

Impacto psicológico en las agresiones por perro

Dr. D. Jesús Mendoza Coppola
03 de Octubre del 2016



Introducción

- Flaura Winston y Nancy Kassam-Adams (Center for Injury Research and Prevention, Children's Hospital of Philadelphia), han tratado a 358 niños de 5 a 17 años que ingresaron a la sala de emergencia tras el ataque de un animal.
- La mayoría había sufrido mordeduras de perro, pero algunos habían sido agredidos por gatos, conejos, ratas o hámsters.
- Los niños recibieron el tratamiento habitual según la gravedad del ataque, es decir, la vacuna antirrábica, limpieza, sutura de heridas y antibióticos.

Introducción

- Se detectaron síntomas de TEPT una semana después y a los tres meses.
- Después de ese período, 19 de los 358 niños tenían TEPT.
- Los niños hospitalizados por mordeduras graves eran el grupo de más riesgo: 10 de 38 desarrollaron el Trastorno.
- No hubo diferencias significativas en la frecuencia del TEPT en relación al sexo: el **diagnóstico** era **similar en varones y mujeres**.

Introducción

- Sin embargo, esa cifra no reflejaría realmente lo que experimentan los niños.
- Muchos pueden tener **problemas** para **retomar** las **actividades** habituales después de una experiencia traumática, por lo que se les diagnosticó TEPT.
- Kassam-Adams, dijo que la lesión no sería lo único que influye en la aparición del TEPT.
- Es relevante el cuidado que recibe un niño luego del ataque (**evitar revictimizar al niño**).
- Es muy importante lo que sucede en Urgencias y la respuesta de los médicos y las enfermeras.
- El estudio, habla de la necesidad de atender el impacto psicológico de estas lesiones.

Trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10)

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más abajo.

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

- 1. Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
- 2. Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos **seis meses después** del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años

- A. En niños menores de 6, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
 - 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 - 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.
Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.
 - 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):
 - 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.

- 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente) **La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.**
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).
- C. Ha de estar presentes uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
 4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
 5. Comportamiento socialmente retraído.
 6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.
- D. Alteración importante de la **alerta y reactividad asociada** al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
 2. Hipervigilancia.
 3. Respuesta de sobresalto exagerada.
 4. Problemas con concentración.
 5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

- 1. Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
- 2. Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja). 168 Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Teoría Psicoanalítica

Otto Fenichel, en su obra *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis* (2008), dice que los síntomas de la Neurosis traumática son:

- a. Boqueo o disminución de diversas funciones del yo.
- b. Accesos de emoción incontrolables, especialmente de ansiedad y frecuentemente de rabia, e incluso, ocasionalmente, ataques convulsivos.
- c. Insomnio o perturbaciones graves del dormir, con sueños típicos **en los que el trauma es experimentado una y otra vez; también repeticiones, en horas del día, de la situación traumática**, ya sea en conjunto o en parte, bajo la forma de fantasías, pensamientos o sensaciones.
- d. Complicaciones psiconeuróticas secundarias.

Es muy importante subrayar que el síntoma pivote de estos cuadros es el **flashback**, que tiene como propósito el rumiar la situación traumática, para así desgastarla, difuminarla o lograr la implosión de dicho síntoma y del trauma en si.

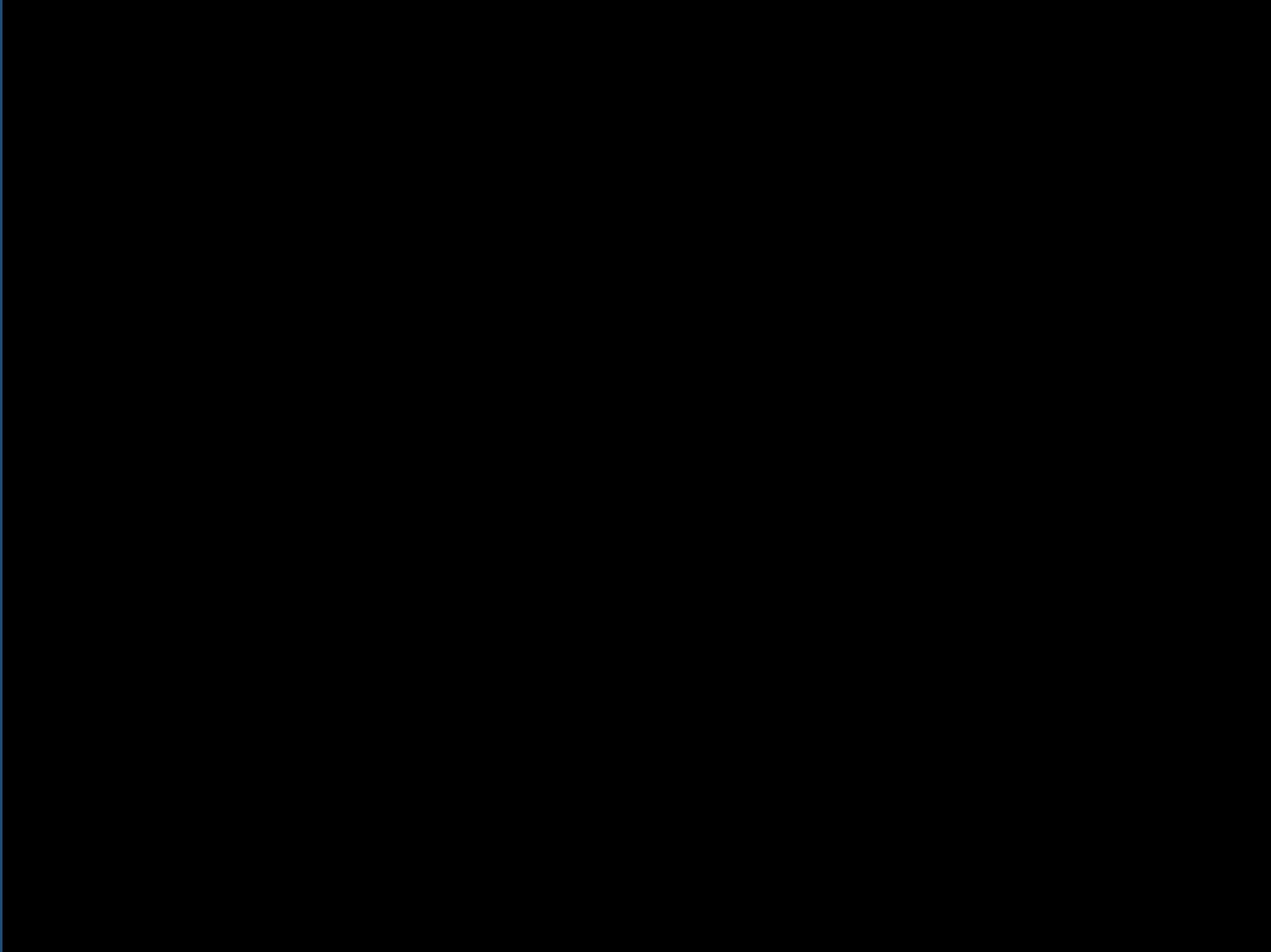
Por lo tanto, debe de intensificarse la emoción con el propósito de que el paciente avance en este proceso.

Esquema corporal

- El esquema corporal es la imagen corporal o representación de cada quien tiene de su propio cuerpo, sea en un estado de reposo o en movimiento.
- El desarrollo del esquema corporal tiene todo un proceso, depende tanto de la maduración neurológica como de las experiencias que el niño tenga.
- Alcanza su pleno desarrollo hasta los 11 o 12 años.
- El esquema corporal es producto de un desarrollo progresivo ontogenético y a partir de las siguientes sensaciones:
 - a) Interoceptivas, (viscerales).
 - b) Exteroceptivas, fundamentales logradas por la vista y el tacto.
 - c) Propioceptivas, que nos vienen de los músculos, tendones y articulaciones, y nos informan sobre la contracción o relajación del cuerpo (Percepciones de posición y tono muscular).

- A lo largo de su evolución psicomotriz, la imagen que el niño se forma de su propio cuerpo se elabora a partir de múltiples informaciones sensoriales de orden interno y externo que este percibe.
- Desde el punto de vista evolutivo, primero se dan las sensaciones interoceptivas, la sensibilidad del tubo digestivo y la actividad bucal a partir del nacimiento.
- A partir de la alimentación y de las funciones excretorias, el niño va experimentando vivencias acerca de su propio cuerpo.

- En un segundo momento, los niños experimentan sensaciones de origen cutáneo, es decir a partir de la piel o el tacto, esto dará paso a las sensaciones exteroceptivas, pues descubrirá sus manos como parte de sí mismo y como nexo entre el mundo exterior y su mundo interno.
- Las manos no sólo son parte de su cuerpo sino instrumentos de exploración. Posteriormente irá descubriendo otras partes de su cuerpo, como sus pies y poco a poco los irá incorporando a su esquema corporal.
- A medida que el niño desarrolle destrezas motoras, que sea capaz de caminar, desplazarse y adoptar posturas más complejas irá recibiendo información de las diferentes posiciones que adopta e irá tomando conciencia de que ese cuerpo le pertenece.
- **A los tres años, el niño tomará conciencia de sus manos, pies, tronco y empezará a manejarse como un todo; irá descubriendo su imagen total.**
- La organización del esquema corporal es el punto de partida de numerosas posibilidades de acción y juega un papel de suma importancia en el desarrollo de los niños.



Cicatrices y secuelas emocionales

- Además de el efecto emocional y social, las cicatrices producen alteraciones físicas y motoras.
- Es fundamental aceptar que **forman parte del esquema corporal**.
- La cicatriz es una marca en la piel y suele estar asociada a un hecho traumático a pesar de que se forma gracias a que el organismo y en particular el órgano más extenso (la piel) logra curarse espontáneamente después de una agresión o laceración.
- **La cicatriz suele asociarse al trauma que la causó.**
- Es necesario tratarla y lograrla atenuar los problemas que provoca a través de distintas técnicas: **tocarla, ablandarla, flexibilizarla** y sobretodo **reconectado al paciente con la zona afectada para que sea aceptada en su esquema corporal**.
- La **aceptación** es fundamental durante el proceso de recuperación estética, funcional, emocional y social.

- Influyen: la herencia, raza, el tipo de cicatriz y la edad del paciente.
- Cuanto mas joven más fácil resulta la recuperación desde el punto de vista dermatológico, pero el impacto emocional dependerá de la calidad e intensidad con que se atendió al paciente.
- Aunque la cicatriz suele desvanecerse con el tiempo, nunca desaparece completamente y en la mayoría de los casos **produce trastornos físicos y emocionales que alteran la calidad de vida.**
- En la actualidad existen varios tratamientos médicos que puede minimizar su impacto, desde una intervención quirúrgica hasta la dermoabrasión, los tratamientos con laser las inyecciones, la eliminación de células muertas con productos químicos y la cremas.
- En culturas en las que se otorga mucho valor al aspecto estético, el **impacto psicológico** que produce tener una **cicatriz**, puede provocar **angustia, depresión, aislamiento e ideación suicida** en la persona que la padece.
- Desde hace varios años se habla de estigmatización social sobre los pacientes que presentan esta característica.

- Es importante concientizar a la sociedad acerca de la aceptación de todas las personas aunque tengan alguna marca, ya sea visible o no.
- Según los especialistas, las cicatrices que mas molestan son las que se localizan en zonas expuestas como la cara, las manos y el cuello, así como también aquellas que se encuentran en zonas de apoyo (talones, pies) y en zonas articulares, por las dificultades que generan para la movilidad.
- La afectación es igual en hombres, mujeres y niños, aunque los varones son reacios a la consulta, mientras que las mujeres se preocupan más por las consecuencias de una cicatriz.

Escenarios

- **Ante el propio perro:** *¿Por qué me atacas si me conoces? ¡Si te tengo desde que eras cachorro, yo te cuide, alimenté y amé....! ¡No te hice nada!*
- **Ante un perro del vecindario:** *¡Me atacó de repente..! ¡No lo vi venir...!*
- **Ataque en la vía pública:** *¡Me quedé pasmado... procuré no exaltarlo más.... Sin embargo, pudo oler mi miedo y me atacó durante un tiempo que me pareció interminable... yo gritaba y gritaba pero nadie acudió en mi ayuda!*
- **Perro entrenado para seguridad:** Portador de sustancias ilícitas, invasor de propiedad privada, sospecho en persecución policíaca. Estas personas generalmente asumen el ataque del perro como una riesgo esperable.
- **Revictimización al momento de ser atendido o interponer una demanda:** *¿Por que te atacó ? ¿Qué le hiciste al perro, como lo provocaste? ¿Qué estabas haciendo a esa hora en la calle ? O los consejos retardados: ¡Hubieras corrido más rápido, te hubieras subido al techo de un coche!*
- Con la nueva aplicación de la Norma Oficial, los perros que son recogidos de la calle, no están acostumbrados a convivir con los humanos que ahora los protegen, por lo que con frecuencia, reaccionan agresivamente.



MORDEDURA DE PERRO

■ Las lesiones que ocasionan estos animales van desde:

- El rasguño de un colmillo sin profundización.
- La herida penetrante puntiforme en la que se aprecia pérdida de sustancia y que pueden causar lesiones serias en estructuras internas.
- Y por último, las lesiones con mayor o menor desgarro de los tejidos y con pérdida de sustancia.

