁾.

El objetivo de la entrevista es descubrir la mente de alguien más. Se deben seguir ciertas reglas, especialmente cuando se realiza una entrevista en un trabajo de campo más amplio ⁽⁴⁵⁾.

Análisis de resultados

Los análisis de resultados se harán por medio de las encuestas.

3.8 Categorías de análisis

Una categoría de análisis en investigación cualitativa es una idea o tema importante que surge de los datos recopilados. Los investigadores utilizan estas categorías como construcciones para organizar, describir y comprender los patrones y las relaciones encontrados en los datos. En la investigación cualitativa, las categorías de análisis son esenciales para el proceso de interpretación y generación de conocimiento ⁽⁴⁵⁾.

Los datos recopilados durante el estudio sirven como base para la creación de las categorías de análisis. A medida que el investigador interactúa con los datos y busca patrones significativos, estas categorías no se imponen de antemano. Cada categoría de análisis representa una parte específica del fenómeno en cuestión. Puede incluir cualquier cosa que sea relevante para la investigación, como temas, conceptos, ideas, comportamientos, relaciones, percepciones u otros elementos. Las categorías de análisis ayudan a organizar y estructurar los datos. Ayudan a agrupar información similar y a identificar relaciones entre diferentes elementos de datos ⁽⁴⁵⁾.

A medida que se recopilan y analizan más datos, pueden cambiar las categorías de análisis a lo largo del proceso de investigación. Según sea necesario, los investigadores pueden agregar, agregar o eliminar categorías para reflejar de manera precisa los hallazgos nuevos. El marco teórico o conceptual que guía el estudio está vinculado a las categorías de análisis. Ayudan a desarrollar nuevas teorías a partir de los datos, o a conectar los hallazgos empíricos con teorías existentes. Los hallazgos de la investigación muestran las categorías de análisis en forma de temas, patrones o relaciones encontradas en los datos. Los resultados del estudio se contextualizan y tienen sentido gracias a estas categorías ⁽⁴⁵⁾.

3.9 Proceso de selección de información

La selección de información para el capítulo de resultados y análisis se dio mediante una entrevista a los médicos generales. Esta encuesta lanzó ciertos resultados que se mostrarán en el capítulo IV. Esto se complementa con la revisión

de bibliografía que se hizo en los buscadores académicos. Ello genera una discusión entre los resultados de la encuesta y artículos académicos sobre TEPT en la niñez.

3.10 Clasificación según los niveles de evidencia

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es un método de práctica clínica que implica usar las mejores pruebas científicas disponibles para tomar decisiones. Este enfoque ha cambiado la forma en que los médicos, investigadores y profesionales de la salud manejan el diagnóstico, el tratamiento y el manejo de enfermedades. La MBE combina la experiencia clínica con las preferencias del paciente y la mejor evidencia científica disponible. Sin embargo, la evidencia científica no es igual de calidad, por lo que se debe clasificar según su exigencia o rigor metodológico.

Nivel 1: pruebas de alta calidad

La clasificación de Sackett de nivel 1 incluye la evidencia más sólida disponible, que se basa principalmente en estudios que reducen al mínimo el riesgo de sesgo y error. Los ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs) y las revisiones sistemáticas de varios ECAs dominan este nivel ⁽⁴⁵⁾.

Nivel 2: Estudios de casos y controles, así como estudios de cohortes
En comparación con los ECAs, el nivel 2 incluye estudios observacionales con mayor riesgo de sesgo. Aunque no brindan el mismo nivel de control sobre las variables de confusión, aún son estudios útiles para responder preguntas clínicas cuando las ECAs no son posibles ⁽⁴⁵⁾.

Nivel 3: estudios transversales y series de casos.

El nivel 3 de la clasificación de Sackett se refiere a estudios descriptivos y observacionales, que tienen limitaciones significativas en cuanto a la capacidad de establecer causalidad. Con frecuencia, estos estudios son útiles para desarrollar hipótesis o brindar información preliminar sobre un tema en particular ⁽⁴⁵⁾.

Nivel 4, opiniones y estudios de expertos sobre diseños menos rigurosos.
El nivel 4 incluye estudios que proporcionan evidencia más débil, porque utilizan diseños menos sólidos o dependen de una interpretación subjetiva de los datos.

Aunque son útiles cuando no hay evidencia de niveles superiores, estos estudios deben interpretarse con cuidado ⁽⁴⁵⁾.

Nivel 5: dentro de la jerarquía de niveles de evidencia, el nivel 5 de la clasificación de Sackett se refiere a la evidencia más débil y menos confiable. En particular, incluye comentarios de especialistas y experiencias anecdóticas ⁽⁴⁵⁾.

La tabla de clasificación se encuentra adjuntada en los anexos, con todos los artículos de la investigación.

CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Análisis de la encuesta

En este capítulo, se pueden observar diferentes situaciones, como las preguntas que se hicieron en la entrevista, los resultados de estas, y lo que se encontró también de otras investigaciones sobre el trastorno de estrés postraumático en niños de 5 a 10 años. Los resultados de la investigación cualitativa se refieren a los resultados. En lugar de cuantificar o medir variables de manera numérica, como se hace en la investigación cuantitativa, estos hallazgos se centran en comprender y describir en profundidad fenómenos sociales, culturales o individuales. Los individuos que realizaron la encuesta son 16 médicos generales del área del EBAIS Alto del Conde, en Golfito.

Las transcripciones de entrevistas, notas de campo, observaciones, documentos o artefactos culturales son algunos de los tipos de datos que pueden incluirse en los resultados de una investigación cualitativa. El análisis sistemático de estos datos busca patrones, temas, relaciones y significados subyacentes. Los relatos, las descripciones detalladas o las citas directas de los participantes, suelen ser los medios por los cuales los resultados cualitativos se presentan. Estos resultados dan a los investigadores una comprensión más profunda y amplia de los fenómenos estudiados, lo que les permite explorar la complejidad y la diversidad de las experiencias humanas ⁽⁴⁵⁾.

En resumen, los hallazgos cualitativos son los resultados de la investigación cualitativa, que se centran en la comprensión profunda y detallada de fenómenos individuales, sociales o culturales. Estos hallazgos se presentan en forma de historias, descripciones detalladas o citas directas, y brindan una comprensión amplia y contextualizada de los temas estudiados. Es importante tener en cuenta que los resultados de la investigación cualitativa no siempre son generalizables. Sin embargo, se valora la profundidad y la riqueza de la comprensión que proporcionan, así como su capacidad para desarrollar teorías y nuevas perspectivas sobre un tema en particular ⁽⁴⁵⁾.

Una muestra es la selección de participantes, casos o documentos que se utilizarán para recopilar datos y obtener información sobre el fenómeno de estudio en investigación cualitativa. En la investigación cualitativa, la selección de la muestra se basa en consideraciones de relevancia, diversidad y capacidad, para proporcionar una comprensión profunda del fenómeno en cuestión. En la

investigación cuantitativa, donde el objetivo principal es obtener una muestra representativa de una población para realizar inferencias estadísticas, la investigación cualitativa se basa en consideraciones de relevancia, diversidad y capacidad, para proporcionar una comprensión profunda del fenómeno en cuestión ⁽⁴⁵⁾.

Las muestras cualitativas son intencionalmente seleccionadas, porque suelen ser pequeñas y no probabilísticas. Esto significa que los participantes o casos se eligen por su capacidad para proporcionar información valiosa y significativa sobre el tema de investigación, en vez de al azar. En lugar de buscar la representatividad estadística en términos numéricos, el objetivo es obtener una muestra que sea lo más informativa y representativa del fenómeno estudiado ⁽⁴⁵⁾.

Como explican Flick, en el 2013, Creswell, en el 2013,, Savin-Baden y Major, también en el 2013), y Miles y Huberman, en 1994, el muestreo cualitativo es una buena idea. El planteamiento y la selección del contexto, en el cual se espera encontrar los casos que le interesan a la autora el presente trabajo investigativo, son las primeras acciones para elegir la muestra. En las investigaciones cualitativas, se pregunta primero qué casos interesan y dónde se pueden encontrar ⁽⁴⁵⁾.

Según Barbour, en el 2007, en los estudios cualitativos, el tamaño de la muestra no es crucial desde una perspectiva probabilística, ya que el interés del investigador no es extender los hallazgos de su estudio a una población más grande. La indagación cualitativa busca profundidad. Cubre casos o unidades participantes, organizaciones, manifestaciones humanas, eventos, animales, hechos, entre otros, que permitan comprender el fenómeno de estudio y responder a las preguntas de investigación. En toda investigación, el muestreo adecuado es esencial, y la investigación cualitativa no es una excepción ⁽⁴⁵⁾.

Por lo general, tres factores intervienen para determinar o sugerir la cantidad de casos:

1. La capacidad operativa de recolección y análisis, el número de casos que se pueden manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que hay ⁽⁴⁵⁾.

2. Comprensión del fenómeno, el número de casos que permiten responder a las preguntas de investigación. Este fenómeno se denominará más tarde “saturación de categorías”⁽⁴⁵⁾.

3. La naturaleza del fenómeno en análisis, si los casos o unidades son comunes y accesibles, si lleva poco o mucho tiempo recolectar la información correspondiente⁽⁴⁵⁾.

Así lo menciona Creswell en el 2013. Se señala que los intervalos de muestras en investigaciones cualitativas van de uno a 50 casos. La muestra de una investigación cualitativa puede contener un tipo específico de unidades iniciales, pero a medida que avanza el estudio, se pueden agregar otros tipos de unidades, o incluso descartar las primeras. Este es otro tema importante⁽⁴⁵⁾.

Efectos del estrés postraumático

La neuropsicología estudia la relación entre el cerebro y el comportamiento, y estudia cómo el daño cerebral afecta el comportamiento en relación con las funciones mentales superiores. Como se ha demostrado anteriormente, el TEPT puede estar relacionado con alteraciones neuroestructurales y neurofuncionales, que conllevan a dificultades en las funciones mentales superiores como el lenguaje, la atención, la memoria, la sensopercepción y el funcionamiento ejecutivo. Por lo tanto, interesa conocer las aproximaciones neuropsicológicas que se han hecho al TEPT en este caso⁽⁴⁰⁾.

Se han observado alteraciones en la memoria narrativa, la memoria a corto plazo, las funciones ejecutivas, la flexibilidad cognitiva y las funciones de atención, entre otras, lo que demuestra que el TEPT tiene un impacto significativo en las situaciones donde se evidencian episodios traumáticos⁽⁴⁰⁾.

Por lo tanto, es importante destacar que cuando se presenta un TEPT, independientemente del contexto que lo provoque, las funciones cognitivas están afectadas, la intervención neuropsicológica debe intervenir para proporcionar estrategias y herramientas de afrontamiento, para lograr un tratamiento adecuado utilizando metodologías basadas en estudios y profesionales que puedan brindar un tratamiento efectivo⁽⁴⁰⁾.

El sistema normal de liberación de estrés y autorregulación no funciona cuando un bebé o un niño está bajo estrés constante. La dopamina, la norepinefrina, los opioides endógenos y los glucocorticoides son algunos de los neurotransmisores que se liberan en momentos de estrés. Estas hormonas liberadas por el sistema nervioso autónomo y el eje HPA siguen presentes en el sistema del niño, y tienen efectos negativos. Un aumento de norepinefrina refuerza la codificación biológica de la memoria traumática ⁽⁴⁰⁾.

El recuerdo de eventos traumáticos específicos vuelve a traumatizar a alguien con trastorno de estrés postraumático. Este ciclo continuo de autotraumas puede devastar todos los aspectos de la vida de la víctima ⁽⁴⁰⁾.

La atención médica a largo plazo puede ser necesaria para los niños que han sido abusados o presentan negligencias. La sociedad debe ayudar al niño con problemas como el síndrome del bebé sacudido, el deterioro del desarrollo cerebral, la mala salud física, la mala salud mental y emocional, las dificultades cognitivas, la delincuencia juvenil, otras dificultades durante la adolescencia y la criminalidad adulta ⁽⁴⁰⁾.

Estrés postraumático en Costa Rica

Se han elaborado investigaciones a nivel nacional, que demuestran la existencia del estrés infantil en Costa Rica. Según una publicación del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en el 2004, en la Caja Costarricense de Seguro Social, los trastornos afectivos, principalmente ansiedad y estrés graves, fueron la causa principal de egreso de menores en el año 2001. Después de esta investigación no hay más investigaciones de la OMS ⁽⁹⁾.

Esto demuestra que las estadísticas sobre el tema a nivel nacional son antiguas, y permiten observar la existencia de estrés infantil en el país. Por lo tanto, es importante destacar que solo se han realizado estudios recientes sobre el tema hasta el momento. Por el contrario, los niños que crecen en hogares pobres están expuestos a problemas económicos constantes, y no tienen acceso a servicios educativos privados, por lo que dependen de la oferta pública, que no está disponible para todas las edades de la primera infancia.

En Costa Rica, hay como sistema de salud uno privado y uno público. El sistema público es robusto, el cual se sostiene por diferentes aportes que hacen el trabajador, el patrono y el Estado. Este sistema de salud tiene muchos beneficios, pero a la vez muchos asuntos contraproducentes. En cuanto al trastorno de estrés postraumático en niños, el país, en el área pública, no cuenta con un protocolo para abordar a estos pacientes, pero algunos especialistas lo tienen.

Las experiencias traumáticas son comunes en la infancia, y algunos niños con secuelas evitan la detección, incluso cuando los proveedores de atención médica realizan exámenes de detección de rutina para detectar síntomas de depresión ⁽³⁷⁾.

Por lo cual, el abordaje correcto sería que especialistas en salud mental los detectaran en cuanto surgen los síntomas. El problema surge en que la mayoría de las personas acuden a los centros de atención primaria más cercanos y, tiempo después, ya sean meses o semanas, reciben la atención oportuna de su salud mental.

Por lo tanto, los diferentes síntomas hacen que haya un desafío para poder diagnosticar estrés postraumático. El trauma infantil puede causar síntomas de ansiedad y alteraciones en la respuesta a las señales sociales. El trauma temprano también se ha relacionado con la alexitimia, un conjunto de déficits relacionados con la percepción y expresión de las emociones. Muchos niños tienen problemas para ponerle nombre a las emociones. Esto genera que ellos en muchos casos no puedan decir “me siento abrumado” o “me siento estresado”. Sin contar que, como sociedad costarricense, la salud mental, así como otros temas relacionados, provoca un conflicto entre las personas que lo padecen o entre las personas que tienen a cargo personas que padecen esta condición. Esto hace que muchos temas sean importantes, pero son muy incómodos para tener una conversación sobre ellos.

Según un artículo publicado por una entidad estatal costarricense, dice lo siguiente: el Protocolo de atención clínica establecido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) mejoró la atención psicológica que reciben las personas que ingresan a los centros de salud.

La actualización del protocolo orienta la prestación de servicios de psicología en los tres niveles de atención para las personas que presentan trastornos, como

resultado de las experiencias estresantes de la vida cotidiana en los ámbitos personal, familiar, académico, laboral y económico.

Según datos institucionales, el estrés agudo presenta un incremento sostenido en los últimos tres años, afectando a personas entre los 20 y 44 años, que es una población económicamente activa, con un mayor impacto en las mujeres ⁽³⁸⁾.

Por región, desde el 2019 y hasta el 2021, la Central Sur (que incluye las áreas metropolitanas de San José y Cartago) es la zona del país que reporta mayor afectación por esta causa diagnóstica, con un total de 1 597 casos atendidos ⁽³⁸⁾.

El protocolo permite fortalecer la atención psicológica por trastornos de estrés, en la medida que establece algunos procedimientos psicoterapéuticos e indicaciones de atención en este ámbito profesional, basados en evidencia y que están demostrados para la mejoría de la persona usuaria, ya que le permiten a la persona afrontar los conflictos y profundizar en las dificultades que presenta para hacerles frente y solucionarlas de forma funcional y adaptativa. El protocolo es una regulación más específica sobre estrés agudo y crónico; los profesionales de Psicología de la CCSS han venido atendiendo a las personas usuarias con estas y otras condiciones psicológicas ⁽³⁸⁾.

Un artículo, publicado por la psicóloga costarricense Arango, dice que el estrés postraumático puede verse como un obstáculo constante en el proceso de recuperación. La vida está llena de innumerables momentos, algunos de los cuales pueden dejar una marca duradera en el espíritu y la mente. En ocasiones, los eventos más impactantes pueden tener un impacto en las personas que nunca podrían haber previsto. Millones de personas en todo el mundo están afectadas por el estrés postraumático, una condición que les sigue como una sombra, recordándoles constantemente aquellos momentos traumáticos que las cambiaron para siempre ⁽³⁹⁾.

Además de las pautas que ella da para que haya recuperación del trastorno de estrés postraumático, como buscar apoyo profesional, educarse sobre la enfermedad, muestra un claro ejemplo de cómo los profesionales en salud mental sí quieren encontrar soluciones a esta patología.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en niños puede ser difícil de diagnosticar, debido a la superposición de sus síntomas con otros trastornos psicológicos y de comportamiento. Para un diagnóstico preciso, es importante considerar otros posibles diagnósticos diferenciales que pueden explicar los síntomas que presentan los niños. A continuación, se enumeran algunos de los diagnósticos diferenciales más comunes del TEPT en niños:

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente sobre una variedad de aspectos de la vida. Los niños con TEPT pueden sentir ansiedad, pero en el TAG la preocupación no está necesariamente relacionada con un evento traumático, como ocurre en el TEPT. La diferencia clave: en el TEPT, la ansiedad está relacionada con un trauma específico, y los síntomas incluyen la reexperimentación del evento traumático. La ansiedad en TAG no siempre está relacionada con un trauma y es más difusa ⁽³⁶⁾.

Los niños que experimentan el trastorno de ansiedad por separación experimentan un miedo excesivo a la separación de sus padres o cuidadores, lo cual puede causar síntomas como angustia, pesadillas y preocupación constante por la pérdida de sus padres. Si el niño ha sufrido un evento traumático relacionado con la separación, este trastorno puede confundirse con el TEPT. La diferencia clave entre la ansiedad por separación y el TEPT es que el TEPT se asocia con un evento traumático específico, mientras que la ansiedad por separación se preocupa específicamente por la separación física de los padres o cuidadores, sin la necesidad de un evento traumático previo ⁽³⁶⁾.

La irritabilidad, la tristeza persistente, el retraimiento social y los problemas de sueño son algunos de los síntomas de la depresión en niños, que también se ven en el TEPT. En los niños pequeños, la depresión se manifiesta con frecuencia mediante quejas somáticas (dolores de cabeza, dolor de estómago) o dificultades para asistir a la escuela. La distinción más notable es: los síntomas de depresión pueden estar presentes en las personas que experimentan TEPT, pero están relacionados con la reexperimentación del trauma y con síntomas específicos, como flashbacks o evitación de recordatorios del evento traumático. No hay una conexión directa entre el trastorno depresivo mayor y un evento traumático ⁽³⁶⁾.

Un patrón persistente de comportamiento agresivo o desafiante hacia las normas sociales o los derechos de los demás, se denomina trastorno de conducta en niños. Los niños con TEPT a veces muestran irritabilidad, rabietas o comportamientos desafiantes, que pueden confundirse con un trastorno de conducta. La diferencia clave: en el trastorno de conducta, los comportamientos antisociales no necesariamente están relacionados con un evento traumático y pueden ser más persistentes y difíciles con el tiempo, mientras que, en el TEPT, los comportamientos disruptivos suelen estar asociados con la angustia relacionada con el trauma ⁽³⁶⁾.

El TDAH y el TEPT pueden compartir síntomas, como impulsividad, hiperactividad y dificultad para concentrarse. Los niños con TEPT a menudo tienen problemas de concentración, debido a la hipervigilancia o a la reexperimentación del trauma, lo que puede causar confusiones con el TDAH. La diferencia clave: el TDAH tiene problemas de atención relacionados con la evitación de pensamientos sobre el trauma o la hipervigilancia, mientras que el TEPT tiene problemas de atención más generales y no están relacionados con un trauma en particular ⁽³⁶⁾.

Los niños que han experimentado negligencia extrema o abuso pueden desarrollar el trastorno de apego reactivo, lo que afecta su capacidad para establecer relaciones saludables con sus cuidadores. Estos niños pueden presentar síntomas del TEPT, como evitación de relaciones o retraimiento emocional. La diferencia clave entre el TAR y el TEPT es que el TAR se caracteriza por problemas de apego, mientras que el TEPT se caracteriza por la reexperimentación del trauma y la hipervigilancia ⁽³⁶⁾.

El TOC en los niños se caracteriza por pensamientos intrusivos, también conocidos como obsesiones, y comportamientos repetitivos, también conocidos como compulsiones, que intentan reducir la ansiedad. Los niños con TEPT pueden mostrar comportamientos repetitivos o pensamientos intrusivos relacionados con el trauma en algunos casos. La diferencia clave: en el TOC, las obsesiones no están necesariamente relacionadas con un evento traumático, y las compulsiones se realizan para reducir la ansiedad asociada con las obsesiones, mientras que, en el TEPT, los pensamientos intrusivos están relacionados con la reexperimentación de un trauma ⁽³⁶⁾.

Cuando un niño tiene dificultades significativas para adaptarse a cambios o eventos estresantes en su vida, como un cambio de escuela, separación de padres o mudanza, se llaman trastornos de ajuste. Los síntomas pueden incluir cambios en el comportamiento, ansiedad o depresión. La diferencia clave: en el trastorno de ajuste, los síntomas son una respuesta a un evento estresante, pero no cumplen los criterios completos para un diagnóstico de TEPT, que requiere la presencia de un trauma y su reexperimentación a través de pesadillas, flashbacks o hipervigilancia ⁽³⁶⁾.

La irritabilidad extrema y los episodios frecuentes de enojo desproporcionados a las circunstancias son características del Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDDEA). Estos niños pueden parecer siempre irritables, lo que puede confundirse con la irritabilidad que se ve en los pacientes con TEPT. La distinción principal es: en el TDDEA, la irritabilidad es la característica principal y no necesariamente está relacionada con un evento traumático, mientras que, en el TEPT, la irritabilidad suele estar relacionada con el trauma y es solo un aspecto del trastorno ⁽³⁶⁾.

Los niños con TEPT suelen experimentar pesadillas y problemas para dormir, lo que puede confundirse con trastornos del sueño independientes, como el insomnio o el terror nocturno. La diferencia clave: el TEPT asocia los problemas de sueño con la reexperimentación de un trauma, mientras que los trastornos del sueño pueden tener causas diferentes y no estar relacionados con un evento traumático ⁽³⁶⁾

4.2 Resultados de la encuesta

En esta parte del capítulo IV, donde se puede observar la encuesta aplicada y sus resultados en específico, también se puede observar cómo estos resultados pueden correlacionarse con la literatura sobre el TEPT. Además, es importante reconocer que estos resultados fueron arrojados por 16 médicos generales del área de EBAIS del Alto del Conde, en Golfito, Puntarenas.

1. ¿Conoce usted como profesional de salud qué es Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

Los resultados de la encuesta aplicada en el EBAIS dicen que el 93,8% sabe qué es el TEPT y un 6.3% no sabe qué es este trastorno.

Esto demuestra que los médicos generales costarricenses tienen conocimiento de qué es el trastorno de estrés postraumático, cuáles son sus síntomas y qué implica. El trastorno de estrés postraumático, según la definición que da el DSM-V, es un trastorno psicológico que puede surgir después de un trauma. Los eventos traumáticos pueden incluir heridas graves, agresión sexual o amenazas de muerte ⁽⁴⁷⁾.

Ha sido descrito como un modo de supervivencia; el trastorno de estrés postraumático se caracteriza por ansiedad, síntomas de intrusión, evitación de estímulos, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo y alteraciones significativas en la excitación y la reactividad. Debido a los déficits consiguientes en la memoria verbal, el procesamiento de emociones y otros trastornos neuropsicológicos, esta condición puede obstaculizar los procesos de aprendizaje ⁽⁴⁷⁾.

Según estudios latinoamericanos, específicamente en Colombia, los datos parecen sugerir que hay cierta similitud entre los síntomas, por lo que un niño que ha experimentado un trauma puede experimentar síntomas de TDAH, y es posible que los síntomas de TEPT se confundan con los de TDAH. Por lo tanto, la

combinación de síntomas puede obstaculizar el diagnóstico adecuado y, como resultado, administrar un tratamiento incorrecto ⁽¹⁵⁾.

Así lo mencionan estudios de Costa Rica, , México, Colombia y España. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden ser un poco confusos. Los síntomas pueden ser intrusivos, que serían tener recuerdos del suceso que les generó un trauma, también pueden generar trastornos del sueño. Los pacientes generan síntomas de evasión, la hipervigilancia que se genera por el trauma, también los cambios de ánimo, la tendencia a tener problemas de ira. También presenta problemas como dificultad para concentrarse, para llevar una vida diaria, a tal punto que afecta su diario vivir ⁽⁴⁸⁾.

Los niños y los adolescentes españoles refieren que pueden responder extremadamente a un trauma, pero es posible que sus síntomas no sean los mismos que los de los adultos. Los niños menores de 6 años pueden experimentar síntomas como orinar en la cama después de haber aprendido a ir al baño; olvidar cómo hablar o no poder hablar; dramatizar experiencias traumáticas al jugar; y aferrarse de manera inusual a sus padres o a otro adulto. Esta sintomatología también se refleja en niños de Occidente ⁽⁴⁸⁾.

Los síntomas se presentan con frecuencia en niños y adolescentes más grandes que en adultos. Además, pueden comportarse de manera disruptiva, irrespetuosa o destructiva. Los niños y los adolescentes pueden sentirse culpables por no haber evitado estar cerca de la muerte o de las lesiones ⁽⁴⁹⁾.

Es gratificante que la mayoría de los médicos conozcan el TEPT. En el futuro, hay que trabajar en que el restante del personal conozca este trastorno y sepa cómo abordarlo de la manera correcta.

2. ¿Conoce usted algún protocolo a nivel nacional sobre el Trastorno de Estrés Postraumático?

R / SÍ NO

El resultado de la encuesta realizada es que el 81,3% no sabe de ningún protocolo a nivel nacional sobre TEPT, y el 18,8% sí conoce algún protocolo.

Costa Rica, un país con una seguridad social robusta, en la mayoría de los casos cuenta con unidades especiales, al igual que sus protocolos. También esto genera un alivio en la población, al haber un protocolo que cure, diagnostique y dé una mejor calidad de vida. En el área de salud mental hay un poco de estigma social, y genera que se les dé poca importancia a los síntomas psicológicos. La seguridad social invierte poco presupuesto en un tema de salud mental, y esto se ve reflejado en la ausencia de protocolos a nivel de ella en cuanto a salud mental.⁽⁵⁰⁾

Ante la necesidad de protocolos, guías o programas para TEPT y otras patologías de salud mental, la CCSS, el Ministerio de Salud y el MEP han decidido crear una capacitación para el personal docente para los niños y adolescentes víctimas de violencia afuera y dentro de los centros educativos, con el fin de prevenir situaciones en su adultez y atentados contra su propia integridad.⁽⁵⁰⁾

El protocolo sobre víctimas de delitos sexuales del Poder Judicial es el único protocolo que menciona el manejo del trastorno de estrés postraumático. Además, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) no ha establecido un protocolo oficial para TEPT, por lo que solo existen recomendaciones de psiquiatras. Sin embargo, el Protocolo de atención clínica de la CCSS establece algunos estándares que los médicos deben cumplir, cuando brindan atención a los pacientes en cuestión de salud mental.⁽⁵⁰⁾

Según el Ministerio de Salud costarricense, el viernes 20 de octubre de 2023, un grupo de 75 profesionales de las 27 Direcciones Regionales del Ministerio de Educación completaron un proceso de capacitación, iniciado el 18 de agosto y finalizado el 29 de septiembre del 2023, que les proporcionó más herramientas para mejorar la atención de la salud mental en los centros educativos.⁽⁵⁰⁾

Estos profesionales capacitados, quienes son del MEP y del Ministerio de Salud únicamente, porque son a los que a nivel nacional se les ha dado presupuesto para hacerlo, ahora formarán al personal docente de primaria y secundaria en sus respectivas regiones, con el objetivo de que las nuevas herramientas y conocimientos adquiridos beneficien a toda la comunidad educativa. La capacitación se centró en mejorar la comprensión de la salud mental, fomentar estrategias de apoyo y desarrollo psicosocial positivo, reducir el estigma asociado y promover la búsqueda de ayuda de manera oportuna⁽⁵¹⁾.

Las capacitaciones realizadas por el MEP, la CCSS y el Ministerio de Salud son parte del proyecto "Promoción de la salud mental y bienestar de la comunidad educativa en Costa Rica", que aborda de manera intersectorial el incremento de trastornos de salud mental entre jóvenes y niños, como la depresión, la ansiedad y el suicidio, así como la violencia en los centros educativos. Esto es con el fin de prevenir enfermedades mentales a causa de situaciones violentas ⁽⁵¹⁾.

Este proyecto cuenta con un equipo técnico de colaboración intersectorial integrado por el Departamento de Salud y Ambiente del Ministerio de Educación (MEP), la Secretaría Técnica de Salud Mental del Ministerio de Salud y tres instancias de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): el Área de Salud Colectiva, el Programa de Atención Integral de la Persona Adolescente y la Coordinación Nacional de Psicología. El equipo recibe apoyo técnico y cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), además de la asesoría de la Universidad de Alberta y del equipo de programas escolares de salud mental de los servicios de salud de la provincia de Alberta, Canadá ⁽⁵¹⁾.

Esto quiere decir que el Gobierno costarricense se involucra en la salud mental de los niños y adolescentes; ello propone que, en lugares donde ellos pasan bastante tiempo, como es la escuela, ellos puedan tener una adecuada salud mental, para así evitar situaciones que los pongan en riesgo, como el abuso, ya sea físico, sexual y/o psicológico. ⁽⁵²⁾

3. ¿Conoce algún protocolo sobre Trastorno de Estrés Postraumático en la CCSS?

R/ SÍ NO

El resultado de la encuesta aplicada a 16 médicos generales, acerca de si conocen algún protocolo sobre el trastorno de estrés postraumático en la CCSS, el 87,5% dice que no, y un 12,5% sí conoce algún protocolo. Pero según la página web de la CCSS, donde se encuentran los protocolos aplicados en la institución no se encuentra.

El único protocolo que menciona el manejo de trastorno de estrés postraumático específicamente sería el protocolo del Poder Judicial, que es el

protocolo sobre víctimas de delitos sexuales. Después de ahí solo hay recomendaciones de psiquiatras, pero no un protocolo para el TEPT en la CCSS. También el Protocolo de atención clínica de la Caja Costarricense de Seguro Social que tiene ciertas pautas que deben seguir los médicos a la hora de la atención.

Se han realizado estudios en todo el país, que indican que en Costa Rica existe estrés, ansiedad y depresión infantil a causa de traumas o situaciones difíciles que estos niños estén atravesando. En la Caja Costarricense de Seguro Social, según una publicación del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en el 2004, los trastornos afectivos, principalmente ansiedad y estrés graves, fueron la principal causa de egreso de menores en el año 2001 ⁽⁹⁾.

Esto demuestra que hace más de 23 años no se lleva a cabo un censo sobre cómo está la salud de los niños, asunto bastante preocupante, pero según varios estudios colombianos, mexicanos y españoles, y la opinión de varios psiquiatras, médicos familiares, médicos generales y psicólogos, esto se ha intensificado desde que las redes sociales son más accesibles a los menores y hay poco control parental ⁽⁹⁾.

Lo que pasa es que Costa Rica no ha hecho estudios recientes sobre este tema. Esto demuestra que las estadísticas sobre el tema a nivel nacional son antiguas, y permiten observar la existencia de estrés infantil en el país. Pero en cambio, los niños que crecen en hogares pobres, según este mismo estudio, están expuestos a problemas económicos constantes y no tienen acceso a servicios de salud privados, por lo que dependen de la oferta pública, aunque esta, en muchos casos, es insuficiente, que no está disponible para todas las edades de la primera infancia ⁽⁹⁾.

El Protocolo de atención clínica, creado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), mejoró la atención psicológica que reciben las personas que ingresan a los centros de salud, de acuerdo con un artículo publicado por una identidad estatal costarricense. La actualización del protocolo indica que las personas que presentan trastornos, como resultado de las experiencias estresantes de la vida cotidiana en los ámbitos personal, familiar, académico, laboral y económico, reciben servicios de Psicología en los tres niveles de atención ⁽³⁸⁾.

4. ¿Conoce usted como profesional de salud los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

Según la encuesta contestada por 16 de los médicos generales del EBAIS Alto del Conde, en Golfito, el 87.5% sí conoce los síntomas de TEPT, pero el 12,5% no los conoce. Esto indica que hay un vacío en cuanto a los conocimientos sobre Psiquiatría en ciertos médicos generales entrevistados.

Los síntomas son expresados en el DSM-IV; ahí aclara los síntomas expresados en niños y en adultos. Lo único que no menciona es lo de los síntomas de niños menores a 6 años.

Los efectos neurológicos del trastorno de estrés postraumático han sido documentados por los investigadores que realizaron un estudio en El Salvador, Guatemala y Honduras, que indican cómo el cerebro sufre a causa de estrés postraumático, y esto genera los síntomas característicos que presenta. Estos estudios incluyen una desregulación de las estructuras límbicas y la corteza prefrontal, una disminución de la función ejecutiva y un aumento de la respuesta de las hormonas del estrés como el cortisol y la norepinefrina ⁽⁴⁷⁾.

La materia gris en las regiones frontal y límbica, como el cíngulo anterior dorsal corteza, la corteza prefrontal ventromedial, el polo temporal, la amígdala y el hipocampo, es uno de los cambios neuronales. Se ha encontrado una conexión consistente entre estas áreas y los procesos de aprendizaje; por ejemplo, se sabe que el hipocampo juega un papel importante en el aprendizaje, la memoria y los procesos neuroendocrinos ⁽⁴⁷⁾.

Reconocer los factores orgánicos potencialmente tratables que presenten síntomas postraumáticos, así como el traumatismo craneoencefálico, es fundamental, además de factores orgánicos que pueden empeorar los síntomas, como la epilepsia, los trastornos de consumo de alcohol o de otras sustancias. Debido a que ambos trastornos son causados por un evento traumático por un golpe o un accidente y tienen la misma sintomatología que el TEPT, el trastorno de estrés agudo es considerado uno de los principales diagnósticos diferenciales. Sin embargo, hay

una diferencia en el criterio temporal: el trastorno de estrés agudo desaparece en el primer mes después del evento traumático ⁽⁹⁾.

Además, el TEPT puede ser difícil de diferenciar de los ataques de pánico, la ansiedad generalizada, el trastorno límite de personalidad, los trastornos disociativos y los trastornos de parálisis faciales, porque sus síntomas pueden ser difíciles de diferenciar ⁽⁹⁾.

La literatura, en estos estudios que se hicieron en España sobre el TDAH y el TEPT, para evaluar si existe un problema de diagnóstico diferencial, ha puesto de relieve las dificultades diagnósticas del TDAH y el potencial papel del TEPT en estas dificultades. Esto llevó a la idea de que podrían estar mostrando síntomas de otro problema, como el trastorno por estrés postraumático, en lugar de un problema neurológico ⁽¹⁵⁾.

Además, planteó la idea de que la hipervigilancia y la disociación que podrían resultar del trauma se pudieran confundir con la falta de atención, que es una característica del TDAH y del TEPT. De igual forma, los niños que experimentan una gran cantidad de estrés pueden actuar de manera impulsiva. En los casos de trauma infantil, la hipervigilancia hace que los niños busquen amenazas o peligros en su entorno, simulando hiperactividad, o incluso falta de atención y facilidad para distraerse. Sin embargo, el trauma que causa síntomas similares al TDAH requiere un tratamiento diferente ⁽¹⁵⁾.

Así lo dice el estudio de la Universidad de Girona en España: el estrés postraumático, combinado con el TDAH, tiene un impacto más significativo en el funcionamiento de niños y adultos que cualquiera de los dos trastornos en sí. Sus resultados confirman que el TDAH y la comorbilidad con TEPT tienen una mayor gravedad clínica en cuanto a la comorbilidad psiquiátrica y la disfunción psicosocial ⁽¹⁵⁾.

Además, el estudio de la Universidad de Girona expresa que la cultura y el contexto tienen un impacto en la manifestación psicológica del TDAH en los comportamientos de los niños, pues reflejan los patrones sociales y culturales que los rodean. Por lo tanto, los factores ambientales o traumáticos pueden influir e interferir en el comportamiento ⁽¹⁵⁾.

5. ¿Ha visto usted en su consulta de atención primaria pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

En la encuesta se observa que el 43,8% no ha visto en su consulta pacientes con TEPT, y en el 56,3% sí ha visto pacientes con TEPT.

Desde mediados de la década de los noventa se llevaron a cabo numerosos estudios en niños y jóvenes sobre los efectos del maltrato en la familia, considerando el diagnóstico de TEPT-C como una opción diagnóstica casi diez años después. En menores, los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación están relacionados con el maltrato, pero tampoco parece que los criterios diagnósticos sean apropiados. Cuando se utilizan criterios alternativos para la infancia, la prevalencia aumenta, porque pocos cumplen todos los criterios ⁽⁴⁸⁾.

En un gran porcentaje de los menores que habían sufrido alguna forma grave de maltrato a lo largo de la infancia, se encontró sintomatología compatible con reacciones postraumáticas complejas. Según los estudios revisados, reportaron alteraciones en la regulación de los afectos y las relaciones interpersonales, que son los síntomas principales del trauma complejo ⁽⁴⁸⁾.

El trauma infantil y el TEPT tienen síntomas similares al TDAH y, paradójicamente, no se citan como diagnósticos diferenciales en el DSM-5. Un diagnóstico erróneo de TDAH en niños con TEPT o un trauma no identificado pueden acentuar o exacerbar los síntomas, como la hiperactividad, la agresividad y los ataques físicos, e incluso el TDAH infantil puede aumentar el riesgo de TEPT, porque los niños con TDAH pueden estar más expuestos a situaciones traumáticas que los niños sin TDAH ⁽¹⁵⁾.

6. ¿Ha visto en su consulta de atención primaria niños de 5 a 10 años con Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

La encuesta que se les realizó a 16 médicos generales del EBAIS Alto del Conde, en Golfito, reveló que un 68,8% de la población respondió que no ha visto

en su consulta a niños de 5 a 10 años con trastorno de estrés postraumático. Un 31,3% ha visto en su consulta de atención primaria a niños de 5 a 10 años con estrés postraumático.

Los niños no siempre expresan sus síntomas al instante de presentar el trauma; muchos de ellos lo que hacen es presentar los síntomas, semanas, meses o incluso años después. Por lo cual, es posible que el TEPT no pueda ser diagnosticado en edades tempranas.

Según un estudio de Guatemala, Honduras, El Salvador y Sudáfrica, la edad de exposición puede moderar la prevalencia de síntomas del trastorno de estrés postraumático en los niños. Los eventos ambientales afectan el desarrollo típico de los niños durante la niñez media entre 7 y 11 años. Los niños de este rango de edad tienen un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad psicopatológica cuando están expuestos a un trauma ⁽⁴⁷⁾.

Compararon los síntomas de los menores expuestos a la violencia interpersonal, con interrupciones en la atención y la protección, en un estudio realizado en la Universidad de Murcia en España, con los expuestos a otros tipos de traumas, y confirmaron que el primer grupo tuvo más problemas de conducta, como ansiedad, depresión, síntomas disociativos, ira/agresividad y dificultades de identidad sexual ⁽⁴⁸⁾.

En investigaciones sobre menores que han sido víctimas de violencia doméstica por parte de su pareja o expareja, se ha constatado un mayor riesgo de ser víctimas de otros eventos traumáticos graves, como agresiones físicas y sexuales, lo que contribuye al aumento de la tasa de diagnóstico de TEPT y otros síntomas internos y externos ⁽⁴⁸⁾.

Se encontró, en el estudio realizado por la Universidad de Murcia, en España, una alta comorbilidad de otras alteraciones distintas al TEPT en niños y adolescentes con traumas graves y crónicos. Estos síntomas de desregulación son parte de los síntomas del TEPT-C, y se relacionan con un déficit en las funciones ejecutivas. Los estudios que comparan menores con personas que han experimentado traumas en el pasado, según criterios de exposición, con otro tipo de experiencia traumática,

confirmaron diferencias clínicas significativas entre ambos grupos, los primeros con mayor probabilidad de alteraciones relacionadas con el TEPT infantil ⁽⁴⁸⁾.

7. ¿Ha diagnosticado usted como profesional de salud un Trastorno de Estrés Postraumático en niños?

R/ SÍ NO

La encuesta reveló que un 68,8% de la población respondió que no ha diagnosticado niños con trastorno de estrés postraumático. Un 31,3% ha diagnosticado en su consulta de atención primaria a niños con estrés postraumático.

Se ha demostrado, en la Universidad de Murcia, España, según la investigación, que las experiencias repetidas de maltrato infantil actúan como estresores habituales, y crean fallas en los sistemas principales que persisten, y alteraciones en el desarrollo de estructuras cerebrales fundamentales, así como neuroreguladores como el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. Esto está relacionado con la falta de autorregulación afectiva y déficits en el funcionamiento cognitivo y conductual, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar problemas académicos y diversas psicopatologías ⁽⁴⁸⁾.

La exposición a sucesos traumáticos, así lo dicen investigaciones cubanas, es un requisito previo para el desarrollo del TEPT y el diagnóstico posterior, tales como lesiones graves, violencia sexual y muerte real o amenaza de muerte. Una persona puede estar expuesta, ya sea directa o indirectamente, al presenciar el evento, enterarse de que le sucedió a un amigo o miembro de la familia, o enfrentarse repetidamente a la situación ⁽⁵³⁾.

De acuerdo con investigaciones epidemiológicas cubanas, entre el 40% y el 90% de las personas experimentarán al menos un evento traumático en su vida. El TEPT se desarrolla en una de cada 10 personas que están expuestas a un incidente traumático potencialmente mortal, y es más común en pacientes con trastornos de ansiedad infantil ⁽⁵³⁾.

Se estima que entre el 25% y el 60% de los niños cubanos, según este estudio, han experimentado un trauma significativo antes de llegar a la adultez, especialmente aquellos que se someten a intervenciones quirúrgicas sin una

preparación psicológica adecuada. Desde un conflicto bélico como un golpe de Estado, guerrillas o manifestaciones violentas de los ciudadanos, hasta un accidente automovilístico, pasando por un intento de violación o una cirugía, se encuentran entre los factores desencadenantes de esta enfermedad ⁽⁵³⁾.

El miedo repentino del niño altera ciertas hormonas, lo que provoca un estado de hipervigilancia. Los niveles de hormonas suelen volver a la normalidad cuando ya no hay peligro, pero se mantienen altos en quienes padecen el trastorno. Este desorden es una reacción frecuente en infantes normales que han vivido una situación aterradora en relación con la cirugía y la anestesia, sobre la que no tenían control, pero el hecho de que sea común no significa que todos los niños reaccionen de esa manera ⁽⁵³⁾.

El hipocampo es una estructura crucial que desempeña múltiples funciones diferentes a las del subcampo. En un estudio de los volúmenes totales, derechos e izquierdos del hipocampo, se encontró que los pacientes con TEPT tenían volúmenes totales mayores que los pacientes sanos; también se encontró que los volúmenes del hipocampo derecho e izquierdo eran similares, y que la activación del hipocampo derecho era menor ⁽⁵³⁾.

El análisis comparó los volúmenes totales de amígdala entre sujetos sanos y pacientes pediátricos con TEPT en Cuba. Los volúmenes totales de amígdala fueron más pequeños que en los controles sanos, pero este resultado fue solo una tendencia y no fue estadísticamente significativo. Es importante señalar que los hallazgos para los volúmenes de amígdala derecha e izquierda fueron similares ⁽⁵³⁾.

Los volúmenes totales de amígdala de los sujetos que son niños de 9 años cubanos con TEPT fueron más pequeños que los de los controles sanos en otro análisis. Esto puede llegar a considerarse un signo radiológico común en este tipo de enfermedad. Se descubrió que la activación de la amígdala izquierda en respuesta a imágenes negativas se asoció positivamente con síntomas de TEPT. Esto demuestra que la reactividad de la amígdala a estímulos emocionales negativos está relacionada con la aparición posterior de síntomas postraumáticos ⁽⁵³⁾.

Debido a que la amígdala se activó más en el estrés traumático, la reactividad de la amígdala a las emociones negativas podría ser un marcador neurobiológico de

vulnerabilidad al estrés traumático y un factor de riesgo potencial para el TEPT, los grupos de TEPT, con dos paradigmas distintos que utilizan imágenes faciales. El TEPT puede afectar el desarrollo de partes del cerebro que son esenciales para el procesamiento emocional ⁽⁵³⁾.

El área total del cuerpo calloso fue menor en los pacientes con trastorno de estrés postraumático que en los pacientes sanos, lo cual indica una alteración neurológica significativa en el paciente pediátrico. Según los exámenes, los pacientes con trastorno de TEPT tenían un volumen cerebral e intracraneal menor que los de pacientes sanos. Esto es un criterio para tener en cuenta al realizar un diagnóstico de neuroimagen efectivo ⁽⁵³⁾.

Los volúmenes de materia gris cerebral fueron menores en los pacientes con TEPT que en los controles; solo la materia gris total del lóbulo frontal mostró un valor más bajo. Solo se evaluó el volumen hipofisario, se encontró que los niños con TEPT maltratados muestran diferencias más notables en el volumen hipofisario a medida que envejecen, a causa de que el volumen hipofisario de los pacientes con TEPT es significativamente mayor ⁽⁵³⁾.

Según un estudio cubano en niños entre los 7 y 13 años, los controles sanos tenían cortezas frontales medias izquierdas y giros frontales medios significativamente más activos que los controles con TEPT ⁽⁵³⁾.

8. ¿En caso de diagnosticar Trastorno de Estrés Postraumático, en qué edad lo ha diagnosticado?

R/

- 5-6 años
- 7- 8 años
- 9-10 años
- 10 años en adelante

La encuesta revela que el 75% de los médicos generales han diagnosticado pacientes de más de 10 años con TEPT. Un 12,5% han diagnosticado niños de 7 a 8 años, y también 12,5% en niños de 5 a 6 años.

La investigación de la Universidad de Múnich y el hospital Dr. Von Hauner Childern ha demostrado que, efectivamente, los niños pueden tener traumas y desarrollar TEPT, una conexión entre los patrones de apego desorganizados en los niños y traumas sin resolver en sus padres. Los llantos de su hijo cuando este se desatiende en los estados de lactancia, también en edades antes de los 5 años, porque en muchos casos el llanto es su forma de comunicarse, pueden, por ejemplo, provocar recuerdos del trauma que vivieron en su infancia temprana, así como su propio dolor y llanto. Esto, a su vez, puede provocar conductas disociativas o específicas del trauma en la madre o el padre, que provocan miedo en su hijo. Esto se observa: que desde la niñez se pueden tener traumas y estos presentar síntomas ⁽⁵⁴⁾.

Este artículo, de la Universidad de Múnich y el hospital Dr. Von Hauner Childern, tenía como objetivo señalar la necesidad de un tratamiento temprano e intensivo para los niños que experimentan traumatización temprana como violencia, abandono o abuso por parte de sus cuidadores primarios, lo que conduce al desarrollo de un trastorno de apego, seguido de un amplio rango de síntomas relacionados con el trauma que dependen de la edad ⁽⁵⁴⁾.

Los niños dependen de la edad y de su entorno; así pueden comunicarse. Muchos niños de 5 a 6 años han sido estimulados por su entorno de una manera muy positiva; esto logra que ellos tengan las herramientas adecuadas para comunicarse. Pero no siempre es el caso: se ha visto que niños que tienen una relación con su madre, padre o encargado legal con poco apego, puede generar inseguridades en ellos a esa edad; por lo tanto, no son capaces en algunos casos de comunicar las cosas negativas que les pasan.

Los niños de 7 años en adelante entran a la primaria entre los 6 y 7 años, y ellos empiezan el proceso de lectoescritura, el cual les permite adquirir herramientas para mejorar su comunicación verbal. Conforme pasan los años, estos niños mejoran sus capacidades de comunicación verbal y no verbal ⁽⁵⁴⁾.

Además de que tienen más medios a su disposición para así expresar cosas negativas que pasen en su vida, esto da como resultado que cuanto más edad tengan los niños, ellos puedan comunicar síntomas y situaciones que les está pasando. Esto lleva a los médicos a poder diagnosticar más fácilmente ciertas patologías. Hay que

recordar que en muchos casos los padres de familia no están tan atentos al entorno de sus hijos, lo cual hace que ellos no sepan en muchos casos qué les pasa a sus hijos, hasta que estos niños hablan con alguna persona de la institución educativa a la que asisten, o con otros adultos, y estos, en muchos casos, los llevan ante el personal de salud, y los niños cuentan los síntomas que tienen y los que pasa en su diario vivir ⁽⁵⁴⁾.

9. ¿Usted como profesional de salud cree que los niños puedan padecer Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

En la encuesta realizada a 16 médicos generales en el EBAIS de Alto de Conde, en Golfito, el 93,8% sí cree que los niños puedan padecer TEPT y el 6,2% no cree que los niños puedan padecer TEPT.

Este pequeño porcentaje de médicos, que representa un 6,2% de la encuesta al no creer que los niños no puedan padecer de TEPT, reduce las posibilidades de los niños de ser diagnosticados correctamente. Esto genera que ciertos niños no puedan acceder a un tratamiento oportuno; ello se debe al estigma social de que los niños por ser menores de edad no tienen por qué tener preocupación.

El porcentaje de menores que desarrolla TEPT, según criterios oficiales de la Universidad de Tumbes, en Perú, tras la exposición a traumas complejos, es bajo, y la mayoría cumple criterios para otros muchos diagnósticos, como por ejemplo trastorno de ansiedad por separación, trastorno negativista desafiante, TDAH o depresión sintomatología subclínica diversa, o alteraciones emocionales y conductuales, que son muy frecuentes en menores tutelados con problemas de salud mental ⁽⁴⁶⁾.

Recientemente, un estudio hecho en El Salvador, Guatemala y Honduras dice que la CIE-11 menciona que la OMS lo ha confirmado como diagnóstico en el 2018, y especifica que debe cumplir con los requisitos del TEPT, además de problemas graves y persistentes en la regulación del afecto; creencias sobre uno mismo de incapacidad y poca valía; sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados

con el evento traumático; y dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás ⁽⁴⁸⁾.

10. ¿Usted como profesional de salud cuál cree que sea la causa del Trastorno de Estrés Postraumático?

- Delitos sexuales
- Separación de los padres
- Acoso escolar
- Delincuencia organizada
- Conflictos bélicos en su país respectivo

En la encuesta realizada a 16 médicos generales en el EBAIS de Alto Conde, se observó que en un 43,8% la causa de TEPT sería la de los delitos sexuales, un 12,5% sería por acoso escolar. Un 12,5% sería el de los conflictos bélicos en sus respectivos países. Un 31,3% sería la separación de los padres, según su experiencia.

La guerra, la violencia física, la violencia sexual y la tortura son algunos de los muchos eventos traumáticos que frecuentemente afectan a los refugiados. También ven la muerte y el sufrimiento extremo. Los menores refugiados corren un mayor riesgo de sufrir trastorno de estrés postraumático. Algunos investigadores estiman que el trastorno de estrés postraumático es hasta el 50% más común entre los jóvenes inmigrantes. Los niños refugiados que han sido detenidos y separados de sus familias tienen TEPT. Por lo tanto, los niños inmigrantes son más vulnerables, porque los costos biológicos, cognitivos y emocionales del trastorno de estrés postraumático pueden reducirse ⁽⁴⁷⁾.

El Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) describe, más completa y apropiadamente, la psicopatología resultante de la exposición a traumas complejos en adultos, incluyendo un conjunto de síndromes más graves que los que se describen en los diagnósticos de TEPT del DSM, y fue propuesto originalmente para proporcionar un diagnóstico alternativo para supervivientes a una exposición a traumas repetidos y prolongados, cuyos síntomas más graves eran diferentes ⁽⁴⁸⁾.

El maltrato, los abusos y el abandono infantil pueden considerarse eventos traumáticos que obstaculizan el crecimiento normal del cerebro y pueden, incluso,

causar alteraciones significativas en algunas estructuras cerebrales. Parece que, junto con otros factores ambientales y genéticos, estos efectos neurobiológicos juegan un papel importante en el desarrollo posterior de diversas psicopatologías, tanto a corto como a largo plazo. En los niños del estudio de El Salvador, Guatemala, Honduras y Sudáfrica con TEPT, se puede observar un cambio en los procesos de apego que dificulta el desarrollo de habilidades evolutivas normales ⁽⁴⁸⁾.

Son asuntos relacionados con aspectos centrales de su desarrollo, y les impide tener un funcionamiento satisfactorio en las diversas áreas de su vida y bienestar mental. Las consecuencias de la evaluación, el diagnóstico y la atención de la patología, para así dar tratamientos psicológicos, son muy efectivos. El impacto va más allá de lo clínico. También aspectos importantes del apego y las condiciones de tutela y adopción, ya que están las rupturas afectivas anteriores y nuevas de los progenitores o encargados legales. Las condiciones de cuidado y protección, así como las condiciones postraumáticas de los niños, ayudan a comprender mejor.

Cada día, este fenómeno se vuelve más fuerte en la sociedad costarricense. Es muy común escuchar casos de agresión en todos los niveles sociales. La Organización Mundial de la Salud definió la violencia como un problema social que se manifiesta de manera física, verbal o por negligencia u omisión, y ocurre dentro de la escuela con estudiantes, profesores y autoridades. Además, puede causar problemas a corto, mediano y largo plazo, como problemas físicos, sexuales, reproductivos, mentales y una disminución en el desarrollo social, emocional y cognitivo ⁽⁵⁵⁾.

Los maestros son los principales actores del proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo que deben trabajar en conjunto con la comunidad educativa para crear espacios de aprendizaje seguros y dinámicos y para una convivencia pacífica. Los maestros no solo transmiten información, sino que también ayudan significativamente al desarrollo emocional y cognitivo de los niños y adolescentes. Por lo tanto, juegan un papel importante en el desarrollo y cambio social de todos los estudiantes ⁽⁵⁵⁾.

La mejor manera de lograr una convivencia saludable es cuando los procesos educativos están enmarcados en el respeto y la convivencia pacífica. En este contexto, el docente es crucial desde su escenario educativo con la adecuada

preparación, porque es capaz de detectar posibles tipos de violencia que suelen darse y actuar de forma asertiva ante los hechos, para evitar que los estudiantes que están siendo violentados y vulnerados en sus derechos e integridad sufran consecuencias negativas, como bajo rendimiento escolar, baja autoestima, timidez, agresividad, suicidio u otros ⁽⁵⁵⁾.

Después de revisar la literatura sobre la violencia en Latinoamérica, la autora del presente trabajo investigativo está convencida de que es necesario combatir de manera urgente este fenómeno social. Esto no se puede lograr únicamente mediante políticas temporales o programas, sino también a través de una formación docente adecuada y oportuna, que brinde las herramientas necesarias para afrontar de manera óptima las realidades presentadas en la educación y la sociedad, permitiéndoles participar. En Ecuador y en el resto de Latinoamérica, la violencia escolar es una de las cuestiones más delicadas que se abordan en los ámbitos fiscal y particular. Por lo tanto, actúa en beneficio de las autoridades ⁽⁵⁵⁾.

11, ¿Como personal de salud cree que el manejo que le da la CCSS al trastorno de estrés postraumático es el adecuado?

- Sí
- No
- No sé

En la encuesta realizada, de los médicos generales 68,8% no saben si el manejo que da la Caja de Seguro Social es el adecuado, el 12,5% sí lo considera adecuado, y el 18,8% no lo considera adecuado del todo.

Según las búsquedas de artículos, hasta el momento solo el MEP y el Poder Judicial son quienes tienen políticas y planes para tratar el trastorno de estrés postraumático y sus consecuencias. La CCSS solo tiene la atención integral del paciente y ferias de salud. No tiene documentos ni planes en los que fomente algún tipo de plan para este trastorno en específico.

La Dirección de Vida Estudiantil del MEP fomenta la Salud Mental, mediante la creación de oportunidades para el disfrute del arte, la recreación, el deporte y los espacios de expresión seguros para los estudiantes, como: el objetivo

de Aulas Escucha es mejorar la capacidad de 148 centros educativos de educación primaria, los cuales cuentan con un equipo interdisciplinario cuyos miembros actúan como defensores y promotores de la salud mental. Aquí estoy es la línea que brinda primeros auxilios psicológicos a los estudiantes y sus familias. Los juegos deportivos estudiantiles fomentan la salud física y la salud mental, al incorporar la actividad física en las vidas de ellos ⁽⁵⁶⁾.

A través de la coordinación y participación en el Programa Local en Salud Mental e Intervención de Conductas Suicidas, la Junta de Salud de Moravia participó en una actividad de promoción de la salud mental el lunes 12 de septiembre de 2022. La actividad se llevó a cabo con la participación de la Sra. Mónica Sotelo, secretaria de la Junta de Salud de Moravia. Esta feria de salud solo se enfoca en la prevención de suicidio, que es una de las muchas consecuencias del TEPT. No se enfoca en tratar la patología de trastorno de estrés postraumático ⁽⁵⁸⁾.

Esta fue la primera iniciativa enfocada en fomentar y prevenir la salud mental, con la colaboración de instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Salud y la Municipalidad de Moravia. El objetivo de la actividad fue difundir información sobre la prevención del suicidio y la importancia de fomentar hábitos saludables. Lastimosamente es solo para adultos, excluyendo un grupo como lo son los niños y adolescentes ⁽⁵⁸⁾.

Un reciente comunicado de prensa de la Defensoría de los Habitantes menciona que la CCSS tiene ciertas deficiencias en cuanto a su atención, infraestructura, planes a largo plazo, falta de protocolos y actualización de ciertas metodologías que usan para el abordaje de las patologías ⁽⁵⁹⁾.

En lo que respecta a la salud, dice la Defensoría de los Habitantes que la CCSS sigue necesitando disponer de un sistema de costos como herramienta esencial de gestión, que permita realizar una cuantificación más precisa de los costos de procesos, actividades e intervenciones y mejorar las estimaciones. Esto aumenta los costos y reduce áreas como la salud mental ⁽⁵⁹⁾.

La CCSS no ha consolidado por completo la inclusión de elementos de gestión para resultados en el desarrollo, como parte de la construcción de una visión de futuro con un horizonte de largo plazo; persisten debilidades en el proceso de

identificación y planificación de las necesidades de infraestructura, tecnología y compra de equipos, lo que no permite orientar razonablemente la gestión oportuna de los proyectos de sustitución o ampliación de oferta, para efectos de proteger la continuidad y la calidad de los servicios de salud ⁽⁵⁹⁾.

Según el modelo de atención, la CCSS así lo menciona, la Defensoría de los Habitantes carece de información actualizada y completa sobre los requerimientos de servicios, recursos humanos y equipos que caracterizan a cada tipo de establecimiento de salud. En su ausencia, la CCSS utiliza una serie de insumos para identificar la complejidad de esos centros, que presentan debilidades importantes. Como resultado, la CCSS podría no estar asignando los recursos en materia de salud en las zonas de mayor riesgo, lo que podría estar fomentando la falta de atención y el uso ineficiente de los recursos, lo que afecta la calidad del servicio ⁽⁵⁹⁾.

Todas estas deficiencias hacen que se afecte la atención a los usuarios no solo en el área de salud mental, sino en todas las patologías que atiende la CCSS a diario. Esto hace que muchas personas tengan un diagnóstico tardío y un abordaje inoportuno.

12. ¿Qué dificultades enfrentan los niños de 5 a 10 años con Trastorno de Estrés Postraumático, según su experiencia?

Según la experiencia de los médicos generales del EBAIS de Alto del Conde, de Golfito, un 56,3% de los pacientes con trastorno de estrés postraumático entre 5 y 10 años tendrá problemas escolares. El 25% en ansiedad, 12,5% sería depresión y un 6,3% en ideas de suicidio. El aislamiento social, según los encuestados, no es una dificultad que puedan presentar los niños con TEPT.

El desarrollo frontolímbico, de acuerdo con un estudio realizado en Ucrania y Siria, es anormal, se ha relacionado con una regulación emocional debilitada, un marcador común del trastorno de estrés postraumático en Pediatría. Otras afecciones psiquiátricas en niños y adolescentes también están relacionadas con la pérdida de materia gris en estas partes del cerebro. Además, el trastorno de estrés postraumático conduce a un ciclo desafortunado: la expresión prolongada de los síntomas del trastorno de estrés postraumático puede exagerar la respuesta de miedo de la amígdala, lo que resulta en una hiperactividad y una respuesta exagerada a la

amenaza. el aumento de la respuesta neuroendocrina al estrés. evita el proceso de arriba hacia abajo ⁽⁴⁷⁾.

Los efectos perjudiciales se extienden más allá de la niñez. Los investigadores de Ucrania y de Siria están investigando el mayor riesgo de los refugiados, de desarrollar trastornos neurológicos y complicaciones que se derivan de la fase aguda de una emergencia humanitaria. Los campos de refugiados no suelen ser temporales, lo que puede resultar en décadas de mayor riesgo de infecciones neurológicas, así como físicas y enfermedades relacionadas con traumas psicológicos ⁽⁴⁷⁾.

Incluso después de mudarse de un campo de refugiados, los investigadores de Ucrania y Siria concluyeron que es posible que persistan los problemas psicológicos y se produzcan déficits. Para desarrollar intervenciones efectivas, los gobiernos y profesionales que ayudan a los refugiados deben comprender la conexión entre el trauma y el aprendizaje. y medicamentos ⁽⁴⁷⁾.

Por lo que sugiere que se enfoquen en la detección de síntomas del trastorno de estrés postraumático, sin importar el grupo de síntomas o los criterios específicos aplicados a cada uno de ellos; en este contexto, un enfoque dimensional parece ser más adecuado que uno basado en categorías para abordar a esta población ⁽⁴⁶⁾.

Es importante tener en cuenta que cada persona es única, y que la forma en que el estrés postraumático afecta a alguien puede variar considerablemente, independientemente de su edad. La atención y el apoyo adecuado, como la terapia y el tratamiento, pueden ayudar a las personas de todas las edades a recuperarse del trastorno mencionado. Además, al abordar el estrés postraumático, es importante tener en cuenta las necesidades específicas de cada grupo de edad ⁽⁴⁶⁾.

Además, el desarrollo de la pubertad -ya sea temprano o tardío debido al estrés-, es otro factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión en la adolescencia. Por lo tanto, el mecanismo por el cual las mujeres son más susceptibles a la exposición a cualquier trastorno mental no es claro, pero se ha observado que las mujeres con depresión muestran variaciones en áreas del sistema cortico-límbico. ⁽⁴⁶⁾.

Se ha establecido firmemente, según la Asociación Iberoamericana de Neurociencias y Psiquiatría, que dos de los factores de riesgo más significativos para el suicidio en niños y adolescentes son el trastorno psiquiátrico y el intento de suicidio, principalmente en personas con trastornos depresivos, bipolares, trastornos de estrés postraumáticos y abuso de sustancias; o en casos de intentos de suicidio que cumplen con criterios de gravedad. El riesgo de suicidio también está aumentado por factores ambientales y estresores ⁽⁵⁷⁾.

CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En este capítulo, se determina cuáles son los puntos más importantes del trabajo final, con sus recomendaciones respectivas por objetivo. El TEPT es un trastorno que puede ser subdiagnosticado si no se conoce correctamente su sintomatología, su fisiología, sus causas y sus factores de riesgo. Esto hace que se confunda con patologías como la ansiedad, la depresión, el trastorno de déficit atencional, el trastorno bipolar, entre otros. Todo ello es debido a que se comparten síntomas y causas de esta patología.

Esta tesis ha examinado los factores que contribuyen al TEPT, las manifestaciones clínicas y las técnicas de tratamiento. Los hallazgos principales de la investigación realizada sugieren que ni la CCSS ni Costa Rica tienen un protocolo para el TEPT, y ni hay técnicas efectivas probadas de manera científica para atender a niños de 5 a 10 años.

Los hallazgos destacan la necesidad de diagnosticar adecuadamente, brindar tratamiento oportuno y establecer un protocolo para solucionar el TEPT y abordar sus causas, ya que los casos de TEPT se están incrementando a nivel mundial, así como sus causas, como el acoso escolar, los delitos sexuales, las familias disfuncionales y el crimen organizado. Estos hallazgos sugieren que eso se puede hacer en los próximos años, y es buscar cómo manejarlos y no dejar que esto alcance la adultez de la persona afectada.

Sin embargo, en el objetivo uno, que sería explorar la disponibilidad y el acceso a los protocolos de diagnóstico del TEPT en la atención primaria en Costa Rica, mediante una revisión documental y consulta a fuentes oficiales de salud pública, lleva a que se busque de este tema en Costa Rica. Es importante tener en cuenta las limitaciones de este estudio, como el hecho de que no hay muchos estudios a nivel nacional sobre TEPT, ni protocolos ni documentos sobre cómo diagnosticar y abordarlos. Se investigó en buscadores académicos de diferentes plataformas y se encontraron estudios desde el 2004 hasta el 2023 sobre TEPT en el país. Esto incluye tesis, artículos y tesis sobre el tema, pero son muy pocas a nivel nacional.

La disponibilidad y el acceso a protocolos sobre el diagnóstico del TEPT en atención primaria se ven limitados por la misma institución de la CCSS, porque en ella hay muy pocos protocolos sobre temas de salud mental. Además de que esto le puede tener un impacto económico grande, por lo cual se les da mayor atención a otras áreas que a la salud mental, y sobre todo al TEPT.

El crear un protocolo requiere de especialistas como psiquiatras y psicólogos. También que cada uno de estos profesionales lo enfoque a las diferentes edades en las que pasa este trastorno, así como a las otras patologías que se tienen además del TEPT. También se debe enfocar en si la persona tiene ciertas condiciones socioeconómicas, culturales o religiosas para realizar el protocolo.

Esta investigación hace una gran contribución al campo del TEPT, al proporcionar nuevos conocimientos que pueden mejorar tanto la práctica clínica como el desarrollo de políticas de salud mental. Se espera que estos hallazgos inspiren nuevas investigaciones y avances en el tratamiento y el apoyo a las personas que sufren de TEPT, para llenar los vacíos académicos que hay en el país en cuanto al tema.

Según el objetivo dos, que sería comparar la frecuencia de diagnóstico del TEPT con otras patologías psiquiátricas en pacientes pediátricos de 5 a 10 años, por medio de estudios previos o informes epidemiológicos de Costa Rica, en el TEPT, la ansiedad está relacionada con un trauma específico y los síntomas incluyen la reexperimentación del evento traumático (por ejemplo, pesadillas o flashbacks). En el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad es más difusa y no necesariamente vinculada a un trauma.

También en el TEPT, los síntomas de depresión pueden estar presentes, pero están vinculados a la reexperimentación del trauma y a síntomas específicos como flashbacks o evitación de recordatorios del evento traumático. En el trastorno depresivo mayor, no hay una conexión directa con un evento traumático.

En el TEPT, los problemas de atención están relacionados con la evitación de pensamientos sobre el trauma o la hipervigilancia, mientras que, en el TDAH, las dificultades de atención son más globales y no están relacionadas con un trauma en particular. También en el TEPT, los pensamientos intrusivos están relacionados con

la reexperimentación del trauma, mientras que, en el TOC, las obsesiones no están necesariamente vinculadas a un evento traumático, y las compulsiones se llevan a cabo para reducir la ansiedad asociada a las obsesiones.

El TEPT es una patología psiquiátrica que afecta a la población costarricense. Este trabajo refleja que en la edad de 5 a 10 años esta patología se puede presentar. Aunque son personas de una corta edad y no tienen tantas responsabilidades como un adulto, estos niños sufren. En el EBAIS en el que se aplicó la encuesta se observó que más del 90% sabe qué es el TEPT. También en la encuesta realizada se les preguntó por un protocolo a nivel nacional para el TEPT, y lo que se encontró fue que solo el Poder Judicial, pero no es un protocolo específico, sino que es un protocolo de delitos sexuales que toma en cuenta el TEPT como consecuencia del delito, y el MEP tiene lineamientos, no un protocolo como tal. Los lineamientos incluyen cómo abordar a una persona desde la salud mental, no específicamente sobre el TEPT.

Estudios epidemiológicos internacionales sobre trastorno de estrés postraumático en niños de 5 a 10 años no hay hasta el momento. En la encuesta realizada en el EBAIS de Alto Conte de Golfito, se reveló que la mayoría de los médicos generales de este EBAIS conocen los síntomas; no obstante, solo un 56% de los encuestados ha diagnosticado el TEPT en su consulta. Sin embargo, estudios latinoamericanos muestran que hay casos con un subdiagnóstico de esta patología.

En la encuesta realizada a los médicos generales, ellos respondieron que solo un 31% había diagnosticado TEPT en niños, a pesar de que, en estudios latinoamericanos, por ejemplo, en México, Colombia, y en lugares europeos como España, mencionan que uno de cada 10 niños ha sufrido un trauma que lo lleva a TEPT. Entonces, esto dice que posiblemente muchos médicos generales no hagan diagnósticos diferenciales adecuados, también el tiempo en que se da de consulta que son 15 minutos, lo que impide generar una conexión con el niño y así poder descubrir sus síntomas.

En Costa Rica no hay muchos estudios sobre el TEPT a nivel epidemiológico, ya sea por falta de presupuesto, por falta de grupo de estudio y por falta de personas especialistas para estudiar el tema. Costa Rica no invierte mucho a

nivel nacional para estudiar sus patologías a nivel mental y en menos cantidad a niños.

Los médicos generales del EBAIS Alto de Conde, en Golfito, han determinado que de los niños que van a consulta y padecen TEPT, solo un 18% consideran que el abordaje que se les da es el adecuado. Pero muchos de ellos no saben si es el adecuado o no. Esto ya sea por la falta de conocimiento de los médicos sobre su tratamiento y porque la CCSS tiene gran lista de espera en especialistas y en otros servicios, como el área psicológica. También, la encuesta reveló que un 6% de los médicos encuestados no conciben que los niños de 5 a 10 años puedan padecer de TEPT.

El tercer objetivo sería determinar las percepciones y experiencias de los médicos generales, en cuanto al diagnóstico del TEPT en pacientes pediátricos de 5 a 10 años, para la identificación de posibles barreras o dificultades en el proceso de diagnóstico. Los médicos del EBAIS demostraron en la encuesta que a los niños menores de 9 años es poco probable que se les diagnostique TEPT. En cambio, en niños de los 10 años en adelante es más probable que los niños puedan expresar, por medio de la comunicación verbal y no verbal, sus síntomas, además de que son más conscientes de su entorno; entonces, por esta razón es más fácil para ellos expresar sus síntomas y para los médicos diagnosticarlos. En los niños de 5 a 9 años puede ser un poco más difícil, pero, aun así, con las estrategias correctas y la experiencia, se puede llegar a un diagnóstico correcto y certero.

En Costa Rica se fomentan ferias de salud mental, para así encontrar síntomas o señales que puedan llevarlos a ellos, o a las personas que los rodean a identificar síntomas o señales de que la persona pueda tener alguna situación de salud mental. Esto también sirve de prevención para ciertos factores de riesgo que ocasionan el TEPT, como lo es el acoso escolar.

En la CCSS no hay un protocolo como tal para el TEPT, pero el proyecto de Promoción de la salud mental y bienestar de la comunidad educativa en Costa Rica aborda de manera intersectorial el incremento de trastornos de salud mental entre jóvenes y niños. Este proyecto incluye a la CCSS, lo más cercano que tienen los jóvenes para tratar su salud mental. Pero nada de esto es aplicable en la consulta externa, porque no hay lineamientos por seguir en caso de encontrar a un paciente

entre 5 a 10 años que padezca TEPT. Lo único que aplican los médicos sería el conocimiento farmacológico para tratar los síntomas y referencia a Psiquiatría y Psicología y, depende de la causa, se hace la denuncia al OIJ y al Patronato Nacional de la Infancia.

Por eso, para concluir, el TEPT es importante atenderlo por varias razones, desde el bienestar individual hasta la salud pública y la economía, la atención al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es vital para la sociedad. El TEPT puede causar un sufrimiento grave y prolongado. El tratamiento adecuado reduce los síntomas como la ansiedad, las pesadillas y los flashbacks, lo que mejora la calidad de vida de las personas afectadas. Las personas con TEPT a menudo tienen problemas para hacer las cosas diarias y mantener relaciones saludables. El tratamiento puede ayudarles a volver a funcionar bien en su vida personal y profesional.

El TEPT sin tratamiento puede causar otras enfermedades mentales, como depresión, ansiedad y abuso de sustancias en la adultez. El tratamiento del TEPT puede prevenir el desarrollo de estas afecciones. El TEPT está relacionado con una mayor probabilidad de suicidio. La atención oportuna puede salvar vidas. El tratamiento efectivo del TEPT puede reducir la carga sobre el sistema de salud, al reducir la necesidad de atención médica continua y emergente. Las personas con TEPT a menudo enfrentan problemas en el bajo rendimiento escolar, como ausentismo y baja productividad. Las personas pueden volver a la escuela y ser más productivas después del tratamiento.

El TEPT afecta a la persona y a sus seres queridos. El tratamiento puede mejorar la dinámica de la familia y aliviar el estrés. Los programas de tratamiento y apoyo pueden mejorar el bienestar general de las comunidades con altos niveles de TEPT, como las áreas afectadas por conflictos o desastres naturales. Las personas que sufren de TEPT con frecuencia han experimentado situaciones traumáticas extremas, como la guerra, el abuso o los desastres. Atender el TEPT es una responsabilidad moral y ética. La recuperación puede ser más fácil con un enfoque integral que incluya tratamiento psicológico, apoyo social y recursos comunitarios.

5.2 Recomendaciones

Según los resultados de esta investigación, se sugieren las siguientes recomendaciones para la investigación y práctica clínica del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT):

- Los médicos generales tienen que ser más abiertos a la posibilidad que, si el niño está atravesando acoso escolar, divorcio de sus padres, delitos sexuales o delincuencia organizada, pueda tener TEPT. También a que si tiene intentos de suicidio ya documentados o autolesiones documentadas, que son en muchos casos consecuencias del TEPT; para así poder dar diagnóstico y tratamiento adecuado. En poblaciones de alto riesgo, implementar programas de detección temprana para detectar y tratar el TEPT rápidamente.
- Fomentar en las escuelas, mediante el MEP, y en las comunidades mediante las municipalidades, la importancia de la salud mental, por medio de ferias o programas que hagan un llamado a la comunidad a enfocarse en estos temas. Esto se refleja en la forma de cómo manejarla, de qué situaciones la pueden alterar y cómo abordarla con profesionales de manera oportuna.
- Buscar la ayuda del Gobierno o de entes privados, para desarrollar de manera óptima un protocolo de TEPT, y que este sea enfocado en todas las edades. También, buscar mediante campañas, ya sea en redes sociales o en medios de comunicación nacional, cómo educar al ente a que si algún pariente, sea niño, adulto o anciano, presenta alguno de los síntomas mencionados, consultar a la atención primaria, para así descartar TEPT y poder evitar las consecuencias a futuro.
- Fomentar, en los científicos costarricenses, el generar estudios epidemiológicos sobre salud mental para tratar patologías como el TEPT. Hacerlo con diferentes poblaciones, etnias, clases sociales y lugares geográficos, para así ver distintos comportamientos de una misma patología. También se pueden buscar inversiones de la empresa privada o de organizaciones sin fines de lucro, para así poder investigar el TEPT en niños de 5 a 10 años. Realizar estudios a largo plazo, para comprender mejor cómo se desarrolla el TEPT y los efectos de los tratamientos. Investigar los factores de riesgo y protección que pueden causar TEPT. Para desarrollar enfoques de tratamiento más integrados, analizar la relación entre el TEPT y otras enfermedades mentales.

- Capacitar a los médicos generales en la atención a niños, para así generar una figura de confianza como personal de salud en ellos y los padres, para que haya una mejor atención en estos pacientes. Para que, en situaciones tan complejas como un trauma, ellos se puedan abrir. Proporcionarles a los profesionales de la salud capacitación continua sobre los métodos más recientes de diagnóstico y tratamiento del TEPT. Crear y aplicar tratamientos individualizados que tomen en cuenta a cada uno de los pacientes. Los planes de tratamiento del TEPT deben incorporar terapias complementarias, como la terapia asistida con animales.

- Los médicos generales de consulta externa deben actualizarse constantemente sobre salud mental, ya que en los últimos años se han venido incrementando las patologías psiquiátricas, según datos de la OMS y la CCSS. Realizar estudios a largo plazo, para mejorar la comprensión de cómo se desarrolla el TEPT y cómo los tratamientos afectan su evolución. Investigar los factores de protección y riesgo que pueden causar TEPT. Realizar estudios que incluyan diversas poblaciones y contextos culturales, para comprender las variaciones en los síntomas y los tratamientos del TEPT.

- Se debe dar seguimiento a los niños que padezcan o se sospeche de TEPT, para así evitar las consecuencias como ataques de pánico, bajo rendimiento escolar y suicidio. Para mejorar los resultados del tratamiento, involucrar y educar a las familias y las redes de apoyo de los pacientes.

- Proporcionar apoyo en tiempo real a los pacientes con TEPT, utilizando tecnologías emergentes como aplicaciones móviles y telemedicina. Evaluar la eficacia de nuevas opciones de tratamiento, como la realidad virtual y la estimulación cerebral no invasiva. Analizar la relación entre el TEPT y otras enfermedades mentales, para desarrollar enfoques de tratamiento más integrados. Utilizar tecnologías emergentes como aplicaciones móviles y telemedicina, para brindar apoyo en tiempo real a los pacientes con TEPT.

CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6.1 Bibliografía

1. Andrades M, Gentz SG. Síntomas de estrés postraumático en niños y adolescentes expuestos a un desastre natural en Chile. *Revista Liminales Escritos sobre Psicología y Sociedad*. 20 de noviembre de 2020; 9(17): 83 <https://revistafacso.ucecentral.cl/index.php/liminales/article/view/456>
2. Tarik Tamir T, Fisiha Kassa S, Ayelegne Gebeyehu D. Un estudio multiinstitucional sobre el trastorno de estrés postraumático y sus factores de riesgo en pacientes pediátricos etíopes con trauma físico. *Psiquiatría BMC*. 2022; 22 (271): 1–9.
3. Ferrafiat V, Soleimani M, Chaumette B. Uso de prazosin en pacientes post-pediátricos. Trastorno de estrés traumático con trastorno del sueño: serie de 18 casos de pacientes. *Fronteras en psiquiatría*. julio de 2020; 11(724): 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32774309/>
4. Echevarría de Casso I. Trastorno por estrés postraumático en menores: controversias, evolución, variables que influyen y comparación con el TEPT en adultos. Universidad Pontificia de Madrid: Facultad de Ciencias Humanas y Sociales; 2021. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/46614>
5. Posada A, Sánchez M, Alvarado S. Revisión sistemática sobre la relación entre el trastorno de estrés postraumático y el funcionamiento neuropsicológico infantil [Tesis] [Politécnico Gran Colombiano]. 2022; 1–33. <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/6704/revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20sobre%20la%20relaci%C3%B3n%20entre%20el%20trastorno%20de%20estr%C3%A9s%20postraum%C3%A1tico%20y%20el%20funcionamiento%20neuropsicol%C3%B3gico%20infantil..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Macedo D, Rodríguez Polo ME. Efectividad de la intervención psicológica ante el estrés postraumático en víctimas de abuso sexual en la infancia: una revisión sistemática [Tesis] [Universidad César Vallejo]; 2021. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/74843>
7. Calderón-Delgado L, Barrera-Valencia M, Noriega I, Al-Khalil K, Trejos-Castillo E, Mosi J, et al. Implicit processing of emotional words by children with post-traumatic stress disorder: an fMRI investigation. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet]. 01 de enero de 2020 [citado el 20 de mayo

de 2022]; 20(1): 46–53. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-articulo-implicit-processing-emotional-words-by-S1697260019302467?referer=buscador>

8. Parra JT, García Osorio CL. Trastorno de estrés postraumático en menores internados por maltrato en cinco instituciones ICBF-Pereira. *Revista Médica Risaralda*. 30 de junio de 2020; 26(1). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1127000>

9. Bermúdez L, Barrantes M, Bonilla G. Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(9). <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568>

10. Castro M, Martínez A, López C, López JJ. Trastorno por estrés postraumático en niños españoles maltratados. *Ciencias Psicológicas*. 23AD. septiembre de 2019; 13(2). http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212019000200378

11. Alvarado F, , Pérez Ortiz A. Intervenciones individuales con enfoque cognitivo-conductual para el trastorno de estrés postraumático en niños: una revisión. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México* [Internet]. 6 de diciembre de 2023 [citado el 07 de febrero de 2024]; 12(34): 217–7. Disponible en: <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/22520>

12. Blanco D. Proceso de atención de Enfermería para el trastorno de estrés postraumático en un adolescente [Tesina] [Universidad Autónoma de Puebla]. 2020; 1–93.

13. Báguena M. Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*. 31 d3diciembre de 2001; 13(3): 479–92. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7901>

14. Rincón GP, Cova SF, Bustos TP, Aedo SJ, Valdivia PM. Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revista chilena de pediatría*. junio de 2010; 81(3). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000300006

15. Aguirre Sánchez M, Sidera-Caballero F, Rostan-Sánchez C, Onandia-Hinchado I. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el trastorno por estrés postraumático infantil: una revisión

sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. enero de 2022; 9(1): 9–19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8265637>

16. Fajardo J. Maltrato físico y su incidencia en el trastorno de estrés postraumático en un niño de 10 años de la unidad educativa Carlos Alberto Aguirre Avilés del cantón Babahoyo [Tesina] [Universidad Técnica de Babahoyo]. 2021; 1–33. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10826>

17. Sánchez-Marqueses JM, Sanz J. La relación entre los síntomas del trastorno de estrés postraumático y las dimensiones de personalidad del modelo de los cinco grandes: Una revisión sistemática. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica Universidad Complutense de Madrid*. 2018; 18: 75–93. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7165687>

18. Vargas W. Hipnosis aplicada a niños quemados con diagnóstico de síndrome de estrés post-traumático. *Enfermería Actual en Costa Rica, Universidad de Costa Rica*. 6AD. abril de 2004; 3(6). <https://www.redalyc.org/pdf/448/44830602.pdf>

19. Sánchez A. Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes: una revisión sistemática. [Tesina]. [Universidad de Jaén]. 2022; 1–26. <https://crea.ujaen.es/handle/10953.1/17348?locale=fr>

20. Bustos P, Rincón P, Aedo J. Validación preliminar de la Escala infantil de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual. *PSYKHE Universidad de Concepción*. 2009; 18(2). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282009000200008

21. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Revista de Salud Pública*. noviembre de 2005; 7(3): 268–80. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642005000300003&lng=es&nrm=iso

22. Bernate M, Barquero MP, Soto F. Diferencias en los procesos de atención y memoria en niños con y sin estrés postraumático. *Panamerican Journal of Neuropsychology*. 1AD mayo de 2009; 3(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439642483005>

23. Perry B. Estrés, trauma y trastornos de estrés post-traumático en los niños. Child Trauma Academy. 2017; 24. <https://pilarviciiana.com/wp-content/uploads/2017/03/Estres-trauma-en-los-ninos.pdf>
24. Ortiz P, Escribano E. Estrés postraumático en niños y adolescentes: la intervención desde Atención Primaria. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria España. 1AD. enero de 2017; 9(33). <https://www.redalyc.org/pdf/3666/366638695009.pdf>
25. Echeburúa E, Del Corral P, Amor PJ. Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. clínica y salud. 25AD. noviembre de 2004; 15(3): 273–92. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/92268.pdf>
26. Contreras A, Piccuito MV, Vázquez AM. Signos asociados al trastorno por estrés postraumático en maquinistas de trenes del Área Metropolitana de Buenos Aires que participan en accidentes de arrollamientos de personas o vehículos [Guía] [Departamento Desarrollo Técnico Subgerencia de Estudios, Formación y Desarrollo]; 2005. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estres_postraumatico_maquinistas_trenes.pdf
27. Pinto C, Jerome F, Pereda N, Guerra C. Victimización y polivictimización en niños, niñas y adolescentes aymara y su relación con sintomatología postraumática. Interciencia. 2019; 44(4): 229–35. <https://www.redalyc.org/journal/339/33959119007/html/>
28. Guerrero D, García D, Villavicencio L, Peña D, Rojas V. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. Dominio de las ciencias. 10AD. mayo de 2019; 7(3): 29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229667>
29. Sandoval C. Intervenciones tempranas con terapias EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) para la prevención del trastorno de estrés postraumático: una revisión sistemática [Tesis] [Universidad de Costa Rica]. 2017; 1–47. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/xmlui/handle/123456789/8913>
30. Reynoso L, Becerra Gálvez AL, Lugo IV. Trastorno de estrés postraumático en adultos; intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos. Qartuppi, S. de R.L. de C.V. 1. Colombia: Museo Botero - Banco de la República; 2019. <https://qartuppi.com/salud/estres/>

31. Murillo MF, Coto É, Román R. Infantes y adolescentes víctimas del proceso de allanamiento a sus cuidadores. *Psiconova*. 2018; 2(2): 3–26. <https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/view/20/20>
32. Seijas R. Trastorno por estrés postraumático y cerebro. *Revista de la Asociación española de Psiquiatría*. 2013; 33(119): 511–23. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352013000300004
33. Romero K, Ruiz F. El trastorno de estrés postraumático en niños preescolares: una revisión literaria. *Revista Katharsis-Institución Universitaria de Envigado*. 20 de diciembre de 2015; 20: 1-24. <https://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/732>
34. Cruylles S, Kletter H, Carrión VG. Terapia de claves traumáticas en formato combinado, presencial-telemático: a propósito de un caso. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 2022; 39(4): 32–41. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/867/1016>
35. Ferrafiat V, Soleimani M, Chaumette B, Martínez A. Uso de prazosin en pacientes post-pediátricos. En *trastorno de estrés post traumático y /o trastorno de sueño*. *Fronteras de psiquiatría*. 22 de julio de 2020; 11(724): 1–10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32774309/>
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5a ed. American Psychiatric Publishing, 24 de septiembre de 2013. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
37. Daugherty TK, Mannebach AJ. Mumbling as a potential marker of post-traumatic distress. *International Journal of Psychology and Educational Studies* [Internet]. 24 de enero de 2023 [citado el 18 de octubre de 2023]; 10(1): 189–95. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1378837.pdf>
38. Porras-Díaz K. CCSS reforzó la atención psicológica en personas con trastornos por estrés. 24 de enero de 2024 [citado en el 2024]; Blog noticias CCSS. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?v=2046640222104>.
39. Arango K. Estrés postraumático (TEPT): causas y síntomas. Grupo Poesis [Internet]. 13 de junio de 2023 [citado el 13 de junio de 2023]. *Psicólogos de Costa Rica*. Disponible en: <https://www.psicologosencostarica.com/estres-postraumatico/>

40. Nichols M. Effects of nurture versus trauma on infant and early childhood psychological and social development. *BU Journal of Graduate Studies in Education*, [Internet]. 2022; 14(2): 1–7. Disponible en: <https://eric.ed.gov/?q=Effects+of+Nurture+Versus+Trauma+on+Infant+and+Early+Childhood+Psychological+and+Social+Development+Margaret+Nichols+&id=EJ1397717>
41. Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Hierarchy of evidence: levels of evidence and grades of recommendation from current use. *Revista chilena de infectología: órgano oficial de la Sociedad Chilena de Infectología* [Internet]. 2014; 31(6): 705–18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25679928>
42. Argimon MA, Guarga Rojas J,. *Medicina basada en la evidencia: guías y protocolos*. Elsevier [Internet]. 01 de enero de 2021 [citado el 01 de marzo de 2024]; 2(1):43–51. Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/U-2-Anexo-1A-Argimon-J-Medicina-Basada-en-evidencias-guias-y-protocolos.pdf>
43. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 2013; 2(7). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
44. Rodríguez J. *Política pública, Salud mental y TEPT. Un análisis de referenciales para el tratamiento del TEPT en víctimas del conflicto armado en Colombia* [Internet] [Tesis] [Universidad Nacional de Colombia Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Departamento de Ciencia Política]; 2022; 1–131. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/83698/1032460579.2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
45. Hernández Sampieri R, Mendoza C. *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill Education; 2014
46. Guerra Mogollón A. *Estrés postraumático en estudiantes de nivel secundario en instituciones educativas públicas en tiempos de pandemia Tumbes – 2020*. [Internet] [Tesis]. Quintana Sandoval E, editor [Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela Profesional de Psicología]. 2024;

- 1–100. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12874/64891>
47. Abajo C, Weigle R, Harrison M. La neurociencia conductual del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y barreras al aprendizaje. EJERCongress 2023 [Internet]. 22 de junio de 2024; 218–24. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED624180.pdf>
48. Cervera I, Lopez C, Alcantara M, Castro M. Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. Psychologist Papers [Internet]. 2020; 41(3): 219–27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/778/77865632009/html/>
49. Sumi WC, Woodbridge MW, Wei X, Thornton SP, Roundfield KD. Measuring the impact of trauma-focused, cognitive behavioral group therapy with middle school students. School Mental Health. 10 de mayo de 2021. <https://www.sri.com/publication/education-learning-pubs/student-behavior-pubs/measuring-the-impact-of-trauma-focused-cognitive-behavioral-group-therapy-with-middle-school-students/>
50. Sabaoui I, Lotfi S, Talbi M. Variations in circadian rhythmicity and students' gender-related psychological conditions during the COVID-19 Lockdown. Education Sciences [Internet] [citado el 20 de octubre de 2021]. 01 de julio de 2021; 11(7): 355. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-7102/11/7/355>
51. Ministerio de Salud de Costa Rica. Costa Rica trabaja en mejorar la salud mental en centros educativos implementando iniciativa de éxito internacional. Octubre de 2023. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1699-costa-rica-trabaja-en-mejorar-la-salud-mental-en-centros-educativos-implementando-iniciativa-de-exito-internacional>. Ministerio de Salud.
52. J. P. Cumulative risk of psychological distress in college students effected by hurricane Harvey. European Journal of Psychology and Educational Research. 15 de diciembre de 2020; 3(2): 101–9. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1341270>
53. Landrove-Escalona EA, Moreira-Díaz LR. Signos radiológicos en la neuroimagen de pacientes pediátricos con trastorno por estrés postraumático. Rev Cub Med Mil [Internet] [citado el 02 de julio de 2024]. 2022; 51(12). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200027#:~:text=Conclusiones%3A-.Los%20signos%20radiol%C3%B3gicos%20en%20la%20neuroimagen%20de%20

pacientes%20pedi%C3%A1tricos%20con,%C3%A1rea%20total%20del%20cuerpo%20calloso.

54. Brisch K, Erhardt I, Kern C, Paesler U, Ebeling L, Quehenberger J. How to treat children with severe attachment disorders after multiple early experiences of trauma? A model of treatment in an intensive care unit of psychotherapy [Internet]. 2019 [citado el 03 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2019%7Dn061a10.pdf>

55. Romero Saldarriaga MA, Martínez Romero ME. Acciones educativas para abordar la violencia escolar en los estudiantes de Latinoamérica desde el 2018 al 2022. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet] [citado el 03 de julio de 2024]. 07 de febrero de 2023; 7(1): 3480–512. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4667>

56. Naranjo Navarro E. Semana de salud mental. Ministerio de Educación, Gobierno Costa Rica [Internet] [citado el 2024 Jul 3]. 03 de junio de 2022; Disponible en: <https://www.mep.go.cr/noticias/semana-nacional-salud-mental>

57. Herrera Huerta CA, Camarena Robles E. Temas selectos en neurociencias y psiquiatría [Internet]. V. 359. Torrent Pharma: Paracelsus, S. A. de C. V.; 2023 [citado el 03 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/366182676_Temas_selectos_en_neurociencias_y_psiquiatria

58. Seas Barrientos T. Juntas de salud 2023 [Internet]. Juntas de Salud en Acción. 2023 [citado el 03 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/arc/juntas-salud/boletines/2023/1-2023.pdf>

59. Defensoría de los Habitantes, Oficina de Comunicación DHR. Defensoría señala 10 deficiencias que debe corregir la CCSS [Internet]. Boletines de Defensoría de los Habitantes. 2024 [citado el 03 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.dhr.go.cr/index.php/mas/comunicacion/comunicados-de-prensa/defensoria-senala-10-deficiencias-que-debe-corregir-la-ccss>

60. Restrepo L, Vargas P, Quintero N, Castaño Pérez G. Clinical utility of the use of psychedelics in the treatment for post-traumatic stress disorder [Internet]. Universidad Pontificia Bolivariana, Departamento de Psicología [citado el 05 de julio de 2024]; marzo de 2023; 1–32. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/8348/Utilidad%20cl%C3%AD>

ica%20del%20uso%20de%20psicod%3%a9licos%20en%20el%20trastorno%20de%20estr%3%a9s%20postraum%3%a1tico.pdf?sequence=7&isAllowed=y

61. Calle Altamirano MZ. Universidad Técnica de Ambato [Internet]. Centro de Posgrados. Universidad Técnica de Ambato [citado el 05 de julio de 2024]. 2022; 1–91. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/41466/1/Calle%20%20Mar%3%ada.pdf>

62. Molar Pamies S. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Psicología [Internet]. Universidad Nacional de Educación a Distancia [citado el 07 de julio de 2024]. junio de 2023; 1–53. Disponible en: <https://apidspace.linhd.uned.es/server/api/core/bitstreams/35d1653b-b0b1-4e8f-a93b-bcd58a3d108a/content>

63. Portella C, Mayo-Arpi D, Valladares-Lujan N, Saavedra JE. Eventos de vida en la infancia y su relación con el trastorno de estrés postraumático en adultos en Lima Metropolitana. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 01 de octubre de 2021; 84(4): 254–68. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972021000400254&script=sci_arttext&tlng=en

64. Pureco El Mosri F, Rodríguez Orozco AR, Santander Ramírez CA. El trastorno por estrés postraumático desde una mirada cognitivo conductual. Archivos de Neurociencias [Internet] [citado el 09 de julio de 2024]. 20 de enero de 2021; 25(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2020/ane204f.pdf>

CAPÍTULO VII- ANEXOS

7.1 Encuesta

1. ¿Conoce usted como profesional de salud qué es Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

2. ¿Conoce usted algún protocolo a nivel nacional sobre el Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

3. ¿Conoce algún protocolo sobre Trastorno de Estrés Postraumático? Menciónelo

R/ SÍ NO

4. ¿Conoce usted como profesional de salud los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

5. ¿Ha visto usted en su consulta de atención primaria pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

6. ¿Ha visto en su consulta de atención primaria niños de 5 a 10 años con Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

7. ¿Ha diagnosticado usted como profesional de salud un Trastorno de Estrés Postraumático en niños?

R/ SÍ NO

8. ¿En caso de diagnosticar Trastorno de Estrés Postraumático, en qué edad lo ha diagnosticado?

R/

- 5-6 años
- 7- 8 años
- 9-10 años
- 10 años en adelante

9. ¿Usted como profesional de salud cree que los niños puedan padecer Trastorno de Estrés Postraumático?

R/ SÍ NO

10. ¿Usted como profesional de salud cuál cree que sea la causa del Trastorno de Estrés Postraumático?

- Delitos sexuales
- Separación de los padres
- Acoso escolar
- Delincuencia organizada
- Conflictos bélicos en su país respectivo

11. ¿Como personal de salud cree que el manejo que le da la CCSS al trastorno de Estrés Postraumático es el adecuado?

- Sí
- No
- No sé

12. ¿Qué dificultades enfrentan los niños de 5 a 10 años con Trastorno de Estrés Postraumático, según su experiencia?

- Depresión
- Ansiedad
- Ideas Suicidas
- Aislamiento social
- Problemas escolares

7.2 Tablas

Tabla 1. Categorías de análisis

Objetivo específico	Categoría	Definición conceptual	Definición procedimental
Explorar la disponibilidad y el acceso a los protocolos de diagnóstico del TEPT en la atención primaria en Costa Rica, mediante una revisión documental y consulta a fuentes oficiales de salud pública.	Definiciones del TEPT. Sintomatología en adultos vs niños en TEPT. Consulta al Ministerio de Salud. Criterios del DMS-V.	La definición de trastorno de estrés postraumático consiste en que al experimentar o ver un evento traumático, algunas personas desarrollan el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este evento puede ser mortal, como una guerra, un desastre natural, un accidente automovilístico o una agresión sexual. Pero hay ocasiones en las que el evento no es necesariamente peligroso ⁽³⁶⁾ .	Preguntas de la 1 a la 4 de la entrevista.

Objetivo específico	Categoría	Definición conceptual	Definición procedimental
<p>Comparar la frecuencia de diagnóstico del TEPT con otras patologías psiquiátricas en pacientes pediátricos de 5 a 10 años, por medio de estudios previos o informes epidemiológicos de Costa Rica.</p>	<p>Definición de TEPT en niños. Protocolos de la CCSS y el Ministerio de Salud sobre TEPT.</p>	<p>Los síntomas psicológicos de los progenitores o guardianes podrían influir en el desarrollo de un TEPT en menores de 7 a 14 años, quienes se vieron expuestos a violencia interpersonal. Los niños diagnosticados con TEPT muestran una evolución más difícil si sus cuidadores experimentan síntomas relacionados con la ansiedad, la depresión, la sensibilidad interpersonal o el trastorno obsesivo-compulsivo. Esto es especialmente cierto para los síntomas relacionados con la alteración de la alerta y la reactividad ⁽⁴⁾.</p>	<p>Preguntas de la 4 a la 8 de la entrevista.</p>
<p>Determinar las percepciones y experiencias de los médicos generales en cuanto al diagnóstico del</p>	<p>Entrevistas a médicos generales, sobre su abordaje del TEPT en consulta de</p>	<p>Por región, desde el 2019 y hasta 2021, la Central Sur (que incluye las áreas metropolitanas de San</p>	<p>Preguntas de la 9 a la 12 de la entrevista.</p>

Objetivo específico	Categoría	Definición conceptual	Definición procedimental
TEPT en pacientes pediátricos de 5 a 10 años, para la identificación de posibles barreras o dificultades en el proceso diagnóstico.	atención primaria.	José y Cartago) es la zona del país que reporta mayor afectación por esta causa diagnóstica, con un total de 1 597 casos atendidos ⁽³⁸⁾ .	

Fuente: elaboración propia, 2024.

Tabla 2. Clasificación según la evidencia de Sackett

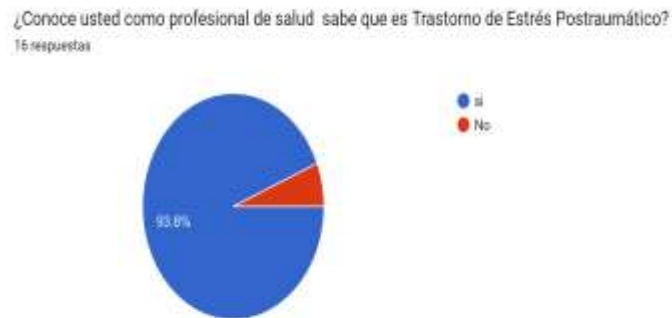
Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad tipo de estudios	Cantidad según nivel de evidencia	%
5	Revisión bibliográfica	35	35	51,4%
2 B	Estudios de cohorte	7	7	10,2%
4 2B	Estudios de casos y cohorte	3	3	4,4%
2A	Estudio cuantitativo descriptivo	4	4	5,8%
4	Análisis fenomenológico interpretativo cualitativo	2	2	2,9%
5	Estudio geoespacial	2	2	2,94%
1 B 2 B	Análisis estadístico cualitativo	5	5	7,35%
4	Enfoque no	1	1	1,47%

	experimental			
4	Estudio mixto	4	4	5,8%
4	Estudio transversal descriptivo	3	3	4,4%
3	Análisis cualitativo observacional	1	1	1,47%
4	Estudio cuasi-experimental	1	1	1,47%
Total		68		100%

Fuente: elaboración propia, 2024.

7.3 Gráficos

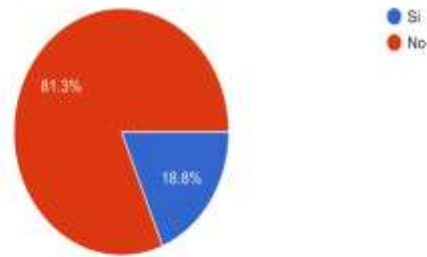
Gráfico 1. Definición de qué es el TEPT



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 2. Protocolo a nivel nacional sobre el TEPT

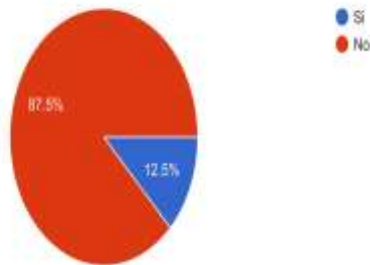
¿ Conoce usted algún protocolo a nivel nacional sobre el Trastorno de Estrés Postraumático?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 3. Protocolo sobre TEPT en la CCSS

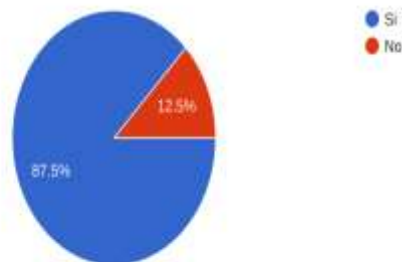
¿ Conoce usted algún protocolo sobre Trastorno de Estrés Postraumático en la CCSS?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 4. Síntomas de TEPT

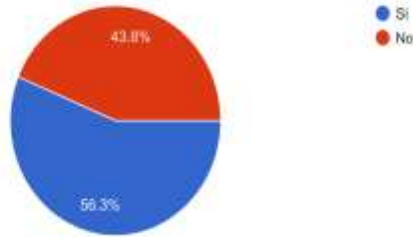
¿ Conoce usted como profesional de salud los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático ?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 5. Paciente con TEPT en consulta de atención primaria

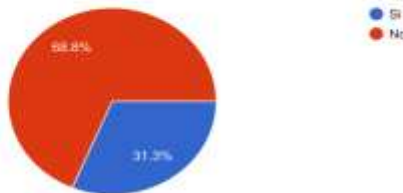
¿Ha visto usted en su consulta de atención primaria pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 6. Niños de 5 a 10 años con TEPT en consulta de atención primaria

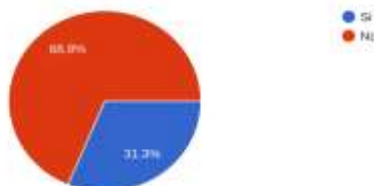
¿Ha visto usted en su consulta de atención primaria niños de 5 a 10 años con Trastorno de Estrés Postraumático?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 7. Diagnóstico de TEPT en niños

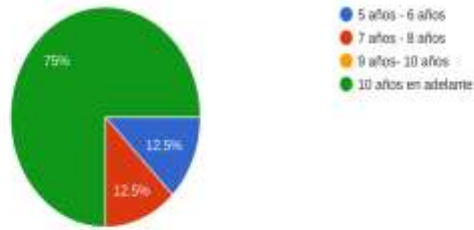
¿Ha diagnosticado usted como profesional de salud un Trastorno de Estrés Postraumático en niños?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 8. Edades de diagnóstico de TEPT

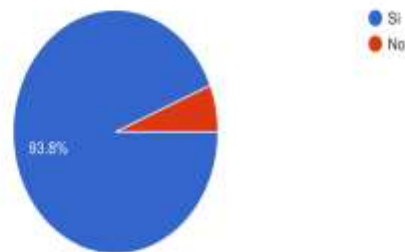
¿ En caso de diagnosticar Trastorno de Estrés Postraumático, en que edad lo ha diagnosticado ?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 9. Percepción de los médicos sobre los niños de 5 a 10 años que padecen de TEPT

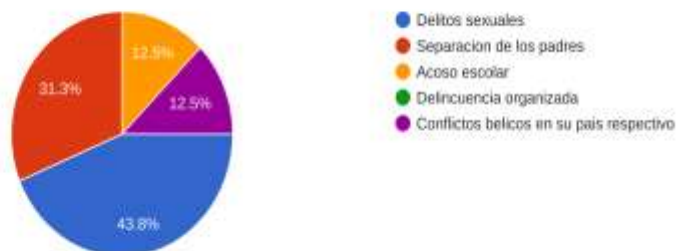
¿Usted como profesional de salud cree que los niños puedan de 5 a 10 años padecer Trastorno de Estrés Postraumático?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 10. Causas de TEPT en niños

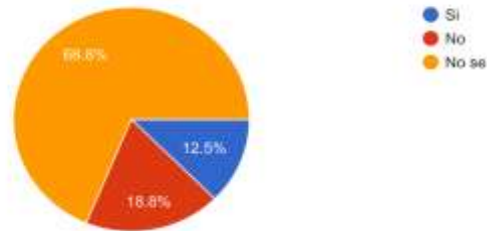
¿Usted como profesional de salud cual cree que sea la causa de trastorno de estres postraumatico en niños?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 11. Percepción del Médico en el manejo de TEPT en la CCSS

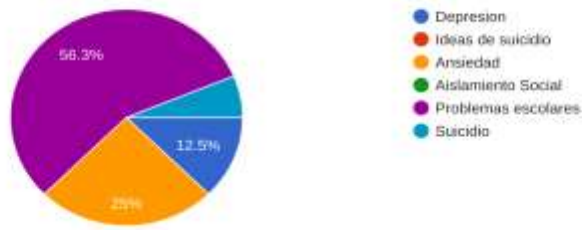
¿Como personal de salud usted considera que el manejo que se le da CCSS al Trastorno de estres posttraumatico es el adecuado?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

Gráfico 12. Dificultades de los niños de 5 a 10 años con TEPT

¿Qué dificultades enfrentan los pacientes de 5 a 10 años con Trastorno de Estrés Posttraumático, según su experiencia?
16 respuestas



Fuente: elaboración propia, 2024.

