

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**“Estrés postraumático en una paciente de 18 años en etapa de gestación,
atendida en el Centro de Salud de la 1°. de Julio”**
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Gelmi Maritza Ochoa González

Guatemala, enero de 2019

**“Estrés postraumático en una paciente de 18 años en etapa de gestación,
atendida en el Centro de Salud de la 1°. de Julio”**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Gelmi Maritza Ochoa González

Licda. Sonia Magaly Pappa Sosa (Asesora)

Licda. María Edith Manzano Figueroa (Revisora)

Guatemala, enero de 2019

Autoridades 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
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad de Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M. Sc. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES,
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, enero de 2018.**

En virtud de que Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, con el tema: “Estudio de caso: Estrés postraumático en una paciente de 18 años en etapa de gestación, atendida en el Centro de Salud de la 1º. de Julio” presentado por la estudiante Gelmi Maritza Ochoa González, 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. Sonia Pappa
Asesora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes diciembre año 2018.

En virtud de que el informe final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: “Estrés postraumático en una paciente de 18 años en etapa de gestación, atendida en el Centro de Salud de la 1°. de Julio”. Presentado por el (la) estudiante: Gelmi Maritza Ochoa González, 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.


María Edith Manzano Figueroa

Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala enero del dos mil diecinueve. -----

En virtud que el informe final de la Sistematización de Práctica Profesional Dirigida con el tema **"Estrés postraumático en una paciente de 18 años en etapa de gestación, atendida en el Centro de Salud de la 1º. de Julio"**, presentado por el (la) estudiante **Gelmi Maritza Ochoa González**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, para **que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

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	1
1.3	Ubicación	2
1.4	Organización	3
1.5	Organigrama	4
1.6	Visión	5
1.7	Misión	5
1.8	Programas establecidos	5
1.9	Justificación de la Investigación	6
Capítulo 2 Marco Teórico		
2.1	Trastorno de Estrés Postraumático	7
2.1.1	Breve aproximación histórica	7
2.1.2	Definición y conceptualización	8
2.2	Criterios diagnósticos	9
2.3	Factores de riesgo	12
2.4	Causas del desarrollo del TEPT	13
2.5	Teorías que apoyan el diagnóstico TEPT	14
2.5.1	Modelo Biológico	15
2.5.2	Teoría Psicoanalítica	15
2.5.3	Teoría Conductista	16
2.6	Tratamiento	17
2.6.1	Terapia Cognitiva de Aaron Beck	17
2.6.2	Terapia Cognitiva Conductual	18
2.6.3	Logoterapia de Viktor Frankl	18

2.7	Estrés postraumático y gestación	19
2.8	Técnicas de afrontamiento	21
Capítulo 3 Marco Metodológico		
3.1	Planteamiento del problema	26
	3.1.1 Problemática principal	27
3.2	Pregunta de Investigación	27
3.3	Objetivo General	28
3.4	Objetivos Específicos	28
3.5	Alcances y límites	28
3.6	Metodología	29
Capítulo 4 Presentación de Resultados		
4.1	Sistematización del estudio de caso	31
4.2	Motivo de consulta	31
4.3	Historia del problema actual	31
4.4	Historia Clínica	32
4.5	Historia familiar	35
4.6	Examen del estado mental	37
4.7	Resultado de pruebas	38
4.8	Impresión diagnóstica	41
4.9	Recomendaciones	42
4.10	Plan terapéutico	43
4.11	Análisis de resultados	44
Conclusiones		48
Recomendaciones		49
Referencias		50
Anexos		52

Lista de Imagen

Imagen No. 1	Clínica Periférica Primero de Julio	3
Imagen No. 2	Organigrama del Centro Periférico Primero de Julio	4
Imagen No. 3	Genograma	35

Lista de Cuadros

Cuadro No. 1	Pruebas e Instrumentos aplicados	38
--------------	----------------------------------	----

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo llevar a cabo el proceso y ejecución de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida, de la Carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, para determinar de qué manera el estrés postraumático afecta el proceso de la gestación en una paciente de 18 años, atendida en el Centro de Salud de la 1º. de Julio.

El capítulo 1 Marco de Referencia contiene los antecedentes y la descripción donde se realizó la práctica profesional dirigida, la ubicación de la institución y cómo se encuentra organizada, el organigrama, la visión y misión, los diferentes programas establecidos y la justificación de la investigación que permita de una manera más fácil y objetiva conocer el trabajo que se realiza en el Centro Periférico Primero de Julio.

El capítulo 2 se refiere al Marco Teórico, contiene información relevante del trastorno de estrés postraumático, una breve aproximación histórica sobre los diferentes nombres que ha recibido a lo largo del tiempo, descripción por primera vez en el DSM-III, definición y conceptualización, los criterios diagnósticos según el DSM-5, factores de riesgo y causas, así como las diferentes teorías que apoyan el estudio de caso y las técnicas más adecuadas para la intervención en clínica.

El capítulo 3 Marco Metodológico, se enuncia la metodología de la investigación, desde el planteamiento del problema, tomando en cuenta la problemática principal, la pregunta de investigación, el objetivo general y los específicos, así como los alcances y límites que se encontraron en el proceso psicoterapéutico y exista un referente en futuras intervenciones.

El capítulo 4 hace alusión a la Presentación de Resultados del caso, de manera descriptiva, de cómo se llevó a cabo la intervención profesional-paciente, las pruebas aplicadas que apoyan el diagnóstico y los criterios que la paciente cumple según el DSM-5. Por último, se dan a conocer las conclusiones a las que se llegaron en la investigación y las recomendaciones, en este caso en particular de estrés postraumático.

Introducción

En la presente investigación se describe el estudio de caso de estrés postraumático en una paciente de 18 años en etapa de gestación. La importancia de estudiar este tema radica en que cualquier persona está expuesta a situaciones que le generen estrés postraumático, sin importar su edad, género o raza; tomando en cuenta que hay una mayor incidencia de padecer este trastorno en mujeres que han sido expuestas a situaciones extremadamente amenazantes.

Asociado a circunstancias de estrés y traumas recientes o situaciones del pasado sin resolver pueden ser una causa mayor para el desarrollo del TEPT, y el impacto que éste cause en la persona, determinará su gravedad y por ende afectará el desempeño en diferentes áreas de su vida, aunado a la gestación que ya tiene sus propias interrogantes propias de esta etapa.

El desarrollo de estudio de caso se realizó bajo los siguientes aspectos: Surgió de la pregunta de investigación: ¿Puede afectar el estrés postraumático la gestación?, en el caso de estudio atendido; planteándose el objetivo general, para evaluar las principales consecuencias de padecer estrés postraumático en el período de gestación. Se trabajó con una paciente referida por la nutricionista de la institución para recibir apoyo psicológico por bajo peso, nerviosismo y estrés, ya que recientemente reconoció el cuerpo sin vida de su pareja en la escena del crimen, motivo por el cual fue referida al área de psicología.

En el proceso de psicodiagnóstico se utilizaron técnicas como la observación, entrevistas, establecimiento de rapport, empatía, encuadre terapéutico, así como la aplicación de diferentes instrumentos de evaluación psicológica con los cuales se realizó un diagnóstico y se efectuó un abordaje adecuado, con el propósito de acercar a la paciente a su condición antes del evento traumático.

Capítulo 1

Marco de Referencia

En este capítulo se presentará la información propia del centro de práctica, la cual ayuda a contextualizar el caso que se presentará en los capítulos posteriores.

1.1 Antecedentes

La Clínica Periférica Primero de Julio pertenece al Área de Salud Guatemala Noroccidente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y está ubicada en la colonia Primero de Julio, zona 5 de Mixco. Es una institución que desde 1967 presta sus servicios en salud, primero solo en la colonia y luego, desde 1991 cuando se inauguró como Clínica Periférica ampliando sus servicios a las zonas 4, 5 y 11 de Mixco y a la zona 19 de la capital.

El 31 de agosto de 1991, adquirió el carácter de Clínica Periférica bajo la dirección de la Doctora Nancy Pezzarossi de Calderón, quien estuvo a cargo de la dirección desde su inicio hasta el año de 1998. La Clínica presta servicio a la comunidad con el propósito de prevenir y tratar enfermedades de tipo físico y psicológico, atendiendo en su mayoría a personas de escasos recursos económicos.

1.2 Descripción

El lugar donde se realizó la Práctica Profesional Dirigida fue en el Departamento de Psicología de la Clínica Periférica de la Primero de Julio, brindando los servicios a los vecinos del lugar y colonias aledañas que se integran por grupos étnicos variados que han emigrado de distintas partes del país e incluso de personas extranjeras, las cuales conforman niveles variados de cultura y en su mayoría son hogares de escasos recursos, dicha población labora en diversos lugares enfrentándose a problemas físicos y emocionales debido a las condiciones de vida que llevan. Al buscar ayuda en esta institución las personas se benefician porque los servicios son gratuitos y se brinda a las personas sin importar su origen o procedencia.

La estructura del edificio de la Clínica Periférica Primero de Julio es sólida en sus paredes, techo de terraza, cuenta con los servicios de agua potable, energía eléctrica, teléfono, sanitarios para el personal y para la población que se atiende en la institución, también cuenta con suficiente iluminación natural. El edificio cuenta con cuatro áreas: consulta externa, maternidad, emergencia y laboratorio.

El edificio también cuenta con parqueo para el personal en la parte posterior, posee una extensa área verde y al costado del edificio se encuentra la Maternidad y Saneamiento Ambiental. Para el buen servicio y desempeño de labores se cuenta con el equipo y los materiales indispensables; si por alguna razón no se puede atender un caso que amerite atención mayor se recurre a otras instituciones a través de referencias como en el caso del Hospital Roosevelt. Los horarios de atención en consulta externa son de 7:00 a 15:30 horas y el Centro de Urgencias Médicas las 24 Horas.

1.3 Ubicación

La Clínica Periférica de la Primero de Julio, está ubicada en la zona 5 del Municipio de Mixco, está rodeada por el barranco de las Guacamayas, La Florida, Lo de Bran y El Milagro, se llega a ella por dos accesos: desde la Calzada San Juan y atravesando luego la Colonia La Florida y por La Herradura, un camino asfaltado que lo comunica con Lo de Bran, San Francisco, Carolingia y El Milagro.

Es una colonia de tipo residencial con zonas comerciales localizadas en las avenidas principales: la 5ta. Y 7ma. Posee calles y avenidas únicamente peatonales y varios parqueos comunales administrados por el comité de vecinos, así como tres predios utilizados como parqueos. Cuenta con dos mercados: el principal, que se distingue por su Ceiba, fue fundada junto con la colonia y el otro que se encuentra frente a la Escuela Oficial Darío González.

Imagen 1

Clínica Periférica Primero de Julio



Fuente: Google Maps. 2017

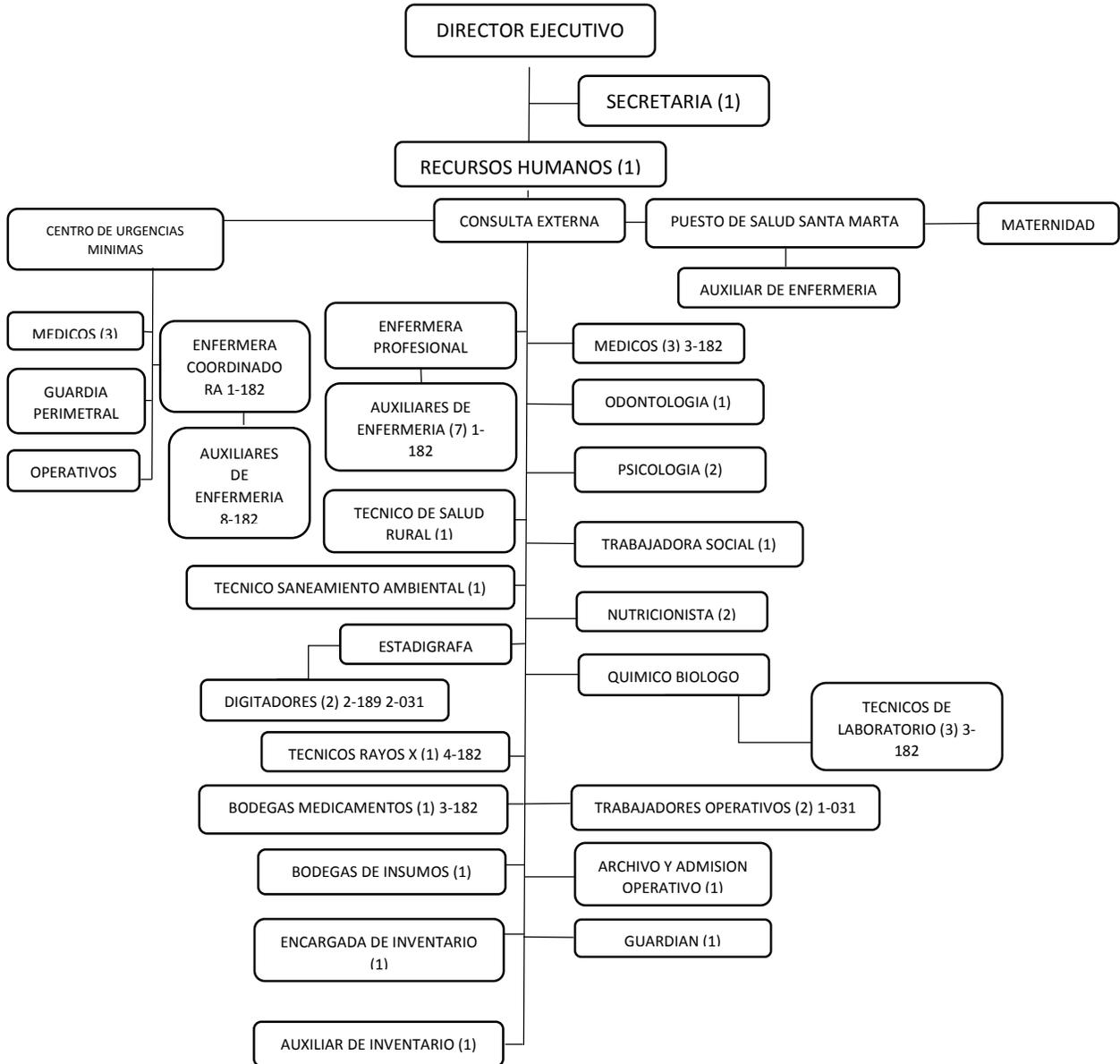
1.4 Organización

La Clínica Periférica Primero de Julio depende del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y está organizada de la siguiente manera: Tiene médicos generales y especialidades como: Ginecología, Pediatría, Maternidad y Odontología. Administrativamente existe una secretaria, peritos contadores, conserjes y personal de farmacia. También cuenta con enfermeras graduadas, comadronas adiestradas, auxiliares de enfermería. Y hay una Trabajadora Social. También existe una Clínica de Psicología atendida por dos licenciados en Psicología, apoyados por practicantes de Psicología. Un químico biólogo y un técnico de laboratorio.

1.5 Organigrama

Imagen 2

Organigrama del Centro Periférico Primero de Julio



Fuente: Centro Periférico Primero de Julio. 2017.

1.6 Visión

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.

1.7 Misión

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 una adecuada planificación, organización ejecución y evaluación del impacto de los programas.

1.8 Programas establecidos

El servicio está enmarcado dentro de los niveles de atención primaria, enfocando muchos de sus programas a la prevención de la enfermedad y la promoción, información, educación, capacitación de la salud y para ello involucra a las escuelas del sector, agentes comunitarios (comadronas – promotores, líderes ya que estas constituyen medios multiplicadores de actitudes sanas de vida). Y atención secundaria proporcionando atención médica, atención odontológica, laboratorio y atención psicológica mediante terapias individuales y grupales.

Servicios que presta:

Clínica de planificación familiar

Clínica de medicina

Clínica de profilaxis sexual

Clínica pediátrica

Clínica de Odontología

Trabajo Social

Psicología

Nutrición

Laboratorios

Centro de urgencias mínimas

Maternidad

1.9 Justificación de la investigación

Para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social en la Universidad Panamericana ha sido necesario sistematizar la Práctica Profesional Dirigida, creando un documento con la presentación de un caso que contiene información relevante y útil para estudiantes del área de psicología clínica, para que puedan de una manera más fácil y objetiva conocer el trabajo que se realiza en el Centro Periférico Primero de Julio.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1 Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un padecimiento que se manifiesta después de sufrir un trauma y como consecuencia genera angustia considerable alterando diversas áreas de la vida de una persona. Dependiendo de cómo se vivan las situaciones críticas y como las incorpora en la vida dependerá del desarrollo del trastorno. Cabe hacer una breve aproximación histórica antes del inicio de la definición del TEPT que se hará a continuación.

2.1.1 Breve aproximación histórica

Los seres humanos han estado experimentado tragedias y desastres a lo largo de toda la vida que interrumpe la trayectoria vital del individuo generando cambios en el equilibrio de la salud física como emocional. El TEPT, aparece descrito por primera vez en la Odisea de Homero, en la que este describe las reacciones de los soldados griegos de intenso terror, agitación o parálisis conductual, desorientación y otras alteraciones durante las batallas. (Holmes, 1985, p.2).

Los trastornos traumáticos han recibido varias denominaciones a lo largo del tiempo tales como: "neurosis de compensación" (propuesta por Rigler en Prusia en 1879), hacia fines del siglo XIX cobraron gran importancia los aportes de J.M. Charcot, P. Janet y S. Freud. Se le llamó "choque del obús" (Mott, 1919) durante la Primera Guerra Mundial, y el desarrollo del concepto de "neurosis traumática" en la Segunda Guerra Mundial (Kardiner, 1941, p.3).

El TEPT, se describió inicialmente en el DSM-III editado por la American Psychiatric Asociación (APA) en 1980, y se clasificó como un trastorno de ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbica. Se consideraba que lo padecían personas que son víctimas de las

guerras, agresiones sexuales, accidentes aéreos o catástrofes naturales y también las personas que son víctimas de un delito o de un accidente.

En 1994, fue publicado el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR. En este manual se da más importancia a la respuesta de la víctima que al estímulo, ya que es subjetivo determinar qué es lo habitual en la vida diaria de una persona, pues existen poblaciones que lo habitual para ellas es vivir en guerra, por ejemplo, o en situaciones de tortura, ya sea como víctimas o como espectadores. El cuadro de estrés postraumático surge principalmente por las situaciones sociales. Las personas que padecen este síndrome perciben al mundo como peligroso y pierden su habilidad para modificar su conducta de modo apropiado en respuesta al estímulo. (Rubin, Berntsen y Bohni, 2008, p.3).

En la actualidad existen diversos instrumentos para medir diferentes variables dependiendo del enfoque y objetivos de la evaluación y tratamiento del TEPT. Entre los tratamientos más eficaces existe un gran número de terapias cognitivo-conductuales existentes que en la actualidad sostienen un consenso generalizado de que las más notables, por su utilidad y aplicabilidad clínica (por ejemplo, Haaga y Davison, 1991; Dobson y Beck, 1994; Mahoney, 1993), son la Terapia Racional Emotiva de Ellis, la Terapia cognitiva de Beck, el Entrenamiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum y el Entrenamiento en solución de problemas de D'Zurilla. (Oblitas, 2008, p.93).

2.1.2 Definición y conceptualización

El TEPT, aparece descrito por primera vez en las nosologías psicopatológicas en la tercera edición del DSM (APA, 1980). El concepto del TEPT, ha evolucionado de acuerdo a los diversos aportes de los profesionales de la salud mental y ha sido abordado desde ángulos muy distintos del comportamiento del individuo con el propósito de tener una visión más clara de esta patología y de la población que puede presentar este cuadro.

El TEPT, ha mostrado controversias desde su inserción sobre los acontecimientos que lo disparan desde una experiencia directa, observada o transmitida por otros de un suceso o sucesos

extremadamente traumáticos a lo que la persona responde sobrepasando sus mecanismos de afrontamiento, considerando a la vez otros factores de predisposición como genéticos, ambientales y psíquicos, ya que muchos autores opinan que no sólo es la vivencia del evento traumático lo que ocasiona el trastorno, sino un mismo evento traumático es percibido de manera distinta por cada persona.

El TEPT, es causado por un trauma psicológico o físico, siendo con mayor frecuencia una combinación de ambos, ante la exposición a eventos traumáticos y por ende las consecuencias dificultan el funcionamiento del individuo en distintas áreas de su vida. Cabe mencionar que el TEPT, le puede ocurrir a cualquier persona; independientemente de su género y su edad. Y según sea la magnitud del evento se determinará su gravedad.

El TEPT, se origina por distintas causas como: los desastres naturales, accidentes, y los provocados por el hombre que incluye atentados, agresiones a la integridad física de otra persona como: secuestro, violaciones, muerte o violencia de un familiar entre los más comunes. En el caso de que el suceso traumático sea provocado por el hombre causa mayor impacto en comparación cuando surge como consecuencia natural. El TEPT, tiene una incidencia mayor en mujeres que han vivido o han sido testigos de un evento extremadamente peligroso o amenazante a su persona que requiere de habilidades de afrontamiento que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas.

2.2 Criterios diagnósticos

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ha propuesto criterios que difieren significativamente de los del DSM-IV TR, los umbrales de diagnóstico se han rebajado para los niños y adolescentes y se han añadido criterios separados para los niños de 6 años o menos. El TEPT ya no se incluye entre los trastornos de ansiedad, sino en una nueva categoría denominada Trastorno por estrés agudo, los trastornos de adaptación, el trastorno de apego afectivo y el trastorno de relación social desinhibida.

Para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años, los criterios del DSM-5 para el TEPT son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013)

A. Exposición a la muerte, lesiones graves o violencia sexual ya sea real o amenaza en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido (s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar próximo o un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato o abuso infantil).

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

1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.).
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s) como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s) como se ponen de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej., “estoy mal,” “no puedo confiar en nadie,” “el mundo es muy peligroso,” “tengo los nervios totalmente destrozados”). Percepción distorsionada persistentes de la causa o las consecuencias del suceso/s traumático/s que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 3. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 5. Sentimiento de desapego o distanciamiento de los demás.
 6. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s) y que se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración del trastorno (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

2.3 Factores de riesgo

El TEPT, a menudo se acompaña de síntomas depresivos, afectando el desenvolvimiento de la persona inmersa en esa situación que le genera constantes pensamientos de miedo y angustia a que vuelva a ocurrir el evento lo que impide gestionar sus emociones de manera adecuada. Todos estos riesgos impiden que la persona se le facilite sobreponerse a la adversidad que le está tocando vivir y por ende de apropiarse de los recursos que dispone por lo que es fundamental el apoyo social, como interpersonal.

Se deben considerar los siguientes factores que influyen en la aparición del TEPT, y que están íntimamente ligados como afirma Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996) y de Paúl (1995), según (Bados López Arturo, 2009, p. 12).

- Condición emocional antes del evento traumático
- El grado y proporción del trauma
- Características de personalidad y resiliencia que el individuo posea
- Antecedentes psiquiátricos personales y/o familiar

En estos casos, la genética, la personalidad y el contexto en el cual se desarrolla el individuo juegan un papel importante. Es posible que traumas no resueltos aumenten el riesgo de padecer este trastorno después de un acontecimiento traumático reciente, baja autoestima, inestabilidad familiar.

La resiliencia del individuo es otro punto muy relevante para poder afrontar la crisis que le genera el trauma y el estrés. Los síntomas del TEPT, pueden llegar a ser incapacitantes, sobre todo si el paciente carece de apoyo social adecuado.

Para que el TEPT se desarrolle se requiere de:

- Un trauma previo, historia psiquiátrica previa, disociación en el momento del trauma, gravedad de los síntomas agudos, tipo de respuesta aguda, gravedad, tipo del trauma. (McFarlane, 2000, p.61).
- Historia psiquiátrica personal, abuso en la infancia, historia psiquiátrica familiar, gravedad del trauma, nivel educativo bajo, joven, mujer, minoría étnica, baja clase socioeconómica, factores adversos en la infancia, trauma previo, falta de soporte social, estrés, bajo coeficiente de inteligencia. (Brewin y cols., 2000, p.156).
- Las experiencias traumáticas pasadas o influencias genéticas desempeñan una función agravante del desarrollo del TEPT.

Las personas que luchan con este padecimiento suelen experimentar niveles elevados de ansiedad, respuestas de sobresalto exageradas y sentimientos continuos de pánico; incapacidad de superar las adversidades por sus propios medios; que lo hace más vulnerable al desarrollo de otras enfermedades mentales, además de enfrentar problemas de abuso de sustancias y por ende perturba su vida social, familiar, académica y laboral.

2.4 Causas de desarrollo del TEPT

El TEPT, es un padecimiento de salud mental diagnosticable que se manifiesta después de sufrir un trauma. Las causas pueden ser diversas, pero tienen en común experiencias angustiosas y difíciles en la vida que escapa a su capacidad de control como una noticia inesperada, ser víctima de abuso o de un crimen, experimentar la muerte de un ser querido, sobrevivir a un desastre o accidente o exponerse a un evento violento. Sin embargo, la mayoría de las personas, con el tiempo, superan experiencias de este tipo sin necesidad de ayuda. Pero en otras personas estas mismas

experiencias causan un trauma y desencadenan una reacción que dificulta el desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida.

El estrés es considerado uno de los principales factores psicológicos que afectan a la mayoría de las personas. Sandín (2002, p.27) menciona que, desde la perspectiva social, el estrés puede ser detonado por tres diferentes causas:

Eventos recientes o sucesos vitales, que se dividen en extremos o habituales, como un incendio, desastres naturales, o bien el matrimonio, separaciones o pérdidas en general; en resumen, aquellos eventos que requieren algún reajuste personal importante.

Situaciones cotidianas o micro estresores, que se refieren a la acumulación de experiencias negativas, aparentemente poco importantes, que se pueden ejemplificar como un día lluvioso, un tropiezo, exposición constante al tráfico, entre otros.

Cuestiones crónicas, que involucran situaciones en la que aparecen cambios o conflictos entre roles, enfermedades de larga duración, cambio constante de vivienda.

Por otro lado, la teoría transaccional plantea que existen tres elementos responsables del estrés en una persona: el ambiente, la susceptibilidad interna o fisiológica del individuo y la valoración cognitiva (percepción) de los acontecimientos. Entre los tres la valoración cognitiva es el responsable mayoritario, puesto que de ésta depende la interacción de los otros dos elementos. (a. ambiente más valoración cognitiva, más susceptibilidad interna = estrés). Desde este punto de vista, la terapia cognitivo conductual es el enfoque terapéutico más congruente para el manejo del estrés.

2.5 Teorías que apoyan el diagnóstico (TEPT)

Las teorías son métodos de investigación que se han llevado a cabo para proponer tratamientos terapéuticos sobre algunas disfunciones de la psique a partir de la comprensión del comportamiento, sentimientos y modos de pensar del paciente. Para efectos de una mayor comprensión del tema se darán a conocer algunas teorías importantes que apoyan el diagnóstico del TEPT.

2.5.1 Modelo biológico

Las personas con este síndrome tienen alteraciones neurobiológicas tales como una disminución en el volumen del hipocampo. El hipocampo está relacionado con la regulación de la memoria e interviene en la extinción de los condicionamientos; por lo que una disfunción en esta área del cerebro hace que el estímulo asociado con el trauma desencadene el recuerdo del mismo. Señala (Van der Kolk, B; 1996, p. 231), que la persona valora que no puede lidiar con la amenaza y permanece hiper-activada la estructura límbica del cerebro, posteriormente todo lo que se asocie con este evento o todo lo que lo evoque, generará el recuerdo de la situación traumática presentando los pacientes un bajo nivel intelectual, que interfiere en la adaptación del suceso vivido.

La adrenalina surge cuando la persona se encuentra bajo estrés, interviniendo el sistema parasimpático preparando al individuo para la acción y cuando el estrés desaparece, el nivel de adrenalina vuelve a la normalidad. En el TEPT, los recuerdos vividos del trauma mantienen los niveles de adrenalina altos produciendo malestar significativo en la persona. Después de una circunstancia estresante el cuerpo genera hormonas y químicos del estrés que se normalizan y por ende el individuo vuelve a la normalidad, sin embargo, en el TEPT, el cuerpo sigue secretando las hormonas y los químicos del estrés.

2.5.2 Teoría psicoanalítica

Es fundamental identificar como los traumas emocionales del pasado no resueltos pueden ser un riesgo para que el individuo inmerso en un estrés y trauma pueda llegar a desarrollar el trastorno después de un acontecimiento traumático. El TEPT, surge como respuesta a una circunstancia estresante y continúa causando malestar de manera que el paciente se le hace imposible superar el hecho por lo que es necesario conocer como el individuo inmerso en esta problemática ha superado otras circunstancias difíciles en su vida. La interpretación se privilegia porque une la descripción y explicación de una conducta a un porqué histórico (cf. Sánchez-Escárcega, 1993), (Oblitas Luis, 2004).

Existe un riesgo de desarrollar el TEPT después de un acontecimiento traumático reciente, por lo que contar con información sobre las primeras etapas del desarrollo del ser humano aporta conocimiento ya que el 95% de su personalidad se forma en las primeras etapas del desarrollo lo que dependerá que posea mecanismos de defensa apropiados para sobreponerse a la adversidad que la persona está atravesando en ese momento y de no pasar una etapa del desarrollo de manera satisfactoria repercute en la siguiente etapa de su vida.

2.5.3 Teoría conductista

El trauma es un estímulo que provoca un aumento en los niveles de ansiedad. Los sujetos tratarán de evitar la exposición a estos estímulos y se esforzarán por aprender a evitar lo que provoque el recuerdo de la experiencia traumática. Cuando la conducta usual de la persona se modifica como consecuencia de experiencias estresantes el individuo percibe una serie de pérdidas o daños que hace que la calidad de vida descienda bruscamente, mayor aun por las conductas que se generan de evitación e indefensión y desconfianza que desestabilizan el proceder habitual de la persona e impide la homeostasis del individuo.

El estrés representa un peligro o amenaza causando desconsuelo, depresión, ansiedad, culpa y enojo que hasta cierto modo resultan ser conductas o reacciones comprensibles ante un evento de esta magnitud. Sin embargo, en el TEPT, estas reacciones o experiencias dolorosas pueden durar desde meses a años presentando sintomatología como el flashback, en la cual la persona se encuentra reviviendo el suceso una y otra vez, por el día pensamientos recurrentes del hecho vivido y por la noche pesadillas que interfieren con sus procesos de sueño.

La persona constantemente trae el recuerdo una y otra vez a su mente, abrigando las emociones de lo que ocurrió y como consecuencia experimenta miedo, sudoración, dolor que interfiere en su persona al adoptar conductas que antes del evento traumático no presentaba. La persona que sufre de un TEPT, parece quedarse inmerso o fijado en el trauma según (Kardiner, 1941).

2.6 Tratamiento

La terapia es una forma de tratamiento psicológico que se hace a través de la intervención de un profesional y el paciente que requiere los servicios, ayudándole a reducir síntomas que le producen un malestar significativo, tanto físico como emocional para mejorar su percepción, de modo que, si el problema no se resuelve como tal, le permita verlo desde otra perspectiva más positiva y realista y emplear nuevas estrategias de afrontamiento. A continuación, se detallan las terapias utilizadas para abordar el TEPT, con mejores resultados.

2.6.1 Terapia cognitiva de Aaron Beck

La terapia cognitiva es un procedimiento que se desarrolló originalmente para tratar la depresión, pero actualmente es muy útil para tratar otros trastornos. Este modelo propone una reestructuración cognitiva, que favorezca al individuo de ser capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive, y de esta manera se estimula al individuo para que altere los esquemas de pensamientos instalados en la psique y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa por medio del entrenamiento en habilidades para afrontar, manejar situaciones y resolución de problemas.

El modelo propuesto por Beck et al. (1979) se basa en que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por éstos en sí mismos. El modelo propuesto por Beck afirma que, ante una situación, los individuos no responden automáticamente como tal, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos esquemas cognitivos o creencias nucleares. Para Beck, según su teoría los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existentes en las estructuras cognitivas (esquemas) y que es posible modificarlas mediante su reestructuración.

2.6.2 Terapia cognitiva-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC), según Hollon y Beck (1994), es un tratamiento psicológico a corto plazo que ayuda a modificar los pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Es una terapia muy efectiva para tratar problemas relacionados con la ansiedad y la depresión. Por lo que cabe mencionar que hay distintos enfoques acerca de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual pero las más relevantes la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de D' Zurilla. (Oblitas, 2008, p. 93).

Las técnicas cognitivas y técnicas conductuales lo que pretenden cambiar son las cogniciones del sujeto, que son elemento causal de la conducta, por ende, la terapia cognitiva-conductual pretende modificar los pensamientos distorsionados (cogniciones). Entre las técnicas cognitivas que se incluyen están: el registro diario de pensamientos disfuncionales, la comprobación de la realidad, las técnicas de reatribución, las técnicas de solución de problemas, el diseño de experimentos, la refutación con respuestas racionales y la modificación de las suposiciones disfuncionales. (Dobson y Franche, 1991, p.58)

2.6.3 Logoterapia de Viktor Frankl

Ante la crisis existencial de perder a un ser querido, esto implica que la paciente no debe olvidar el evento como tal, pero si asimilarlo desde otra perspectiva más positiva al verse por encima de lo que le pasa y por encima de sí misma, es decir distanciarse para hacerse autoconsciente y tomar las riendas de su realidad. Este auto distanciamiento le permite “observarse” más claramente. Cuando hay una escasa comprensión sobre sí mismo se dan bloqueos mentales que restringen la capacidad espiritual de asumir y elegir y por ende la persona se siente el problema y no sale de sí, encontrándose inmerso en su sufrimiento, añadiéndose un sufrimiento innecesario.

Según Efrén Martínez, el autodistanciamiento puede manifestarse como autocomprensión siendo esta la capacidad de hacerse consciente de sí mismo, es decir su auto conocimiento al descubrir sus propios procesos afectivos y cognitivos. El autodistanciamiento también puede ser autoproyección, siendo esta la capacidad de verse a futuro diferente de cómo viene siendo, con una visión de esperanza, de posibilidades de ser distinto siempre. Siendo este recurso indispensable como base de un cambio personal. (Martínez, 2011, pág. 83).

Así mismo, la autorregulación es otra técnica utilizada en la logoterapia posterior al distanciamiento que le mostrará a la paciente la capacidad que tiene de elegir y hacer algo con lo que le pasa, de poder regular sus procesos cognitivos y afectivos, y de asumir una actitud consciente frente a lo que la vida le plantea. Es decir, al ser responsable de las decisiones que tome hoy repercutirán en el futuro, le accederá a reducir la carga emocional tóxica y por ende descubrir más posibilidades de realización.

La logoterapia favorece a que la paciente pueda encontrar un nuevo sentido a su existir centrándose justamente en la dimensión que posibilita oponerse a todos los condicionantes propios de un estrés postraumático y el dolor que causa la pérdida de un ser amado. Se trata de revalorizar y fortalecer “lo sano” en una persona esto se puede ver reflejado en una célebre frase de Viktor Frankl “lo importante no es lo que pasa sino lo que hacemos frente a lo que nos pasa”. En base a esta premisa se puede mencionar que se trata de una psicoterapia enfocada en la voluntad.

2.7 Estrés postraumático y gestación

Las personas que se encuentran afectadas según (Vallejo, 2015, p.4) por el TEPT, experimentan la sensación de vulnerabilidad y de pérdida del control, procesan el trauma como una amenaza actual y sostenida, perciben sensaciones negativas debido al trauma y su memoria propicia una percepción deficiente y una intensa memoria asociativa que activa los sentimientos de miedo, pena, duelo, culpa, vergüenza y desesperanza, de falta de seguridad en sí mismo y del medio que le rodea, lo que repercute en diferentes áreas de su vida.

Las personas que han sufrido un TEPT, mantienen un estado de hipervigilancia, lo que representa estar alerta todo el tiempo impidiendo la relajación y como consecuencia la persona se siente ansiosa, nerviosa e irritable, causando un deterioro en su salud generando palpitaciones, dolores de cabeza, dolores musculares, colon irritable. Cuando una mujer está en proceso de gestación y pasa por un TEPT, su padecimiento se intensifica.

El embarazo, aunque muchas veces es planificado por la pareja, en ocasiones surge en condiciones de inmadurez emocional y física sin planificación alguna, como en cualquier proceso de gestación se requiere de un entorno saludable, mientras que la persona inmersa en el TEPT, aunado a los cambios físicos, hormonales y emocionales que conlleva un proceso de gestación; condiciona su estado de ánimo debido a las adversidades desestabilizadoras de la vida que enfrenta.

Por lo que es fundamental que la persona que está pasando por un proceso de gestación aunado a un TEPT, adopte una actitud proactiva ante la necesidad de alcanzar el equilibrio emocional pensando no solo en ella sino en el ser que se desarrolla en su vientre, haciéndose consciente que el mal manejo de sus emociones no solo la afecta a ella, sino a su bebé en formación.

La carencia de afecto al bebé en formación por causa que la madre emocionalmente no se siente en condiciones de estimularlo, debido a eventos estresores y trauma, no favorece a que el sistema neuronal del bebé se desarrolle adecuadamente, ya que desde el vientre el bebé debe recibir una estimulación adecuada y un apego seguro que promueva desde estas primeras etapas de su formación un ambiente seguro que le permita desarrollar habilidades y por ende una buena autoestima y la refleje en la primera y segunda etapa de su desarrollo.

El niño está íntimamente conectado a la madre tanto física como emocionalmente. La madre no solo le transmite alimento a su bebé a través del cordón umbilical sino también emociones y sentimientos. Hay estudios según las autoras Papalia, Wendkos y Duskin, (2004), en su libro, Desarrollo Humano, describen el sorprendente mundo del bebé en su estado prenatal que demuestra que los niños estimulados desde el vientre forman una mejor autoestima y que gran parte de su personalidad es influenciada desde las primeras etapas de su desarrollo.

Cuando el entorno de la futura madre es el esperado se prepara la mente y el cuerpo para la maternidad. La madre le transmite endorfinas (sustancias químicas que producen la sensación de bienestar), proporcionando al bebé seguridad emocional necesario para formar una personalidad sana desde el vientre al ser estimulado de manera adecuada.

Durante la etapa de la gestación los niveles de progesterona y estrógenos se duplican, y por este motivo, la parte racional de la personalidad de la madre disminuye, a la vez que se refuerza la parte emocional. En el caso de una madre en gestación que está pasando por una etapa de duelo no resuelto causa un impacto significativo en su psique, además de los cambios físicos que toman relevancia en cada trimestre de su embarazo. Durante el primer trimestre de gestación la futura madre experimenta sentimientos contradictorios acerca de la maternidad, períodos de angustia y miedos al pensar en la salud del bebé, generando en ella irritabilidad, su ánimo cambia con frecuencia y es normal pasar por estos estados emocionales.

Cuando la madre en gestación atraviesa una situación de duelo no resuelto por la pérdida de su pareja, le genera tristeza y ansiedad ante la desesperanza y la incertidumbre del futuro. Sin embargo, su condición emocional puede mejorar en el segundo trimestre del embarazo, la tensión disminuye y se caracteriza por estabilidad y adaptación. Mientras que en el tercer trimestre que representa la recta final del embarazo aparecen otros malestares propios de esta etapa del embarazo aunado a la incertidumbre de criar a su hijo sola.

2.8 Técnicas de afrontamiento

Las terapias psicológicas tienen técnicas basadas en los estudios científicos de la psique y la conducta o comportamiento humano, suelen ser procedimientos orientados a modificar o eliminar desordenes psicológicos o para desarrollar las capacidades de las personas. El objetivo de aprender técnicas es llevar a la práctica estrategias de afrontamiento que le permitan a la persona abordar las situaciones generadoras de estrés. A continuación, se dan a conocer algunas técnicas aplicadas al caso de estudio por su funcionalidad.

Terapia de exposición

La evidencia empírica ha mostrado que la exposición sistemática y continuada al estímulo temido, permite reducir la respuesta de miedo o ansiedad según (Carvajal, 2002, p. 27) La evitación es un mecanismo que utiliza el individuo que sufre un estrés postraumático evitando los lugares y personas incluso que le recuerdan el trauma y evita hablar del hecho. Este mecanismo de defensa lo utiliza inconscientemente para lidiar con su dolor, tratando de no sentir nada en absoluto, por lo que sus emociones no afloran sino son reprimidas y la persona lleva una lucha interna por superar el acontecimiento tratando de no pensar en ello y pueden pasar años para que lo pueda superar.

El objetivo es que la paciente tenga menos miedo a sus recuerdos a través de la desensibilización sistemática que es pensar en el evento estresante a propósito, recordar el evento que le causa dolor, angustia, impotencia para luego exponer a la paciente a hablar de su trauma cuantas veces sea necesario con el fin de que tome el control sobre sus pensamientos y emociones que le generó el suceso y por ende reducir sus miedos. Esta técnica se puede utilizar en clínica a través de la imaginación y supervisión del terapeuta.

Registro de conductas que producen ansiedad al paciente

Previo a cualquier intervención destinada a modificar conductas se hace necesaria una observación y un registro que posibiliten su análisis, esta técnica permite registrar las conductas a medida que ocurren, y de preferencia hacer los registros semanales lo que accede el autoconocimiento personal y al darse cuenta poder hacer los cambios conductuales que generen un bienestar en su salud física como emocional.

Cabe resaltar según (Dobson y Franche, 1991), (Oblitas Luis, 2004), el registro de conductas es muy útil para identificar pensamientos irracionales deteniéndolos automáticamente cuando vengan a la mente y sustituyendo por otros pensamientos más adaptativos a la situación temida y por ende al transformar pensamientos modifica conductas. La paciente puede trabajar en casa un registro semanal de conductas que le generan ansiedad. En clínica siguiendo un formato previamente establecido se puede ayudar a la paciente a identificar pensamientos automáticos que le producen un estado ansioso y así contrarrestarlos.

Técnicas de estimulación temprana y apego seguro

El establecimiento del vínculo afectivo madre – hijo promueve un apego seguro, desde las intervenciones tempranas, que incluye la gestación. La psicoeducación en las futuras madres favorece una interacción más cálida y significativa que potencia el desarrollo y aprendizaje del bebé en formación. El acompañamiento que se le brinde a la futura madre en gestación será fundamental en esta etapa de su vida, favorece su estado emocional y establece una conexión de apego seguro con su hijo si su entorno es favorable.

La crianza es un proceso de aprendizaje continuo en cada etapa de su desarrollo y debe llevarse a cabo con amor. Tomando en cuenta que el bebé desde el vientre tiene una gran capacidad neuronal de aprendizaje y que va ser influenciada su conducta por la cognición y afecto recibido. Por lo que es fundamental trabajar en clínica psicoeducación sobre temas relacionados al apego y la estimulación temprana con la futura madre por medio de presentaciones en power point y vídeos con el propósito de fortalecer estas áreas y realizar una retroalimentación del tema expuesto.

Elaboración proyecto de vida

El proyecto de vida es como un camino para alcanzar la meta, es el plan que una persona se traza a fin de conseguir un objetivo. El proyecto da coherencia a la vida de una persona en sus diversas facetas y marca un determinado estilo, en el obrar, en las relaciones, en el modo de ver la vida. Por lo que en clínica se puede trabajar como una estrategia basada en un instrumento gráfico de preguntas, que le lleva paso a paso, plasmando lo que el individuo ha logrado y hasta dónde quiere llegar en un determinado tiempo. Al replantear a la paciente su proyecto de vida, le impulsa a establecer nuevas metas y continuar superándose no solo por su propio beneficio sino por el de su hijo.

Así mismo complementar con instrumentos como PNI (positivo, negativo, interesante) es un ejercicio de autoconocimiento que realza aspectos de su persona. Trabajar un “FODA”, permite a la paciente ser consciente de sus fortalezas y oportunidades que posee, así como debilidades y amenazas que puedan interferir en sus metas; y ser más objetiva tomando en cuenta los recursos que dispone y los que debe implementar.

Logoterapia

Al malgastarse energía se genera una tensión innecesaria. La idea no es eliminar esa tensión sino direccionarla hacia objetivos valiosos, llenos de sentido por lo que la logoterapia gira en torno en la búsqueda de sentido de la vida cuando hay un vacío existencial. Este modelo de psicoterapia permite a la persona integrar en su vida las pérdidas y los fracasos porque al encontrarse la persona inmersa en un vacío o sin sentido será conducida a la deshumanización de una vida desconectada de lo valioso, una vida sin proyecto, una vida sin esperanza.

La logoterapia como afirma (Viktor Frankl, 1945, en su obra: El hombre en busca de sentido, hace referencia a la frase “en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros”), (Oblitas Luis, 2004), el propósito es acompañar a la persona a encontrar el significado del sufrimiento, ayudándole a descubrir un porque vivir y confrontar su conducta con el sentido de su propia vida al descubrir su misión, un nuevo sentido a su existir. Vivir la crisis como una oportunidad es elegir actitudes de apertura al aprendizaje, confianza, dignidad, valentía siendo la voluntad y el optimismo el punto de partida que coloca a la paciente en la zona hacia el desarrollo y transformación personal.

Relajación muscular progresiva Jacobson

El entrenamiento en relajación, empleado en terapia de conducta es el desarrollado por Jacobson conocido como “relajación muscular progresiva”. Este método consiste en el aprendizaje de ejercicios de tensión y distensión de distintos grupos musculares. La práctica repetida del procedimiento favorece a los pacientes a discriminar la experiencia de tensión y distensión a emplear respuestas de relajación a situaciones de la vida diaria asociadas a la ansiedad. Su práctica se puede realizar desde la comodidad del hogar; esta técnica permite disminuir los estados de ansiedad y liberar estrés al tensar y luego aflojar los músculos.

La intervención terapéutica en personas en proceso de duelo

Implica guiar a la paciente a un continuo de conciencia, manejado en la terapia Gestalt, a reconstruir la relación con la persona que representa una pérdida, facilitando la expresión emocional y elaboración del pesar, así como potenciar el establecimiento de una forma de ver la vida más

realista. La intención es que la paciente se pueda expresar a través de una carta como una forma de hacer un respectivo cierre, soltar, dejar ir a esa persona que ya no está más con ella. Esto no quiere decir olvidarla; sino ver la situación desde una perspectiva más optimista, ubicada en el aquí y el ahora. Y viendo a esa persona como parte de su pasado, sin dolor sino solo el recuerdo de esa hermosa persona.

Reforzar aspectos positivos a través de la línea de tiempo

La línea de tiempo permite al individuo ordenar una secuencia de sucesos o de hitos sobre su vida, significativos tanto agradables como desagradables en orden cronológico. El propósito de este ejercicio es analizar en la paciente si los eventos en su vida han sido más los positivos o por el contrario más los eventos negativos y por ende reforzar los eventos positivos y ayudar a la paciente a canalizar los no tan agradables, como parte del pasado y verlos desde el aquí y el ahora como una oportunidad de cambio; que favorezca que la paciente comprenda que las decisiones que ella tome en su presente trascenderán en su futuro.

Capítulo 3

Marco Metodológico

3.1 Planteamiento del problema

El estrés surge como una respuesta del cuerpo a una circunstancia que lo provoca. Sin embargo, el TEPT, puede llegar a interferir en varias situaciones de la vida diaria, el trabajo y las relaciones sociales, puede ser reforzado por otros factores determinantes como el manejo de las emociones, el contexto en el cual se desarrolle el individuo, el soporte familiar tanto antes como después del acontecimiento. Aunado a los traumas emocionales del pasado sin resolver puede considerarse un riesgo después de un suceso traumático reciente.

Tras un acontecimiento de esta naturaleza los recuerdos vividos de lo sucedido generan miedo de que el acontecimiento se vuelva a repetir, acompañado de pensamientos recurrentes del evento que es imposible controlar, generando frustración, irritabilidad, tensión y dificultades para concentrarse, entre otros; por ende, el individuo será incapaz de relajarse o de conciliar el sueño como de costumbre.

Para hacer frente de forma eficaz a los sentimientos y pensamientos asociados al estrés y el trauma se requiere de apoyo multidisciplinario, en donde los profesionales apliquen a través de intervenciones métodos y técnicas apropiadas y por ende la paciente pueda mejorar su percepción y restablecerla a la condición antes del evento traumático. Además, el soporte de la familia y amigos será fundamental para que mejore su estado emocional.

Este trastorno es bastante común en Guatemala, aunque pocas personas son conscientes de ello, éste no respeta género ni edad, la sintomatología que presenta es normal bajo esta condición, siendo nuestro país un lugar en donde existe una alta tasa de violencia y pobreza, lo que genera estrés frecuentemente, facilitando el escenario para el desarrollo de TEPT, poniendo en riesgo la salud mental de la población inmersa en esta problemática.

En el caso de la paciente atendida se pudo observar situaciones de la niñez no resueltas que generaban cierto grado de ansiedad, y estados depresivos irregulares que ante la impotencia de sentirse desprotegida le generó culpa y enojo. Es posible que las mujeres en gestación que sufren de un TEPT, experimenten irritabilidad y nerviosismo porque en cierto modo parte de ellas está aún en la situación traumática, continúa sintiendo angustia, lo que le produce la sensación de estar alerta. Aunado a su estado gestacional que comprende cambios hormonales, psicológicos y físicos; lo que la hace más vulnerable, necesita de la atención y cuidados de sus seres cercanos.

3.1.1 Problemática principal

La paciente refiere que el 14 de febrero del presente año fue un día muy doloroso para ella porque acordaron con su pareja que al medio día irían a un laboratorio para practicar una prueba de embarazo y confirmar su sospecha; sin embargo, ya no fue posible porque él falleció ese día sin saber que sería padre. Su muerte fue de manera violenta en las inmediaciones de la Colonia Montserrat, en horas de la mañana cuando laboraba en el lugar como taxista, recibiendo dos impactos de bala que le segaron la vida al instante como consecuencia de no pagar una extorsión.

Este evento causó en la joven un alto grado de angustia y estrés al exponerse a la experiencia vivida de reconocer el cuerpo sin vida de su pareja, posteriormente se practicó la prueba de embarazo siendo positiva, esto le causó sentimientos ambivalentes, de alegría por su bebé y de tristeza por la muerte de su pareja y el hecho de sentirse vulnerable ante la angustia de retomar el curso de su vida con un hijo y sin el apoyo de su pareja.

Por ello es necesario plantearse la siguiente interrogante.

3.2 Pregunta de Investigación

¿Puede afectar el estrés postraumático la gestación?

3.3 Objetivo General

Evaluar las principales consecuencias de padecer estrés postraumático en el período de gestación.

3.4 Objetivos Específicos

- Determinar que sintomatología es más recurrente asociada al TEPT.
- Relacionar la sintomatología asociada al estrés postraumático con los factores de riesgo.
- Estimar si el malestar generado por el TEPT, puede afectar la experiencia de la maternidad.
- Trabajar autoestima elaborando un proyecto de vida.

3.5 Alcances y límites

Alcances

El Centro Periférico Primero de Julio se beneficia dando oportunidad a estudiantes de diferentes universidades para que puedan realizar su práctica atendiendo pacientes con la supervisión de la psicóloga de la institución. La demanda de pacientes que se presentan para recibir atención médica y psicológica hace que los estudiantes obtengan un mayor aprendizaje al aplicar sus conocimientos.

El presente estudio permitió explorar uno de los casos atendidos en el Centro Periférico Primero de Julio; obteniendo muchos logros en el manejo de las emociones de la paciente, que permitió minimizar las secuelas del TEPT que presentaba, la culminación de su embarazo de manera satisfactoria y el nacimiento de su bebe sin complicaciones, la promoción de su proyecto de vida a través de los objetivos planteados en el plan terapéutico.

Límites

El Centro de Salud de la Primero de Julio cuenta, desde su fundación, con dos clínicas de atención psicológica, en el primer nivel, destinado para atender familias y niños y en el segundo nivel, una clínica para atender adultos; debido a la demanda que presenta el departamento de psicología en la

atención de pacientes se requiere de más clínicas para dar un mejor servicio. Sin embargo, la voluntad para atender a las personas que solicitan la asistencia no ha sido un obstáculo.

Otra limitación es que la institución únicamente cuenta con una cañonera para utilizarla por el personal de la institución, siendo indispensable para el desarrollo de los diferentes programas establecidos y que va dirigido a dar atención primaria a través de diferentes clubs, psicoeducación, programas a escuelas aledañas sobre temas que abordan la problemática del lugar. El procedimiento para utilizar la cañonera es solicitarla con anticipación por lo que en ocasiones dificulta su uso.

3.6 Metodología

La investigación utilizada se llevó a cabo a través de un estudio descriptivo, por medio de la observación del ambiente natural, utilizando entrevistas realizadas a la paciente estudiada, describiendo en la historia clínica los hechos relevantes que serán útiles para formular posibles hipótesis para descubrir la causa del malestar que impulsó a la paciente a solicitar los servicios psicológicos en esta institución.

Se utilizó el estudio de casos, el cual es un instrumento o método de investigación médica y psicológica que permite el estudio intensivo y profundo de un caso individual. Por la naturaleza de los datos, se utilizó la metodología cualitativa que permite el análisis subjetivo e individual de una persona en particular. La muestra para el estudio se llevó a cabo por un sujeto único por lo que los resultados se pueden tomar como base para posibles intervenciones sin embargo no se puede emplear para generalizar información.

Se recopiló información que se plasmó en la historia clínica que fue útil al proponer hipótesis para buscar las técnicas más apropiadas para la intervención. Así mismo como ya se dijo se utilizó la observación para tomar en cuenta la congruencia de lo que la paciente expresa verbalmente y de su lenguaje corporal. Para poder llevar a cabo la entrevista se requirió de establecer rapport y empatía como herramientas que favorecen la confianza y el respeto en el proceso psicoterapéutico. La escucha activa fue otro instrumento utilizado para que la paciente percibiera un ambiente seguro

para expresarse con libertad, favoreciendo la alianza entre el profesional-paciente, que la intervención pueda lograr los objetivos propuestos. Las técnicas que se utilizaron para abordar el caso de TEPT, se basaron en la terapia cognitivo-conductual, utilizando desensibilización sistemática, con ejercicios de exposición en eventos que le generaban miedo. También se utilizó el diálogo socrático y la identificación y detección de pensamientos automáticos en clínica, mediante ensayos para contrarrestar el miedo y la ansiedad con respuestas de relajación.

Se llevaron registros de conductas semanales que producían ansiedad en la paciente a causa de pensamientos recurrentes de los hechos vividos recientemente que causaron estrés y trauma. Se trabajó apego seguro y estimulación temprana a través del simulado en clínica y psicoeducación por medio de presentaciones en power point y retroalimentación del tema en clínica. Se dejaron tareas para casa, para fortalecer su autoestima y su proyecto de vida con PNI y FODA fomentando la inteligencia emocional, el manejo de las emociones y la resiliencia para que la paciente pueda recuperar su vida y mejorar su condición al lograr la estabilidad emocional que tenía antes del evento traumático.

Capítulo 4

Presentación de resultados

4.1 Sistematización del estudio de caso

Datos generales

Nombre:	Y.P.X. de P.
Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	Noviembre
Edad:	18 años
Estado civil	soltera
Escolaridad:	4to. Bachillerato
Profesión u oficio:	ama de casa
Ocupación o lugar de trabajo:	-----
Religión:	Evangélica
Dirección:	Zona 4 de Mixco
Referido por:	Nutricionista
Fecha de inicio de proceso terapéutico:	miércoles 26 de abril de 2017

4.2 Motivo de consulta

La paciente refiere “Me envía la nutricionista para recibir apoyo psicológico, ya que el 14 de febrero del presente año, falleció de manera violenta mi pareja y padre de mi hijo que aún no ha nacido”.

4.3 Historia del problema actual

Fecha de inicio y duración

Todo comenzó cuando la paciente conoció a su pareja, pues experimentó la vida de una forma distinta, al sentirse protegida y amada se consideraba plenamente feliz. Él la impulsaba a salir

adelante y a retomar sus estudios, pero a raíz que él falleció de manera violenta dejó un gran dolor en ella. Esto fue el 14 de febrero del presente año.

Estresores y factores precipitantes

La paciente indica que siempre ha manejado estrés y nerviosismo en menor grado, pero cuando sucedió la muerte de su pareja a inmediaciones de Montserrat, quien recibió 2 impactos de bala cuando laboraba por el lugar como taxista, le causó una reacción de estrés, ansiedad, y nerviosismo. Al estar en la escena del crimen y reconocer el cuerpo sin vida se le ha dificultado salir a la calle por temor a que algo malo le suceda. Ha optado por no salir de la casa sin la compañía de otra persona.

Impacto del problema

La paciente refiere que a raíz del acontecimiento su estado de ánimo se ha visto afectado, pues ha experimentado temor al salir a la calle, siente tristeza ante el vacío que dejó su pareja. Su mamá y su hermana han sido de gran apoyo en estos momentos. Esto ha hecho que ella ya no siguiera trabajando ni estudiando por lo que tampoco frecuenta a sus amistades como antes. Debido a su embarazo ha estado en control médico, ha presentado insomnio y náuseas, lo que le impide la ingesta de alimentos de manera adecuada, esto ha provocado muy bajo peso, según evaluación de la nutricionista. Aunque ha ido mejorando cada día durante el embarazo, pues su hijo ha sido su motivación para seguir adelante.

4.4 Historia clínica

Historia prenatal

Según refiere la paciente, ella nació en el Hospital Roosevelt, el embarazo de su madre transcurrió hasta el momento del parto sin complicaciones. Según refiere la madre de la paciente (quien siempre acompaña a su hija a la consulta) fue una niña deseada y muy querida por sus abuelos maternos, con gusto se ofrecieron a cuidarla para que ella siguiera trabajando pues en ese entonces el padre de la paciente tomaba demasiado licor y ella tuvo que trabajar.

Nacimiento

Su nacimiento fue normal sin ninguna complicación.

Evolución neuropsíquica

Se llevó a cabo de manera normal, el control de los músculos de la espalda aproximadamente a los cinco meses de edad, se mantenía sentada con apoyo de almohadas y posteriormente el control de las piernas y los brazos. Comenzó a pararse a los siete meses cuando la madre la sostenía de las manos y la niña se apoyaba sobre las piernas de ésta, estando ella sentada. Luego inició el gateo a los nueve meses y empezó a caminar casi al cumplir su primer año de vida. Su desenvolvimiento durante esta etapa fue de la manera esperada, según su edad cronológica.

Evolución del lenguaje

Los sonidos guturales los expresó durante los primeros dos meses de vida, el balbuceo y la vocalización lo pronunció de manera normal. Sus primeras palabras fueron mamá y papá entre los 8 y 9 meses de edad. Sus primeras frases tuvieron lugar después de cumplir su primer año de vida, su pronunciación fue similar a otros niños de su misma edad.

Desenvolvimiento escolar

La paciente comenzó a estudiar a la edad de seis años cursando párvulos y luego cambió de establecimiento al iniciar la primaria. Era una niña tranquila, hacía sus tareas y no daba problemas, pero al entrar a la adolescencia su rendimiento académico bajó. Estudió Bachillerato con Orientación en Turismo y Hotelería; pero ya no continuó estudiando porque fue en esta etapa de su vida donde su comportamiento era más rebelde y no cumplía con sus tareas por lo que abandonó sus estudios.

Desenvolvimiento social

La paciente refiere que durante su niñez y adolescencia estaba bajo el cuidado de sus abuelos durante el día porque su mamá trabajaba. No tuvo muchas amistades debido a que sus abuelos siempre han sido muy estrictos. Y cuando interactuaba con su hermana menor siempre peleaban por diferencias en su manera de pensar.

Adolescencia

Según refiere la paciente durante esta etapa de su desarrollo su comportamiento no fue el esperado, ya que era influenciada por sus amistades, perdiendo así el interés por hacer sus tareas; su rebeldía se incrementó al punto de llegar a desafiar a su familia y a las autoridades, lo que repercutió en bajo rendimiento escolar. Su madre siempre le dio buenos consejos y la motivaba a estudiar, pero debido al desinterés de ella hizo que desertara en quinto bachillerato. Y a la edad de diecisiete años conoció a su novio y padre del bebé que está esperando.

Adulthood

Según refiere la paciente a sus dieciocho años de edad la vida le ha enseñado a valorar a la familia, pues ahora que ella va a ser madre comprende que tiene que dar el 100% para cuidar de su hijo. Y que el bebé que lleva en su vientre es su motivación para superarse; por lo que piensa retomar nuevamente sus estudios y ser un buen ejemplo para su hermana menor para que no cometa los mismos errores de ella.

Historia psicosexual y vida marital

La paciente refiere que su pareja y padre de su hijo que recién falleció ha dejado un gran vacío en ella, pues le gustaría que él estuviera a su lado para que juntos cuiden del bebé; pero ella siempre le recordará como lo mejor que le ha pasado en su vida. Y que por el momento solo piensa en superarse.

Historia médica

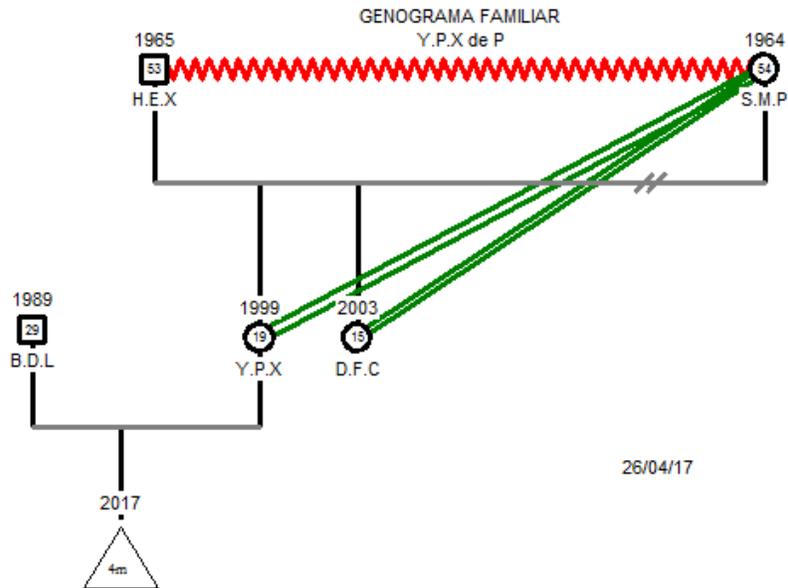
La paciente se encuentra en control médico ginecológico por su embarazo, y con la nutricionista para mejorar su peso, no ha tenido intervenciones quirúrgicas, ni ningún tipo de accidente que amerite hospitalización.

Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores

No refiere.

4.5 Historia familiar

Imagen 3
Genograma



Fuente: Elaboración propia, abril 2017

Estructura familiar

La familia está constituida por Y.P.X., quien es la persona principal en el genograma, su mamá de 53 años y su hermana de 14 años. A raíz de la separación de los padres de Y.P.X., hace once años, cuando la paciente apenas tenía 7 años; tanto ella como su hermana menor se quedaron bajo el cuidado de sus abuelos maternos que velaron por ella mientras su madre trabajaba.

La paciente indica que la figura materna fue muy importante en su vida, al cubrir las necesidades del hogar y darles cariño tanto a ella como a su hermana menor ya que ha sido una madre ejemplar con quien mantiene una relación cercana, mientras que de su padre no puede decir lo mismo puesto que desde que se fue de la casa, éste formó un nuevo hogar, perdiéndose así la comunicación casi por completo.

La paciente refiere que su comportamiento durante la adolescencia no fue el esperado, ya que fue influenciada por sus iguales de manera negativa, repercutiendo en bajo rendimiento escolar y mala conducta. A pesar que su madre ha sido un ejemplo a seguir, la paciente considera que en esta etapa de su vida la ausencia y el desamor de su padre fue significativo, aunado a la etapa de la adolescencia en donde el ser humano busca su propia identidad, y que puede representar un período de seguridad versus confusión de roles, por los cambios hormonales, físicos, emocionales propios de esta etapa de desarrollo.

En la actualidad la paciente ha recapacitado en su manera de pensar y de actuar esto ha hecho que la armonía en el hogar haya mejorado. Su mamá y su hermana han sido de gran apoyo para ella en estos momentos, más por su embarazo, por lo que ahora ella valora el resignificado de ser madre. Y desea enmendar sus errores y por ende ser una mejor persona, concluir sus estudios que le permitan superarse y así compensar todo el apoyo que ha recibido de su madre y su hermana al aportar económicamente con los gastos de la casa. Afortunadamente no se preocupan por pagar renta pues viven en casa propia gracias al esfuerzo de su madre por darles un futuro mejor.

Antecedentes familiares

Referente a los padres de la paciente su relación es escasa o nula, se separaron desde que ella tenía 7 años de edad y en la actualidad, él tiene otra pareja con la que convive, pero siempre se ha responsabilizado de pasar dinero. Sin embargo, el vínculo afectivo con el padre es escaso desde que ella era pequeña, mientras que la relación que la paciente mantiene con la madre ha sido buena, a pesar que ella ha tenido episodios de rebeldía en la adolescencia su mamá siempre la ha tratado con cariño. En cuanto a su hermana menor tiene el carácter más fuerte que ella, por lo que constantemente tienen diferencias, le preocupa que tome malas decisiones.

Antecedentes familiares relacionados con problemas mentales

La paciente refiere no tener datos que indiquen que ha habido problemas mentales en su familia.

4.6 Examen del estado mental

La paciente es de complexión delgada, tez morena clara, cabello lacio, limpia, su vestuario acorde a la ocasión. Mantiene un estado de conciencia alerta, siendo consciente de lo que ocurre a su alrededor; sus movimientos corporales son apropiados, mantiene contacto visual, su postura adecuada y su salud en general en buenas condiciones a excepción de apnea del sueño y náuseas por la mañana debido a su embarazo.

Expresa sentirse triste por la muerte de su pareja, sin embargo, su conducta hacia el examinador es de colaboración, sigue instrucciones; la actitud hacia sí misma es enmendar sus errores y ser una buena madre para el bebé que lleva en su vientre, lo que es favorable para que la paciente pueda recuperar su equilibrio emocional.

Está orientada en persona, tiempo y espacio, relata sucesos de la infancia y del tiempo actual de manera coherente. Manifiesta alegría por el bebé que está creciendo en su vientre, y al mismo tiempo un poco de ansiedad que le produce acercarse al momento del parto. Su capacidad para pensar y responder es adecuada, su atención para mantener la conversación es la esperada por lo que evidencia estar ubicada en el aquí y el ahora.

Su mente es lúcida, su habla es espontánea ante las preguntas que se le formulan; sin embargo, su volumen de voz es bajo, el timbre es pausado y lento, pero articula bien las palabras. Comprende las preguntas que se formulan y responde con claridad, no presenta ninguna dificultad de pronunciación para designar.

Según su memoria remota, recuerda sucesos vividos tanto agradables como desagradables de años pasados. En su pasado reciente, narra lo que pasó el 14 de febrero del año en curso. En su memoria inmediata, se muestra motivada a superar el duelo y encontrar alternativas de superación que le permitan salir adelante con su bebé.

En juicio, evidencia que la capacidad que posee ante la toma de decisiones es la apropiada al adoptar el rol de madre, su pensamiento es coherente ante la sucesión de los hechos, su principal anhelo es superar el duelo de manera satisfactoria y ser una buena madre para su hijo. A raíz del acontecimiento que le ha causado estrés postraumático tiene una percepción más clara de lo que debe hacer en su vida, a medida que se promovió la catarsis su estado de ánimo mejoró favoreciendo positivamente, reduciendo la desesperanza.

4.7 Resultado de pruebas

Durante las pruebas la paciente se mostró participativa, colaboradora y mantuvo una actitud relajada y optimista, finalizando en tiempo promedio, tanto la realización de las pruebas proyectivas como las escalas de depresión y ansiedad de Beck. En el cuadro 1 se dan a conocer las pruebas aplicadas:

Cuadro 1
Pruebas e Instrumentos aplicados

Pruebas e Instrumentos aplicados	Fecha de aplicación
1. Test de la figura humana	05/junio/2017
2. Test del árbol	05/junio/2017
3. Test de la familia	05/junio/2017
4. Test de persona bajo la lluvia	05/junio/2017
5. Inventario de Depresión de Beck	21/junio/2017
6. Inventario de Ansiedad de Beck	21/junio/2017

Fuente: Elaboración propia, junio 2017.

Test de la Figura Humana

La prueba muestra que la paciente maneja cierto grado de timidez, represión y se evidencia bajo nivel energético propio de personas con rasgos depresivos o en su caso, que atraviesa un proceso de duelo reciente, acompañado de ansiedad ante el momento del parto y falta de confianza en sí misma, trazándose metas inalcanzables ante sus altas aspiraciones intelectuales, utilizando mecanismos de racionalización para corregir decisiones del pasado. Sin embargo, posee un buen

control de su conducta, como una reacción positiva ante los esfuerzos que está realizando en su vida.

La prueba proyecta que la paciente aún es inestable debido a su edad y actúa en ocasiones de manera infantil, con tendencias al retraimiento por el rol que está asumiendo en su embarazo. Ante la necesidad de protección muestra un fuerte apego hacia la figura materna, pero ante los contactos sociales superficialidad, cautela y hostilidad como una reacción de aislamiento ante la sensación de vacío propio de un duelo en proceso de superarlo.

Test del Árbol

Se proyecta en esta prueba un indicador de apego a la madre, al pasado, a los recuerdos de la infancia, de su pasado personal y por ende el deseo de encontrar su propio camino que le permita superación enfocándose hacia lo exterior. Se nota el deseo de comunicarse con los demás de manera asertiva; por lo que la paciente hace un gran esfuerzo y se empeña en causar buena impresión ante los demás. Cuida su imagen y filtra todo lo que vaya a exteriorizar.

Sin embargo, la paciente refleja a través de la prueba que aún se encuentra en la etapa de negación del proceso de duelo y compensa los estados de tristeza en búsqueda de autodominio como parte de un yo integral. Ante estas variantes negativas contrasta la voluntad por madurar, por alcanzar estabilidad, existe un fuerte deseo de adquirir solvencia económica y asumir su rol de madre.

Test de la Familia

Los resultados de esta prueba muestran que se asocia con sentimientos de inseguridad, timidez, retraimiento o estados depresivos. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él. Refleja apego hacia la madre como figura de admiración o temor. El omitir a un miembro de la familia es sinónimo de negar su realidad porque le produce ansiedad o conflicto intrapsíquico lo cual representa una marcada necesidad de aprobación ante la falta de su pareja.

Así mismo la paciente muestra preocupación por tener logros académicos, se guía por reglas para alcanzar sus objetivos, lo que evidencia determinación, decisión y asertividad en la toma de

decisiones que le permitirán que sus sueños se hagan realidad. Constantemente se repite en la prueba las dificultades de relacionarse con los demás.

Test de persona bajo la lluvia

A través de la prueba refleja el pasado, lo inconsciente y preconsciente, el cual evidencia debilidad, desaliento, pereza, agotamiento lo que no contribuye a resolver el evento traumático que vivió. Los conflictos sin resolver no solo son los más recientes sino algo del pasado, que puede simbolizar algún acontecimiento ocurrido en la infancia que quedó marcado y que lo relaciona con una figura parental por lo que se evidencia una necesidad de búsqueda interior, debido a bloqueos.

Proyecta inseguridad al percibir amenaza en su ambiente y hostilidad del medio al cual debe enfrentarse por lo que somatiza ante la falta de defensa con una exagerada necesidad de apoyo. Sin embargo, su meta es alcanzar un bienestar intelectual, social y dominio propio y que se refleja al asumir su rol de madre.

Inventario de Depresión de Beck

Se puede observar que la paciente presenta algunos rasgos depresivos, pero en menor grado como: decaimiento, tristeza, ganas de llorar, dificultades para conciliar el sueño, pérdida de peso al no tolerar el alimento por constantes náuseas regularmente por las mañanas y palpitations más rápidas de lo normal. Según refiere sus molestias duran poco tiempo y no las presenta a diario. Sin embargo, la paciente es resiliente, continúa realizando sus labores como de costumbre, siente esperanza en el futuro, considera ser útil y a pesar de la pérdida de su pareja valora la vida. Por lo que se descarta un estado depresivo. Pero se contempla un estado de ánimo bajo debido a que la paciente atraviesa un proceso de duelo el cual está superando de manera satisfactoria.

Inventario de Ansiedad de Beck

Es evidente que el evento traumático ocasionó en la paciente cierto grado de ansiedad y vulnerabilidad ante la violencia que se está viviendo en el país; por lo que se le dificulta salir sola por temor a que le suceda algo malo. Por lo que se hace necesario bajar los niveles de ansiedad no sólo por el sufrimiento que conlleva para la madre, sino por los efectos contraproducentes para el desarrollo del bebé.

Otros estudios diagnósticos.

Se encuentran en área de maternidad y nutrición según control médico.

4.8 Impresión diagnóstica

La infancia representa un momento crucial en el desarrollo integral del individuo, siendo la primera y segunda infancia que abarca de su nacimiento hasta la edad de siete años aproximadamente que se forma el 95% de su personalidad y el otro 5% en la adolescencia, así mismo influirá el contexto en el que el individuo se desarrolle.

En el caso de la paciente cuando sus padres se separaron (ella tenía siete años), la mayor parte del tiempo pasaba al cuidado de sus abuelos maternos lo que repercutió en su crianza debido a que siempre fueron muy autoritarios. Siendo este tipo de crianza un factor determinante en donde la comunicación y el afecto se llevan a cabo en niveles bajos y se caracteriza por altos niveles de control y exigencia lleva a que el individuo desarrolle baja autoestima y agresividad como mecanismo de defensa y conductas desafiantes a la autoridad.

Se puede evidenciar que la paciente fue interrumpida su adolescencia, lo que provocó un conflicto. El fallecimiento de su pareja de manera violenta ha producido incertidumbre y tensión como un indicador de falta de protección y pertenencia que reflejan baja autoestima. Por lo que es importante que la persona se replantee nuevas metas para superar esta crisis y la siguiente etapa de su vida sea más satisfactoria.

Evaluación DSM-5

309.81 Trastorno de estrés postraumático (F43.10).

Z63.4 Duelo no complicado.

Se cumplen los criterios del diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-5).

El DSM-5 (APA, 2013) define el trastorno de estrés postraumático según los siguientes criterios: A, B, C, D, E, F, G, H. (8 criterios), aplicable a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años de edad. La duración de la alteración (Criterios B, C, D, E) es superior a un mes. Por lo que es evidente que paciente cubre los criterios de un TEPT.

Se listan a continuación los síntomas que la paciente presenta para determinar que cubre las características de un TEPT:

A: Conocimiento del suceso ocurrido a un familiar, en el caso de la paciente reconoció el cuerpo sin vida de su pareja quien falleció de manera violenta.

B: Malestar psicológico intenso o prolongado al tener recuerdos recurrentes del hecho durante el día y por la noche dificultad para conciliar el sueño, reacción fisiológica intensa a factores internos o externos estresantes que le recuerdan el suceso y por ende se le dificulta salir sola a la calle por temor a que algo malo le pase.

C: Evitación de recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso traumático, imposible de lograrlo ya que además la paciente está atravesando un proceso de duelo ante el fallecimiento de su pareja, hecho ocurrido recientemente.

D: La paciente experimenta miedo, enojo, culpa, disminución del interés por actividades que antes le producían placer, incapacidad persistente de experimentar emociones positivas, al sentir alegría por el nacimiento de su bebé y tristeza al mismo tiempo ante el fallecimiento de su pareja.

E: Alteración del estado de alerta, irritabilidad, hipervigilancia.

G: La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento de la persona, aunado a una baja autoestima por conflictos del pasado sin resolver.

4.9 Recomendaciones

Se recomienda continuar el proceso de psicoterapia con el fin de adquirir herramientas para tener nuevas formas de pensamiento que le ayuden a mejorar su estado emocional, superar el duelo y

situaciones del pasado aún no resueltas. Adquirir un resignificado de la maternidad y tomar decisiones autónomas y maduras.

Se exhorta a tener una terapia ocupacional con el fin de distraer su mente y ocupar su tiempo en actividades que le produzcan placer y al mismo tiempo le ayude a incorporarse a la actividad social. Se recomienda elaborar su proyecto de vida, que la motive a alcanzar sus sueños a pesar de las situaciones difíciles que le ha tocado vivir, estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo que le generen un nuevo sentido a su existir.

4.10 Plan terapéutico

Para establecer un plan de tratamiento fue necesario identificar la problemática, y crear objetivos de intervención psicoterapéutica que facilitaran la elección de las técnicas más apropiadas para contrarrestar el malestar que el TEPT, genera a la paciente. Se utilizaron técnicas cognitivo-conductual de Beck, al utilizar un registro semanal de pensamientos disfuncionales que le generaban tristeza y molestia ante el fallecimiento de su pareja. Dicha intervención se llevará a cabo con un total de 10 sesiones, para reducir el proceso de duelo de manera satisfactoria, se asignarán tareas para casa que incluyan algunas técnicas específicas.

Este modelo abarca no solo componentes cognitivos sino también conductuales, proporcionando una gran variedad de técnicas apropiadas para el proceso terapéutico, proponiendo un tratamiento enfocado en aprender a evaluar las situaciones relevantes que le producen ansiedad de forma realista y por ende encausarlas de manera adecuada a la realidad de la paciente ya que gran parte de ellas son originadas por los acontecimientos pasados, por lo que es importante centrarla en el presente. Utilizando la desensibilización sistemática o exposición a la situación temida a través del simulado en clínica, dependiendo de los logros obtenidos en cada sesión se incrementarán o modificarán las tareas.

Para contrarrestar la sintomatología que la paciente presenta se trabajará en clínica con psicoeducación, se asignarán tareas para la casa que incluyan técnicas de relajación y terapia ocupacional. Así mismo, se hace necesario trabajar con la autoestima de la paciente, fortaleciendo sus sentimientos de autoconfianza a través de afirmaciones de enfrentamiento que parten de la reestructuración cognitiva bajo la lógica de la realidad.

Entre tareas asignadas se recomienda que la paciente realice su autobiografía con el propósito de identificar factores reforzadores tanto positivos como negativos de la percepción que la paciente tenga de sí misma. El objetivo del ejercicio es percibir sus creencias en cuanto a los acontecimientos significativos en su línea de tiempo. Y trabajar las creencias irracionales de los hechos que para ella fueron no muy gratos en su momento.

Perspectiva terapéutica

La intervención se basó en los principios establecidos por el código de ética profesional y el establecimiento de la alianza terapéutica, en el que se guío a la paciente a encontrar una manera distinta de ver las cosas. Se promovió que identificara tanto sus aciertos como sus desaciertos, ayudándola a entender como una emoción lleva a un pensamiento (automático) y este se convierte en una conducta de malestar. Identificado tanto las causas de pensamientos distorsionados como las consecuencias que conlleva el mal manejo de las emociones es conveniente proporcionar recursos o habilidades que le genere el incremento de inteligencia emocional y por ende faciliten la toma de decisiones autónomas y maduras.

Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia es de cinco meses, aproximadamente 20 sesiones, teniendo una sesión por semana de 45 a 60 minutos cada una.

4.11 Análisis de resultados

Tomando como base en la investigación el objetivo general y los objetivos específicos expuestos, se sugieren los siguientes resultados:

Trastorno de estrés postraumático

Se considera el trauma y factores de estrés en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita como un criterio diagnóstico; según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), que incluye alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a los sucesos traumáticos. Dicho trastorno sugiere: una reestructuración cognitiva al modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive, y de esta manera se estimula a éste para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea así mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa.

Duelo

Sobrellevar una pérdida como la muerte de un ser querido en el caso de la pareja puede causar un dolor especialmente profundo, incluso cuando la pérdida se pueda ver como un proceso natural de la vida, pero aun así este sentimiento puede causar un golpe y desequilibrio generando tristeza y desánimo, aunado a una etapa gestacional en donde las emociones fluyen más que la racionalidad, por lo que dependiendo de los mecanismos de afrontamiento con que cuenta la persona inmersa en el dolor así será su capacidad de resiliencia para sobreponerse a la pérdida y salir fortalecido de ella en menos tiempo o en el tiempo normal que se estima de dos años según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 y así superar la pérdida y continuar con su vida.

En algunas personas lidiar con el duelo representa un período más largo de lo aceptable, lo que interfiere en llevar a cabo sus actividades de manera cotidiana convirtiéndose en un duelo complicado que requiere de la ayuda de un profesional de salud mental calificado, como un psicólogo clínico, porque cuenta con la formación para dar un acompañamiento a las personas que se encuentran en las diferentes etapas del duelo, a gestionar de manera más adecuada el temor, la culpa, ansiedad, los estados de desesperanza que causan un malestar físico como psicológico comprobado.

Gestación y duelo

A lo largo del proceso de la gestación se va desplegando una secuencia de modos de percibir y vivenciar al bebé en el vientre como un indicador de la normal evolución del embarazo, que conlleva una serie de cambios tanto físicos como emocionales; por lo que es fundamental que el entorno de la futura madre sea el esperado y a medida que avanza esta etapa se origine una preparación psicológica para la maternidad que constituye un buen pronóstico respecto a la relación temprana de apego seguro.

Sin embargo, el hecho de crear a su bebé sin el apoyo del padre porque este falleció recientemente causa cierta tensión intrapsíquica que interfiere en la relación madre-hijo al no sentirse lo suficientemente motivada para estimular a su bebé desde el vientre debido a que la paciente se encuentra inmersa en la etapa de la negación de un proceso de duelo, aún no resuelto.

Obviamente el hecho de pasar por un TEPT, al estar en la escena del crimen y reconocer el cuerpo sin vida de su pareja, representa un dolor profundo y el hecho de crear a su bebé sin el apoyo de este, le impide disfrutar de las etapas del embarazo de manera adecuada; además asumir una maternidad responsable implica madurez, que la paciente no ha adquirido en su totalidad por causa de encontrarse al final de la adolescencia, repercutiendo en el bebé en formación, puesto que él o ella percibe los estados mentales de la madre; ella no solo le transmite el alimento a su bebé por medio del cordón umbilical sino también sus emociones. Y por ende es afectado directamente y muchas veces replicándolos a lo largo de su vida.

Tratamiento

La Terapia Cognitiva de Beck, afirma que los trastornos emocionales surgen de los pensamientos irracionales en donde el individuo procesa información del medio antes de emitir una respuesta, clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo que recibe en función de sus experiencias que tiene almacenadas en su memoria, provenientes de experiencias anteriores de interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.

El objetivo de la terapia para la depresión de Beck, es emplear técnicas a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. Para Beck, los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas (errores en los procesos cognitivos), que son maneras equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos (productos cognitivos) ante determinadas situaciones, y que provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas.

Por tanto, estas distorsiones cognitivas son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado, que condicionan inconscientemente la percepción e interpretación del pasado, presente y futuro. Al detectar los pensamientos automáticos como diálogos internos, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación determinada que para el paciente son afirmaciones verdaderas. Pero al identificar estos pensamientos automáticos inadecuados se deben sustituir por otros más adaptados.

Gran parte de las ansiedades son originadas por las preocupaciones, por lo que es importante centrarse en el presente; pues un exceso de pasado puede causar depresión y un exceso de futuro provocar ansiedad por lo que el ideal es vivir en el aquí y el ahora. El objetivo es identificar las conductas implicadas después de detectar los pensamientos automáticos; para ayudar a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que faciliten pensamientos y habilidades más adaptativas. Para ello se puede trabajar con desensibilización sistemática a través de exposiciones en la imaginación o en vivo en forma gradual, es decir, se van enfrentando las situaciones por orden de dificultad, empezando por las más fáciles ante el objeto temido o estímulo que lo causa.

Entre los recursos más efectivos para la ansiedad están la exposición en vivo ante el estímulo que lo produce. Y la imaginación, del estímulo que provoca la ansiedad al mantenerlo en la mente hasta que se produzca un cambio en la sensación, el entrenamiento en asertividad mejora su perspectiva y genera alternativas de cambio, tomando en cuenta el establecimiento de la alianza terapéutica que favorece una actitud positiva en el paciente y el profesional logre los objetivos planteados en la intervención.

Conclusiones

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), puede interferir en la vida de la persona independientemente de su género, edad, y contexto en el que se desarrolle; por lo que a continuación de un suceso traumático es importante evaluar la necesidad de una intervención precoz que permita la detección de síntomas de este trastorno y iniciar un tratamiento que prevenga el flashback además de la complejidad que puede representar la etapa de gestación.

Cuanto mayor es la magnitud del trauma, mayor es la probabilidad de desarrollar un TEPT, siendo un genotipo el sexo femenino y una edad más joven un factor de riesgo, además de otros acontecimientos de la infancia sin resolver, por lo que un diagnóstico apropiado y un tratamiento oportuno puede minimizar el riesgo de padecer otros problemas de salud mental como depresión o ansiedad que represente un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento de la persona según el DSM-5.

Es importante la promoción de programas de estimulación temprana dirigido a mujeres gestantes, que favorece la base para propiciar un vínculo afectivo madre-hijo que promueva un apego seguro y que contribuya a la autoestima en el desarrollo posterior del niño. Y en este caso en particular de TEPT, se pudo evidenciar que se lograron los objetivos terapéuticos durante el proceso culminando su embarazo y el nacimiento de su bebé de manera satisfactoria.

Es importante promover psicoeducación para concientizar sobre la importancia de adquirir plena conciencia sobre su proyecto de vida, partiendo de establecer metas a corto, mediano y largo plazo aprovechando los recursos que posee y aplicarlos en los ámbitos de su vida presente y futura. Lo que concluyó a que la paciente retomará sus estudios de diversificado.

Recomendaciones

Se recomienda evaluar la gravedad de la respuesta inicial traumática siendo un indicador razonable de la necesidad de una intervención temprana, y el tratamiento no debería retrasarse en tales circunstancias sobre todo cuando es evidente la existencia de factores de riesgo en función de personalidad, problemas de salud mental sufridos previamente, apoyo social, antecedentes familiares, experiencias durante la infancia, nivel de estrés en la actualidad y la naturaleza del suceso traumático.

Se recomienda que la intervención psicológica en el caso de un TEPT, se centre en un tratamiento adecuado para reducir la sintomatología postraumática y así disminuir los factores de riesgo o que estos empeoren. Por lo que es importante llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, mediante una terapia que se ajuste a sus necesidades y por ende establecer un nivel propicio de funcionamiento similar al que tenía antes del evento traumático, fortalecer sus mecanismos de adaptación y resiliencia que favorezca a que recupere la sensación de control sobre su vida.

Se recomienda paralelamente al tratamiento del TEPT, brindar las herramientas que promuevan estimulación temprana y apego seguro lo que favorecerá el vínculo afectivo de la díada madre-hijo, con el propósito de mejorar su calidad de vida y prevenir que el malestar se prologue a un estrés post-parto. Además, brindar psicoeducación a la familia para que puedan ser parte de una red de apoyo en este caso en particular.

Se recomienda proponer estrategias que favorezcan un proyecto de vida y por consiguiente establecer las bases para un crecimiento personal hecho de acuerdo a sus expectativas y los recursos que posee; siempre y cuando estos sean realistas y se elaboren en el orden de las prioridades, de los valores y las expectativas de su futuro o destino decida cómo o de qué manera quiere vivir.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ta. ed. España. Editorial Médica Panamericana.
- Bados, A. (2015). Trastorno por Estrés Postraumático. Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- Beck, J.S. (2000). Terapia Cognitiva. Barcelona: Gedisa.
- Crespo, M., Gómez, M. (2011). La Evaluación del Estrés Postraumático. Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). Accésit de la XVIII edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta”. Recuperado de <Http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180623381002>
- Chacón Fernández, J., (2006). 7º. Congreso virtual de psiquiatría. Recuperado de http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4417617/Chacon-Trastorno_estres_postraumatico.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., (2010). Metodología de la Investigación. 5ª. Ed. México D.F. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Martín Camacho, J. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Mateu, O. (2009-2010). El trastorno por estrés postraumático (TEPT) de origen laboral Recuperado de https://www.upf.edu/documents/3192961/3207869/TFM_Aniela_Diaconu.pdf
- Oblitas, L (2004). ¿Cómo hacer Psicoterapia exitosa? 4ª. Ed. Bogotá D.C. Colombia. Psicom editores.

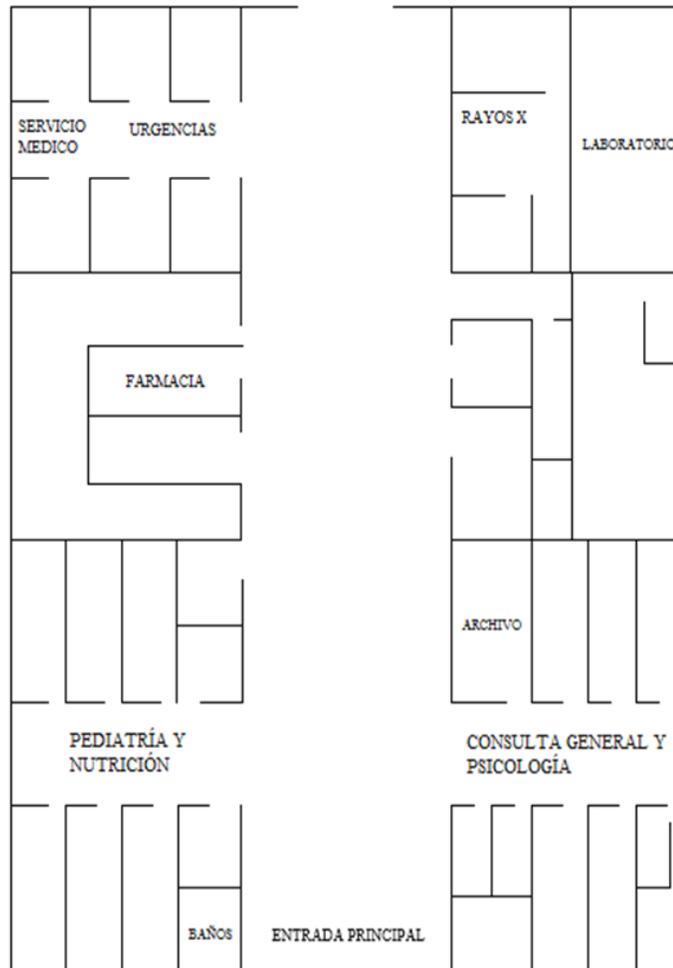
- Oblitas, L (2008). Psicoterapias Contemporáneas. Ed. México, D.F. Cengage Learning Editores, S.A.
- Ortiz-Tallo, M (2013). Psicopatología Clínica Adaptado al DSM-5. Ed. Madrid España. Ediciones Pirámide.
- Paredes A., Díaz del Castillo J., (2015). Encontrando y realizando sentido. 1ª. Ed. Lima Perú. Editorial e Imprenta Sánchez.
- See, K (2014). Parar y pensar Terapia Cognitiva Conductual en la Práctica Clínica. 3ª. Ed. Guatemala: Editorial Servi prensa.
- Sue, D., Sue, Derald W., Sue, S (2010). Psicopatología comprendiendo la conducta anormal. 9ª. Ed. México D.F. Cengage Learning Editores, S.A.
- Timms, P (2017). La terapia cognitivo-conductual (TCC). Recuperado de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Anexos

Anexo 1

Mapa de la Institución

Centro Periférico Primero de Julio



Anexo 2

Tabla de Variables



Nombre Completo: Gelmi Maritza Ochoa González.

Título de la sistematización: Estrés postraumático en una joven de 18 años en gestación en el Centro de Salud de la Primero de Julio.

Carrera: Psicología Clínica y Consejería Social.

Problemática	Variable de Estudio (Tema a investigar)	Sub temas de la variable de estudio	Pregunta de Investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aislamiento ✓ Pensamiento Recurrentes del evento ✓ Ansiedad. 	Efectos del Estrés Postraumático	1.- Trastorno de Ansiedad.	¿Puede afectar el estrés postraumático la gestación?	Evaluar las principales consecuencias de padecer estrés postraumático en el período de gestación.	1.- Determinar que sintomatología es más recurrente asociada al TEPT.
		2.- Estrés Postraumático.			2.- Relacionar la sintomatología asociada al estrés postraumático con los factores de riesgo.
		3.- Maternidad Responsable.			3.- Estimar si el malestar generado por el TEPT, puede afectar la experiencia de la maternidad.
		4.- Autoestima.			4.- Trabajar autoestima elaborando un proyecto de vida.

Anexo 3

Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

- 4) .
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) .
- No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6) .
- No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7) .
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8) .
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo 4

Inventario de Ansiedad de Beck

INVENTARIO DE ANSIEDAD (adaptado de Beck)-

• **Nombre:**

• **Edad:**

• **Fecha:**

Indique el grado de malestar que le ha provocado cada síntoma de los expuestos a continuación durante los últimos diez días, colocando el número adecuado en el espacio correspondiente. Aplicando un (0) a ninguna tensión y un (10) a la máxima tensión.

1. Debilidad (sobre todo en las piernas).
2. Incapacidad para relajarme
3. Temores a que suceda una catástrofe
4. Mareos / Vértigos.
5. Aceleración del latido cardiaco
6. Sensación de estar aterrorizado
7. Nerviosismo
8. Desasosiego
9. Sensación de ahogo
10. Temblores de manos generalizados, estremecimientos.
11. Miedo a perder el control
12. Miedo a morir.
13. Sensación de irrealidad.
14. Respiración dificultosa y entrecortada
15. Sentirse asustado y atemorizado
16. Malas digestiones, gases nudos en el estómago.
17. Sensación de desmayo
18. Rubor facial.
19. Sudoración, sin que pueda deberse a la temperatura ambiental.