

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



**Estudio de Caso sobre Trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente
como consecuencia de un aborto, paciente atendida en El Centro de Atención
Permanente CAP del Municipio de Tacaná**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Fabiola Noemí López López

San Marcos, mayo 2016

**Estudio de Caso sobre Trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente
como consecuencia de un aborto, paciente atendida en El Centro de Atención
Permanente CAP del Municipio de Tacaná**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Fabiola Noemí López López

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

M.A. Eymi Castro de Marroquín (**Revisora**)

San Marcos, mayo 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

Sistematización de Práctica Profesional Dirigida

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS


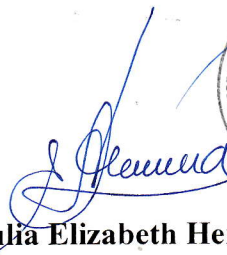
ASUNTO: Fabiola Noemí López López

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

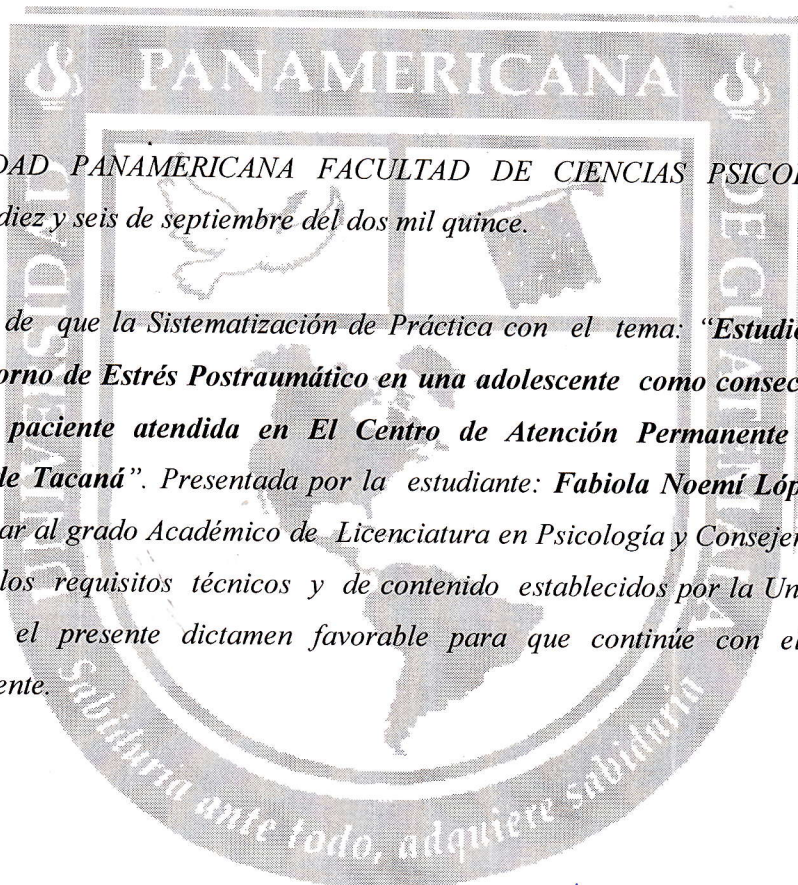
DICTAMEN: 02 de febrero de 2015

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

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



M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas.



*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala diez y seis de septiembre del dos mil quince.*

*En virtud de que la Sistematización de Práctica con el tema: “Estudio de Caso sobre Trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente como consecuencia de un aborto, paciente atendida en El Centro de Atención Permanente CAP del Municipio de Tacaná”. Presentada por la estudiante: **Fabiola Noemí López López**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

Anabella Cerezo
M. Sc. Anabella Cerezo de García
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala, febrero 13 de 2016.

En virtud de que la **Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida** con el tema: **“Estudio de Caso sobre Trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente como consecuencia de un aborto, paciente atendida en El Centro de Atención Permanente CAP del Municipio de Tacaná”**, correspondiente a la estudiante **Fabiola Noemí López López** previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología 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.



M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisora



UPANA
Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala mes de abril del 2016

En virtud de que ***Sistematización de práctica profesional Dirigida*** con el tema: ***"Estudio de Caso sobre Trastorno de Estrés Postraumático en una adolescente como consecuencia de un aborto, paciente atendida en El Centro de Atención Permanente CAP del Municipio de Tacaná."*** presentado por: ***Fabiola Noemí López López***, previo a optar grado académico de Licenciatura en: *Psicología y Consejería Social*, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la ***impresión*** del informe final de la ***Sistematización de Práctica Profesional Dirigida***

M.A. Elizabeth Herrera
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Descripción	2
1.3 Ubicación	3
1.4 Organización	3
1.5 Organigrama	4
1.6 Programas establecidos	5
1.7 Visión	5
1.8 Misión	6
1.9 Justificación de la Investigación	6
Capítulo 2	
Marco Teórico	
2.1 Antecedentes	7
2.2 Definición del Trastorno de Estrés Postraumático	7
2.3 Sintomatología	8
2.3.1 Intrusiones en el Trastorno de Estrés Postraumático	8
2.3.2 Evitación y embotamiento	9
2.3.3 Incapacidad de procesar información	9
2.4 Síntomas esenciales	9
2.5 Causas del trastorno	10
2.5.1 Explicaciones Psicobiológicas y Neuripsicóendocrinas	11
2.5.2 Explicaciones Psicológicas	11
2.6 Diagnóstico	13
2.6.1 Criterios para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático	13
2.6.2 Pautas Para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático	14

2.7 Tratamiento	15
2.7.1 Terapia Racional Emotiva	15
2.8 Definición de aborto	16
2.8.1 El deterioro emocional en el aborto	16
2.9 La promiscuidad en la adolescencia	18

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema	19
3.2 Pregunta de investigación	20
3.3 Objetivos	20
3.3.1 Objetivos específicos	20
3.3.2 Objetivos generales	20
3.4 Alcances y límites	21
3.5 Metodología	21

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Sistematización de Estudios de Caso	22
4.1.1 Motivo de Consulta	22
4.1.2 Historia del Problema Actual	22
4.1.3 Historia Clínica	23
4.1.4 Historia Familiar	24
4.1.5 Examen del Estado Mental	25
4.1.6 Estado Cognitivo	25
4.1.7 Resultados de la Prueba	26
4.1.8 Impresión Diagnóstica	26
4.1.9 Evaluación Multiaxial	27
4.1.10 Recomendaciones	27
4.1.11 Plan Terapéutico	27
4.2 Análisis de Resultados	27

Conclusiones	29
Recomendaciones	30
Referencias	31
Anexos	34
Anexo 1 Inventario de Depresión de Beck	34
Anexo 2 Historia clínica	36
Anexo 3 Tabla de Variables	41

Resumen

La Práctica Profesional Dirigida contó con el apoyo del Área de Salud de San Marcos. En el Capítulo 1 Marco de Referencias se describen aspectos del Área de Salud de San Marcos, entre ellos los antecedentes, descripción de la institución, ubicación geográfica, organización, programas establecidos, visión misión y justificación de la investigación.

En el Capítulo 2, Marco Teórico se trabajó todo lo relacionado a el tema con sus diferentes variable se encuentra definido lo que es el Trastorno de Estrés Postraumático, sus criterios, causas, síntomas principales, el trastorno paterno filial con sus respectivos criterios, e información que involucra el aborto y sus consecuencias emocionales, todo ello enfocado al caso de la Adolescente que se trabajó.

El Capítulo 3, Marco Metodológico se incluyó todo lo relacionado al planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos y límites.

En el Capítulo 4, Presentación de Resultados y Análisis de Resultados se encuentra todo lo relacionado a la sistematización de estudio de caso que se trabajó entre ellos; datos generales, motivo de consulta, breve historia del problema actual, historia clínica, historia familiar, examen del estado mental, estado cognitivo, resultado de las pruebas, impresión diagnóstica, evaluación multiaxial, plan terapéutico, y análisis de resultados.

Introducción

El problema investigado es el Trastorno de Estrés Postraumático Comorvido problema relativo al grupo primario de apoyo, con relación a un aborto, en una adolescente de dieciséis años de edad, lo cual provoco diferentes secuelas emocionales, debido que en la práctica clínica del psicólogo se debe trabajar con adolescentes es importante conocer los problemas que afectan la autoestima de las adolescentes mujeres, ya que en Guatemala existe una alto índice de embarazo a temprana edad y las adolescentes al verse atormentadas con una gran responsabilidad toman decisiones que afectaran el resto de su vida.

Para la sociedad actual el padecimiento de uno de un trastorno de ansiedad como lo es el Trastornos de Estrés Postraumático, causa inquietud debido a la falta de información que existe a nivel cultural, viendo esto como un problema serio, en algunos casos hasta pueden llegar a discriminar el padecimiento del mismo.

Al igual que la sociedad, la familiar al ver que un miembro de su sistema familiar se encuentra atravesando por un problema de ansiedad se alarma y se preocupa, es de suma importancia el apoyo y la comprensión para que el miembro se sienta con ánimo para superar esta afección psicológica.

Informar a los adolescentes sobre las secuelas emocionales que conlleva provocarse un aborto podría reducir los índices de abortos, debido a que la mayoría de campañas están enfocadas a las consecuencias físicas, pero casi nunca se habla de las emocionales, sabiendo que los síntomas psicológicos no son tangibles, la información también debe llegar a los padres de familia los cuales son las más cercanos a los adolescentes, por lo que es de vital importancia la psicoeducación para que tanto profesionales de la salud mental e instituciones encargadas de velar por el bienestar de la adolescencia actúen de manera conjunta.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Antecedentes

Según una estadística de OSAR, Publimews (2013) las más recientes son de 2009, informan que en Guatemala se reportan 65 mil abortos al año, la cual ejecuto una institución alemana. Según la Dra. Mirna Montenegro del Observatorio, expone en esta revista, que la institución solo toma datos de los casos de mujeres que acuden a hospitales públicos y que han presentado complicaciones luego de practicarse un aborto sin observación médica.

El 20 de mayo de 1999, el Congreso de Guatemala declaró el 25 de marzo "Día Nacional del Niño No Nacido". Guillermo Melgar. G. (2007) indico que Guatemala, es el segundo país en el mundo donde más se practican abortos clandestinos.

Según estadísticas del Organismo Judicial, en el año 2,007 se registraron 95 denuncias de abortos provocados y en lo que va del año 10, en proceso judicial sin tomar en cuenta obviamente los abortos que a diario se practican en la clandestinidad.

Senaida Patricia Escobedo, Directora de la Unidad de la Mujer y Análisis de Género del Organismo Judicial, señaló que según un estudio que realizó dicho departamento, se ha constatado que el primer escalón en una gran lista de países del mundo lo ocupa Haití, y en segundo lugar Guatemala.

El precio del aborto en nuestro país es aproximadamente de Q. 2,500 y esto es lo que a diario pagan muchas parejas. Según Patricia Escobedo, en muchos casos son mujeres menores de edad o han sido persuadidas por hombres casados que no quieren responsabilidades. Sin embargo, el aborto ocasionado representa según el código penal un delito que es penado hasta con 12 años de cárcel.

Guillermo Melgar. G. (2007) explica que el aborto se encuentra ratificado en el artículo 133 y 134, donde indica claramente que aquella mujer que cause su aborto y consienta que otra persona lo cause, será sancionada con prisión de 1 a 3 años, si lo hiciera impulsada por motivos que ligados íntimamente a su estado le produzcan indudablemente alteración psíquica, la sanción baja de seis meses a 2 años de prisión. Aborto calificado que es el que más se ha detectado, en donde la sanción es prisión de 4 a 12 años.

El aborto en una mujer no solo deja consecuencias físicas con las que debe lidiar, existen casos donde las mujeres que ha pasado por un aborto tienen daños internos y no pueden procrear un nuevo bebe, incluyendo las consecuencias emocionales que muchas veces se convierten en síntomas de ansiedad, depresión, y que afecta la vida familiar, las relaciones interpersonales, incluso pueden existir casos donde las mujeres se sienten tan culpables que dejan de sentir alegría por vivir y toman la decisión de quitarse la vida.

1.2 Descripción

El Centro de Atención Permanente CAP del Municipio de Tacaná brinda el Servicio de salud preventiva y curativa enfocándose en diferentes áreas, sobre todo en jornadas de vacunación y control pre y post- natal. Cuenta con un equipo de trabajo conformado por 118 personas dentro del equipo: todos con diferentes funciones que son las siguientes: cuenta cinco médicos, catorce enfermeras profesionales, ochenta y una enfermeras auxiliares, dos pilotos de turno, un guardián, tres conserjes, tres pilotos, un secretario, cinco digitadores, un laboratorista, un técnico en salud rural, un inspector, En total en el centro de atención permanente son 118 trabajadores públicos.

Posee un laboratorio y farmacia.

EL Centro de Atención Permanente (CAP) también recibe diferentes capacitaciones del Área de Salud de San Marcos el cual es impartido por el Programa de Salud mental, el cual es Auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

1.3 Ubicación

Centro de Salud, Tacaná San Marcos, Municipio de Tacaná, Zona 5 sector H.

1.4 Organización

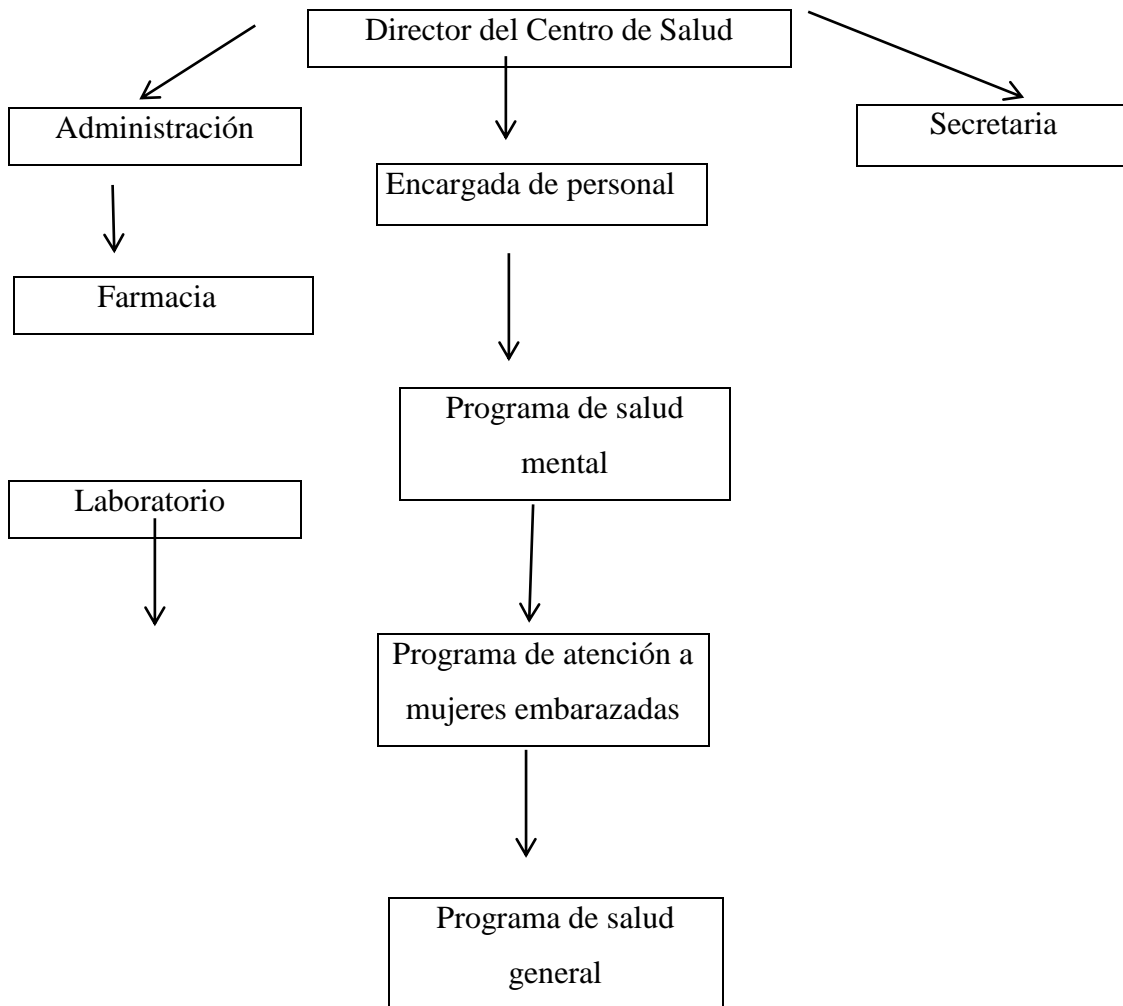
El Centro de Salud cuenta con el siguiente personal:

- Director del centro de salud
- Administrador encargado de los insumos médicos entrada y salida de medicamentos para comunidades.
- Encargado de personal: contratación del personal
- Secretaria: estadística y procesamiento de datos de pacientes atendidos.
- Programa de salud mental.

1.5 Organigrama

A continuación se presenta el Organigrama del Centro de Salud

Imagen No. 1
Centro de Atención Permanente CAP



Fuente: Centro de Atención Permanente, junio 2013

1.6 Programas establecidos

El ministerio de salud establece muchos programas pero en el centro de salud de Tacaná de manejan los siguientes:

- Tuberculosis, atienden a todos los pacientes con tuberculosis.
- Salud reproductiva: brindan atención a mujeres y hombres sobre planificación familiar.
- Materno neonatal: controlan el desarrollo y consultas de las mujeres embarazadas.
- Rabia: administran vacunas a los animales domésticos y en casos de mordeduras de perros a pacientes.
- Dengue: encargados de fumigar en tiempos lluviosos.
- Promoción a la salud: charlas sobre diferentes temas a las personas que visitan el Centro de Atención Permanente.
- Lactante y niñez: velar porque las madres puedan dar lactancia a los bebés y instruir a que los niños reciban alimentos nutritivos hasta los 2 años.
- Adulto y adulto mayor, escuelas saludables, seguridad alimentaria y nutrición parto limpio y seguro, atención prenatal, medicina tradicional, planificación, atención a la demanda, suplementación y salud mental.

1.7 Visión

En Guatemala, en el año 2020 todas y todos los guatemaltecos, en las diferentes etapas del ciclo de vida, tienen acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, con un enfoque humano, de calidad y pertinencia cultural a través de una efectiva coordinación, interinstitucional e intersectorial.

1.8 Misión

Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los habitantes del país, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación y regulación de la prestación de servicios de salud y control del financiamiento y administración de los recursos orientados en el trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad.

1.9 Justificación de la investigación

El presente trabajo es un estudio de casos y se realiza como parte de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida. Se elabora como requisito del pensum de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Panamericana. Brindando un aporte educativo para futuros profesionales. Asimismo tiene como objetivo poner en práctica las competencias y capacidades, que se han adquirido a lo largo de 5 años. En cuanto a la integración de todo el conocimiento teórico y clínico con pacientes. Igualmente la práctica profesional clínica se llevó a cabo en el Centro de Atención Permanente CAP del Municipio de Tacaná San Marcos. Dando inicio el 11 de marzo al 30 de agosto, con una duración de cinco meses y medio.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Antecedentes

Jorge, J et al (2009) explica que se han realizado algunos estudios de salud mental de los refugiados mayas que huyeron a Chiapas México durante la guerra civil guatemalteca, un conflicto que duro 36 años hasta 1996 que ocasiono la huida de miles de personas mas de 200,000 refugiados mayas abandonaron Guatemala, un estudio de 170 adultos mayores de 16 años revelo que 20 años después 11.8% sufría síntomas compatibles con estrés postraumático y de ansiedad un 54,4% síntomas depresivos un 39.1% eran extremadamente frecuentes se concluyó la existencia de la relación entre estrés postraumático y haber presenciado actos de violencia contra otros de la desaparición de personas y haber estado a punto de morir, la depresión fue mayor en mujeres especialmente en casos que tenían relacione con desapariciones la tortura que sufrieron y las mutilaciones.

Se hicieron investigaciones en refugiados en Guatemala con 170 como muestra lo cual arrojo resultados de ansiedad entre el 17,35 de ansiedad el 8.9% de estrés postraumático y de depresión un 47,8 %

2.2 Definición de Trastorno de Estrés Postraumático

Núñez. P, (2012) Indica que son las crisis de ansiedad y miedo que se repiten ante la presencia de estímulos relacionados con la situación terriblemente dolorosa vivida por la persona. El Trastorno de Estrés Postraumático consiste en el desarrollo de síntomas característicos después de un suceso traumático. Entre los sucesos que provocan Trastorno por Estrés Postraumático se encuentran el ser testigo, experimentar una grave amenaza contra la vida o integridad física propia o de otra persona, y son vividos con intenso temor, horror o impotencia.

Muños, D. y Silva, G. (2006) aseguran acerca de los síntomas habitualmente inician rápido después del evento traumático, y si no son tratados pueden regresar espaciosamente.

2.3 Sintomatología

García, J, et al (2003) explica que al momento en que una persona sufre un accidente o algún suceso aterrador, la información es almacenada en su memoria, y que por lo tanto la recordara en un futuro, y continua en su psique por lo general la memoria no puede recordar detalles como olores sabores rostros de personas e incluso la temperatura del clima y esto sucede solamente cuando la persona ve esos eventos como traumáticos o dolorosos, con demasiado terror, es por ello que recuerda estos detalles como si acabaran de ocurrir.

Al momento de existir un evento traumático de orden emocional la persona no experimenta lesiones físicas por ejemplo daño cerebral, es por ello que el miedo y el terror que la persona experimenta es mental, aunque el sistema nervioso si se ve afectado causando los diferentes sistemas adrenérgicos que presenta la víctima y se detallan a continuación:

2.3.1 Intrusiones en el trastorno de Estrés Postraumático

García, J, et al (2003) “Suelen ser intensas emociones o impresiones somato sensoriales que aparecen cuando la víctima se encuentra en estado de alerta o está expuesta a situaciones que le recuerdan el trauma estos mecanismos se manifiestan de las siguientes formas: flashbacks, emociones como pánico o cólera, sensaciones corporales, pesadillas recurrentes, cambio de humor. La víctima refiere que a pesar de que han pasado muchos años siguen experimentando el trauma como si fuese presente y lo revive una y otra vez” (p. 11).

2.3.2 Evitación y embotamiento

García, J, et al (2003) La persona que padece el trastorno empieza a sentirse acosada por el acontecimiento traumático, siente que varias cosas de las que la rodean está relacionado de alguna manera, rememora los hechos, entonces aparece el intento de huida que termina en ninguna parte, ya que al lugar donde vaya encuentra nuevas situaciones que le recuerdan lo que no quiere recordar.

La persona intenta distanciarse del mundo y se vuelve un extraño y temerario, el mundo empieza a perder su alegría o interés y se convierte en algo frío y distante que no le provoca ninguna reaccione especial.

2.3.3 Incapacidad de procesar información

García, J, el al (2003) Las personas con trastorno de estrés postraumático y otros trastornos relacionados con victimización tiene graves alteraciones en su capacidad de procesar información, la mayoría de personas cuando deben tomar una decisión suelen hacerlo después de preguntarse varias opciones, analizando lo positivo y lo negativo, pero las personas con trastorno de estrés postraumático tiene mucha dificultad para realizar la actividad de pensar en los positivo y lo negativo, debido al miedo que tiene de que se active la alerta ante lo negativo y no lo puedan controlar.

2.4. Síntomas esenciales

Según Gómez, C.(2008) los signos y síntomas del TEPT son:

- Episodios reiterados de revivencias del trauma en vigilia y en sueños.
- Evitación de actividades y situaciones que evoquen el trauma.
- Sensación de embotamiento emocional, de desapego de los demás y anhedonia.

- Pueden presentarse episodios agudos con características de pánico o agresividad, como consecuencia de un estímulo evocativo del trauma de la reacción frente a él.
- Hay un estado de hipervigilancia, un incremento de la respuesta de sobresalto e insomnio, a veces pertinaz

2.5 Causas del trastorno

Kilpatrick. et al (2003) mencionado por Richard J, y Philip g. (2005) menciona que las mujeres que sufren el trastorno de estrés postraumático el cual es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por la experiencia repetida y persistente de eventos traumáticos, a través de recuerdos sueños, alucinaciones o imágenes molestas, también pueden desarrollar TEPT en respuesta a una violación, a eventos que ponen en riesgo la vida o heridas graves. Las personas desarrollan TEPT cuando son víctimas del trauma y cuando observan a otros ser víctimas. Estas personas también son propensas a padecer otras patologías como depresión grave, problemas de abuso de sustancias y disfunciones sexuales.

Según Gómez, C. (2008) el Trastorno de Estrés Postraumático surge como respuesta a una situación corta o larga de naturaleza trágica, que causaría por si misma sufrimiento y consternación en cualquier persona. Sin embargo, ciertos rasgos de personalidad, como los pasivo dependientes o la presencia de enfermedad neurótica pueden agravar o favorecer que el trastorno se vuelva crónico, pero no son necesarios ni suficientes para explicar su aparición.

El trastorno comienza luego de unas pocas semanas y hasta seis meses después del trauma; el suceso es fluctuante pero en general la tendencia es hacia la recuperación. En algunos casos, el cuadro puede hacerse crónico incluso hasta configurar una transformación patológica persistente de la personalidad.

2.5.1 Explicaciones Psicobiológicas y Neuropsicoendocrinas

Los pacientes con TEPT exhiben un incremento de la actividad simpática, que se manifiesta en taquicardia, estado de hiper alerta y cifras elevadas de metabolismo de las aminas biógenas en orina de 24 horas, los estudios que se ocupan de la función del eje hipotálamo hipófisis adrenal muestran concentraciones muy elevadas o muy bajas de cortisol en orina.

Estudios realizados sobre las particularidades del dormir en pacientes con TEPT han mostrado un incremento del sueño REM y disminución de la fase II del dormir, estos hallazgos pueden ser importantes para diferenciar el TEPT de los trastornos depresivos.

El origen del TEPT, a partir de una razón psicobiológica se explicaría por la afirmación de que los corticoides, que se elevan rápidamente, en la situación del trauma impedirían que el trauma pase del área amigdalina (memoria implícita no declarativa) al hipocampo y corteza temporal, y se convierta en una experiencia adscrita a una modalidad de memoria explícita y declarativa.

2.5.2 Explicaciones psicológicas

El punto de vista psicodinámico afirma que la experiencia traumática revive el trauma infantil y genera comportamientos regresivos, que vulneran la capacidad del yo y de sus mecanismos de defensa para elaborar el trauma. La gravedad y cronicidad de este pueden conducir a modificaciones permanentes del yo. Que se traducen en sentimientos de culpa y vergüenza. El trauma psíquico resulta del efecto abrumador que el sujeto experimenta por los elementos incontrolables ligados a la experiencia terrorífica.

El hincapié que se hace de este enfoque en los aspectos afectivos del trauma explica el embotamiento afectivo, la alexitimia, la posibilidad de desarrollo de complicaciones psicósomáticas y el cuadro depresivo frecuentemente hallado en los casos crónicos. Un hecho

que apoya lo anterior es el de que los traumas infantiles repetidos propician el desarrollo de estrés postraumático, cuando eventos catastróficos ocurren en la vida adulta.

El punto de vista cognoscitivo plantea que al evocar la experiencia traumática mediante pensamientos y sentimientos, la revive; la persona intenta entonces negar o evita dicho aspecto para así disminuir la ansiedad, por lo cual se presentará una alternancia de las fases evitativas e intrusiva. Por medio de los modelos de procesamiento de la información. Se explica que el miedo se almacena en una red que contiene información acerca de estímulos relacionados con el peligro, y dado que el trauma se relaciona con una respuesta emocional de gran magnitud, el esquema de temor se mantiene activado de manera intensa.

La persona entonces es incapaz de distinguir entre lo que es peligroso y lo que no lo es, debido a la clara influencia que ejerce el esquema de temor, así pierde la capacidad de controlar y predecir respecto de su ambiente.

El punto de vista comportamental sostiene que en una primera fase se da un proceso de condicionamiento clásico, en el que estímulos próximos a la situación traumática y que previamente eran neutros se asocian con esta y adquieren la capacidad de producir, por sí mismos, las respuestas que provocó la situación traumática.

Seguidamente se da un condicionamiento de orden superior, ya que dichos estímulos incondicionados se asocian a otros y así continúa la cadena hasta que un gran número de eventos, aparentemente inofensivos provocan respuestas evitativas a fin de contrarrestar la ansiedad, que por ello continúa incrementándose.

2.6 Diagnóstico

2.6.1 Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, (2005), explica:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1) y 2):

- la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es re experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al

despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden re escenificar el acontecimiento traumático específico.

- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la re- actividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

2.6.2 Pautas para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, (2004) dice que este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo).

Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con

embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye: Neurosis traumática.

2.7 Tratamiento

2.7.1 Terapia Racional Emotiva

Ruiz y Cano, 2007, citados por Sánchez, P. (2008), explica que Ellis en (1989) es el principal exponente de la terapia emotivo racional (TER) y clasifica sus técnicas en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas. En virtud de que gran parte de la patología, de acuerdo con esta visión, es consecuente de ideas irracionales, prejuicios que el individuo tiene sobre diferentes problemas; por ejemplo, con las técnicas cognitivas se identifican las creencias irracionales que producen las emociones y conductas perturbadoras.

Para ello es común utilizar bitácoras y hacer una lista de creencias irracionales, permitiendo su objeción con base en preguntas hechas por el terapeuta para contrastar las creencias irracionales. Con la TRE, se promueve la aceptación incondicional y el autodescubrimiento y se utilizan métodos humorísticos como canciones, socio dramas y exageraciones irónicas para identificar, confrontar y cambiar ideas irracionales. Se emplean historias, leyendas y parábolas para mostrar las creencias irracionales y su modificación, para esto se le pide al paciente que adopte el papel de representante de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

2.8 Definición de aborto

Prada, E. et al (2006) dice se estima que unos 65,000 abortos inducidos ocurren cada año en Guatemala, lo que se traduce en una tasa anual de 24 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (15–49). Esta tasa, que se calcula mediante una metodología ampliamente utilizada, es más alta que las tasas en muchos otros países en donde el procedimiento está mucho menos restringido. Cada año, más de un tercio (36%) de los embarazos no planeados en Guatemala se resuelven a través del aborto inducido.

Pardo, J, (2004) explica que el termino aborto procede del latín *aborior*, morir antes de nacer. Se define como la eliminación directa y voluntaria como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va de la concepción al nacimiento existe aborto directo e indirecto.

El directo es imputable desde un punto de vista moral. El directo es el aborto querido como fin o como medio, es decir: estoy embarazada y quiero, deseo, tengo la intención de abortar, independientemente del motivo, que puede ser muy diverso: que no se enteren los padres, no quieren comprometerse a tener un hijo, que es fruto de un desliz amoroso o sentimental con un novio o un tercero.

2.8.1 El deterioro emocional del aborto

Theo, D. (2012) menciona que en nuestra sociedad permisiva y perversa, no se reconoce el aborto como una pérdida humana. El feto es considerado materia sin derechos ni sentimientos. El mensaje que promulga el mundo es que el aborto es una solución a un problema. Es la finalización de un embarazo equivocado y una alternativa menos complicada. Sin embargo, la realidad es que la mayoría de las mujeres que han optado por abortar, sufren grandes traumas emocionales como secuelas de la intervención.

El concepto falso de que se trata con una masa de protoplasma sin vida, provocado un holocausto infanticida. El razonamiento de lo que sugiere el aborto como alternativa es que si el niño no es deseado, no se le debe traer al mundo. Concuerda con este pensamiento y por lo tanto la abstinencia antes del matrimonio es la fórmula viable de evitar un embarazo.

Muchos estudios han comprobado que los siguientes síntomas pueden ser una secuela tras un aborto:

- Sentimientos de culpabilidad aguda.
- Depresión
- Tristezas.
- Vergüenza.
- Una baja autoestima.
- Un sentido de alineación de uno mismo y de sus familiares y amigos.
- Enojo contra sí mismo o contra su compañero. La depresión y la ira son dos caras de la misma moneda.
- Pesadillas o alucinaciones audibles de niños llorando.
- Dificultad en dormir.
- Tentaciones de suicidio.
- Abusos en el uso de alcohol y drogas.

2.9 La promiscuidad en la adolescencia

Cecilia Paula Directora de CEMOPLAF explica que es una conducta que representa un alto riesgo físico y psicológico donde se practica relaciones sexuales de manera irresponsable con más de una pareja en un periodo de tiempo muy corto. Esto está siendo practicado por los adolescentes que no toman conciencia de los riesgos a los cuales se exponen.

Vila M, (2007) explica que la promiscuidad sexual acarrea consecuencias de carácter físico. Aunque el mayor miedo es el embarazo, pero las enfermedades de transmisión sexual son más peligrosas y frecuentes entre ellas se pueden mencionar las siguientes: sífilis, gonorrea, herpes, clamidia, tricótona, vulvadema, uretritis, SIDA, hepatitis B. y existen cuatro veces más riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual que un embarazo.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

Se atendió el caso de una adolescente de 19 años de edad, que paso por un aborto, que presentaba un cuadro clínico de ansiedad, depresión y sufrimiento ante la decisión de haber abortado, esto sucedió cuando ella tenía 16 años de edad, sus relaciones familiares fueron deteriorándose con el paso del tiempo, la comunicación con su madre era escasa, constantemente peleaban y ella le reprochaba a su mamá el haberle obligado a que abortara al bebe.

La relación con su pareja termino desde el momento del suceso o la perdida, ella le guardaba mucho rencor al joven y constantemente lo llamaba para recordarle lo que ella había sufrido por culpa de él.

Todo esto conlleva a que ella se lastimara, demostrando una conducta suicida, para liberarse de la tristeza que sentía, su vida sexual inicio cuando ella tenía 14 años de edad, cuando sus padres decidieron mandarla a estudiar al departamento de San Marcos ya que en el municipio de Tacaná no existía un establecimiento que tuviera la calidad educativa que ellos deseaban para ella y se fue vivir con una tía, la paciente recuerdo que en la casa de su tía vivía un su primo de 22 años del cual se enamoró, y le pidió que fueran novios, y con el inicio su actividad sexual.

La joven inicio su vida sexual activa a los catorce años de edad, llevada a cabo con un primo que era mayor de edad, lo que ella veía como normal, y sin saberlo se convirtió en un abuso sexual debido a la edad cronológica y emocional en la que ella se encontraba.

El aborto por el que paso la adolescente de dieciséis años de edad, provocó que sus relaciones afectivas familiares y de pareja fuesen inestables induciendo en ella dependencia afectiva llevándola a buscar nuevas relaciones afectivas, después de salir de una. En cuanto a sus

relaciones familiares se volvieron distantes y con falta de confianza, su vida sexual se volvió desordenada, poniéndola en gran riesgo de contraer enfermedades venéreas, embarazos inesperados y VIH Sida.

Todo esto conlleva a que en la actualidad se sintiera triste y con la necesidad de recibir afecto buscaba constantemente nuevas relaciones afectivas, después de haber dejado una buscaba a otra persona, y le gustaba buscar relaciones con personas mayores.

3.2 pregunta de investigación

¿Cómo impactó el aborto, causando estrés postraumático en una joven de 19 años?

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

Evaluar el estrés postraumático que le causó el aborto a una joven de 19 años.

3.3.2 Objetivos específicos

- Determinar las secuelas que el aborto provocó en la joven de 19 años.
- Evaluar cuáles fueron los síntomas de estrés postraumático que presentó en la joven de 19 años.
- Determinar cómo el aborto y el estrés postraumático influyeron en su vida sexual y afectiva, en la joven de 19 años.
- Determinar cómo el aborto y el estrés postraumático influyeron en su vida familiar en la joven de 19 años.
- Determinar qué tipo de tratamiento fue efectivo para la joven de 19 años con estrés postraumático.

3.4 Alcances y límites

Temporal: La elaboración de la investigación se llevó a cabo desde la primera semana del mes de Junio del dos mil trece, hasta la primera semana del mes de Agosto del dos mil trece.

Diacrónica: La investigación permitió observar que muchas jóvenes adolescentes se veían involucradas en embarazos a temprana edad y por ende optaban por abortar sin saber que las consecuencias emocionales serían serias y necesitarían intervención profesional psicológica además, se abocaron los temas de Trastorno por Estrés Postraumático, su definición, síntomas, causas, criterios diagnósticos y tratamiento psicológico.

Con el tiempo que se tuvo para realizar la práctica se logró que la paciente mejorara sus ideas irracionales que tenía a cerca de los acontecimientos por los que pasó y su vida futura.

Espacial: Se contó con suficiente tiempo para la redacción de la investigación.

Teórica: En esta investigación se indagaron conceptos sobre el aborto y sus secuelas para una joven de diecinueve años, y los efectos que todo ello dejó en sus relaciones interpersonales y familiares y sociales.

3.5 Metodología

Universo: El universo de la investigación estuvo conformado por una paciente del Centro de Salud del municipio de Tacaná.

Muestra: Paciente mujer joven de 19 años.

Tipo de investigación: Para esta investigación se utilizó el Estudio de Caso, que nos permitió utilizar técnicas como la entrevista la observación sistémica, los diarios de registros del caso.

Capítulo 4

Análisis de Resultados

4.1 Sistematización del Estudio de Caso

Datos generales

Nombre: S J R G

Edad: 19 años

Lugar y fecha de nacimiento: Tacaná 23 de junio de 1993

Estado civil: soltera

Profesión u oficio: Perito contador

Dirección: Primera calle zona 2 Tacaná

Religión: católica

Referencia: voluntad propia

4.1.1 Motivo de consulta

La paciente se presentó por síntomas de ansiedad, sueños recurrentes del aborto, por lo que fue tuvo constantes sentimientos de culpa. La joven se sentía culpable debido al aborto y pensaba en la edad que podría tener su bebe, lloraba constantemente, no salía de casa, y dejó de frecuentar lugares por los que sentía interés en el pasado.

4.1.2 Historia del problema actual

Fecha de inicio y duración: se inició con las entrevistas el 12 de junio de 2013, y se culminó el 15 de noviembre de 2013.

Estresores o factores precipitantes: Las relaciones sexuales a temprana edad.

Impacto del problema: que se encontraba en pleno crecimiento psicológico y físico, la noticia de estar embarazada descompensó todo su desarrollo.

4.1.3 Historia Clínica

Personales no patológicos: Ninguno

Historia prenatal

Ambiente del hogar en ese periodo: su madre explica que todo era tranquilo debido a que era la primera bebe.

Situación familiar: estable

Presencia o ausencia del padre o madre: Vivía con ambos padres

Fue deseado o no: si lo fue.

Relación con otros niños: era amigable

Tipos de cuidados recibidos: adecuados

Quien los proporciono: sus padres y abuelitos debido a que sus papas debían de trabajar

Nacimiento: Parto normal no existieron complicaciones.

Evolución neuropsíquica: Su desarrollo infantil fue acorde a cada etapa.

Desarrollo escolar: bueno, en la universidad un poco deficiente.

Desarrollo social: no adecuada debido a que había dejado de relacionarse con varios amigos que tenía según refiere.

Adolescencia: problemática en cuanto a lo que se refiere a las decisiones tomadas.

Adulthood: no hay registros por la edad en la que se encuentra.

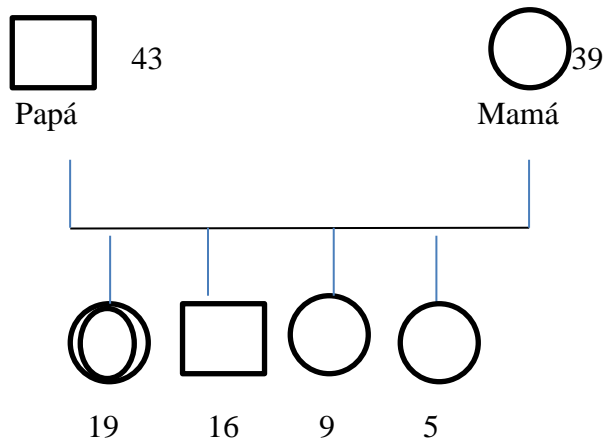
Historia psicosexual y vida marital: activa debido que desde los 14 años de edad ha tenido relaciones sexuales.

Historia médica: en la actualidad se presenta síntomas de gastritis.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores. Ninguno

4.1.4 Historia familiar

Genograma



Antecedentes familiares: Ella no creció con los padres, creció con los abuelos paternos, su papa si vivía con su madre, su papá era maestro, su mamá era estilista; tenía cuatro hermanos ella era la mayor de todos, no estaba de acuerdo con su mamá que tuviera una hermanita, ya que, su papá consumía alcohol, no salían a pasear con su familia; los abuelos no la dejaban salir porque desconfiaban de ella, en cuanto a su relaciones de noviazgo a tenia dos novios, que uno estaba lejos y el otro en el municipio, a su madre le reprochaba el haber perdido a su bebe, en cuanto a sus amigas, ya no salía con ellas.

Antecedentes familiares relacionados con problemas mentales: no habían existido problemas de tipo mental en su familia.

4.1.5 Examen del estado mental

Presentación: su aspecto era adecuado y arreglado.

Nivel de conciencia: bajo

Aspecto general: era cordial y amable aunque un tanto despreocupada

Actitud colaboradora y abierta.

Conducta motora y estado afectivo: no presentaba movimientos como tics, expresaba sus emociones.

Conducta motora: era tranquila.

Afecto: si demostraba interés por lo que le pasa así misma.

4.1.6 Estado cognitivo

Atención: era atenta a el proceso que se llevaba.

Concentración y vigilancia: si demostraba concentración.

Orientación: si poseía orientación en cuanto tiempo y lugar donde se encontraba.

Lenguaje: era fluido pero con mucha carga emocional.

Percepción sí reconocía el problema que le ocasiono la decisión que tomo.

Comprensión: Si tenía conocimiento de su entorno y como es la dinámica de pensamiento en cuanto a sus familiares.

Designación: reconocía que las cosas tienen un fin, y por ende acepto que tenía un problema emocional.

Memoria: su memoria reciente era adecuada y si recordaba a cabalidad los sucesos de su vida no tanto en lo que se refería a su adolescencia, poseía conciencia entendía que lo que hizo no era lo adecuado y se encontraba arrepentida.

Razonamiento: poco para su edad, presentaba muchas ideas irracionales

Pensamiento: un tanto incongruente.

Proceso: entiende lo que se le explicaba y por lo que estaba pasando.

Estado de ánimo: poseía buen humor, su pensamiento era irracional y un tanto incongruente.

4.1.7 Resultado de la prueba

El inventario de depresión de Beck reveló que ella estaba pasando por un grado alto de depresión debido a que su puntuación se encontraba sobre los treinta y siete puntos, lo que se clasificó dentro de una depresión severa.

4.1.8 Impresión diagnóstica

El trastorno de estrés postraumático fue diagnosticado debido a que apareció dentro de los seis meses posteriores al hecho traumático de excepcional intensidad, aunque este fue posible debido a que una se presentaba en un lapso mayor del establecido, y no presentaba otro trastorno como ansiedad, obsesivo compulsivo pero sí episodios depresivos.

El trauma, presentaba evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También presentaba, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuían también al diagnóstico, pero no eran de gran importancia.

4.1.9 Evaluación Multiaxial

Eje I: F43.1 Estrés postraumático {309.81}

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: gastritis nerviosa

Eje IV: problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: Entrada 75

Salida 85

4.1.10 Recomendaciones

La paciente asistió a terapia durante los horarios acordados respetando el contrato del que se platicó desde la primera semana, la paciente continuo recibiendo apoyo de su sistema familiar y de su círculo social, y así pudiera superar el aislamiento que ella se impuso.

4.1.11 Plan terapéutico

Tiempo estimado: se trabajó con la paciente durante 10 semanas, en la cuales asistió sin falta.

4.2 Análisis de Resultados

Con base en los objetivos del Estudio de caso, se presentan los siguientes resultados:

Secuelas del Aborto: La paciente realizó una catarsis acerca del suceso que la mantenía ansiosa, la cual fue la decisión de abortar a su bebe, la paciente explicaba que constantemente se repetían recuerdos de lo sucedido durante el aborto, y se reprochaba constantemente el haber abortado a su bebe; incluso llego a pensar que no podría tener hijos.

Constantemente tenía pesadillas de lo ocurrido, no le gustaba recordar lo que había pasado y nunca se lo había contado a nadie, solo lo sabían ella y su madre, ella expresaba que se sentía triste cuando veía a una mujer embarazada,.

Síntomas: Además de presentar los síntomas de ansiedad, presentaba signos de ansiedad como reacciones adrenérgicas, se deprimía constantemente, se aislaba de sus familiares y amigos, desarrollo constante dependencia afectiva hacia sus parejas amorosas y tenía reproches hacia su madre ya que la obligo a abortar.

Vida sexual y afectiva: La paciente presentaba una vida sexual desordenada, tenía varias relaciones amorosas al mismo tiempo, con las cuales mantenía relaciones sexuales. Estaba en constante peligro de contraer enfermedades venéreas, embarazos no deseados y/o VIH.

Vida familiar: La ansiedad que presentaba afectaba sus relaciones familiares, sociales e incluso laborales, debido a que constantemente discutía con su familia y por ende se sentía aislada de su familia. Ella le guardaba mucho resentimiento a su mamá, porque ella la obligo a que ella abortara a su bebe.

Tratamiento: Después de aplicar el ABC de la terapia Racional emotiva la paciente se dio cuenta que los sucesos por los que había pasado, eran los factores precipitantes que le causaban todos los eventos de ansiedad que ella presentaba, ella logro realizar una introspección de sus sentimientos, se le ayudo adecuar nuevamente sus ideas acerca de lo sucedido, después de todo el desahogo emocional que presento.

Para ayudarle con el manejo de stress se trabajaron técnicas de relajación entre ellas la relajación progresiva, música terapia.

Conclusiones

Para la joven con estrés postraumático, su mayor angustia eran los sueños que constantemente se repetían por las noches, de los cuales durante los tres años después del aborto nunca había platicado sobre ello.

El aborto por el que paso esta jovencita le dejo terribles síntomas de estrés postraumático, que ella no comprendía.

La paciente tenía problemas en su vida afectiva, sostenía relaciones sexuales con dos parejas, y enamoraba a personas mayores, lo que indicaba que se encontraba en una constante búsqueda de afectividad.

Su vida familiar era un tanto enfermiza, no tenía una buena relación con sus padres.

El tratamiento que se aplico fue enfocado a detectar y elaborar las ideas irracionales que ella tenía acerca de lo que había ocurrido en su vida, y se apoyó para que reconociera que la vida sigue, y que debía de tomar decisiones por sí sola, y que aprendiera a distinguir entre lo bueno y lo malo lo saludable y lo peligroso, que era el momento de perdonarse y aceptar lo ocurrido.

Recomendaciones

Para las mujeres jóvenes adolescentes es importante que conozcan todos los métodos de prevención de embarazos y enfermedades.

Trabajar en el tema de autoestima, para que sepan valorarse en su vida personal, familiar y profesional.

Enseñar sobre las diferentes alternativas si se diera un acoso de embarazo a temprana edad a las jóvenes adolescentes, padres y sociedad incluso a los medios de salud pública y privada, por ejemplo opciones de adopción.

Referencias

Bibliográficas

Brander, N. (2001). *Los seis pilares de la autoestima: psicología de la autoestima*. Buenos aires.

Cifran, C. Et al (2001). *La cuestión del aborto*. Barcelona. Editorial ICARA.

Del Vecchio D. (2002). *Como conseguir la salud mental y emocional*. Barcelona, España: Editorial Clie.

García, J, el al (2003) *Trastorno de Estrés Postraumático*. Barcelona. MASSON.

Gómez, C, (2008). *Psiquiatría clínica diagnóstico y tratamiento en niños y adolescentes*. Editor Medica Panamericana 3ra edición.

Muños, D. y Silva, G. (2006) *Asistencia a múltiples víctimas*. España, editorial MAD.

Núñez. P, (2012) *Psicología. Acerca de ti*. Madrid España editorial Paraninfo.

Pardo. J, (2004) *Bioética práctica al alcance de todos*. España, editorial Rialp.

Prada, E. et al (2006) *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias* Nueva York.

Richard J, y Philip g. (2005) *Psicología y vida décimo séptima edición*. México, Pearson.

Sánchez, P. (2008) *Psicología Clínica*, México, editorial el manual moderno S.A, C.V

Internet

Familia (2014, 24 de enero) La Prensa Libre www.laprensa.com.ec Recuperado de

http://www.laprensa.com.ec/interna.asp?id=2754#.VYcwfCa_LIU

Jorge, J et al (2009, 7 de marzo) *epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el caribe*, Organización Panamericana de Salud (OPS) OMS. Washington D:C

Recuperado de

https://books.google.com.gt/books?id=VpX64YMGAKoC&pg=PA227&dq=estadisticas+d+e+estres+postraumatico+en+guatemala&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIwrCak_HoxgIVyyweCh3ZwA_R#v=onepage&q=estadisticas%20de%20estres%20postraumatico%20en%20guatemala&f=true

Peurifoy, R. (2007, 12 de junio). *Venza sus temores*. Edición Robinbook. España , Barcelona:

Recuperado de

https://books.google.com.gt/books?id=CaBQvEUxIUgC&dq=fobia+especifica&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Theo, D. (2012, 18 de abril). *Posmodernidad Cosmovisión cristiana para un mundo fragmentado*.

Paris, Francia: Editorial Gedisa. Recuperado de

https://books.google.com.gt/books?id=hKCjKVrtzagC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_vpt_reviews#v=onepage&q&f=false

Vila M. (2007, 12 de mayo), *La bioética en la encrucijada: sexualidad aborto y eutanasia*,

Editorial Dykinson. Madrid. Recuperado de

https://books.google.com.gt/books?id=PpnB1l-DmY0C&dq=consecuencias+de+la+promiscuidad+en+la+adolescencia&hl=es&source=gbs_navlinks_s

Periodico Publimewx. (2013, 25 de marzo) El aborto publinews. Recuperado de <http://www.publinews.gt/nacionales/en-el-pais-se-practican-65-mil-abortos-al-ano/bQDmcy---4bXOGsSicLxho/>

Guillermo Melgar. G. (2007, 8 de septiembre) Organismo judicial, publicado en julio 2008 por Francisco Gómez Maza. Recuperado de <http:// analisisafondo.blogspot.com/2008/07/guatemala-ocupa-el-segundo-lugar-en.html>

Anexos

Anexo 1

Inventario de depresión de Beck

INSTITUTO DE PSICOLOGIA Y ANTROPOLOGIA QUETZALTEHANGCO		I D B		FECHA DIA _____ MES _____ AÑO _____	
NOMBRE _____ APELLIDOS _____ NOMBRES _____		SITUACION FAMILIAR		<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Unido (a)
EDAD _____ AÑOS SEXO _____ M ó F PROFESION _____ NIVEL DE ESTUDIOS _____				<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Viudo (a)
				<input type="checkbox"/> Separado (a)	<input type="checkbox"/> Soltero (a)
INSTRUCCIONES : Este cuestionario tiene 21 grupos de enunciados. Lea con cuidado cada uno de esos grupos y luego -en cada grupo- escoja la frase que mejor describa cómo se ha sentido usted en estas dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Después, circule el número que está antes de la frase escogida. Si en algún grupo encuentra varios enunciados que le describen igualmente, escoja el número más alto de ambos y lo circula. Compruebe que ha escogido una sola frase en cada grupo, incluso en los temas 16 (cambios en hábitos de sueño) y 18 (cambios en el apetito).					
1 - TRISTEZA 0 No me siento triste. 1 Me siento frecuentemente triste. 2 Estoy siempre triste. 3 Estoy tan triste o tan desdichado que no lo soporto.			2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable siempre.		
2 - PESIMISMO 0 No me desanimo ante mi futuro. 1 Me siento desanimado ante mi porvenir. 2 No espero nada del futuro. 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo puede empeorar.			6 - SENTIMIENTO DE PUNICION 0 No tengo sentimiento de ser castigado. 1 Siento que podría ser castigado. 2 Estoy a la expectativa de ser castigado. 3 Siempre me siento castigado.		
3 - FRACASOS DEL PASADO 0 No tengo el sentimiento de haber fracasado en mi vida, de ser un desastre. 1 Siento que he fracasado muchas veces más de lo normal. 2 Cuando pienso en mi pasado, descubro un gran número de fracasos. 3 Siento que he fracasado completamente en mi vida.			7 - SENTIMIENTOS NEGATIVOS DE SI MISMO 0 Mis sentimientos hacia mí mismo no han cambiado. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy harto de mí mismo. 3 No me amo a mí mismo de ninguna manera.		
4 - PERDIDA DEL PLACER 0 Experimento siempre el mismo placer ante las cosas que me agradan. 1 No experimento como antes tanto placer en las cosas. 2 Experimento muy poco placer en las cosas que me agradaban antes. 3 No siento ningún placer en las cosas que me agradaban habitualmente.			8 - ACTITUD CRITICA HACIA SI MISMO 0 No me censuro ni me critico más de lo normal. 1 Soy más crítico hacia mí mismo de lo que era. 2 Me reprocho siempre por mis defectos. 3 Me culpo por todos los males que vienen.		
5 - SENTIMIENTOS DE CULPA 0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable por bastantes cosas que he hecho o dejado de hacer.			9 - PENSAMIENTO O DESEOS DE SUICIDIO 0 No pienso de ninguna manera en suicidarme. 1 Me vienen pensamientos de suicidio, pero no lo haré. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría, si se presentara la ocasión.		
			PROHIBIDA SU VENTA EXCLUSIVO PARA FINES EDUCATIVOS		
			DE VUELTA A LA HOJA Y SIGA 		
			SUBTOTAL PAGINA 1		

10 - LLANTO

- 0 No lloro más de lo habitual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por la menor cosa.
- 3 Desearía llorar más de lo que soy capaz.

11 - AGITACION

- 0 No me Inquieto ni estoy tenso más que de costumbre.
- 1 Me siento Inquieto o más tenso que de costumbre.
- 2 Estoy tan Inquieto o tenso todo el tiempo que no puedo estar tranquilo.
- 3 Estoy tan Inquieto o tenso que continuamente tengo que moverme o hacer cualquier cosa.

12 - PERDIDA DE INTERES

- 0 No he perdido el Interés por la gente o por las actividades.
- 1 Me Intereso menos que antes por la gente y por las cosas.
- 2 No me Intereso casi nunca por la gente y las cosas.
- 3 Tengo el defecto de no interesarme por nadie ni nada.

13 - INDECISION

- 0 Tomo siempre decisiones como antes.
- 1 Me es muy difícil tomar decisiones como antes.
- 2 Me encuentro peor que antes para tomar decisiones.
- 3 Es imposible que tome cualquier decisión.

14 - DEVALORACION

- 0 Pienso que soy una persona vallosa.
- 1 No creo que soy ya tan valloso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valloso que los demás.
- 3 Siento que no valgo absolutamente nada.

15 - PERDIDA DE ENERGIA

- 0 Tengo la misma energía de siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.
- 3 No tengo energía para hacer cualquier cosa.

16 - CAMBIO EN HABITOS DEL SUEÑO

- 0 No han variado mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que antes.
- 1b. Duermo un poco menos que antes.
- 2a. Duermo mucho más que antes.
- 2b. Duermo mucho menos que antes.
- 3a. Duermo casi todo el día.
- 3b. Me despierto una o dos horas antes y soy incapaz de volverme a dormir.

17 - IRRITABILIDAD

- 0 No me irrito más que lo normal.
- 1 Estoy más irritado que lo normal.
- 2 Estoy mucho más irritado que lo normal.
- 3 Estoy constantemente irritado.

18 - CAMBIOS EN EL APETITO

- 0 Mi apetito no ha cambiado.
- 1a. Tengo algo menos apetito que antes.
- 1b. Tengo algo más apetito que antes.
- 2a. Tengo mucho menos apetito que antes.
- 2b. Tengo mucho más apetito que antes.
- 3a. No tengo nada de apetito.
- 3b. Constantemente se me antoja comer.

19 - DIFICULTAD DE CONCENTRACION

- 0 Siempre puedo concentrarme tan bien como antes.
- 1 No puedo concentrarme como antes.
- 2 No me puedo concentrar en cualquier cosa por mucho tiempo.
- 3 Soy incapaz de concentrarme en nada.

20 - FATIGA

- 0 No me encuentro más fatigado que antes.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado cansado para hacer muchas cosas que hacía antes.
- 3 Estoy muy cansado para hacer casi todas las cosas que hacía antes.

21 - PERDIDO DE INTERES POR EL SEXO

- 0 No he notado cambios recientes en mi interés por el sexo.
- 1 El sexo me interesa menos que antes.
- 2 El sexo me interesa mucho menos que antes.
- 3 Perdí todo Interés por el sexo.

SUBTOTAL PAGINA 1

+

SUBTOTAL PAGINA 2

=

X TOTAL

Anexo 2
Historia clínica

I Datos generales

Expediente No. _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Profesión: _____

Fecha de nacimiento: _____

Religión: _____

Dirección: _____

Estado civil: _____

Referencia: _____

Teléfono: _____

Familiares más cercanos

Quien refiere:

II Motivo de consulta: _____

III Historia del problema actual

Cuando inicio: _____

Eventos desde que inicio hasta la fecha: _____

Nivel de funcionamiento anterior: _____

Origen del problema: _____

Estresores precipitantes: _____

Actividades que ya no ejecuta: _____

IV Antecedentes personales no patológicos

Historia prenatal

Ambiente del hogar en ese periodo _____

Situación familiar: _____

Fue deseado o no: _____

Relaciones con otros niños: _____

Tipos de cuidados recibidos: _____

Quien los proporciono: _____

Escolaridad

Desarrollo escolar: _____

Actividades sociales: _____

Figuras importantes: _____

adolescencia, tipo de amigos: _____

Desarrollo de la independencia: _____

Adulthood

Actividades laborales: _____

Sociales: _____

Amistades: _____

Historia psicosexual

Curiosidades sexuales en la infancia: _____

Actitud de los padres hacia el sexo: _____

Tuvo orientación: _____

Actividades sexuales en la adolescencia y la adultez: _____

Noviazgos: _____

Relaciones amorosas: _____

Antecedentes personales patológicos

(dificultades del paciente en las fases de su vida dese prenatal a adulto)

Historia médica:

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Desórdenes mentales anteriores: _____

Historia familiar

Miembros vivos en la familia: _____

Miembros fallecidos en la familia: _____

Situación socioeconómica: _____

Situación cultural: _____

Rango del paciente en la familia: _____

Relaciones de los miembros entre sí: _____

Relación con:

Conyugue: _____

Hijos: _____

Papas: Hermanos: _____

Problemas mentales y orgánicos de la familia: _____

Vida familiar durante la infancia: _____

VIII examen mental

Apariencia: _____

Actitud: _____

Conducta: _____

Vocabulario: tono velocidad, fluidez): _____

Percepción: _____

Humor _____

Pensamiento _____ forma: _____ Contenido: _____

Afecto _____

Inteligencia _____

Orientación _____

Memoria _____

Conciencia _____

Control _____

Juicio critico _____

Confiabilidad _____

Estado de ánimo emocional: _____

Alopsiquia: _____

Autopsiquia: _____

Insight: _____

IX Pruebas auxiliares: _____

Criterios diagn3sticos: _____

X Evaluaci3n multiaxial

Eje I _____

Eje II _____

Eje III _____

Eje IV _____

Eje V _____

XI Plan terap3utico _____

XII Notas evolutivas: _____

Anexo 3

Tabla de variables

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Indicadores de la variable	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Presentaba síntomas de depresión leve • Aislamiento de su familia y de sus amigos • Problema con su sexualidad • Relaciones sexuales sin protección • Enamoraba a personas mayores • Sostenía varias relaciones sentimentales a la vez • Problemas de dependencia afectiva • La relación con su ex pareja era negativa. • Empezó su vida sexual activa a temprana edad. 	Estrés postraumático	1. Aborto	¿Cómo el aborto causo estrés postraumático en una joven de 19 años?	Evaluar el estrés postraumático que le causo el aborto a una joven de 19 años.	Determinar las secuelas que el aborto provocó en una joven de 19 años.
		2. Síntomas			Evaluar cuáles fueron los síntomas de estrés postraumático que presentó una joven de 19 años.
		3. Vida sexual y afectiva			Conocer como el aborto y el estrés postraumático influyó en su vida sexual y afectiva.
		4. Vida familiar			Determinar como el aborto y el estrés postraumático influyo en su vida familiar.
		5. Tratamiento			Determinar qué tipo de tratamiento fue

					efectivo para la joven de 13 años con estrés postraumático
--	--	--	--	--	---