

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



**Trastorno Distímico en caso de abortos múltiples**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Yeny Arely Hernández Lémus

Guatemala, junio 2016

**Trastorno Distímico en caso de abortos múltiples**  
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Yeny Arely Hernández Lémus

Licda. Guadalupe Álvarez García (**Asesora**)

Licda. Sheyla Vanesa Salguero (**Revisora**)

Guatemala, junio 2016

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Rector M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretario General EMBA. Adolfo Noguera Bosque

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Decana M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciaturas Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos M.A. Eymi Castro de Marroquín

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA  
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: *Yeny Arely Hernández Lémus*

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN CON FECHA: junio 2,016

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

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

M.A. Elizabeth Herrera de Tan  
Decano  
Facultad de Ciencias Psicológicas

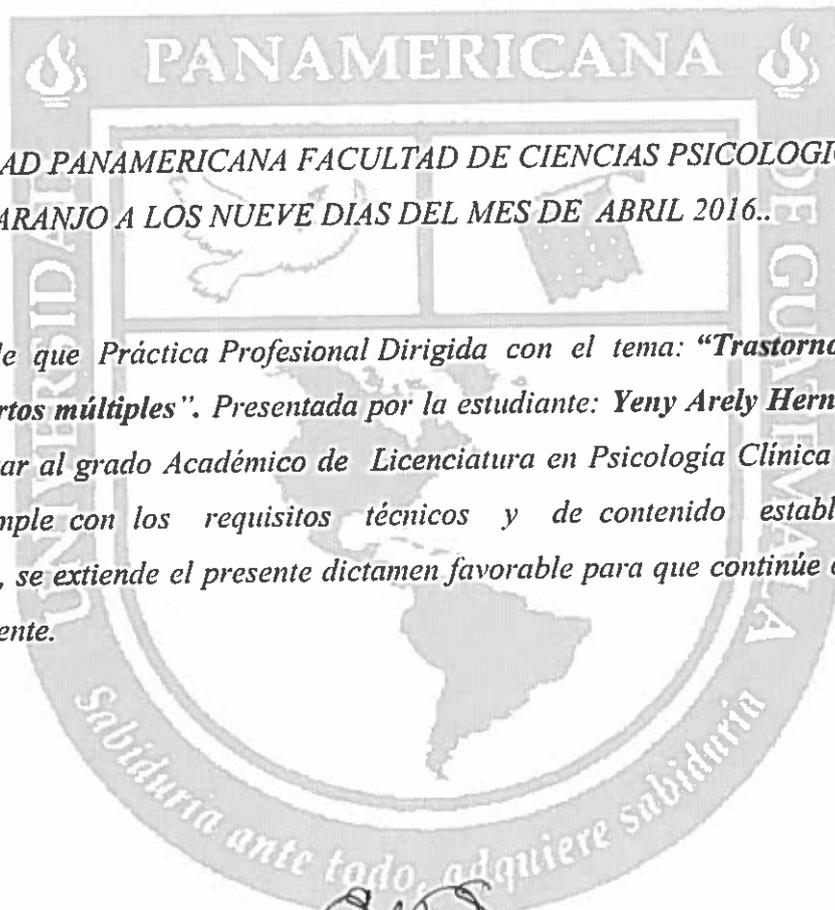




*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala enero 15 de dos mil dieciséis.-*

*En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:  
"Trastorno Distímico en caso de abortos múltiples". Presentada por el (la) estudiante:  
Yeny Arely Hernández Lémus, previo a optar al grado Académico de Licenciada en  
Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de  
contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable  
para que continúe con el proceso correspondiente.*

*Gods*  
**Licda. Guadalupe Alvarez García**  
**Asesora**



*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
CAMPUS NARANJO A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE ABRIL 2016..*

*En virtud de que Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Trastorno Distímico en caso de abortos múltiples”. Presentada por la estudiante: Yeny Arely Hernández Lémus, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

**Licda. Sheyla Vanesa Salguero**

**Revisora**



# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala mes  
junio del dos mil dieciséis.-----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Trastorno Distímico en caso de abortos múltiples", presentado por: Yeny Arely Hernández, Lémus, previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la impresión del informe final de Práctica Profesional Dirigida.*

**M.A. Elizabeth Herrera de Tan**  
Decano  
Facultad de Ciencias Psicológicas



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

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS

Porque es fiel y hasta aquí ha estado conmigo. Gracias Señor por tu incomparable amor, por tu gracia hacía mí, por tu respaldo y tu ayuda. Me has dado la fuerza y la valentía para seguir adelante y mi agradecimiento infinito es para ti que eres el centro de mi vida.

A MI ESPOSO

Gracias Carlos José por tu comprensión y apoyo desmedido que me has brindado en todo momento, por creer en mí y ser mi compañero en este viaje.

A MIS HIJOS

Dulce Rocío y José Carlos por sacrificar tiempo y paciencia para que este logro se hiciera realidad. Me inspiran a ser mejor y ser buen ejemplo para ustedes.

A MI MADRE

Elena Lémus por elevar sus oraciones por mí, han sido mi sustento y mi ayuda en a lo largo de este proceso.

A MIS AMIGAS

Ligia, Lupita, Norayda, Alida, Claudia por brindarme su amistad y apoyo.

A LA UNIVERSIDAD

Por el profesionalismo y sentido humano que me permitieron desarrollar.

# Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	ii
<b>Capítulo 1 Marco de Referencia</b>	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	1
1.3 Ubicación	1
1.4 Organización	2
1.5 Organigrama	3
1.6 Visión	3
1.7 Misión	4
1.8 Programas Establecidos	4
1.9 Justificación	4
<b>Capítulo 2 Marco Teórico</b>	5
2.1 Trastorno Distímico	5
2.1.1 Clasificación	5
2.1.2 Características de la Distimia	6
2.1.3 Causas	6
2.1.3.1 Muerte fetal	7
2.1.3.2 Causas de aborto espontáneo	8
2.2 Duelo	9
2.3 Baja autoestima	10
2.4 Trastorno de estrés postraumático	11
2.5 Problemas de pareja	12
<b>Capítulo 3 Marco Metodológico</b>	14
3.1 Planteamiento del problema	14
3.2 Pregunta de investigación	15
3.3 Objetivo General	16
3.4 Objetivos Específicos	16

3.5 Alcances y límites	16
3.5.1 Alcances	16
3.5.2 Límites	17
3.6 Método	17
3.7 Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional dirigida	17
<b>Capítulo 4 Presentación de Resultados</b>	19
4.1 Sistematización de Estudio de Caso	19
4.2 Análisis de Resultados	30
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias	35
Anexos	38

### **Lista de Cuadros**

Cuadro No. 1 Pruebas de instrumentos aplicados	27
--	----

### **Lista de imágenes**

Imagen No.1 Organigrama	3
Imagen No.2 Genograma	24

## **Resumen**

Mediante este informe se presenta el estudio de caso que se realizó por medio de la Práctica Profesional Dirigida, del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de Universidad Panamericana, sede el Naranjo zona 4 de Mixco. La cual corresponde a la última práctica de la alumna Yeny Arely Hernández Lémus, misma que se realizó en la Clínica Periférica Primero de Julio, ubicada en 5ª avenida E 13-76, zona 5 de Mixco colonia Primero de Julio, llevándose a cabo en un periodo de 7 meses, durante marzo y octubre del presente año.

En el capítulo 1: Marco de Referencia, se realizó una descripción estructurada y detallada de los antecedentes de la institución, ubicación organización, programas establecidos y justificación.

En el capítulo 2: Marco Teórico, se muestra información sobre el Trastorno Distímico y abortos múltiples abordado por diferente autores, quienes explican los fundamentos teóricos del presente informe.

En el capítulo 3: Marco Metodológico, se plantean los objetivos, pregunta de investigación, alcances y limitaciones del caso. A sí mismo la metodología utilizada, en la cual se ejecutó una investigación cualitativa donde se tomó como sujeto de estudio a uno de los pacientes que voluntariamente se acercó a solicitar ayuda psicológica. Además se da a conocer el abordaje psicoterapéutico que se llevó a cabo con la paciente del caso de estudio. Se realizó una serie de entrevistas, evaluación psicométrica y proyectiva para establecer un diagnóstico y un análisis del caso, dicho proceso fue crucial para llevar a cabo el plan de tratamiento adecuado a las necesidades de la paciente, el cual concluyó de manera satisfactoria.

En el capítulo 4: Análisis de resultados, se finalizó con el resultado del análisis del caso de estudio aportando conclusiones y recomendaciones.

## **Introducción**

Según la Organización Mundial de la Salud, se define el aborto espontáneo como la muerte fetal previa a la expulsión o extracción del producto de la concepción a partir de las 28 semanas de gestación o un peso superior a 1000 gramos, ante la cual preceden efectos psicológicos, emocionales, conductuales, familiares y sociales que abarcan al núcleo familiar.

Existe una realidad clínica de los daños provocados por los abortos recurrentes, aunque los servicios de salubridad en el país no alcancen a dar una atención integral que permita el restablecimiento de quienes han atravesado este suceso traumático.

La investigación muestra el impacto a nivel físico, psicológico, familiar y social que están implicados en la problemática y evidencia el grado de importancia que existe en actuar en el momento preciso, para minimizar daños como duelos no resueltos y el origen de trastornos psicológicos, que pueden dar lugar a la ruptura conyugal, problemas familiares, laborales, y sociales.

Durante la práctica Profesional Dirigida, se trabajó con la paciente de 39 años de edad, quien había sufrido tres abortos espontáneos, los cuales fueron el principal factor que desencadenó el trastorno distímico, motivo por el cual acudió a la Clínica Periférica, Primero de Julio a solicitar ayuda para recibir el tratamiento psicológico. El proceso consistió en 4 fases: entrevista, observación, evaluación psicológica y tratamiento. En cada fase la paciente mostró disposición, responsabilidad y compromiso, actitud que fue eficaz para alcanzar los objetivos esperados.

# **Capítulo 1**

## **Marco de Referencia**

### **1.1 Antecedentes**

La Clínica Periférica con atención de 24 horas, de la colonia Primero de Julio, inició operaciones bajo este nombre en 1990, anteriormente era conocida como “Puesto de salud cantonal Primero de Julio”, con inicio de operaciones en 1968. A este puesto de salud acudían únicamente los residentes de la colonia Primero de Julio; con el paso del tiempo y conforme el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), identificó diferentes necesidades de salud en la población residente alrededor y de la colonia Primero de Julio, se estableció una clínica periférica integral que reuniera los requisitos de tamaño y fácil acceso a todas las comunidades, por lo que realizó la ampliación de infraestructura con varios servicios de salud integral.

### **1.2 Descripción**

La Clínica Periférica Primero de Julio es una entidad del Estado, bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), cuenta con el apoyo de la Municipalidad de Mixco y de promotoras de salud rural que ayudan en la vigilancia epidemiológica en la localidad. Se clasifica como un centro de salud clase A.

### **1.3 Ubicación**

La clínica se encuentra ubicada en 5ª avenida E 13-76, zona 5 de Mixco colonia Primero de Julio, departamento de Guatemala.

## 1.4 Organización

La clínica corresponde al Área de Salud Guatemala Noroccidente, cuenta con 74 puestos de trabajo. Dentro de la consulta externa (COEX) se localizan 44 personas quienes realizan su labor en jornada única, en horario de lunes a viernes. Dentro del Centro de Urgencias Mínimas (CUM) hay 30 personas que realizan turnos rotativos de 24 horas, teniendo 72 horas de descanso.

Dentro de los colaboradores de la COEX se encuentran:

### Personal administrativo

- Director de la Clínica Periférica
- Encargado de Recursos Humanos
- Secretaria
- Trabajadora Social
- Una persona en archivo y clasificación

### Personal médico

- Seis médicos residentes (odontólogo, pediatra, ginecólogo, tres médicos generales).
- Una psicóloga

La institución posee una infraestructura que comprende: área de urgencias, área de consulta externa, laboratorio clínico, farmacia, unidad de rayos X, dos áreas de parqueo, jefatura de personal, oficina de dirección, salón general de reuniones y salón de reuniones para vigilancia epidemiológica. El área de psicología cuenta con tres clínicas, una de ellas es apropiada para trabajar con niños ya que tiene el espacio y las herramientas necesarias para el abordaje psicológico.

## 1.5 Organigrama



Fuente: Elaboración propia, noviembre 2015

## 1.6 Visión

Brindar atención a las personas que necesitan consulta médica y promoción de la salud, ya sea por problemas agudos o crónicos y el desarrollo de programas de prevención de salud a nivel institucional y comunitario. Con la adecuada planificación, organización, ejecución y evaluación del impacto de los programas.

## 1.7 Misión

Atención de calidad a todas las personas que necesitan el servicio de manera oportuna y eficiente y lograr impacto en los indicadores de salud del distrito, mediante el fortalecimiento de programas educativos.

## 1.8 Programas Establecidos

La clínica cuenta con el Centro de Urgencias Mínimas (CUM) donde se atienden emergencias de todo tipo, tales como: fracturas, enfermedad común, epidemiológicas (dengue, malaria, sarampión, etc.), quemaduras leves, suturas por accidentes pequeños, rayos X, laboratorio clínico, ginecología y pediatría; brinda atención continua y recurso paramédico. Además de cierto número de camas (15 camas disponibles en el Centro de Urgencias Mínimas) para encamamiento mínimo especificado. En la Consulta Externa (COEX) se atiende a: pacientes con récord clínico por enfermedad común, odontología, medicina general, pediatría, control prenatal y postnatal, atención del niño sano, psicología, rayos X, laboratorio clínico, salud reproductiva, jornada de vacunación y farmacia interna. Se atiende a toda persona no importando su etnia o procedencia.

## 1.9 Justificación

El programa académico correspondiente al 5° año de la licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de Universidad Panamericana de Guatemala, consiste en la realización de un estudio de caso a través de una sistematización de experiencias, el cual fue llevado a cabo durante el período de práctica realizado en la Clínica Periférica Primero de Julio, inició en el mes de marzo y finalizó en octubre. El proceso de práctica permite ejecutar y ampliar los conocimientos teóricos y prácticos para un buen desempeño profesional, asimismo para conocer a fondo la problemática atendida y ser un medio que promueve y contribuye al desarrollo de la salud mental.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

#### **2.1 Trastorno distímico**

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (2001) este término se refiere a estados depresivos muy prolongados se caracteriza por una serie de cambios en el estado de ánimo y el afecto, provocado por un conjunto de síntomas que están presentes durante al menos dos años, lo cual parece ser una extensión de la personalidad. Quien padece de trastorno distímico lucha con una depresión más crónica pero menos grave.

##### **2.1.1 Clasificación**

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por una alteración del humor. El DSM IV define por una parte episodios afectivos de carácter depresivos, los cuales consisten en un estado de ánimo deprimido, pérdida del interés, sensación de placer o episodio maníaco; así como un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo e irritable. Estos episodios generan diversos patrones del estado de ánimo:

##### Episodios afectivos

- Episodio depresivo mayor
- Episodio maníaco
- Episodio mixto
- Episodio Hipomaníaco

##### Trastornos depresivos

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico

### 2.1.2 Características de la distimia

El trastorno distímico tiene por lo menos durante dos años algunos síntomas como: apetito escaso o excesivo, insomnio o hipersomnia, fatiga o poca energía, baja autoestima, baja concentración, dificultad para tomar decisiones, sentimientos de incompetencia o desesperanza. Quienes sufren esta enfermedad probablemente se aíslen de los demás, pasan la mayor parte del tiempo sumidos en la tristeza pensando o sintiéndose culpables, algunos actúan con ira o irritabilidad hacia los demás.

Los síntomas anteriormente indicados, imposibilitan el desarrollo de la persona porque son causa de un malestar o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la persona, puede presentarse antes de los 21 años. Este trastorno suele ser más frecuente en mujeres que en hombres.

### 2.1.3 Causas

Factores genéticos: Hasta el momento las influencias genéticas sobre los trastornos del estado de ánimo son poco claras ya que no todas las personas que tienen una historia familiar de depresión tendrán la enfermedad. Además, puede suceder que la enfermedad aparezca en personas que no tienen ningún antecedente familiar.

“Un estudio reciente de depresión mayor en mellizos/as y gemelos/as encontró que los factores genéticos justifican el 39% de la varianza, y el medio ambiente, el 61%”, (Kendler y Prescott, 1999). (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2002, p. 421). Esto sugiere que existen factores adicionales que pueden causar la depresión.

Factores ambientales: En la vida diaria se enfrentan situaciones que pueden ser definidas como factores detonantes de un trastorno del estado de ánimo, estas pueden ser la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas familiares, problemas laborales, problemas económicos, una enfermedad física, un cambio significativo en la vida, entre otros.

Factores psicológicos y sociales: Las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida, tendencia a la preocupación excesiva y patrones de pensamiento negativo son más propensas a padecer algún tipo de depresión.

Vásquez, Muñoz y Becoña (2002) sostiene que la depresión es el resultado de la evaluación errónea con la que se interpreta un evento. La triada cognitiva propuesta por Beck, es un elemento implicado en el contenido cognitivo del sujeto deprimido, se ve a sí mismo, incapaz, indigno, percibe el mundo lleno de obstáculos y de problemas sin solución y el futuro le parece desesperanzador.

Es preciso mencionar que el estilo de vida es un factor determinante en la prevalencia de la depresión. El estilo de crianza recibido en la infancia, los mecanismos de afrontamiento y el nivel de resiliencia (capacidad de superar las situaciones difíciles que suscitan en el transcurso de la vida), son algunos factores importantes para el desarrollo de la enfermedad. Estudios revelan que la mujer que ha sido sometida a algún tipo de maltrato (físico, verbal, psicológico, sexual y patrimonial), tiene más probabilidad de padecer algún trastorno del estado de ánimo, en contraste con aquellas que cuentan con un buen soporte social y emocional.

### 2.1.3.1 Muerte fetal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe aborto espontáneo como Óbito fetal (muerte fetal) “es la muerte del producto de la concepción acaecida antes de su expulsión o de su extracción completa del cuerpo de la madre, independiente de la duración del embarazo” (parr. 3).

Otras definiciones:

- Muerte fetal desconocida: Aquella que ocurre en cualquier momento de la gestación y de imposible clasificación por edad gestacional.
- Muerte fetal espontánea: La que ocurre antes de la vigésima semana de gestación.

- Muerte fetal temprana: Comprende a los fetos entre las semanas 20 y 27 de gestación.
- Muerte fetal tardía: La expulsión o extracción del producto de la concepción a partir de las 28 semanas de gestación o un peso superior a 1000 gramos. El feto no se expulsa como en un aborto, sino como en un parto.
- Muerte neonatal: El fallecimiento de un bebé dentro de los primeros siete días después del nacimiento.
- Muerte perinatal: Agrupa la muerte fetal tardía y neonatal temprana; es decir, aquella que ocurre entre la vigesimoctava semana de gestación hasta el séptimo día postparto.

### 2.1.3.2 Causas de aborto espontáneo

Bouquet de Durán (2012) sostiene que existen múltiples patologías clínicas causantes de muerte fetal. Se clasifican en maternas, fetales y placentarias.

Causas de origen materno: Útero pequeño o hipoplásico, infecciones que produzcan inflamación del útero o que ataquen directamente al embrión, como infecciones por toxoplasma gondii, mycoplasma listeria monocytogenes, agentes infecciosos, físicos, químicos, uso de medicamentos durante el primer trimestre de la gestación. Carencias alimenticias, enfermedades consuntivas, caquexia, hipotiroidismo, diabetes, carencia de ácido fólico, enfermedades autoinmunes; lupus eritematoso, el lupus causa alteraciones importantes en la coagulación (lupus sangrante) y éstas determinan trombosis y aborto recurrente, pre-eclampsia, eclampsia, hipertensión arterial. La edad de la mujer es un factor con una predisposición para la complicación del embarazo ya sea que se encuentre en una edad precoz o avanzada.

Causas fetales: Entre las causas fetales se puede mencionar el embarazo múltiple, retardo de crecimiento intrauterino, anomalías congénitas o genéticas (cuando un órgano no se desarrolla adecuadamente). Entre el 5 y el 10 por ciento de los bebés nacidos sin vida tienen anomalías relacionadas con sus cromosomas, que son las estructuras que contienen el material genético. Las infecciones bacterianas que afectan al feto o a la placenta son una causa importante de las

muertes fetales que ocurren entre las semanas 24 y 27 de gestación. Representan entre el 25-40% de las muertes.

Causas placentarias: Está demostrado que los accidentes de cordón umbilical, desprendimiento de la placenta durante el embarazo, envejecimiento grave de la placenta, la formación de coágulos placentarios impiden que el feto reciba suficiente oxígeno y nutrientes, ruptura prematura de membrana, circulares de cordón, rotura de vasos arteriales y trombosis de la arteria umbilical.

## 2.2 Duelo

El duelo es una reacción natural a la pérdida de un ser querido u objeto significativo, incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, no hay un tiempo específico de duración ya que depende del esfuerzo del doliente.

Bucay (2006) sostiene que el duelo es un proceso de elaboración; la palabra elaboración procede de labor o tarea y duelo de dolor. Requiere expresar los sentimientos generados por la pérdida, aceptar la nueva realidad y reconstruir la vida.

Payas Puigarnau (2010), la teoría de la vinculación propuesta por Jonh Bowlby (1979-1988) explica que el ser humano tiende a crear vínculos con las personas que le rodean, ante la amenaza de ruptura de estos vínculos se experimentan emociones intensas. Esto se debe a que la seguridad y protección es una necesidad innata que se manifiesta desde los primeros días de vida, el adulto o cuidador actúa como un agente que brinda sustento, seguridad y estabilidad siendo suficientemente cálido para que el bebé sienta un vínculo seguro, si esta figura que significa fuente de seguridad desaparece, el niño siente que desaparece y reaccionará con señales emocionales intensas, pasando por varias etapas emocionales.

Así la respuesta de aflicción ante la muerte de un ser querido es un caso específico de ansiedad por separación, siendo el duelo una forma de ruptura de vínculo definitivo. La respuesta psicológica ante la separación esta biológicamente programada mediante una cadena de

reacciones fisiológicas tales como aturdimiento, añoranza/ búsqueda de enfado, desorganización/desesperanza, y reorganización.

Kübler-Ross (2010) afirma que el duelo se manifiesta en cinco fases:

- Fase de Negación: La persona se resiste a aceptar que ha ocurrido la pérdida, es una defensa que antecede a la aceptación parcial.
- Fase de Indiferencia o Ira: suscitan sentimientos de rabia, resentimiento, el doliente reacciona violentamente; acá se buscan razones causales y culpabilidad.
- Fase de Negociación: Surge el intento por afrontar la realidad, intenta buscar una solución porque la pérdida se le hace insoportable.
- Fase de depresión: Se experimenta tristeza por la pérdida. Pueden llegar a sucederse episodios depresivos, es un estado temporal y preparatorio para la aceptación de la realidad.
- Fase de Aceptación: Se asume que la pérdida es inevitable. Supone un cambio de visión de la situación sin la pérdida; se comienza a sentir cierta paz. Se debe tomar en cuenta que no es lo mismo aceptar que olvidar.

“La pérdida de un bebé sin nacer es la pérdida de sueños y fantasías hechas. Muchas veces esta pérdida y este sufrimiento duran más que la pérdida de alguien al que se ha conocido” (Bucay, 2009, p. 168). El duelo es una fase dolorosa, implica enfrentarse a la ausencia que deja lo que se ha perdido. Elaborar adecuadamente un duelo requiere aceptar la realidad a través de un proceso gradual de aceptación, esto conlleva a la resignificación, donde la pérdida adquiere un nuevo sentido, permitiéndole a la persona recordar sin sentir dolor intenso.

### 2.3 Baja autoestima

Martínez (2009). Afirma que la autoestima es el valor negativo o positivo que el individuo atribuye a sí mismo, ésta influye en la manera en que se comporta y se relaciona con su entorno en todas sus dimensiones tales como aceptación, afrontamiento, aceptación de los demás e interacciones sociales, entre otras.

Bouquet de Durán (2012) afirma:

La gestación llena las ambiciones narcisistas más relevantes (...) entre las que se encuentran la sensación de omnipotencia derivada del hecho de dar vida a un nuevo ser, la afirmación de la feminidad y la ilusión de la inmortalidad, al contribuir a la perpetuación de las próximas generaciones de seres humanos, a través de su hijo. La gestación completa a la mujer y eleva su autoestima, frente al aborto espontáneo baja su autoestima al mínimo. (Oviedo-Soto, et al., 2009). (p. 54).

Matud (2004) Menciona que la autoestima está íntimamente ligada a la salud, un estudio demostró que las mujeres que poseen herramientas adecuadas de afrontamiento, perciben las adversidades ambientales como oportunidad de crecimiento y no como amenaza, tienen una valoración positiva de sí mismas. La evaluación cognitiva distorsionada, la percepción de fracaso y atribuciones de culpabilidad dan como resultado una disminución de la autoestima.

## 2.4 Trastorno de estrés postraumático

Carvajal (2002) sostiene que el vocablo trauma proviene del griego y significa herida. En el Trastorno de estrés postraumático TEPT, lo principal es el trauma psíquico; se produce cuando se experimenta un evento inesperado que supera el límite de las capacidades del individuo, donde la integridad física y emocional se ve amenazada. Puede ser la muerte de un ser querido, una enfermedad médica, pérdidas materiales o económicas, un conflicto sentimental, un accidente automovilístico, secuestros, violaciones, entre otros. Estos eventos generan reacciones físicas y psicológicas que alteran e interfieren en el desempeño de las actividades cotidianas.

Según el DSM IV-TR, (2001) la sintomatología del TEPT incluye episodios de miedo intenso, reexperimentación persistente del suceso traumático, evitación de actividades y situaciones que recuerdan el trauma, pensamientos recurrentes del evento, hipervigilancia, dificultad de concentración, irritabilidad, insomnio, ansiedad, anestesia emocional o sentimientos de indiferencia hacia otras personas de su entorno y el futuro.

Belloch, Sandín y Ramos (2009) sostienen que además de experimentar las reacciones características del TEPT, es probable que el sujeto afectado más adelante presente problemas de depresión y pérdida de la autoestima dudando de las propias capacidades para encauzar la vida futura.

Hallazgos recientes muestran que algunas mujeres que han experimentado abortos recurrentes, pueden presentar síntomas de estrés postraumático, en forma aguda (los síntomas duran menos de tres meses) o crónica, (los síntomas duran tres meses o más).

“La reacción psicológica ante la situación vivida depende, de la intensidad del trauma, de las circunstancias del suceso, de la estabilidad emocional, de los recursos psicológicos propios, de la autoestima, del apoyo familiar, social y de las relaciones afectivas actuales.” (Belloch, et al 2009, p. 141).

## 2.5 Problemas de pareja

Cloud y Towsnsend (2009) afirman que para formar un matrimonio se necesitan dos personas completas, es decir adultos maduros, independientes, responsables, autosuficientes, seguros de sí mismos que estén dispuestos a enfrentar las dificultades y solucionarlas para tener una vida estable y segura.

Evadir los problemas es intensificar el grado de tensión llevando la relación al límite, en el menor estímulo rebalsará y el daño será mayor o permanente. A continuación se enlistan algunos factores causantes del deterioro conyugal:

La falta de comunicación: Rosberg (2006) sostiene que la comunicación es un pilar de vital importancia en la relación conyugal, es el proceso donde ambos comparten de manera verbal ideas, creencias, pensamientos y emociones, está comprobado que las parejas que se comunican asertivamente tienen una relación más satisfactoria y duradera. La ausencia de comunicación o

aquella basada en las discusiones, descalificaciones, burlas, crítica y los señalamientos deterioran la relación; provocando rechazo, aislamiento al grado de inducir una separación.

Distanciamiento físico y emocional: la ausencia de manifestaciones de afecto, la falta de proximidad física, las actividades laborales, la falta de tiempo para compartir gustos e intereses, ocuparse en actividades diversas, dedicar poco o nada de tiempo a la relación conyugal conllevan al abandono físico y emocional, se gestan pensamientos y sentimientos negativos; el cónyuge que se siente abandonado tiende a caer en cuadros de soledad y la sensación de estar ajeno a la pareja. Rosberg (2006).

Violencia verbal y Psicológica: Forward (1993) afirma:

Abuso es una palabra que hace referencia a la violencia, tanto psicológica como física. Es abuso cualquier comportamiento encaminado a controlar y subyugar a otro ser humano mediante el recurso al miedo y la humillación, y valiéndose de ataques físicos o verbales. Es decir, que son abusos la prepotencia, la arbitrariedad, las expresiones de desprecio, los reproches exagerados y toda forma de comportamiento que por medios similares tienda a esos fines. Dicho de otra manera, no es necesario que a uno lo golpeen para que haya abuso. (p. 29).

Se trata de un tipo de abuso psicológico donde especialmente la crítica continua produce heridas profundas y duraderas que van desgastando emocionalmente al cónyuge.

## **Capítulo 3**

### **Marco Metodológico**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

El ser humano enfrenta situaciones que afectan su estabilidad emocional esto relacionado con la el sentimiento de la tristeza que se experimentan en la vida diaria, manifestándose lo que comúnmente es llamado por los profesionales de la salud mental como trastorno depresivo, el cual consiste en una perturbación psicológica como alteración del apetito, dificultad para tomar decisiones, baja autoestima, sentimientos de desesperanza. La persona se siente incompetente en la mayor parte de sus actividades, incapaz de sentir placer o interés en los sucesos de la vida.

El curso del desarrollo de esta afección es crónico debido al grado de intensidad y duración de los síntomas, relativamente lo padecen en su mayoría mujeres, por lo que merece una atención oportuna y de esa manera evitar que la persona afectada opte por mecanismos de afrontamiento inadecuados que pongan en peligro su vida.

##### **3.1.1 Problemática del caso de estudio**

Se presenta a continuación la problemática del caso de estudio, se reserva la identidad por motivos de seguridad y confidencialidad.

El caso clínico fue atendido en la Clínica periférica Primero de Julio, se recibió a la paciente quien llego por voluntad propia para iniciar el proceso terapéutico luego de haber sido atendida en la emergencia a causa de la presión arterial alta, taquicardia, mareos y sudoración. Al momento de solicitar apoyo psicológico presentaba llanto excesivo, tristeza, preocupación, pensamientos de muerte, sentimientos de minusvalía, apariencia agitada y cansada.

Debido a que había experimentado tres abortos espontáneos, el primero de ellos sucedió en el año 2001 el segundo en el 2003 y el tercero en el 2014, la crisis que la llevó a la emergencia era constante, dado que temía estar sola. Su esposo se ausentaba un mes y medio ya que viajaba por motivos laborales. Durante ese tiempo la paciente experimentaba soledad, tristeza y desesperación, lamentando la ausencia de sus hijos, lo cual incrementaba su estado de ánimo decaído y la afección física.

Además de las pérdidas, le agobiaba la relación conyugal, estaban presentes las discusiones, la falta de interés, comunicación, comprensión, abandono emocional, violencia verbal y psicológica por parte de su esposo rehusándose a buscar ayuda en pareja, atribuyendo toda la responsabilidad a la paciente, quien cada vez más se sentía impotente, enferma e insegura de entablar relaciones con los demás, optaba por encerrarse sumiéndose en un estado habitual que había experimentado durante los últimos años.

La característica principal del caso de estudio determina que algunas veces los factores precipitantes que influyen en el estado de ánimo, son situaciones de la vida diaria. Lo que difiere de una a otra persona es el mecanismo de afrontamiento que se adopta y la importancia del soporte familiar, mismas que pueden detonar pensamientos, sentimientos y conductas desadaptativas perjudiciales para la salud biopsicosocial.

El estudio propone investigar la problemática que está contenida en el trastorno distímico en caso de abortos múltiples.

### 3.2 Pregunta de investigación

¿Existe una problemática como consecuencia de los abortos múltiples?

### 3.3 Objetivo General

Identificar las consecuencias físicas, psicológicas y familiares como resultado de los abortos múltiples.

### 3.4 Objetivos Específicos

- Establecer el impacto emocional causado por los abortos múltiples
- Identificar los factores que influyeron en la baja autoestima de la paciente
- Identificar los principales factores detonantes del estrés postraumático.
- Determinar las causas que dieron lugar a los conflictos en el matrimonio.

### 3.5 Alcances y límites

#### 3.5.1 Alcances

La intervención psicológica propuesta fue acorde a las necesidades manifestadas por la paciente, su actitud y persistencia permitieron la consecución de las metas planteadas al inicio del tratamiento. La intervención fue a través de una orientación basada en la modificación de pensamiento, emoción y conducta; así mismo, se incorporaron ejercicios vivenciales enfocados al aquí y ahora, mismos que permitieron la resolución de sus conflictos emocionales. Adquirió seguridad, confianza en sí misma, logró la resolución de los duelos causados por los abortos, recuperó su vida social, mejoró su salud física, eliminó de manera gradual la dependencia al clonazepam y logró la aceptación de la relación conyugal.

### 3.5.2 Límites

El ambiente carecía de privacidad, ya que las clínicas estaban ubicadas en medio de las áreas de atención de medicina general y frente a ellas la sala de espera, por lo que el ruido y las personas que llamaban a la puerta en busca del servicio, fueron interruptores que impedían la realización de algunas sesiones, en las que era imprescindible el silencio y un ambiente apropiado.

### 3.6 Método

La presente investigación se realizó mediante el método cualitativo, como parte de la asignatura de sistematización de práctica profesional dirigida, del 5º año de la licenciatura en Psicología clínica y consejería social.

La investigación cualitativa es el procedimiento que estudia el comportamiento y los hábitos humanos, la cual a través de entrevista estructurada y no estructurada, la observación y herramientas psicométricas permitieron llevar a cabo el estudio de caso de trastorno distímico por abortos múltiples.

### 3.7 Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional dirigida

Se utilizaron diversas técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional dirigida, las cuales favorecieron el procedimiento diagnóstico y terapéutico del caso de estudio, a continuación se describen:

Observación: Técnica empleada durante todo el proceso de diagnóstico e intervención psicoterapéutica. Dicha técnica es fundamental para investigar y estudiar al paciente de forma detallada. Asimismo permite identificar rasgos de personalidad, conducta y actitud; lo cual brinda datos e información importante del paciente, generando esto orientación al momento de aplicar pruebas psicológicas y psicométricas.

Entrevista: Herramienta técnica y básica utilizada durante el proceso de diagnóstico, fundamental para recolectar datos en la anamnesis e historia clínica, y es un instrumento importante para la toma de decisiones, comprensión y predicción clínicas.

Administración de pruebas psicométricas: Metodología utilizada en el proceso diagnóstico, incluye test, cuestionarios y observaciones, la finalidad es favorecer el diagnóstico en los diversos pacientes puesto que permiten evaluar áreas cognitivas, sociales, emocionales, afectivas, motoras, perceptoras, que se consideran oportunas para obtener mayor información del paciente.

La integración de los instrumentos utilizados implica distintos momentos y tareas, que se organiza mediante la metodología científica y que tiene como principal objetivo realizar un abordaje psicoterapéutico eficaz y eficiente para cada paciente.

## **Capítulo 4**

### **Presentación de Resultados**

#### 4.1 Sistematización del Estudio de Caso

##### Datos generales

Nombre:	M.L.L.G
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	14/09/1975
Edad:	39 años
Estado civil:	Casada
Escolaridad:	Diversificado
Institución:	Clínica Periférica Primero de Julio
Profesión:	Secretaria Oficinista
Ocupación:	Ama de casa
Religión:	Evangélica
Dirección:	Villa Verde II zona 3 de Mixco
Teléfono celular:	4214 - 4427
Referido por:	Asiste por voluntad propia.
Fecha de inicio del proceso terapéutico:	25 de Marzo de 2015

##### 4.1.1 Motivo de consulta

La paciente refiere: “Tengo mucha ansiedad por muchas cosas guardadas y estoy medicada con clonazepan y no puedo dejarlo”.

#### 4.1.2 Historia del problema actual

La paciente refiere que contrajo matrimonio en el año 2001, dos años después decidieron con su esposo tener hijos. Su primer embarazo no tuvo complicaciones de ningún tipo, al cumplir 28 semanas de gestación tuvo un aborto espontáneo a causa de ruptura prematura de membrana, su esposo se fue de casa; él la culpaba de lo sucedido, refiere que estaba devastada por la pérdida y el abandono de su esposo, experimentó tristeza y soledad.

Después de 3 meses de separación su esposo regreso a casa, ella lo aceptó y dos años después embarazó, a las 22 semanas de gestación tuvo el segundo aborto debido a la presión arterial alta, la relación conyugal se vio un tanto más afectada, su esposo se tornó frío y distante. Siete años después embarazó, debido a que presentó preeclampsia su embarazo fue de alto riesgo, a pesar de los cuidados a las 24 semanas de gestación experimentó la tercera pérdida. En los tres eventos tuvo la sensación de que iba a morir, según indica la paciente. Desde entonces presenta presión arterial alta y su estado emocional se tornó más afectado.

La paciente comenta que se mostró fuerte ante los demás, no lloró a ninguno de sus hijos y siguió su vida como si no hubiese pasado mayor cosa, comenta que lo hizo para no mostrar debilidad y evitar la crítica y el rechazo de familia. A raíz del último aborto buscó ayuda médica refiriendo síntomas de ansiedad por lo que fue medicada con clonazepan. Al no tomar una dosis de medicamento, al día presenta síntomas como mareos, náuseas, taquicardia, sudoración e insomnio.

Debido a que no mostró alivio decidió consultar a un psiquiatra éste le dijo que la dosis de clonazepan era demasiado alta y los síntomas que presentaba era debido a la dependencia que tiene del medicamento, por lo que le recomendó disminuir la dosis paulatinamente, por ende buscó ayuda psicológica ya que se siente incapaz de vivir sin el medicamento, además se ha dado cuenta que sus pensamientos incrementan su malestar.

La paciente declara que desde la primera pérdida se ha sentido muy triste. Lloro casi todo el tiempo, tiene dificultad para conciliar el sueño, subió de peso, no se alimenta adecuadamente. Asimismo presenta baja autoestima, falta de concentración y atención, ha optado por aislarse, ha perdido el interés por sus actividades, por su arreglo personal y declara que viste solo de color negro dado no se siente bien vistiendo de otros colores.

Los últimos 6 meses ha tenido pensamientos suicidas de muerte y crisis frecuentes de ansiedad en las cuales tiene la sensación que morirá como lo que experimentó en los abortos. Así también, evita los lugares públicos donde hay aglomeración de personas, especialmente los hospitales, ya que constantemente recuerda imágenes y sonidos relacionados a los momentos en los que sucedieron los abortos. Tiene muchas ideas y pensamientos que le perturban día y noche causándole más desesperación y angustia.

#### 4.1.3 Historia clínica

Historia prenatal: Sus padres se encontraban distanciados física y emocionalmente cuando la madre se dio cuenta que estaba embarazada, esto provocó que su padre la rechazaría ya que pensaba que no era su hija. Refiere que no se ha sentido aceptada ni querida por él y tiene duda si en verdad es su hija pero la madre no habla al respecto.

Desarrollo escolar: Inició a estudiar a los 7 años de edad, estudió en dos establecimientos dado que a los 8 años se fue a vivir con su papá y fue necesario cambiar de escuela, era excelente estudiante, mantuvo un promedio de 85 a 90 puntos en todos los grados, refiere que le gustaba estudiar, era disciplinada y se esforzaba por mantener el mismo promedio. Disfrutaba participar en diversas actividades que organizaban las instituciones. Era sociable y de muchas amistades su relación con maestros y compañeros fue respetuosa y amigable.

El padre constantemente le negó la oportunidad de estudiar una carrera y la madre no tenía los recursos económicos para solventar los gastos de estudio. Un amigo observó su desempeño escolar y le apoyó brindándole todo lo necesario para culminar el nivel diversificado.

Desarrollo social Era sociable y desinhibida, tenía facilidad para entablar conversaciones con los demás, en los grupos que ha pertenecido siempre fue líder, se rodeaba de amistades y le gustaba pasar la mayor parte del tiempo acompañada. Sin embargo en los últimos años ha perdido contacto con las personas, se siente insegura e incapaz de sostener relaciones sanas.

Adolescencia: A la edad de 14 años experimentó su primer noviazgo con el permiso de su mamá, la relación duró aproximadamente 6 meses, a partir de esa edad tuvo alrededor de 24 novios, a veces mantuvo dos relaciones al mismo tiempo. Los noviazgos eran de corta duración, temía que la abandonaran o le hicieran daño por lo que evitaba enamorarse.

Adulthood: Su primer trabajo fue a la edad de 16 años en una distribuidora de ropa, durante 3 años vendió prendas de vestir. A los 19 años de edad ejerció como secretaria para una constructora durante 5 años. A los 24 años trabajó para un banco por 3 años, a los 27 años laboró por 2 años en otro banco, los últimos tres trabajos ha renunciado para optar por un mejor sueldo. A la edad de 29 años trabajó durante 2 años y medio en otro banco, ha sido el que mayor beneficio económico le ha dejado; en los bancos ejerció la función de receptora, renunció a petición de su esposo ya que se presentaron problemas porque ella ganaba más que él. Su último trabajo fue en una empresa de libros del cual fue despedida.

#### Historia Psicosexual y vida marital

A los 25 años de edad contrajo matrimonio con su esposo actual, con él fue con quién tuvo su primera relación sexual, al principio se presentaron problemas en esta área dado que la paciente fue abusada sexualmente por su hermano a la edad de 5 años; no recuerda por cuánto tiempo fue agredida, no hubo penetración. Refiere que le afectaba hasta el punto de presentar malestar, sudoración y temor en las consultas con el ginecólogo, durante ese tiempo reconoció que necesitaba ayuda luego de un proceso de consejería espiritual perdonó a su hermano y no le guarda ningún tipo de resentimiento, la relación sexual con su esposo mejoró. Actualmente tienen una relación sexual inactiva debido al tiempo que pasan separados.

La relación conyugal se ha deteriorado a causa de los abortos; su esposo se ha mostrado distante, indiferente, la ha desvalorizado diciéndole que “no sirve como mujer” porque no ha podido tener a ninguno de sus hijos, muestra rechazo e intolerancia ante las enfermedades de la paciente, el trabajo que tiene implica que esté lejos por 45 días; esto ha debilitado más la relación.

Paciente refiere que en su matrimonio ha adoptado una conducta sumisa y dependiente, lo cual está generando conflicto en ella ya que está cansada de esperar que su esposo la valore y le muestre un poco de amor y atención.

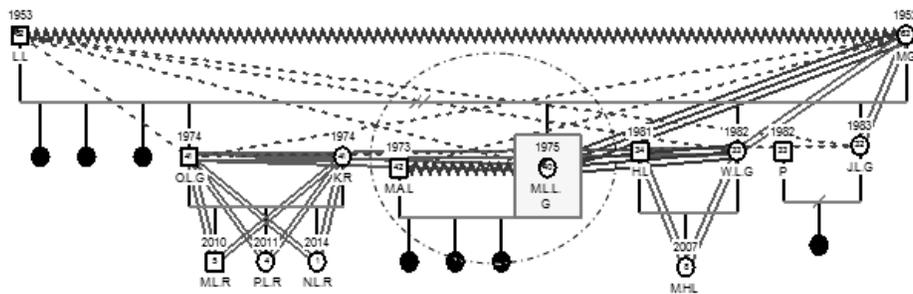
Historia médica: A los 6 años sufrió una parálisis facial a causa de un susto provocado por un amigo del padre quien colocó una ametralladora sobre sus piernas, tuvo un desmayo y no recuerda nada más. Ha sido intervenida tres veces donde le han practicado los legrados. Constantemente tiene crisis de ansiedad y es llevada de emergencia a causa de la presión arterial alta. Actualmente presenta triglicéridos y colesterol alto. Los glóbulos blancos están bajos y tiene obesidad nivel 2.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: Referida por el instituto guatemalteco de seguridad social (área de maternidad) para el departamento de psicología para superar el primer y segundo aborto e inició un proceso de psicoterapia dejándolo inconcluso, refiere que aún no ha podido superar las pérdidas.

#### 4.1.4 Historia familiar

### Genograma

**Imagen No. 2**  
**Genograma**



Fuente: Elaboración propia, junio 2015

Estructura familiar: La paciente es la segunda hija en la familia, se unió en matrimonio con M.A.L hace 14 años no han podido tener hijos, ya que ella ha abortado tres veces, la relación conyugal es distante y hostil, su condición socioeconómica es de nivel medio y tienen vivienda propia en un área privada.

Su hermano mayor está casado y tiene tres hijos mantiene una relación armoniosa y estable con su familia al igual que su tercera hermana quien está casada y tiene una hija. Su cuarta hermana tuvo un aborto hace 11 meses, este fue provocado por su esposo quien abusaba de ella física y verbalmente luego de lo sucedido se separaron y no tienen ningún tipo comunicación.

Los padres de la paciente se divorciaron hace 31 años mantenían una relación violenta, el padre abusaba física, verbal y psicológicamente de la madre de la paciente a causa del maltrato tuvo tres abortos. La relación del padre con sus 4 hijos es indiferente aunque tiene una posición

socioeconómica alta no les ha brindado apoyo y no ha habido ningún acercamiento en muchos años.

La madre con sus hijas sostiene una relación cercana y unida, en contraste con su hijo dado que no tiene comunicación alguna. La paciente tiene una relación muy unida con sus hermanas, la madre y su tercera hermana siempre le han brindado apoyo y comprensión. La relación con su hermano es armoniosa se comunican por las redes sociales y se reúnen varias veces al año.

#### Antecedentes familiares

La paciente refiere que durante su infancia tanto ella como sus hermanos vivieron en un ambiente hostil y carente de afecto. El padre era agresivo y dependiente de las bebidas alcohólicas, la madre se separó de él varias ocasiones él la convencía y le rogaba que regresara a casa y ella lo perdonaba.

A la edad de 8 años sucedió la separación definitiva, sus dos hermanas se quedaron con su mamá, ella y su hermano se fueron a vivir con su papá, comenta que no había quien cuidará de ellos dado que su papá pasaba días ingiriendo bebidas alcohólicas y los maltrataba física, verbal y psicológicamente, jamás recibió de él una muestra de afecto al contrario solo recibió humillaciones y desprecio de su parte. Debido al maltrato a los 3 meses su hermano se escapó y regreso a vivir con su mamá. Después de un año ella también regreso con su mamá.

El padre era irresponsable y su madre trabajaba para sostener los gastos por lo que siendo la mayor de las hijas cuidó de sus hermanos y se encargaba de las actividades de la casa.

#### 4.1.5 Examen del estado mental

Presentación: Nivel de conciencia: conciencia lúcida, sin alteración. Aspecto general: Pulcra, con aspecto agitado, vestía atuendo casual de color negro, cabello largo, ondulado, tinturado de rojo se observaron ojeras y sobrepeso. Mantuvo contacto visual.

Actitud: amable y cooperadora.

#### 4.1.5.1 Conducta motora y estado afectivo

Mantuvo una postura corporal encorvada, en los momentos de llanto inclinaba el rostro y cubría su boca con la mano derecha. Afecto: Manifestó tristeza y ansiedad.

#### 4.1.6 Estado cognoscitivo

- Atención: Su atención es buena, se muestra atenta en todo momento.
- Concentración y vigilancia: Buena concentración. Estado de alerta normal.
- Orientación: Se encuentra ubicada en tiempo, lugar, persona y situación.
- Lenguaje: Lenguaje coherente, el tono de su voz bajo, timbre débil.
- Fluidez: En todas las sesiones mostro fluidez, en ocasiones le era difícil emitir palabras debido al llanto sollozante.
- Comprensión: Nivel de comprensión normal.
- Repetición: Le es fácil la repetición de palabras y frases.
- Designación: Capacidad intacta de denominación o designación.
- Razonamiento: Razonamiento lógico, buena capacidad de juicio y abstracción.
- Memoria: Memoria remota y reciente en buenas condiciones, su memoria inmediata dañada.
- Pensamiento: Proceso: pensamiento coherente y perseverativo, en referencia a los tres abortos espontáneos que ha experimentado.

- **Contenido:** Presenta flashbacks visuales y auditivos sobre los momentos en los cuales sucedieron los abortos. Le preocupa la dependencia al Clonazepam. Posee ideas suicidas. Este estado le imposibilita conciliar el sueño.
- **Introspección:** Esta consciente que sus pensamientos empeoran su malestar, reconoce que necesita ayuda dado que su estado emocional ha afectado su salud física cada vez más. Muestra disposición e interés por mejorar.
- **Estado de ánimo:** Su estado de ánimo es congruente con sus pensamientos, muestra indefensión, angustia, tristeza y desesperanza.

#### 4.1.7 Resultados de las pruebas

Durante las pruebas se mostró colaboradora, su actitud manifestaba tranquilidad. Las pruebas las ejecutó en el menor tiempo y forma precipitada.

**Cuadro No. 1**  
**Pruebas de instrumentos aplicados**

Prueba aplicada	fecha de aplicación
Escala de ansiedad	20/05/15
Inventario de depresión	20/05/15
Inventario de autoestima de Coopersmith	27/05/15
Persona bajo la lluvia	27/05/15

Fuente elaboración propia junio 20015

Escala de Ansiedad de Hamilton: Los resultados de la prueba reflejan una ansiedad clínicamente manifiesta.

Inventario de depresión de Beck: El resultado del test puntuó alto correspondiendo a un nivel de depresión grave.

Inventario de autoestima de Coopersmith: El test reflejó un nivel bajo de autoestima.

Test de la persona bajo la lluvia: El test refiere que este momento la paciente está expuesta sin las defensas necesarias para enfrentar su mundo, es posible que las nubes representen los tres abortos que tuvo en el pasado lo cual le genera una gran carga emocional, pérdida del equilibrio y la estabilidad en todos los aspectos de su vida. La presión abarca tanto su pasado, su presente y su futuro, los rasgos de personalidad pasivo complaciente le hace una persona con una fuerte dependencia hacia los demás. Se siente incapaz de apoyarse en sus propios recursos.

#### 4.1.8 Impresión diagnóstica

De acuerdo a la información recopilada en la entrevista clínica, el examen del estado mental, las pruebas psicométricas y prueba proyectiva; evidenciaron que la paciente presentaba desequilibrio y daño emocional en las áreas física, psicológica, familiar y social, debido a los abortos recurrentes, por ende duelo no resuelto y la relación conyugal decadente, presentando síntomas característicos del trastorno distímico dado que desde la primera pérdida experimentó: tristeza, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, ánimo depresivo la mayoría de los días, insomnio y aumento de peso.

Además presentó síntomas del trastorno por estrés postraumático; las muertes fetales fueron acontecimientos traumáticos que amenazaron su integridad física: experimentaba, ansiedad, recuerdos recurrentes e intrusivos que incluían imágenes, pensamientos y percepciones del evento, sensación de que el acontecimiento traumático (aborto) estaba ocurriendo, evitaba actividades y lugares que motivaban recuerdos del trauma, presentaba pérdida de interés en la participación de actividades significativas y dificultad para concentrarse.

#### 4.1.9 Evaluación multiaxial según DSM-IV

- EJE I: F 34.1 Trastorno Distímico (Diagnóstico Principal)  
F. 42.8 Trastorno por estrés postraumático
- EJE II: Z03.2 Ningún Diagnóstico [V71.09]
- EJE III: Enfermedades del sistema Circulatorio (I00-I99)
- EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (duelo de sus hijos y problemas conyugales).
- EJE V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) 45 (Actual)

#### 4.1.10 Recomendaciones

Se sugiere un tratamiento que disminuya el estado de ánimo depresivo, la ansiedad y la afección física por medio de técnicas del modelo cognitivo conductual, que le permitieran responsabilizarse de sus pensamientos, sentimientos y conductas.

A través de ejercicios vivenciales de la terapia Gestalt, se encomendó trabajar los duelos provocados por los abortos recurrentes, propiciando un ambiente seguro y confortable de tal manera que pudiera superar las pérdidas y continuar con su vida.

Se promovió el reforzamiento de autoconcepto por medio de la identificación de virtudes y reconocimiento de sus propios recursos, mismos que contribuirían a la recuperación del equilibrio físico y psicológico. La práctica de actividades ocupacionales formaron parte importante en el proceso, por tal motivo se sugirió continuar ejecutándolas.

La adquisición de herramientas de autoapoyo permitió que demostrará fortaleza en cuanto al proceso de separación conyugal, asimismo se sugirió continuar con el tratamiento psicológico para seguir afianzando su capacidad de afrontamiento ante situaciones estresantes.

#### 4.1.11 Plan terapéutico

El plan terapéutico utilizado en el tratamiento psicológico fue el modelo cognitivo conductual a través del modelo de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, quién define que los trastornos emocionales son el resultado de las creencias irracionales desadaptativas con las que el sujeto interpreta un acontecimiento. Durante el proceso se detectaron pensamientos, intrusivos y catastróficos que afianzaban sus creencias irracionales, por medio de ejercicios conductuales, verbales, y cognitivos se debatió y se combatió dichas ideas irracionales, permitiendo a la paciente adoptar un nuevo estilo de pensamiento promoviendo como consecuencia cambios significativos emocionales y conductuales.

Además se incorporaron técnicas de la terapia Gestalt donde la paciente expresó emociones reprimidas, mostró valentía al enfrentar y vivenciar acontecimientos dolorosos, lo cual fue necesario para su recuperación.

El acompañamiento psicológico basado en la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers, permitió un espacio de seguridad y confianza donde la paciente expresó el malestar y dolor, a la vez tomando la responsabilidad y compromiso necesario para su crecimiento interno.

La intervención integrativa promovió el bienestar físico, psicológico y social de la paciente ya que aprendió a descubrir y desarrollar herramientas de autoapoyo, mismas que le permitieron superar acontecimientos pasados, enfrentar adaptativamente sucesos presente y darle un nuevo significado a su vida.

#### 4.2 Análisis de resultados

Trastorno Distímico: Halgin y Kraus (2009) afirman que el trastorno distímico es una depresión que no es tan profunda, pero tiene un curso de mayor duración, quienes lo padecen sufren síntomas depresivos por lo menos dos años.

Se comprobó que el llanto excesivo, tristeza, pensamientos de muerte, insomnio, cansancio, agitación, baja autoestima, sentimientos de minusvalía y desesperación presentados por la paciente eran síntomas del trastorno distímico que manifestaba. Un estado habitual que desde años atrás fue desencadenado por el primer aborto que sufrió y empeoró con cada aborto, los cuales dejaron dolor físico, problemas de salud, tristeza, vacío, temor y angustia de no poder ser madre y el deterioro de la relación conyugal. Los sentimientos de indefensión y minusvalía que experimentó le impidieron reiniciar su vida laboral y social.

Duelo: “Negar la importancia de los sentimientos de la mujer a raíz del aborto implica (...) que la misma quede presa de un duelo no resuelto, de esa tristeza patológica con consecuencias psicológicas que pueden llegar a permanecer por muchos años”. (Bouquet de Duran, 2012, p.55).

La paciente evidenció daño emocional causado por los duelos no resueltos desencadenados por las pérdidas, desde el primer aborto espontáneo reprimió sus emociones y sus verdaderos sentimientos, por temor a la crítica y al rechazo, esto provocó una carga emocional abrumante, en los últimos meses presentaba periodos largos de llanto excesivo. Factores personales, familiares y culturales estuvieron implicados en la elaboración de los duelos.

Baja autoestima: Martínez (2009) afirma que la autoestima favorece el afrontamiento de la persona ante situaciones de la vida personal y profesional.

Entre los hallazgos encontrados se evidenció que la maternidad influyó significativamente en la autoestima de la mujer, culturalmente el papel de la mujer es demandante, sobre sus hombros lleva la responsabilidad de preservar y dar vida, lo cual significa que en el intento fallido de ser madre la autoestima de la paciente se vio afectada.

Además poseer una autoestima baja perjudicó el desempeño de sus roles y la capacidad de enfrentar las dificultades que los eventos suscitaron, carecía de este recurso necesario para adaptarse a las exigencias del medio, por lo que aislarse e interrumpir sus actividades normales fueron su vía de escape.

Trastorno de estrés postraumático: “El trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona”. Belloch et al 2009, (p.138).

Se comprobó la existencia de un cuadro de estrés postraumático ya que en los tres eventos la paciente tuvo la sensación de que iba a morir. En cada aborto antecedió una crisis de hipertensión luego sucedía la pérdida. Como consecuencia física durante el último año sufría constantemente crisis de hipertensión en las cuales revivía los momentos en los que sucedieron los abortos, presentaba flashbacks visuales y auditivos, nuevamente tenía la sensación de morir, por lo que reiteradamente era llevada a la emergencia del hospital para la atención correspondiente. Revivir los eventos imposibilitaba la recuperación física, emocional y psicológica de la paciente.

Problemas de pareja: Rosberg (2006) afirman que cuando el matrimonio se ve amenazado por alguna enfermedad los efectos alcanzan a ambos cónyuges y es donde se prueba el carácter y el servicio hacia el cónyuge que sufre.

Se demostró que los efectos que dejaron las pérdidas repercutieron gravemente en la relación conyugal del caso abordado, hubo carencia de apoyo por parte del cónyuge, él se fue de casa cuando sucedió el primer aborto, convencido por ella regresó nuevamente. A consecuencia de los abortos recurrentes la paciente sufría hipertensión arterial y estado de ánimo decaído la mayor parte del tiempo. Las actitudes del cónyuge ante su padecimiento fueron de rechazo, indiferencia, abuso verbal y psicológico, aunada la falta de comunicación deterioran cada vez más la relación.

## **Conclusiones**

El principal detonante que originó el trastorno distímico en la paciente fueron los abortos múltiples que sufrió los cuales provocaron duelo no resuelto, al apoyarse en el clonazepan incrementó el malestar físico, psicológico y familiar.

Las pérdidas perinatales provocaron consecuencias como sufrimiento y vacío, al no ser atendidas a tiempo, el daño fue mayor debido a la vulnerabilidad a la que la paciente estuvo expuesta.

La maternidad es una meta y un sueño de toda mujer. Al haber sido frustrada la posibilidad de ser madre ocasionó una baja autoestima que afectó gravemente el desarrollo biopsicosocial en la paciente.

El aborto espontaneo dejó una huella de trauma, surgieron reacciones emocionales negativas que dieron lugar a trastornos psicológicos como depresión y trastorno de estrés postraumático.

El vínculo en la pareja se fortalece al procrear hijos, la ausencia de éste generó incomprensión, falta de afecto y un manejo inadecuado de la situación, provocando problemas en el matrimonio.

## **Recomendaciones**

Proporcionar apoyo familiar, social y atención psicológica orientada al manejo positivo de emociones de manera que adopte un nuevo sentido de vida, se apoye en sus propios recursos para coadyuvar a la superación del estado depresivo que experimenta la paciente.

Brindar herramientas de afrontamiento, que permitan la recuperación del equilibrio físico y psicológico, y dar lugar a la elaboración de los duelos a través de trabajos de reencuentro y despedida de sus seres queridos (pérdidas), para cerrar situaciones inconclusas que generaron sufrimiento y vacío.

Fomentar la autoestima a través de un proceso de autodescubrimiento y orientación para recuperar la confianza en sí misma.

Intervenir en base al modelo cognitivo conductual, que promueva el desarrollo de nuevas habilidades cognitivas a sí mismo trabajar en sus creencias irracionales con el fin de modificar los pensamientos, emociones y conductas desadaptativas, que contribuyeron al malestar psicológico.

Acompañar a la paciente en una estrategia para adaptarse a la situación que presenta ante el hecho de la ruptura matrimonial.

## Referencias

### Bibliográficas

American Psychological Association. (2010). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales* DSM-IV-TR (2001). Barcelona: Masson.

Belloch, A., Sandín B & Ramos F. (2009). *Manual de Psicopatología*. Interamericana de España: McGraw-Hill.

Bucay, J. (2009) *El camino de las lágrimas*, México: Océano.

Cloud, H & Twownsend. (2009). *Límites en el matrimonio*. Miami, Florida: Vida.

Forward, S. (1993). *Cuando el amor es odio*. Argentina: Grijalbo.

Halgin, R. P & Krauss. W. S. (2009). *Psicología de la Anormalidad*. (5ta ed.) Interamericana México: McGraw-Hill.

Kubler Ross E. (2010). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

Payas, Puigarnau A. (2010). *Las tareas del duelo*. Barcelona: Paidós.

Rosberg, G & B. (2006). *El gran libro sobre el matrimonio*. Illinois Tyndale Español.

### Revistas

Bouquet de Durán, R. I. (2012). *Aborto espontáneo*, Liberabit, 18, 53-57.

Carvajal, C. (2002), *Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40, 20-34.

Martínez, M. T. G. (2009), *Algo sobre la autoestima*. Qué es y cómo se expresa, Aula11. 217-220.

Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2002), *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX*. Psicología conductual 8, 417-421.

#### Artículos obtenidos de internet

Causas de mortinatalidad y de mortalidad neonatal precoz: (2015) Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/es/> Volumen 93, Número 1, enero 2015, 1-64.

Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único. (2015, 26 de Octubre). Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad de von Willebrand. Recuperado de: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567\\_GPC\\_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567_GPC_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf)

Ruptura o Rotura Prematura de Membranas (2015, 20 de marzo). En infogen.org.mx. Recuperado de: <http://infogen.org.mx/muerte-del-feto-durante-el-embarazo>

## **Anexos**

## Anexo 1

### Estudio del caso: trastorno distímico en caso de abortos múltiples

Problemática	Variable de estudio	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos
Abortos múltiples	<u>Distimia</u>	Duelo no resuelto	¿Existe una problemática como consecuencia de los abortos múltiples?	Identificar las consecuencias físicas, psicológicas y familiares como resultado de los abortos múltiples.	Establecer el impacto emocional causado por los abortos múltiples.
Deterioro de autoconcepto y autoimagen		Baja autoestima			Identificar los factores que influyeron en la baja autoestima de la paciente.
Recuerdos recurrentes Ansiedad		Estrés postraumático			Identificar los principales factores detonantes del estrés postraumático.
Distanciamiento físico y emocional Falta de comunicación Violencia verbal y psicológica		Problemas de pareja			Determinar las causas que dieron lugar a los conflictos en el matrimonio.